

IS

IS

Glasiilo Zdravniške
zbornice Slovenije
December 2024
Številka 12



Doc. dr. Arpad Ivanecz

“Jetrno kirurgijo smo kasneje razvijali v smeri minimalno invazivnega pristopa in tako ima LRJ pri nas že dolgo tradicijo. Nadaljnji korak v razvoju predstavlja uvedba robotske kirurgije jeter. Od leta 2019 naprej se pogajamo za nakup kirurškega robota, vendar ga iz meni neznanih razlogov v UKC Maribor še vedno nimamo.”

Zbornica vzpostavlja e-poslovanje s svojimi člani

Kaj je varen elektronski predal – VEP?

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

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

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

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

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



Splošni podatki in članstvo

Datum rojstva: 01.01.1900

E-poslovanje

VEP-naslov: NI podprt

Davčna št.: NI podprt

Obveščanje

Želim prejemati obvestila: Da Ne

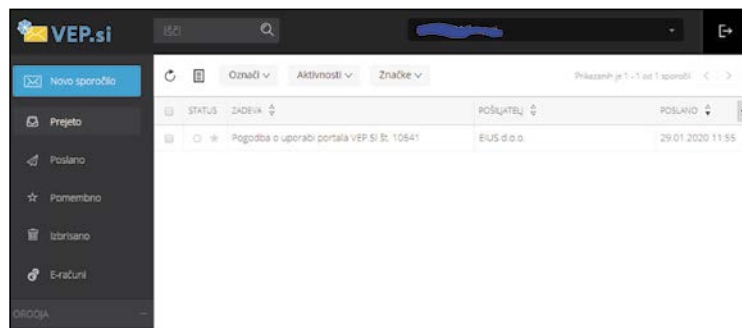
Prejemanje obvestil za prosta delovna mesta

Profil člana – podatek o VEP-naslovu

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

Kako deluje VEP?

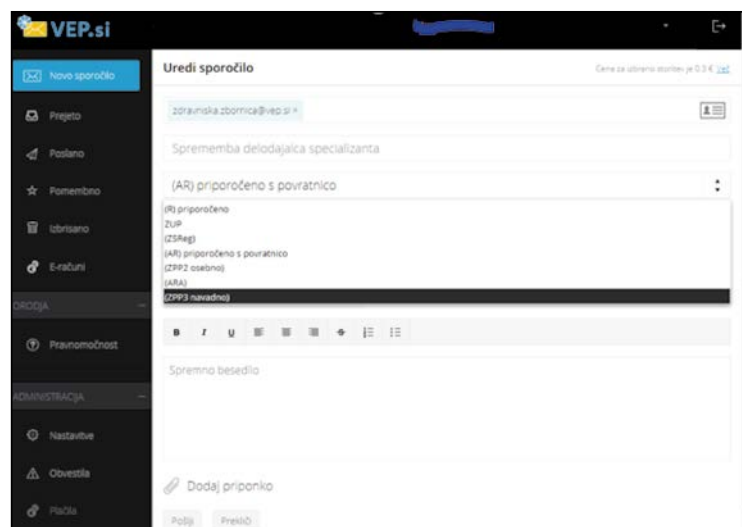
VEP deluje podobno kot drugi predali za elektronsko pošto, le da je to predal za pošiljanje in prejemanje uradne pošte.



Primer VEP po opravljeni registraciji

Kreiranje pošiljke v VEP:

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



Primer VEP-sporočila

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

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

zdravniska.zbornica@vep.si

Priprava:
Maja Horvat, mag. posl. inf.

Med iluzijo sprememb in realnostjo sistema

Bojana Beović

Medtem ko predolge minute, ure in dneve čakamo na izvide bolnikov, učinke terapij in rezultate analiz ali na prosti vikend, mimo nas hitro bežijo leta. Kmalu bo zbežalo tudi leto 2024. Leto, v katerem je zdravstveni sistem, v katerem delamo, odprl več vprašanj kot ponudil rešitev.

Začelo se je s stavko, z zahtevo po spoštovanju dogovorov in obenem obupnim klicem k ohranitvi javnega zdravstva in nujno potrebnih državnih zdravstvenih ustanov. Stavko je spremljala neverjetna medijska igra, stari ali novi zdravniki povezani škandali so se v medijih vrstili v enakem ritmu kot pogajanja. Odločevalci, celo nekateri zdravniki, ki so jim blizu, so stavkovnim zahtevam seveda nasprotovali, sočasno pa očitali recimo zbornici, da se zavzema za privatizacijo zdravstva. Podpora stavki, izboljšanje delovnih pogojev za zdravnike, zaposlene v državnih in občinskih zdravstvenih ustanovah, in sočasno zavzemanje za zasebno zdravstvo? Nerazumljivo? Ali morda zlonamerno izmišljeno? Stavka je doživela svoj vrhunec z uredbo in nato zakonsko prepovedjo stavke zdravstvenih delavcev skoraj v celoti. Zakon nima primere v razvitem svetu. Trenutno stanje stavke, katere vzdrževanje Fides potrebuje za nadaljevanje pogajanj, je pravzaprav edina oblika zdravniške stavke, ki je v državi sploh dovoljena.

Žarek upanja za vsaj nekaj izboljšanja pogojev dela zdravstvenih delavcev je pokazalo ogromno število podpisov podpore dopolnitvi Kazenskega zakonika, ki bi omogočil pregon nasilja nad zdravstvenimi delavci po uradni dolžnosti in s tem sporočil, da je tako nasilje, podobno kot nasilje nad policisti, družbeno povsem nesprejemljivo. Zakonska sprememba zaradi silnic visoke politike ni bila sprejeta, čeprav smo doživeli res veliko podpore od vsepovsod, celo Ministrstvo za pravosodje je



zatrnilo, da pripravlja podobno spremembo, ki bo širša, zaščitila bo tudi druge javne poklice. Odlično! (In seveda se bomo na ministrstvu oglasili ...)

»Naših« tem sta se dotaknili dve referendumski vprašanji. Po pričakovanju je zakon o evtanaziji dosegel šibko večino podpore. Veseli nas lahko, da rezultatu ni sledila evforija predlagateljev, ki se posledic slabo zavedajo, še bolj pa, da se morda obeta nov zakon na tem področju, ki se zdravnikovega poslanstva ne bo dotikal. Če seveda res moramo slediti trendu zahodne civilizacije, ki si ne želi več živeti.

Zdravniki se gotovo veselimo novih zdravil, ki jih bodo prinesle predklinične in klinične raziskave derivatov konoplje. Ampak od kdaj imamo za razvoj zdravil referendum?! Ker se sama že leta, včasih že donkihotsko, borim za ohranitev učinkovitosti antibiotikov, revolucionarnih zdravil, ki so omogočila in še omogočajo razvoj medicine, bi morda predlagali referendum za več raziskav na tem področju!

Zakon o psihoterapiji: ali je res mogoče, da se zdravnike psihiatre, ki jim je psihoterapija eno od osnovnih orodij, primerja z ljudmi, ki so iz psihoterapije opravili tečaj? Se da posamezen kirurški poseg prav tako naučiti na tečaju? Morda pa tako rešimo pomanjkanje zdravnikov, v tem čudovitem novem svetu, v katerega tone...

Zakon o kakovosti v zdravstvu? Desetletja prizadevanj za vodenje zdravstva po načelih vodenja kakovosti, agencija, ki bo sposobna profesionalno izračunavati strokovno pomembne kazalnike, kultura varnosti z brezkrivno odškodnino, ki bo omogočala preprečevanje nevarnih dogodkov v prihodnje? Smo že tam? Demagoški nasprotniki zakona omenjajo slabe pogoje,

prostorske in kadrovske, v katerih je zagotavljanje kakovosti tako rekoč nemogoče. Če pogledam samo nedavni trend bolnišničnih okužb, značilnega varnostnega zapleta v zdravstvu, jim moram dati prav. A vendarle, nekje je treba začeti, bodimo pogumni.

O noveli Zakona o zdravstveni dejavnosti je bilo najbrž povedano že vse. Slovenski zdravstveni sistem ne more delati bolje, če se vanj vloži – povsem nekontrolirano, seveda – več denarja. Tudi če se zdravnike zaklene vanj, ne more biti bolje. Če motor ne dela, lahko dodamo gorivo, lahko zaklenemo voznika, avto se še vedno ne bo premaknil. Zakaj ne popravimo motorja???

Še bi lahko naštevala, mogoče neskončna prizadevanja, ure sestankov, da bi tako imenovana ministrska

uredba, ki nadomešča splošni dogovor med ZZS, ministrom in izvajalci glede cen in obsega programov, vendarle omogočila boljše delo, ne pa matematičnih permutacij količnikov primarnega zdravstva. Več količnikov je več stikov z bolniki na dan, je krajši kontaktni čas, je še manjša možnost, da bi primarno zdravstvo delovalo. Zelo poenostavljeno, ampak saj veste, kaj kroži med nami: potrebovali bi dva družinska zdravnika, vsakega za milijon ljudi, pa bi bil problem z ljudmi brez zdravnika rešen ...

Gotovo sem v kratkem pregledu izpustila kaj pomembnega, na primer prizadevanja zobozdravnikov, ki morajo res preprečiti, da bodo njihove storitve, ko prehajajo v košarico ZZS, podcenjene. Izkušnje iz drugih vej medicine kažejo, da je škoda, ko je enkrat narejena, zelo težko popraviti.

Še en razlog, da si moramo vsi zdravniški poklici, v eni ali dveh zbornicah, pomagati.

Vseeno, morda presenetljivo ali pa ne: javno mnenje o zdravnikih se po neuradnih podatkih družbe Valicon popravlja, zelo dobro je tudi po podatkih ankete Mediane v maju. Številni bolniki nam izražajo podporo in so presenečeni nad dobrim delovanjem zdravstva, ko vanj vstopijo, to je zdravstvom, za katero smo odgovorni zdravstveni delavci. Medijsko ponaavljanje, da je javno mnenje vse slabše, je način, kako skupini ljudi odvzamete samozavest in motiv za delo.

Zato: pustimo medijske manipulacije, zavedajmo se svojega poslanstva in bodimo v njem še naprej najboljši.

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



Slovesna podelitev odličij Zdravniške zbornice Slovenije

**11. december 2024 ob 18. uri
v Modri dvorani Zdravniške zbornice Slovenije**

Vabljeni, da skupaj čestitamo izjemnim zdravnikom in zdravnicam, zobozdravnikom in zobozdravnicam – letošnjim prejemnikom zborničnih odličij!

Osrednja gostja in govornica bo ministrica za zdravje dr. Valentina Prevolnik Rupel.

Slovesnosti bo sledilo družabno srečanje.

Veseliva se srečanja z vami na izjemnem večeru ob izbrani glasbi!

Prof. dr. Bojana Beović, dr. med.,
predsednica ZZS

Tanja Petkovič, dr. med.,
predsednica skupščine ZZS

Po e-pošti ste že prejeli vabilo, preko katerega potrdite udeležbo. Lahko pa udeležbo potrdite tudi na e-naslov: **dogodki@zss-mcs.si** (s pripisom: podelitev odličij Zdravniške zbornice) ali na **01 30 72 158**.



2025

Spoštovane članice in člani Zdravniške zbornice Slovenije,

ob zaključku leta se vam zahvaljujemo za izkazano zaupanje in vaše nesebično prizadevanje za zdravje in dobrobit vseh nas. Z vašim znanjem, srčnostjo in predanostjo vsak dan rešujete življenja in prinašate upanje.

V prihajajočem letu vam želimo obilo zdravja, sreče, osebnega zadovoljstva in mirnih trenutkov.

Hvala, da ste vedno tam, kjer vas najbolj potrebujemo.

UniCredit Banka Slovenija d.d.

Uvodnik

- 3** Med iluzijo sprememb
in realnostjo sistema
Bojana Beović

K naslovnici

- 8** Doc. dr. Arpad Ivanecz
Alojz Ihan

Zbornica

- 14** Iz dela
zbornice
- 16** Dr. Lilijana Kornhauser Cerar:
»Pri nas ni herojske medicine,
temveč ponižna in počasna«
Živa Salobir
- 17** Doc. dr. Domen Plut:
»Z radiologijo se ne ukvarjam
le, kadar jem in spim«
Živa Salobir

Aktualno

- 18** Medicina na razpotju med
življenjem in smrtjo
Božidar Voljč
- 20** Disciplinska sankcija
zdravniku homeopatu
zaradi javne objave mnenja
o neučinkovitosti cepiv ni
kršitev svobode izražanja
Alenka Antloga
- 22** Predstavitev prednosti
in težav Pediatričnega
urgentnega centra
SB Celje
*Špela Capuder,
Liza Lea Lah*

Strokovni kotiček

- 26** Multidisciplinary Journal
Club – Multidisciplinarni klub
strokovne literature
Janez Tomažič

Personalna

- 29** Prejemniki zdravniških
in zobozdravniških
specialističnih licenc

- 30** Podeljene licence na podlagi
v tujini pridobljene poklicne
kvalifikacije

Iz Evrope

- 31** Prožno
v prihodnost
- 31** Podatki, ki naredijo
vtis

Zdravstvo

- 32** Načrt preobrazbe zdravstva
(II. del)
*Tina Bregant, Miro Germ,
Janez Remškar,
Tomaž Schara,
Andrej Možina*

Forum

- 35** Komentar k zapisom
Barbara Podnar
- 35** Zapri naj bi Splošno
bolnišnico Trbovlje
Zlata Remškar
- 37** Biti otroški in mladostniški
psihater v letu 2024
Aleksander Koroša
- 39** Ministrstvo bi/bo omejilo
število diagnostičnih preiskav
Marjan Fortuna
- 40** Utrinki naključne opazovalke
Tatjana Leskošek Denišlič

Intervju

- 41** Zamejevanje alkoholne
problematike – pristop SOPA
kot korak v pravo smer
Ana Štruc

Medicina

- 44** Multidisciplinarni konzilij
za bolezni in motnje
v delovanju medeničnega dna
v UKC Ljubljana
*Urška Kogovšek,
Kristina Drusany Starič,
Katja Novak,
Barbara Rus Gadžijev,
Melita Rotar*

Poročila s strokovnih srečanj

- 46** 16. mednarodni kongres
kirurgije jeter, trebušne
slinavke in žolčevodov
v Cape Townu
*Irena Plahuta, Špela Turk,
Arpad Ivanecz*
- 48** Mednarodni kongres
neonatologije
v Ljubljani
*Sandra Cerar, Alja Kavčič,
Mojca Kavčič, Jana Lozar
Krivec, Gregor Nosan*
- 49** »Prevod« etike v zdravstveno
prakso in raziskovanje –
zmožnosti in tveganja
Meta Rus
- 50** Konferenca o problematiki
iger na srečo
*Anica Gorjanc Vitez, Mojca
Gosar*

Jezikovna svetovalnica za področje medicine

- 53** Jezik v medicini: slovenščina,
latinščina ... angleščina?
Gašper Tonin

Strokovna srečanja

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

Iz zgodovine medicine

- 61** Svetovni rekord v trajanju
Pringleove okluzije
hepatoduodenalnega
ligamenta, a kljub temu izhod
s srečnim koncem
Stane Repše, Mirko Omejc

Obletnica

- 64** Jubilatka Metka Klevišar
Zvonka Zupanič Slavec

68 Zaslužni profesor dr. Mladen Est – stoletnik
Metoda Lipnik Štangelj

V spomin

70 Profesorici Alenki Radšel - Medvešček v slovo!
Mateja Legan

71 Prim. Tone Kunstelj, dr. med. (1945–2024)
Marija Burnik

S knjižne police

72 Alojz Ihan: Skupinska slika z epidemijo
Črt Marinček

73 Bruno Šimleša: Kako ustvariti najboljše leto svojega življenja
Nina Mazi

Zanimivo

74 O otrokovem temperamentu
Anica Mikuš Kos

Zdravniki v prostem času

77 Bila si majhen, majhen cvet
Andrej Rant

77 Lojzki Logonder
Andrej Rant

78 Sam svoj mojster
Matjaž Lesjak

80 Mrzlo-vroče-mrzlo kolesarjenje (2024) oz. kolesarjenje na stara leta
Marjan Kordaš

Zavodnik

82 O starih šolah in vratarjih v družinski medicini
Jana Govc Eržen

Kolofon

Leto XXXIII, št. 12, 1. december 2024
Natisnjeno 9.550 izvodov
Datum tiska: dan pred izidom
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9
Isis online: ISSN 1581-1611

Izdajatelj in založnik

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

Predsednica

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

Odgovorni in glavni urednik

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

Uredniški odbor

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

Uredništvo

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

Lektoriranje

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

Oblikovna zasnova

Agencija Iz principa, Miha Kržmanc

Priprava za tisk – DTP

Stanislav Oražem

Tisk

Tiskarna Povše

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

Navodila avtorjem

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

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

Avtorski honorarji

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 64,90 EUR. Če je prejemnik glasila v tujini, se dodatno računajo stroški poštnine po veljavnem ceniku Pošte Slovenije. Posamezna številka za nečlane stane 5,90 EUR. 5-odstotni davek na dodano vrednost je vračunan v ceni. Poština je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.



Doc. dr. Arpad Ivanecz

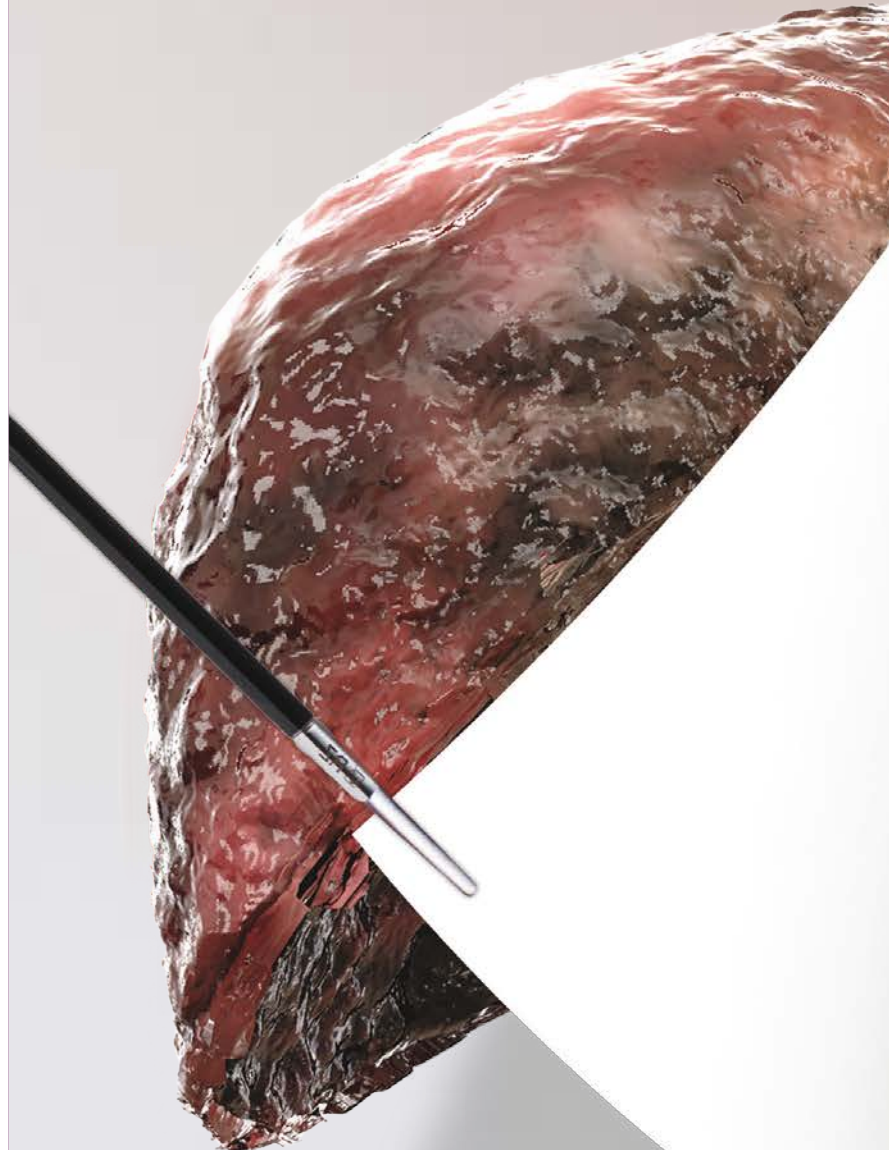
Alojz Ihan

*Letos je v reviji **Annals of Surgery** (IF 9; 2024; 279, št. 2) izšel članek, v katerem ste v družbi 83 sodelavcev mednarodne multicentrične študije objavili primerjavo robotskega in laparoskopskega pristopa k segmentni resekciji jeter (**Propensity Score-Matching Analysis Comparing Robotic Versus Laparoscopic Limited Liver Resections of the Posterosuperior Segments**). Kako je prišlo do te študije, ki je vključila 5.446 pacientov iz 60 centrov za kirurgijo jeter?*

Z laparoskopskimi resekcijami jeter (LRJ) smo na Kliničnem oddelku za abdominalno in splošno kirurgijo (KOASK) v UKC Maribor začeli leta 2008. Uvajali smo jih počasi in postopno, kajti v začetnem, pionirskem obdobju vedno obstaja nevarnost pojava večjega števila zapletov. Danes je minimalno invazivna kirurgija jeter na našem oddelku velikokrat standard zdravljenja in tako 60 % vseh resekcij jeter naredimo laparoskopsko. Do sedaj smo naredili več kot 280 takšnih posegov. Od samega začetka smo opravljali klinične raziskave, jih objavljali in rezultate predstavljali na številnih mednarodnih kongresih. Od leta 2016 so bili naši članki sprejeti tudi v revije s faktorjem vpliva, ki so indeksirane v PubMedu. Tako smo dosegli mednarodno razpoznavnost.

V študijo smo bili vključeni na podlagi naslednjih kriterijev: kumulativno število (izkušnje) z več kot 80 LRJ v obdobju pred januarjem 2015; povprečno število > 20 LRJ/leto v obdobju od leta 2015 naprej; akademska dejavnost s tega področja, ki je bila definirana z objavo najmanj štirih člankov v revijah s faktorjem vpliva, ki so indeksirane v PubMedu.

Namen študije je bil primerjati robotsko in laparoskopsko tehniko resekcije jeter. Kaj v osnovi pomeni robotska kirurgija in pri kakšnih posegih je načelno mogoče pričakovati, da je prednost v robotskih posegih? Vsi smo že veliko slišali o robotski kirurgiji



odstranitve tumorjev prostate, o kirurgiji jeter pa veliko manj.

LRJ se je uveljavljala bistveno počasneje kot laparoskopski posegi na drugih področjih. Prisoten je bil predvsem strah pred velikimi krvavitvami, ki bi neposredno ogrozile pacienta. Jetra so zelo velik in v marsičem poseben organ z velikim volumnom, ki meri v povprečju 1,5 l. Zapolnjujejo desni zgornji del trebušne votline pod prepono in se raztezajo tudi na levo stran. Zelo dobro so prekrvljena, s pretokom minutnega volumna krvi 1.500 ml/min. Tako se v primeru nezmožnosti zaustavitve krvavitve zelo hitro pojavijo znaki hemoragičnega šoka, ki so lahko nepovratni in vodijo v smrt pacienta. Jetra so razdeljena na segmente. Topografsko in s kirurško-tehničnega stališča so anterolateralni segmenti (II; III; IVb; VI) lažje dosegljivi za operativni pristop kot posterosuperiorni segmenti (I; IVa; VII; VIII).

Tako kot LRJ se je tudi robotska kirurgija jeter v primerjavi z ostalimi posegi uveljavljala počasneje. Zakaj? Enako kot pri LRJ je prisoten strah pred hudo krvavitvijo, ki je kirurg ne bi mogel ustaviti. Zaradi velikosti in topografije organa je potreben veliko večji manevrski prostor kot pri drugih operacijah. Za primerjavo, robotska kirurgija prostate se je hitro uveljavila predvsem zaradi tega, ker gre za majhen organ, ki se nahaja v majhnem prostoru v mali medenici, kjer začetne nastavitve instrumentov ni treba spreminjati. Gre za majhen manevrski prostor, kjer kirurg enostavno lažje operira. Poleg tega pri takšnem posegu robot predstavlja posebno prednost predvsem pri rekonstrukciji sečnice.

Pomemben dejavnik počasnejšega razvoja robotske kirurgije jeter je tudi dostopnost in cenovni vidik, kajti robotska oprema je draga. Tako imate lahko robota v ustanovi, a kljub temu ne boste mogli vseh kirurških posegov narediti robotsko. Lahko imate celo več robotov, a boste morali kljub temu

izbirati paciente, pri katerih se robotska kirurgija dejansko izplača. Tako pridemo na globalno raven: bogate ustanove imajo robote v nasprotju z revnimi, ki jih nimajo. Ali robotska kirurgija res upraviči svojo visoko ceno? Da, v določenih primerih. Razliko med laparoskopsko in robotsko kirurgijo lahko ponazorim tudi duhovito: pri kirurško-tehnično zapletenih posegih moramo biti laparoskopski kirurgi nadpovprečni za dosego odličnih rezultatov, medtem ko robot lahko tudi povprečnemu kirurgu omogoči vrhunske izide zdravljenja. Pomemben dejavnik je tudi reklama za ustanovo. Če bi bila medicina strogo tržna dejavnost, bi v modernem času morali imeti robota in nuditi možnost robotske kirurgije, kar bi privabilo večje število pacientov. Temeljno vprašanje je, kdaj in pri kom se to dejansko izplača in predvsem kdo bo to plačal.

Potencialne prednosti robotske kirurgije jeter so pri tumorjih, ki se nahajajo v težko dosegljivih posterosuperiornih segmentih tega organa, in predvsem pri posegih, kjer je potrebna rekonstrukcija žil ali/in žolčevodov. Omeniti je treba še številne tehnološke prednosti, kot je možnost rutinske uporabe 3D-tehnike, indocianin zelenila za diagnostiko in načrtovanje resekcije in še mnoge druge.

Kako je potekala organizacija študije, v katerem delu študije je sodeloval vaš oddelek in kaj so pokazali rezultati?

Študija je bila centralno vodena v National Cancer Centre Singapore. Po predhodnih dogovorih smo naredili uniformne datoteke, ki so vsebovale vse potrebne podatke za nadaljnjo analizo. Dejavnike smo razdelili na demografske, predoperativne, medoperativne in pooperativne. Seveda je bilo zadoščeno etičnim kriterijem, osnovni podatki o pacientih so bili kodirani, njihova identiteta je bila nerazpoznavna. Študija je bila zasnovana kot primerjava med robotsko in LRJ. V UKC Maribor nimamo robota, a



imamo veliko izkušenj z laparoskopskimi operacijami in tako smo v študiji sodelovali z LRJ.

Rezultati so pokazali statistično boljše rezultate zdravljenja v prid robotski resekciji jeter pri naslednjih medoperativnih parametrih: manjše število konverzij v odprto operacijo (2 % proti 6 %; $P = 0,002$); manjša izguba krvi (100 ml proti 150 ml; $P < 0,001$); krajši čas operacije (188 min proti 222 min; $P < 0,001$).

Omenjene prednosti so bile še bolj izrazite pri podskupini pacientov s cirozo jeter. Vendar je zelo pomembno poudariti, da med obema skupinama ni bilo razlik v rezultatih po operaciji, to je v obolevnosti in umrljivosti. Tudi glede medoperativnih parametrov je zelo bistveno izpostaviti, da čeprav sta manjša izguba krvi (100 ml proti 150 ml) in krajši čas operacije (188 min proti 222 min) statistično značilna, 50 ml izgube krvi in 34 min časovne prednosti s kliničnega stališča dejansko ne predstavljata prav nobene pomembne razlike.

Parametri, ki ste jih analizirali o poteku in izidih vsake operacije, so lep primer na-

tančnega spremljanja poteka in izidov zdravljenja, ki so v mnogih bolnišnicah del rednega poročanja o kakovosti zdravljenja. S tovrstnimi podatki je mogoče primerjati različne bolnišnice med seboj, prav tako posamezne operativne time v eni bolnišnici. Kako daleč je rutinsko zbiranje in sprotno analiziranje takega nabora podatkov pri nas in širše v Evropi?

Pomembno je predstaviti idealne rezultate zdravljenja, ki so poleg kirurga odvisni tudi od ustanove. Ni dovolj, da imate vrhunske kirurge, pomembna je tudi ustanova, ki nudi vse možnosti vrhunske kirurgije. Kaj to pomeni? Potrebne so ekipe kirurgov in zdravstvenega osebja, ki imajo izkušnje pri izvajanju takšnih posegov. Izučene ekipe so nepogrešljive pri pravočasnem prepoznavanju in razreševanju zapletov, ki se po tako tehnično zahtevnih posegih lahko pripetijo. Navsezadnje je potrebna tudi vsa moderna tehnologija, ki je nepogrešljiva pri minimalno invazivni kirurgiji jeter.

Stremimo k najboljšim rezultatom, ki so definirani kot onkološka radikalnost (odstranitev malignega tumorja v zdravo) in varnost pacienta (brez obolenosti in umrljivosti po operaciji). Nikakor si ne želite situacije »operacija uspela, pacient umrl«.

V drugi analizi, ki smo jo pred kratkim objavili z isto skupino raziskovalcev, smo želeli predstaviti idealne rezultate zdravljenja po minimalno invazivni kirurgiji jeter. V tem članku z naslovom Defining global benchmarks for laparoscopic liver resections (Annals of Surgery, 2023) smo primerjali tri pogoste in predvsem zelo dobro definirane anatomske resekcije jeter: leva lateralna sekcionektomija (LLS, resekcija segmentov II in III), leva hemihepatektomija (LHH, resekcija levih jeter) in desna hemihepatektomija (DHH, resekcija desnih jeter). Na podlagi rezultatov najboljših centrov po svetu,

kjer imajo tudi največ izkušenj, smo predstavili idealne rezultate zdravljenja in ti so bili opredeljeni kot najmanjše število zapletov med in po operaciji. S tovrstnimi podatki je mogoče primerjati različne ustanove med seboj, prav tako posamezne operativne time znotraj enega oddelka. Mogoče je celo podeljevanje ali odvzemanje licence za tovrstno dejavnost, v odvisnosti od rezultatov, ki jih kirurški oddelek dosega. Znani so primeri iz Japonske, kjer so po veliki vnemi pri uvajanju minimalno invazivne kirurgije jeter v nekaterih bolnišnicah kar naenkrat imeli bistveno večje število zapletov in celo smrtnih izidov zdravljenja. Slabši rezultati so prišli celo v širše medije, vodstva bolnišnic so se javno opravičila in ministrstvo za zdravje je številnim oddelkom do nadaljnjega prepovedalo izvajanje laparoskopskih posegov na jetrih.

Kako daleč je rutinsko zbiranje in sprotno analiziranje takega nabora podatkov pri nas in širše v Evropi? V Sloveniji gre za klinične raziskave, torej akademsko delo, ki ga opravljamo na lastno pobudo, ne da bi bilo uradno zahtevano. Enako velja za večino ostalih evropskih centrov, kar lahko trdim vsaj za tiste, ki sem jih obiskal in s katerimi sodelujemo. Vendar gre v večjih državah za izrazito tekmovanje in konkurenco med ustanovami. Centri, ki postanejo znani zaradi svoje odličnosti, pridobijo več pacientov in z ekonomskega vidika tudi več denarja.

Analiza lastnih rezultatov je izjemnega pomena. Osnovo predstavlja datoteka, v katero se sproti beležijo klinični dejavniki, ki jih delimo na tiste pred, med in po operaciji. Nabor podatkov je temelj za nadaljnjo analizo in znanstvenoraziskovalno delo. Operacije tudi snemamo in pripravljamo videopredstavitve. Prostora za izboljšave in učenje je vedno dovolj. Akademsko smo se veliko ukvarjali tudi z učno krivuljo, ki je pri LRJ zelo posebna, ker gre za veliko različnih operacij. Zanimiva je primerjava iz letalske industrije, kjer

je učna krivulja linearna. Za kaj gre? Če inženirji sestavljajo enak tip letala iz enakih delov, bodo sčasoma letala sestavili vedno hitreje. Za pionirsko obdobje LRJ je bila značilna valovita učna krivulja, za katero je značilno, da se obdobja izboljšav izmenjujejo z obdobji stagnacij in celo slabših izidov zdravljenja. Zakaj? Lahko začnete z operacijami majhnih tumorjev na površini dobro dosegljivih segmentov jeter in imate odlične rezultate. Kmalu se boste lotili operacij večjih tumorjev na segmentih, kjer je pristop težji, in kar naenkrat bodo operacije trajale dalj časa in lahko se pojavijo tudi zapleti. Vendar je to značilnost pionirskega obdobja, danes so posegi standardizirani in gre za strukturirano učenje. Zaželeno je, da kirurg začetnik operira pod nadzorom izkušenega tutorja, ki ga vodi med operacijo. V času pionirskega obdobja to ni bilo mogoče. Pametni se učijo na napakah drugih. Povprečni se učijo na svojih napakah. Nekateri se nikoli ne naučijo.

Zlasti v ZDA so tovrstni podatki del »osebne izkaznice« vsake bolnišnice, ki po eni strani motivirajo bolnišnice k vedno večji kakovosti, po drugi strani pa prikazujejo morebitnim pacientom svoje »konkurenčne prednosti«.
Se tudi v EU opažajo kakšni trendi k tovrstni primerljivosti in preglednosti podatkov o kakovosti zdravljenja, vsaj po posameznih indikacijah oz. posegih?

Predvsem v večjih državah gre za izrazito tekmovanje in konkurenco med ustanovami. Centri, ki postanejo znani zaradi svoje odličnosti, pridobijo več pacientov in z ekonomskega vidika tudi več denarja. V ZDA je zdravljenje tržna dejavnost, kot katerakoli druga. Tudi v Evropi obstajajo centri, ki privabljajo številne tujce, in če govorimo o kirurgiji jeter in trebušne slinavke, sta po tem posebej znana centra v Parizu v Franciji in Heidelbergu v Nemčiji.

Slavo in prepoznavnost sta si pridobila z dolgotrajnim kliničnim in raziskovalnim delom, operirajo paciente z vsega sveta, kar je povezano tudi s finančnimi prilivi. Takšne ustanove so neposredno motivirane k vedno večji kakovosti, kar avtomatično pomeni, da potencialnim pacientom prikazujejo prednosti pred konkurenco. Medalja ima sicer tudi drugo plat, vendar širitev indikacij za operacijo etično ni sprejemljiva.

Tudi k nam prihajajo pacienti iz tujine, ki si želijo operacije na našem oddelku, a je nepredstavljivo in hkrati neverjetno, kakšne birokratske ovire nam pri tem postavljajo lokalne ekonomske institucije. Natančneje, v primeru operacije pacienta iz tujine, ki ni zavarovan v Sloveniji, naj bi glavni kirurg podal spisec in cene materiala, ki ga bo pri operaciji porabil: od najnavadnejših šivov do vseh visokotehnoloških naprav, ki so pri tem potrebne. A si predstavljate? Kirurg pripelje pacienta v ustanovo, vi pa ga potem obremenite z birokratsko dejavnostjo. Namesto da bi paciente

iz tujine sprejemali odprtih rok, dobite vtis, da je to nepotrebno.

Razvoj kirurgije jeter je v UKC Maribor izrazito povezen s prihodom prof. Gadžijeva. Kako je potekal začetek te kirurgije in kako izgleda njen razvoj danes?

Kirurgija jeter je imela v UKC Maribor tradicijo že pred njegovim prihodom in velike zasluge za to je imel prof. Stojan Potrč. Prof. Eldar M. Gadžijev je prišel v Maribor leta 1999 in bil predstojnik našega oddelka do konca leta 2006. To je bil čas, ko se je v Mariboru ustanovila medicinska fakulteta in tudi iz splošne bolnišnice je nastal UKC Maribor. Z njegovim prihodom je kirurgija jeter, trebušne slinavke in žolčevodov dobila velik zagon. Bil je svetovno znan, ravno takrat je sodeloval pri novi nomenklaturi jetrnih operacij – Brisbane 2000 Terminology of Liver Anatomy & Resections, ki je veljavna še danes. V tistem času je izdal tudi knjigo o različnih variantah jetrnih struktur, ki

predstavlja temelj za varne operacije na jetrih. Tako nam mladim specialistom kirurgije takrat ni bilo treba iskati učitelja po svetu, kajti učitelj je prišel k nam. Poleg vrhunskega kliničnega dela je vzpodbujal tudi akademsko delo. Takrat smo začeli ustvarjati računalniško podprte datoteke, kamor smo vnašali vse paciente, ki so imeli operacije na jetrih. Takšna datoteka je predstavljala temelj za nadaljnje klinične analize, ki smo jih kasneje izpopolnili še s temeljnimi raziskavami.

Jetрно kirurgijo smo kasneje razvijali v smeri minimalno invazivnega pristopa in tako ima LRJ pri nas že dolgo tradicijo. Nadaljnji korak v razvoju predstavlja uvedba robotske kirurgije jeter. Od leta 2019 naprej se pogajamo za nakup kirurškega robota, vendar ga iz meni neznanih razlogov v UKC Maribor še vedno nimamo. Brez najnovejše tehnologije je moderna kirurgija okrnjena. V tujini bi tako težko dohajali konkurenco, pri nas se to še ne pozna. Poleg tega je pomemben razvoj lokalnih ablacij jetrnih

Doc. dr. Arpad Ivanec

Rojen sem 23. 1. 1972 v Murski Soboti. V letih od 1991 do 1997 sem se šolal na Medicinski fakulteti na Univerzi v Pécsu na Madžarskem. Po služenju vojaškega roka sem se leta 1999 preselil v Maribor, kjer sem se kot zdravnik sekundarj zaposlil na takratnem Oddelku za abdominalno in splošno kirurgijo Splošne bolnišnice Maribor. Pridobil sem specializacijo iz splošne kirurgije in leta 2003 sem opravil specialistični izpit. Od takrat sem zaposlen kot zdravnik specialist kirurg na Kliničnem oddelku za abdominalno in splošno kirurgijo, UKC Maribor.

Leta 2014 sem zaključil doktorski študij programa Biomedicinska tehnologija Univerze v Mariboru in bil leta 2016 na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru izvoljen v naziv docent za predmetno področje »kirurgija«. Podiplomsko sem se izobraževal in delal na številnih klinikah v tujini. Leta 2001 sem obiskal »Hermann Memorial Hospital« v Houstonu v ZDA in tam delal kot specializant ter pridobil bogate izkušnje na področju kirurške oskrbe akutnih stanj. Leta 2010 sem operiral skupaj s prof. Petrom Lodgeem na »Hepatopancreatobiliary and Transplant Unit, St James's University Hospital« v Leedsu v Združenem

kraljestvu. Leta 2010 sem obiskal in delal s prof. Danielom Jaecom in prof. Philipom Bachellierom v »Centre de chirurgie Viscerale et de Transplantation, Hopital de Hautepierre, Hopital Universitaires de Strasbourg« v Strasbourgu v Franciji. Leta 2012 sem obiskal in delal s prof. Myrddinom Reesom na oddelku za hepatobiliarno kirurgijo v »Basingstoke and North Hampshire Hospital« v Združenem kraljestvu. Leta 2016 sem se dodatno izobraževal na področju laparoskopske kirurgije jeter in delal skupaj s prof. Bjørnom Edwinom na oddelku za hepatobiliarno kirurgijo v »Riiks Hospital« v Oslu na Norveškem. Ta center sem kasneje redno obiskoval v letih 2019, 2020, 2022, 2023 in 2024.

Sem član uredniških odborov in recenzent pri številnih medicinskih revijah, kakor tudi član domačih in tujih medicinskih združenj. Naštel bom le nekatere: član predsedstva Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo (SZGH), v obdobju od 2017 do 2021 sem bil tajnik tega združenja. Tajnik Združenja za endoskopsko kirurgijo Slovenije (ZEKS) od leta 2022 do danes. International Hepato-Pancreato-Biliary Association (IHPBA). Sem ustanovni član International Laparoscopic Liver Society (ILLS).

tumorjev, pri katerih z visokoenergetskimi napravami tumorje po najmanj invazivni poti uničimo. Glavno oviro pri tem predstavlja navigacija. Jetra so namreč zelo velika, nekateri segmenti so zelo težko dostopni, a tumor v jetrih je treba natančno zadeti, drugače ni učinka terapije. Tehnologija se razvija v smeri izboljšav navigacijskih naprav in slikovnih preiskav.

Kateri so poglavni strokovni izzivi sodobne jetrne kirurgije in kako poteka sodelovanje in koordinacija tega področja v Sloveniji?

Poglavni strokovni izzivi so zelo jasni: najboljši možni kratko- in dolgoročni rezultati zdravljenja. Kratkoročni izidi zdravljenja so opredeljeni kot najnižja možna obolevnost in smrtnost ter najboljša možna kakovost življenja. Minimalno invazivna kirurgija v rokah izkušenega kirurga vpliva na boljšo kakovost življenja pacienta po operaciji. Dobri dolgoročni izidi zdravljenja so definirani kot daljše preživetje bolnikov po operaciji zaradi malignih bolezni. Uvajanje moderne tehnologije vsekar vpliva na boljše kratko- in dolgoročne izide zdravljenja, a žal tukaj nemalokrat trčimo v oviro. Robotska kirurgija, moderne slikovne preiskave, navigacijske naprave in hibridna operacijska dvorana pomenijo velik cenovni zalogaj. Upam, da bomo odgovorne uspeli prepričati o njihovi pomembnosti, kajti ne gre za visokotehnološke igračke, ampak pripomoček, ki pomaga kirurgu in predvsem pacientu.

Sodelovanje in koordinacija tega področja je v Sloveniji urejena s predstavitvami pacientov na multidisciplinarnih konzilijih. Formalna konzilija, kjer celostno obravnavamo paciente z jetrnimi boleznimi, sta centralizirana v UKC Ljubljana in UKC Maribor. S kolegi iz Ljubljane zelo dobro sodelujemo, kar se odraža v skupni organizaciji kongresov in delavnic. Plodna izmenjava izkušenj je neprecenljiva, drugo mnenje je

Klinični oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo

(KOASK) je največji kirurški oddelek v UKC Maribor. Poleg bolnikov z mariborskega območja sprejemamo tudi bolnike z zapleteno abdominalno patologijo iz širše regije severovzhodne Slovenije, pa tudi iz celotne Slovenije in tujine. Zdravstvene storitve nudimo tako na sekundarni (60 %) kakor tudi na najvišji, terciarni (40 %) ravni. Letno skupaj naredimo več kot 2.100 operacij (v povprečju 2.129) pri hospitaliziranih pacientih, ambulantno jih obravnavamo še veliko več.

Na oddelku nas je trenutno zaposlenih 16 zdravnikov specialistov kirurgov in štirje specializanti kirurgije. Osem kirurgov ima doktorat znanosti, vsi so habilitirani fakultetni učitelji na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru.

Na našem oddelku se izpopolnjujejo številni kirurgi iz Slovenije in drugih držav, kar smo formalizirali v obliki organizacije kongresov in kirurških delavnic. Zadnji veliki mednarodni kongres, ki smo ga gostili, je bil 16. kongres Združenja za endoskopsko kirurgijo Slovenije, novembra 2024 v Mariboru (www.endokongres.si). Trenutno predsedujemo Združenju za endoskopsko kirurgijo Slovenije (ZEKS) in smo v uredniškem odboru njegove revije *Surgery and surgical endoscopy*. V sklopu ZEKs smo člani mednarodnega združenja za minimalno invazivno kirurgijo European Association of Endoscopic Surgery (EAES). Naši kirurgi so člani tudi številnih drugih uglednih mednarodnih združenj, kot so International Hepato-Pancreato-Biliary Association (IHPBA) in European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association (E-AHPBA) ter European Society of Surgery (ESS).

vedno dobrodošlo. Neformalno se lahko kadarkoli pokličemo tudi po telefonu. Konkurenca? Takšna je zdrava in predvsem se oboji strinjamo, da bi nam ustanovi lahko bistveno olajšali prihode tujih pacientov. Gre za vrhunski ustanovi z odličnimi izidi zdravljenja na področju kirurgije jeter.

V letošnji majski številki Isis ste objavili zanimivo poročilo o obisku klinično-raziskovalnega centra v Oslu. Kaj je bil motiv tega obiska in kako je mogoče zglede iz Osla prenesti k nam?

Motiv številnih obiskov klinično-raziskovalnega centra v Oslu na Norveškem je bil izpopolnjevanje sodobne, minimalno invazivne kirurgije jeter. Profesor Bjørn Edwin velja za pionirja LRJ in trebušne slinavke. Z naprednimi in zahtevnimi minimalno invazivnimi operacijami je začel že v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, takrat se je večina kirurgov po

svetu šele učila najbolj osnovnih laparoskopskih tehnik, kot so operacije žolčnika in slepega črevesa. Bjørn in njegovo mednarodno znano vrhunsko ustanovo sem seveda zelo dobro poznal, predvsem s kongresov in iz literature, osebno pa sva se spoznala konec leta 2015 med izvedbo laparoskopske kirurške delavnice v Southamptonu (Združeno kraljestvo). V veliko čast mi je bilo, da me je povabil na obisk njihovega centra v Oslu. Poznanstvo se je kmalu razvilo v iskreno prijateljstvo. Od takrat naprej sem večkrat obiskal njihov Interventni center in tako redno sledil najnovejšim dosežkom s področja minimalno invazivnih posegov na jetrih in trebušni slinavki. Bjørn ni ostal dolžan, velikodušno se je odzval mojemu vabilu in tako večkrat obiskal Slovenijo.

Interventni center v Oslu je bil ustanovljen leta 1996 kot Oddelek za medicinske inovacije. Namen je bil narediti popolnoma samostojen center, kjer bi na področju različnih

kliničnih disciplin razvijali tako nove terapevtske metode kakor tudi inovativne tehnologije.

Eden od pomembnih mejnikov na področju LRJ je bila objava prve prospektivne randomizirane raziskave z naslovom Oslo-Comet, kjer so kot prvi na svetu jasno in nedvoumno predstavili visokokakovostne dokaze o prednosti minimalno invazivne kirurgije jeter v primerjavi s tradicionalno, odprto operacijo.

LRJ tako danes ni več pionirska metoda, ampak splošno sprejeta in priznana kirurška tehnika, ki ob upoštevanju onkoloških kriterijev pacientom nudi številne prednosti. Ali lahko v Oslu spijo na stari slavi? Nikakor ne. Trenutno načrtujejo najnovejšo raziskavo, kjer bodo LRJ primerjali z lokalno ablacijo, pri kateri bodo uporabili mešano realnost in navigacijski sistem. Za kaj gre? Predvsem pri številnih majhnih tumorjih, ki se nahajajo globoko v

jetrnem tkivu, ima lahko lokalna ablacija potencialno prednost pred obsežno resekcijo, kajti ohrani veliko več zdravega jetrnega tkiva. Kako poteka raziskava? Na podlagi slikovnih preiskav pred operacijo sestavijo virtualne modele, ki jih nato projicirajo na dejanske anatomske strukture pacienta med interventnim posegom. S pomočjo navigacije potem natančno uvedejo igle v tumorje in jih s pomočjo visoke energije (angl. microwave ablation) uničijo. S takšnim sistemom navigacije lahko zagotovijo dosti večjo natančnost kot z običajnim dvodimenzionalnim ultrazvokom, ki ga sicer uporabljamo. Bistveno je, da imajo pri tem na razpolago hibridno operacijsko dvorano in tako lahko po koncu posega učinek takoj kontrolirajo s pomočjo računalniške tomografije, ki se nahaja v bližini, na kraju samem.

Kako je mogoče zglede iz Osla prenesti k nam? Visoko strokovnemu

kliničnemu delu mora slediti tudi predano raziskovalno delo in motivacija mlajših kolegov. Poleg strokovnosti je zelo pomembna dobra organizacija. Veseli me, da se številni mladi kolegi vključujejo tako v klinično kakor tudi v raziskovalno delo, kajti brez mladih ljudi ni nadaljnega razvoja. Mladi specialisti in specializanti kirurgije, ki so na našem oddelku neposredno vključeni tako v klinično kot tudi v raziskovalno delo na področju kirurgije jeter, so: Bojan Ilijevec, dr. med., Irena Plahuta, dr. med., Tomislav Magdalenič, dr. med., in Špela Turk, dr. med. Veseli me, da redno prihajajo tudi študenti medicine, kar nam dovoljuje svetel pogled v prihodnost.

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

PREGLED IN UREJANJE PRIJAV NA DOGODKE, POTRDILO O UDELEŽBI



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

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

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

Iz dela zbornice

Za obdobje od 22. oktobra do 22. novembra 2024

Regijski obiski: vodstvo zbornice prisluhnilo izzivom lokalnega zdravstva v pomurski in mariborski regiji

Konec oktobra je v Pomurju potekal prvi regijski obisk vodstva zbornice v novem mandatu prof. dr. Bojane Beović. Predsednica ZZS se je srečala s predstavniki zdravstvenih domov iz Murske Sobote, Ljutomera, Lendave in Gornje Radgone ter z vodstvom Splošne bolnišnice Murska Sobota. Največja težava vodstev zdravstvenih domov je predvsem zadržati mlade v regiji. Sicer pa si lahko prebivalstvo še vedno izbere družinskega zdravnika, pediatra in ginekologa. Vodstvo murskosoboške bolnišnice je izpostavilo problematično organizacijo dela v regiji, saj se vedno več bolnikov obrača na urgentni center, kar močno obremenjuje zdravnike.

Veliko preobremenjenost urgentnega centra so izpostavili kot eno večjih problematik tudi ob obisku mariborske regije. Generalni direktor UKC Maribor, prof. dr. Vojko Flis, je opozoril na sistemske težave, ki obremenjujejo terciarne ustanove, v katerih se izzivi nizajo od tega, da vse investicije stojijo, do velike preobremenjenosti urgentnega centra, saj nekatere zdravstvene ustanove v regiji

ne izvajajo več neprekinjenega zdravstvenega varstva in ga prenašajo na osrednji slovenski ustanovi. Vodstva zdravstvenih domov Maribor, Lenart in Slovenska Bistrica pa so opozorila predvsem na pomanjkanje kadra in podfinanciranost primarne ravni.

Urgentna medicina kliče na pomoč. Kako jo lahko rešimo?

Zaradi pomanjkanja urgentnih zdravnikov in zaskrbljujoče nizkega zanimanja za to specializacijo med mladimi se urgentna medicina sooča s kriznim stanjem, ki ogroža njeno dolgoročno vzdržnost. V zadnjem času smo redno priča naraščajočemu pritisku na urgentne oddelke, zato zdravniki potrebujejo in pričakujejo sistemsko pomoč. Na posvetu o izzivih in prihodnosti urgentne medicine, ki so se ga udeležili predstavniki Sekcije urgentne medicine Slovenskega zdravniškega društva, Evropskega združenja za urgentno medicino (EUSEM), predsednica Zdravniške zbornice Slovenije in generalni sekretar na Ministrstvu za zdravje, so se strinjali, da je treba v urgentnih centrih izboljšati pogoje dela in zaposlene primerno nagraditi. Brez tega bo sistem, kjer primanjkuje vsaj 300 specialistov urgentne medicine, a se je za specializacijo na 50



razpisanih mest prijavi le devet kandidatov, kmalu potreboval reanimacijo.

Predstavitev ključnih komentarjev na Zakon o zagotavljanju kakovosti v zdravstvu

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prof. dr. Bojana Beović je na Odboru za zdravstvo Državnega zbora predstavila ključne komentarje zbornice: »Zdi se nam smiselno, da so določila različna glede na velikost izvajalca,« je povedala. Dodala je, da bi si želela, da bi bil zakon bolj usmerjen v graditev kulture varnosti in ne toliko v kaznovanje politiko.

Prof. dr. Rajko Pirnat dvomi v ustavnost novele ZZDej, več tisoč zdravnikov enotnih

Zdravniška zbornica Slovenije je izvedla obsežno anketo med slovenskimi zdravniki in zobozdravniki, ki je potekala med 2. in 18. oktobrom 2024. Rezultati so jasen pokazatelj, da predlagane spremembe zakonodaje in obstoječi pogoji dela v javnem zdravstvenem sistemu zbuja globoko zaskrbljenost in nezadovoljstvo med zdravništvom. V raziskavi je sodelovalo kar 3.522 zdravnic in zdravnikov ter zobozdravnic in zobozdravnikov, ki so izrazili svoje stališče glede novele Zakona o zdravstveni dejavnosti



(ZZDej) in širših delovnih pogojev. Kar 83 % vprašanih meni, da uvedba zakonske omejitve dodatnega dela zdravnikov ne bo pripomogla k izboljšanju kakovosti in obsega zdravstvenih storitev v javnem zdravstvu. 68 % sodelujočih zdravnikov in zobozdravnikov pa meni, da bo predlagana novela ZZDej negativno vplivala na njihov način dela. V primeru, da bi bila novela ZZDej sprejeta v takšni obliki, jih namerava kar 16 % zapustiti delo v javnem zavodu. 65 % vprašanih namreč dvomi oz. meni, da javni zavodi v tem trenutku ne morejo zagotoviti večjega obsega storitev, kljub pripravljenosti zaposlenih, da bi več delali. Skoraj 67 % zdravnikov in zobozdravnikov meni, da so javni zdravstveni zavodi slabo ali zelo slabo vodeni, predvsem na račun prevelikega političnega vpliva, slabe organizacije delovnih procesov in neučinkovitega upravljanja finančnih sredstev.



QR-koda do ankete

Izrazito kritičen do novele Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) je tudi prof. dr. Rajko Pirnat s Pravne fakultete Univerze v Ljubljani. »Novela temelji na velikem obsegu prepovedi, omejitev in tudi posegov v ustavne pravice zdravstvenih delavcev in je v mnogih točkah sporna v ustavnosti,« je poudaril dr. Pirnat. Še bolj nerazumljivo pa se mu zdi, zakaj zakonodajalec meni, da bo z discipliniranjem zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev rešil zdravstveni sistem. »Zakaj se vlada odloča za vzbujanje nezadovoljstva med zdravstvenimi delavci, namesto da bi jih spodbujala k večji storilnosti, mi ni jasno. Te logike preprosto ne razumem in prepričan sem, da bo rezultat slab,« je še dodal.



QR-koda do izjave

Evropski zdravniki z novim vodstvom

Delegacija Zdravniške zbornice se je udeležila generalne skupščine Stalnega odbora evropskih zdravnikov (CPME) v Amsterdamu, kjer so imenovali novega predsednika CPME. Na to funkcijo je bil za obdobje od leta 2025 do 2028 izvoljen dr. Ole Johan Bakke iz Norveške, specialist javnega zdravja in splošne medicine. V Amsterdamu so sprejeli tudi dokument o merilih kakovosti za medicinske študije, kjer se je CPME jasno opredelil proti zniževanju standardov. Glede uporabe umetne inteligence v medicini pa je CPME oblikoval jasne zahteve, zlasti glede vprašanj odgovornosti, povezanih z uporabo umetne inteligence.

Dialog zdravi: Slovenski gospodarstveniki in zdravniki skupaj o urgentnih rešitvah za javno zdravstvo

Na AmCham Fokusu, ki ga je organizirala AmCham Komisija za zdravstvo in kakovost bivanja v sodelovanju z Zdravniško zbornico Slovenije in Gospodarsko zbornico Slovenije, ob podpori Gospodarskega kroga, so se gospodarstveniki in zdravniki soočili s perečimi izzivi slovenskega javnega zdravstva. V ospredju razprave je bil predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-N), ki po mnenju številnih strokovnjakov ne ponuja ustreznih rešitev za ključne težave, kot so podaljševanje čakalnih vrst, po-

manjkanje zdravstvenega kadra in neučinkovito upravljanje. Javno zdravstvo ni opredeljeno z lastništvom izvajalcev, temveč načinom financiranja. Ključno je, da vsi izvajalci v javni mreži – ne glede na to, ali so državni ali zasebni – izpolnjujejo enake pogoje. Predlog novele se preveč osredotoča na lastništvo izvajalcev, namesto na kakovost in dostopnost storitev.

Obeležitev svetovnih dni na Zdravniški zbornici Slovenije

Na Zdravniški zbornici smo v zadnjem obdobju obeležili večino pomembnih svetovnih dni – svetovni dan možganske kapi, pljučnice, diabetesa, antibiotikov, raka prostate in anafilaksije. Ob tej priložnosti smo pripravili vsebine, ki so izpostavile delo naših članov in ključne informacije za javnost, s ciljem ozaveščanja o pomenu preventive, hitrega ukrepanja in učinkovitega zdravljenja. V sodelovanju z našimi zdravniki smo ustvarili informativne vsebine, ki so pozele odličan odziv tako v strokovni kot splošni javnosti, saj so prispevki dosegli veliko gledanost (tudi več kot 300.000 ogledov) in pozitivne komentarje. Svetovni dnevi tako niso le priložnost za informiranje, temveč tudi za promocijo dela naših članov, ki s svojim znanjem in predanostjo vsakodnevno prispevajo k boljšemu zdravju prebivalstva.



QR-koda do knjižnice posnetkov



Obrazi zdravništva

Dr. Lilijana Kornhauser Cerar: »Pri nas ni herojske medicine, temveč ponižna in počasna«

Živa Salobir

»Zdi se mi izjemno pomembno, da delam v skupini, kjer se med seboj dobro razumemo. Pri nas ni pomembno, kdo ima kakšno funkcijo – pomembno je, da se vsi čutimo poklicani za to delo.« S temi besedami dr. Lilijana Kornhauser Cerar, dr. med., vodja Enote za intenzivno nego in terapijo novorojenčkov KO za perinatologijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana ter predsednica Društva za pomoč prezgodaj rojenim otrokom, povzame bistvo delovanja enote, ki bolj kot na bolnišnični oddelek spominja na razširjeno družino. Ne le zato, ker so tu vrata staršem nedonošenčkov ves čas odprta, temveč tudi zato, ker je čutiti povezanost, srčnost, toplino in razumevanje med zaposlenimi različnih poklicev, za katere sta zdravljenje in nega najranljivejših otrok mnogo več kot le služba.



Vaša edina želja pred našim snemanjem je bila, da ne bi izpostavili zgolj zdravniške plati enote, temveč celoten tim.

Pri nas nihče ni pomembnejši od drugega. Tu vsi razmišljamo in dihamo enako, kar je izjemno pomembno. Če želiš delovati kot tim, kjer je vsak člen ključnega pomena za uspeh – za življenje, zdravje ter normalno rast in razvoj otrok – moraš misliti in čutiti enako ter biti pripravljen marsikaj žrtvovati. Pogosto se odpovemo svojim čustvom, včasih tudi delu osebnega življenja, vendar se to stokrat povrne. **Dejstvo, da skupaj z ekipo omogočata življenje, ki se prenaša naprej, je nekaj, za kar je vredno delati in živeti.**

Nepogrešljivi del Enote za intenzivno nego in terapijo novorojenčkov ste že od začetka. Kako je v tem času napredovala medicina in kakšne so danes možnosti preživetja prezgodaj rojenih otrok?

Ko sem začela delati, je bilo rojstvo otroka s težo 1.000 gramov skoraj brez upanja. Zdravniki so zmajevali z glavo, možnosti za preživetje so bile zelo majhne. Danes pa lahko damo priložnost celo tistim, ki se rodijo 17 ali 18 tednov prezgodaj. Seveda ne govorimo o 100-odstotnem preživetju, vendar so obeti neprimerljivo boljši.

Koliko takih otrok obravnavate?

Na intenzivno enoto sprejmemo približno 500 do 600 otrok letno, med katerimi niso vsi nedonošenčki. Ljubljana pa je, zahvaljujoč premestitvam nosečnic, ki jim grozi zelo prezgodnji porod, iz drugih porodnišnic, osrednji center za oskrbo teh otrok. Kar 90 % otrok s porodno težo pod 1.000 grami se rodi tu. Če je bila, kot sem omenila, nekdanja meja preživetja okoli 1.000 gramov, se danes

spuščamo vse nižje in nižje. **Letos smo oskrbeli že šest otrok, ki so ob rojstvu tehtali manj kot 500 gramov, in jim gre dobro, nekateri so že doma.**

Kaj pa takrat, ko kljub vašemu trudu ne gre vse po načrtih in se ne konča tako, kot bi si želeli?

Nam je najpomembneje, da tudi ko se ne konča vse srečno, ohranimo vezi, ohranimo prijateljstva s starši. Tudi pri tistih, ki preživijo, a imajo kakšne posledice, vidimo, da so veseli življenja, da jim življenje ni v breme. Tisti, ki ne poznajo našega dela in menijo, da ti zelo majhni otroci prinašajo veliko tveganje za invalidnost in za življenje, ki je pravzaprav umetno podaljševano, nimajo prav.

Kaj vam pomeni delo?

Služba je postala moje življenje, zato si res težko predstavljam, da bi se kar naenkrat upokojila. Vsak dan prinaša nove izzive, nova veselja, srečo. Mislim, da sem zaradi dolge delovne dobe edina tukaj, ki ima priložnost opazovati svoje nekdane varovance, ne le ko odraščajo, diplomirajo, magistrirajo, doktorirajo, temveč tudi ko imajo že svoje otroke. Takih primerov je zdaj že kar nekaj in to je zame poseben ponos. Včasih se mi v čisto nepričakovanih okoljih kdo približa, me pocuka za rokav in reče: »Mama je rekla, da ste me imeli vi v inkubatorju.« To so res posebni trenutki. Vsak, še tako majhen korak je pomemben in vodi k uspehu. Pri nas ni herojske medicine, temveč ponižna in počasna. **To je recept za uspeh. Navsezadnje, najmanjše nogice pustijo največje sledi.**



Posnetek pogovora si lahko ogledate na tej povezavi.

Obrazi zdravništva

Doc. dr. Domen Plut: »Z radiologijo se ne ukvarjam le, kadar jem in spim«

Živa Salobir

Vodja Oddelka za pediatrično radiologijo, Kliničnega inštituta za radiologijo v UKC Ljubljana, doc. dr. Domen Plut, dr. med., je eden vodilnih pediatričnih radiologov v Sloveniji in prvi, ki je svoje znanje nadgradil še z evropskim izpitom iz pediatrične radiologije. Pove, da je pri ambulantnem delu ob pregledu otroka tudi zelo pomembno, da s sočutnim in korektnim pogovorom oskrbijo in pomirijo zaskrbljene starše. Pri sprejemanju težkih odločitev mu je znanje v največjo oporo. Poleg kliničnega dela veliko časa posveča znanstvenemu raziskovanju in izobraževanju. Do zdaj je objavil že 45 znanstvenih člankov in je član uredniškega odbora prestižnih revij *American Journal of Roentgenology* in *Pediatric Radiology*. Prihodnje leto bo na enem največjih svetovnih radioloških srečanj, kongresu *American Roentgen Ray Society*, kot eden izmed dveh glavnih predavateljev predstavil najpomembnejše dosežke v radiologiji v letu 2025.



Doc. dr. Plut si je za pogovor z nami vzel dobro uro, preden je začel z delom v ambulanti. Tako razgibano, kot je njegovo delo, je bilo tudi naše snemanje. Klici so se vrstili eden za drugim in doc. dr. Plut je kar med hojo proti KO za intenzivno terapijo otrok, kjer je moral opraviti ultrazvočni pregled pri dojenčici zaradi možganske krvavitve, razlagal, kako poteka njegovo delo.

Naše delo se ob sumih na večje nepravilnosti začne že pred rojstvom otroka, saj sodelujemo že pri obravnavi ploda. V takih primerih takoj po rojstvu otroka nadaljujemo z diagnostiko in zdravljenjem. Poleg tega skrbimo za otroke na intenzivnem oddelku za nedonošenčke v porodnišnici ter za otroke na infekcijski kliniki. Vsakodnevno vodimo tudi ambulanto za urgentna stanja otrok iz vse Slovenije.

Kakšne so posebnosti dela pediatričnega radiologa?

Pediatrična radiologija je posebna zaradi dejstva, da otroci niso le »pomajšani odrasli«. Razlike so tako pri boleznih, ki jih prizadenejo, kot tudi pri diagnostičnih metodah, ki jih uporabljamo za njihovo obravnavo. Pediatrični radiologi pokrivamo celotno področje diagnostike – ukvarjamo se z vsemi organi in sistemi: možgani, trebušnimi organi, pljuči, srcem, kostmi in mehкими tkivi. Poleg tega pri otrocih vse preiskave, ki jih lahko, opravimo z ultrazvokom, da jih čim manj izpostavljamo sevanjem. Naša naloga je prilagoditi preiskave tako, da so kar se da varne in hkrati omogočajo natančno diagnostiko.

Kakšni so vaši trenutni raziskovalni projekti?

Vodim dva pomembna raziskovalna projekta, povezana s kontrastno ojačanim ultrazvokom (CE US) pri otrocih. Eden se osredotoča na odkrivanje poškodb možganov pri novorojenčkih, drugi pa na zgodnjo diagnostiko akutne okvare ledvic.

Koliko svojega časa namenite radiologiji?

Z radiologijo se ukvarjam ves čas – zadnja leta predstavlja večino mojega življenja. Ne le v službi, temveč tudi popoldne in ob koncih tedna. Naj gre za klinično, raziskovalno delo ali pedagoško delo s študenti. Večino časa preživim kot radiolog. Skorajda vedno, le kadar ne spim ali jem (smeh). Za raziskovanje ali izobraževanje med rednim delovnikom pogosto enostavno ni časa, zato tovrstno delo poteka pretežno na račun prostega časa.

Za svoje delo na Katedri za radiologijo ste prejeli Lavričevo priznanje za najuspešnejše asistentsko delo. Kaj vam pomeni delo s študenti?

Na srečo imamo na MF večinoma študente, ki so zelo zainteresirani za pridobivanje znanja, in učiti tako motivirane študente, ki kar srkajo tvoje znanje, mi je v veliko veselje. Tudi sam sem imel med specializacijo veliko srečo, da je bila moja mentorica dr. Živa Zupančič, dr. med., v. svet., ki je svoje znanje prinesla iz ene vodilnih pediatričnih bolnišnic na svetu, Boston Children's Hospital. **Tovrstno mentorstvo me je oblikovalo in motiviralo, da sedaj tudi sam z navdušenjem predajam znanje.**



Posnetek pogovora si lahko ogledate na tej povezavi.

Živa Salobir, dipl. kom.,
Oddelk za stike z javnostmi ZZS

Medicina na razpotju med življenjem in smrtjo

Božidar Voljč

Potem ko so v nekaterih državah uzakonili pomoč pri samomoru in evtanazijo (PS/E) in določili, da ju izvršujejo predvsem zdravniki ali medicinske sestre, je medicina na etičnem razpotju, s kakršnim se doslej še ni srečala. Ali naj z zakoni predpisane usmrtitve bolnikov, ki ne želijo več živeti, uvrsti med etično sprejemljive medicinske storitve ali naj vztraja pri brezpogojnem spoštovanju človeškega življenja, ki ji iz moralnih in etičnih razlogov tega od nekdaj ne dovoljuje? Ker tudi pri nas potekajo aktivnosti, da bi oba ali vsaj enega od obeh načinov usmrtitve uveljavili z zakonom, se enako razpotje odpira tudi slovenski medicini.

Osnovno začetno izhodišče zagovornikov PS/E je, da se brezupno bolnemu, umirajočemu, nezno trpečemu odraslemu posamezniku, ki brez pritiskov in pri polni zavesti želi umreti, omogoči sočutno in dostojno smrt s tem, da ob pomoči zdravstvene stroke svoje življenje prekine sam, če tega ne želi ali ne zmore, pa naj to strokovno storita zdravnik ali medicinska sestra. Po možnosti naj bi se to v prisotnosti najbližjih storilo na bolnikovem domu. Na ta način bi zdravnik umirajočemu omogočil dostojno smrt in ga v ključnem trenutku smrti ne bi zapustil. Javnost tako predstavljeno izhodišče PS/E čustveno dojema kot odrešitev od smrtnega trpljenja in ga večinsko podpira. Nihče si ne želi trpeče smrti in vsakdo bi ob prisotnosti najbližjih najraje umrl doma.

Ni mogoče izključiti, da uzakonitve in pritiski po PS/E niso posredno povezani z velikimi populacijskimi in epidemiološkimi spremembami, ki smo jim v razvitih državah že dalj časa priče. Z dolgoživostjo, ki je izjemen, a zelo krhek civilizacijski dosežek, s svojo družbeno in epidemiološko ceno, se odpirajo nova socialna, ekonomska, politična in predvsem etična vprašanja. Ob nizki rodnosti spremlja vse daljše življenje napredujoča pandemija kroničnih, neozdravljivih bolezni in za starost značilnih geriatričnih sindromov. V visoki starosti je vse več posameznikov, ki ob nepovratnem pešanju telesnih in kognitivnih spo-

sobnosti ne zmorejo več skrbeti zase in dolgočasno potrebujejo v vseh ozirih obremenjujočo vsakodnevno oskrbo. Kljub vedno večjemu številu bivalnih ustanov za starejše, te vseh oskrbe potrebnih ne morejo sprejeti in jih večina v različnih bivalnih in čustvenih pogojih živi v domači oskrbi. Vse večje breme starih in onemoglih spreminja tudi odnos do njihovih življenj. V javnosti in v terapevtskih obravnavah se neenako vrednotijo.

Med velike spremembe v medicini štejemo tudi avtonomijo bolnikov. Tradicionalni patriarhalni odnos med zdravnikom in bolnikom je zamenjalo partnersko sodelovanje v terapevtskih aktivnostih. Bolnik naj ne sledi le zdravnikovim navodilom, ampak jih razume, z njimi soglaša in pri zdravljenju aktivno sodeluje. Seznanjeni s posledicami lahko bolniki vsakršno zdravljenje kadarkoli tudi odklonijo, kar mora zdravnik sprejeti. To velja tudi za terminalna stanja. Neizpodbitno željo oziroma odločitev o smrti se mora spoštovati in uzakoniti. Kljub tako opredeljeni avtonomiji bolniki ne morejo predpisovati načinov zdravljenja in od zdravnikov pričakovati storitev, ki so v nasprotju z medicinsko stroko in etiko. To velja tudi za usmrtitve.

Zagovorniki PS/E navajajo, da njuno izvajanje v državah, ki so ju uzakonile, poteka brez večjih kršitev, tako kot določa zakon. A tam, kjer njuna praksa že dovolj dolgo poteka, so indikacije za usmrtitve v primerjavi z začetnimi vedno širše in niso več povezane le s terminalnimi stanji. Širijo se na vsa obdobja življenja, s predlogi o pravici, da vsakdo življenje v določeni starosti lahko prekine, se visoka starost iz dosežka spreminja v breme. Transplantacije organov tistih, ki so umrli s PS/E, odpirajo nova etična razpotja. Tudi s PS/E se izkazuje, da v življenju nobenega zakona ni mogoče ne nadzirati, ne zadrževati. Pojmovanje življenja in smrti je z njima vse bolj plitko, v medicini postanejo usmrtitve nekaj vsakdanjega, spolzkemu klanecu se ni mogoče izogniti. Ko nekdo hoče umreti, tudi kadar bi se mu lahko pomagalo, je medicina z vsemi terapevtskimi dosežki vred nepomemb-

na, je le še izvrševalka resnične ali izsiljene želje po smrti.

Med družbo in medicino so ustaljena tradicionalna razmerja. Medicina družbi ne more predpisovati zakonov ali načina življenja, družba pa, razen v diktaturah, ne medicini ne katerikoli drugi poklicni ali strokovni dejavnosti, ne more predpisovati etičnih pravil, ki jih po naravi stvari določa tisto, kar je v vsakem poklicu lepo in prav. Medicina spremlja človeška življenja od spočetja do smrti in je v vseh oblikah umiranja s terapevtskim in paliativnim ukrepanjem z bolniki do njihovega konca. Nikoli pa z njihovimi usmrtnitvami ni prekoračila etičnega rubikona, ki vodi v drugačen odnos do bolnikov in družbe, v drugačno pojmovanje življenja in smrti. Namera zakonodajalca, da bi medicini kljub njenemu nasprotovanju naložil storitev, ki je v nasprotju z etičnimi izhodišči vseh njenih dejavnosti, vodi na področju življenja in smrti le v poklicni in družbeni etični razcep z nepredvidljivimi posledicami. Bi z usmrtnitvami res morali obremenjevati le medicino in vsako njeno napako na tem področju senzacionalno medijsko obravnavati?

Zagovorniki PS/E opozarjajo, da so zdravniki trpeče bolnike vedno tudi usmrtili. V resnici so se vedno našli zdravniki, ki so oboje tudi delali, sicer Hipokrat ne bi imel potrebe, da taka dejanja obsodi. Razpotje med življenjem in smrtjo pa ne sodi le v okvir PS/E. Tudi razvoj stroke je medicino pripeljal do roba med obema. Se s prekinitvijo vzdrževanja življenja oziroma živosti, ko so razum, moralna zavest in svobodna volja nepovratno ugasnili, bolnika usmrti ali pusti umreti? Je zadnja doza terminalne sedacije še blaženje bolečine ali že usmrnitev? Z genetskimi eksperimenti in možnostmi, ki se z njimi odpirajo, se medicini zastavljajo nova etična razpotja. Do kod lahko kličemo duhove, ki jih ne bomo znali ali zmogli obvladati? Ne samo ob PS/E, na vseh razpotjih življenja in smrti se mora medicina etično zazreti tudi vase.

Ob vsem povedanem ni mogoče pričakovati, da bi že sprejete uzakonitve PS/E odpravili ali preprečili nova uzakonjanja. Medicina z njimi ni le soočena, usmrtnitve postanejo, čeravno etično breme, del njene javne podobe. Z dopustitvijo etičnega ugovora si zakonodajalec umije roke in medicino ter vsakega zdravnika ali zdravstvenika postavlja pred ogledalo osebne morale in etike. V njem odsevajo značajske lastnosti vseh, ki so svoje poklicno življenje posvetili zdravljenju bolnikov in lajšanju njihovega trpljenja. S kakšnimi nameni so se za to odločali, kaj je za njih v poklicu najbolj pomembno, s kakšnimi motivi nasprotujejo ali podpirajo PS/E? V odgovorih na ta vprašanja se na ravni osebne etike odloča vsak sam.

Velika večina sveta PS/E nasprotuje sledeč načelu, da je človeško življenje najbolj pomembna vrednota. Ženevska deklaracija, ki je sodobna verzija Hipokratove prisege, tudi v zadnji reviziji iz leta 2006 zdravnike ob vstopu v poklic zavezuje, da bodo brezprizivno spoštovali človeško življenje. V letu 2017 je njena določila ponovno podprlo Svetovno zdravniško združenje. V kolikšni meri takim stališčem sledijo parlamenti, ki v vsakokratni združbi različnih izobrazb, poklicev, značajev in prepričanj odločajo, ali bodo usmrtnitve bolnikov v njihovih državah dovoljene ali ne? So poslanci dovolj opozorjeni na družbene posledice svojih in skupnih političnih odločitev? Se odločajo pod pritiski, je na področju življenja in smrti njihov glas res glas njih samih? Bolezen in smrt ne poznata politike. Tudi parlamentarna demokracija je na področju PS/E na etičnem razpotju.

V vsaki družbi in v vseh okoljih se medicina, ne le na področju življenja in smrti, v svojih aktivnostih vsakodnevno etično odloča. Etična načela jo varujejo pred zlorabami in vsakemu njenemu predstavniku omogočajo, da sledi tistemu, kar je njemu in vsem, ki od spočetja naprej, v življenju, boleznih in v smrtnem koncu potrebujejo njegovo pomoč, v korist in dobrobit.

Vsaka družba živi na svoj način in določa svoje zakone. Ob odločanju o življenju in smrti naj bi bila, ne oziraje se na njene siceršnje namene in cilje, pravična in neškodljiva. PS/E vse in vsakogar, brez ozira na podporo ali nasprotovanje, postavljata pred ključno moralno in etično izbiro.

**Dr. Božidar Voljč, dr. med., predsednik
Komisije Republike Slovenije za
medicinsko etiko**

Disciplinska sankcija zdravniku homeopatu zaradi javne objave mnenja o neučinkovitosti cepiv ni kršitev svobode izražanja*

Alenka Antloga

Pritožnik, splošni zdravnik K. Bielau, je na svoji spletni strani¹ kot homeopat in strokovnjak za cepiva objavljaval mnenja o holistični medicini in cepivih. 27. junija 2016 je bil objavljen tudi članek, ki se je nanašal na konkreten primer smrti dekleta zaradi ugriza klopa. Pritožnik je opisal strah med ljudmi po tem dogodku in vzdušje v družbi ter navedel, da je bila tragična smrt prikazana kot posledica necepljenja. Ob tem je javno izrazil dvom o cepivih in navedel, da imajo virusi in bakterije drugačno funkcijo od tiste, predstavljene v konvencionalni medicini in biologiji, ter da cepljenja nikoli ne morejo nuditi zaščite pred boleznijo.

Zvezni zakon o opravljanju zdravniškega poklica in poklicnem zastopanju zdravnikov (v nadaljevanju Zakon o zdravnikih)² je določal dolžnost zdravnika, da se vzdrži podajanja informacij v zvezi z opravljanjem zdravniškega poklica, ki ne bi bile objektivne, resnične ali bi lahko škodile ugledu zdravniške stroke. Uredba o zdravnikih in javnosti³ pa je določala, da zdravnikom ni bilo dovoljeno podajati informacij, ki bi bile neobjektivne, neresnične ali bi lahko škodile ugledu zdravniškega poklica, v nasprotju z znanstvenimi spoznanji ali medicinskimi izkušnjami, ali slabšalne izjave o zdravnikih in njihovem delovanju ter prepoved oglaševanja.

Disciplinska komisija avstrijske zdravniške zbornice je 27. junija 2017 pritožnika spoznala za krivega disciplinskih kršitev Zakona o zdravnikih zaradi:

- zanikanja obstoja patogenih virusov,
- trditve, da cepljenja nikoli ne ščitijo pred boleznimi,
- trditve, da ne zbolimo zaradi bakterij in virusov ter da cepljenje ni zajezilo niti ene bolezni.

Iz izvedenskega poročila univerzitetnega profesorja in uglednega imunologa je izhajalo, da takšne navedbe niso bile v skladu z dognanji znanosti in medicinskimi izkušnjami. Tveganja zaradi cepljenja so bila predstavljena enostransko in negativ-

no, ob tem pa tudi niso bile predstavljene prednosti cepljenja. Pritožniku je bila izrečena pogojna denarna kazen v višini 2.000 evrov s preizkusno dobo enega leta ter naloženo plačilo stroškov disciplinskega postopka v višini 1.500 evrov.

12. decembra 2017 je pritožnik vložil pritožbo pri deželnem Upravnem sodišču za Štajersko in se skliceval na kršitev pravice do svobode izražanja. Navedel je, da je bil kontekst napisanega mišljen provokativno, predstavljeno mnenje pa naj ne bi bilo neposredno povezano z njegovo poklicno prakso. Na ustni obravnavi je bil zaslišan nov izvedenec, pritožnik pa je ponovil svoje prepričanje, da bakterije in virusi zanj niso vzrok bolezni ter da cepljenje ni zajezilo niti ene bolezni, saj so vse bolezni očistevalni procesi organizma, telesa in duše.

Sodišče je pritožbo zavrnilo in se sklicevalo na ugotovitve Svetovne zdravstvene organizacije o uspešnosti cepiv in zajezitvi več različnih bolezni, upoštevalo je mnenji obeh izvedencev in sodno prakso Vrhovnega upravnega sodišča, na podlagi katere je bila omejitev svobode v nekaterih primerih nujna zaradi varovanja javnega zdravja. Del zdravniškega poklica pa je na profesionalen način zagotoviti pacientom vse informacije, vključno z informacijami o tveganju oziroma posledicah medicinskega posega ali cepljenja. Odsvetovanje cepljenja brez posveta in preučitve konkretnega primera pacienta lahko povzroči dvom o strokovnosti medicinske obravnave. **Pritožnikove izjave o cepljenju na njegovi spletni strani so tako škodile ugledu**

1 <https://www.bielau-ganzheitsmedizin.at/>

2 Nem. *Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998)*, <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=1001138&FassungVom=2023-11-23&Artikel=&Paragraf=0&Anlage=&Uebergangsrecht>

3 Nem. *Verordnung Arzt und Öffentlichkeit*. https://www.aerztekammer.at/kundmachungen/-/asset_publisher/KSydEGNV6Ajn/content/arzt-und-c3-96ffentlichkeit-werberichtliche/-/261766

* Prvotno objavljeno v *Pravni praksi*, št. 40-41/2024. Poobjavljeno z izrecnim dovoljenjem izdajatelja LEXPERA d.o.o.

zdravnikov in predstavljale kršitev njihove poklicne dolžnosti.

Ustavno sodišče je 18. junija 2019 zavrnilo obravnavo pritožnikove pritožbe z obrazložitvijo, da zastavljena pravna vprašanja ne zahtevajo posebne ustavnosodne obravnave, in pritožbo posredovalo Vrhovnemu upravnemu sodišču. To je odločilo, da so bile pritožnikove izjave namenjene pridobivanju novih pacientov in dane v okviru opravljanja njegovega poklica, zato je pritožbo prav tako zavrnilo, saj informacije niso bile objektivne in resnične ter so škodile ugledu zdravniškega poklica. **Prepoved objave informacij, ki so neobjektivne, neresnične ali škodujejo ugledu zdravniškega poklica, je bila v interesu zdravniškega poklica in širše javnosti,**⁴ zato je tudi Vrhovno upravno sodišče odločilo, da takšne omejitve pritožnikove svobode izražanja kot posledice disciplinske sankcije ni bilo mogoče šteti za nesorazmerno.

Zakonske omejitve svobode izražanja

Pritožnik je zatrjeval, da zakonske zahteve za izrek disciplinskega prekrška po 136. členu Zakona o zdravnikih niso bile izpolnjene. Člankov in izjav, objavljenih na njegovi spletni strani, naj ne bi bilo mogoče razumeti kot oglaševanje, saj z vsebino takšnih objav ni nagovarjal novih bolnikov h koriščenju njegovih storitev.

Vlada je vztrajala pri stališču, da je bila izrečena disciplinska sankcija upravičena zaradi varovanja (javnega) zdravja. Disciplinske sankcije v skladu s prvim odstavkom 139. člena Zakona o zdravnikih je bilo mogoče izreči

samo pod strogimi pogoji v skladu s sodno prakso Vrhovnega upravnega sodišča. Pritožnikove izjave niso bile objektivna kritika, temveč širjenje neobjektivnih ali neutemeljenih informacij, ki so bile med drugim posredovane v oglaševalske namene.

Evropsko sodišče za človekove pravice (ESČP) je o navedenem odločalo že večkrat. Veliki senat ESČP je na primer tudi v zadevi *Halet proti Luksemburgu*⁵ skladno s prakso odločil, da je svoboda izražanja eden od bistvenih temeljev demokratične in strpne družbe ter pogojev za družbeni napredek in za samouresničitev vsakega posameznika. Omejena je lahko zgolj v primeru žaljivih informacij in takšnih, ki šokirajo ali vznemirjajo. Država pa mora ob upoštevanju polja proste presoje upoštevati tudi prakso ESČP in okoliščine, v katerih so bile izjave dane.⁵

Nacionalna sodišča, ki so presojala zakonitost izreka disciplinske sankcije pritožniku, so se sklicevala na Zakon o zdravnikih v povezavi z Uredbo o zdravnikih in javnosti ter sodno prakso Vrhovnega upravnega sodišča. Skladno z **načelom subsidiarnosti** so podala razlago nacionalnega prava, takšen poseg v pravico do svobode izražanja pa je bil predpisan z zakonom. Med strankama v obravnavani zadevi ni bilo sporno, da je prišlo do posega v pritožnikovo pravico do svobode izražanja v smislu prvega odstavka 10. člena Evropske konvencije o varstvu človekovih pravic (EKČP).

Zato je ESČP odločalo o tem, ali:

- so bili zasledovani legitimni cilji in
- ali je bil ukrep v demokratični družbi nujen za doseganje legitimnih ciljev, ki so taksativno

navedeni v drugem odstavku 10. člena EKČP in jih je treba razlagati restriktivno (sorazmerno s ciljem).

Legitimni in nujen cilj varovanja zdravja ter pravic drugih v demokratični družbi

ESČP je izpostavilo poseben odnos med zdravnikom in pacientom, ki mora temeljiti na zaupanju ter dolžnosti zdravnikov, da svojim pacientom zagotovijo objektivni pogled na njihovo zdravstveno stanje in zdravljenje. **Namen izpodbijanega ukrepa je bil zaščita zdravja v interesu širše javnosti** in medicinske stroke. Informacije o cepljenju, ki so bile javno objavljene na pritožnikovi spletni strani in dostopne vsem, pa so bile povsem enostranske in v celoti negativne, ne zgolj kritične.

Zdravniki uživajo svobodo izražanja in imajo pravico sodelovati v razpravah o vprašanih javnega zdravja, vključno z izražanjem kritičnih mnenj. Izvrševanje te pravice pa ni neomejeno, zlasti v povezavi z opravljanjem njihovega poklica. Zaradi svojega strokovnega znanja in storitev, ki jih ponujajo, imajo v interesu javnega zdravja ključno vlogo pri razpravah v javnosti, vendar pa so zato lahko podvrženi določenim omejitvam, ki so del njihovih poklicnih obveznosti. Cepljenje je eden najuspešnejših in stroškovno učinkovitih zdravstvenih posegov, zato bi si morala vsaka država prizadevati doseči najvišjo možno raven cepljenja med svojim prebivalstvom, zlasti z vidika **družbene solidarnosti in zaščite tistih, ki so za boleznijo najbolj ranljivi.**

V konkretnem primeru so bile izjave pritožnika tudi znanstveno nedokazane in objavljene na spletni strani v zvezi z zdravniško prakso pritožnika. Disciplinska sankcija, izrečena pogojno s preizkusno dobo enega leta v višini 2.000 evrov, pa je bila nižja od povprečnega mesečnega

4 Glej tudi sodbo velikega senata ESČP v zadevi *Vavrička in drugi proti Češki republiki*, št. 47621/13 in drugi z dne 8. aprila 2021, v kateri je sodišče opozorilo na pomen in pozitivne učinke cepljenja ter dognanja Svetovne zdravstvene organizacije, na koristi cepljenja pri zajezitvi določenih bolezni, zmanjšanju števila obolenj, invalidnosti in smrti.

5 Št. 21884/18 z dne 14. februarja 2023, § 110.

6 Glej tudi sodbe ESČP v zadevah *Palusinski proti Poljski*, št. 62414/00 z dne 3. oktobra 2006, in *Vérités Santé Pratique SARL proti Franciji*, št. 74766/01 z dne 1. decembra 2005. V zadevah *Hachette Filipacchi Presse Automobile in Dupuy proti Franciji*, št. 13353/05 z dne 5. marca 2009, in *Société de conception de presse et d'édition in Ponson proti Franciji*, št. 26935/05 z dne 5. marca 2009, je bila izrečena sankcija direktorjema podjetij v višini 30.000,00 in 20.000,00 evrov zaradi oglaševanja tobačnih izdelkov in varovanja (javnega) zdravja ter odločeno, da ni prišlo do kršitve svobode izražanja.

dohodka zdravnika v Avstriji in bi lahko bila izrečena v najvišji višini 36.340 evrov, zato je ni mogoče šteti za nesorazmerno.

Takšna omejitev tako ni presegla meje proste presoje države članice, izpodbijani ukrep pa se lahko šteje za potrebnega v demokratični družbi,

zato je ESČP odločilo, da do kršitve pravice do svobode izražanja ni prišlo.⁷

Sodnik **F. Vehabović** je v **odklo-nilnem ločenem mnenju** poudaril, da je bila vsebina pritožnikove spletne strani namenjena alternativnim oblikam zdravljenja, zato bi se izjave

pritožnika morale razumeti v širšem kontekstu, saj so bile namenjene zgolj določeni, ozki skupini bralcev ter so se nanašale na pomisleke do cepljenja. Izpostavil je nesorazmernost izrečene-ga ukrepa, saj naj takšna omejitev ne bi bila nujna v demokratični družbi, ter dvom, ali so bile takšne izjave res namenjene oglaševanju pritožnikovih zdravniških storitev.⁸

7 V skladu z drugim odstavkom 44. člena EKČP sodba še ni dokončna.

8 Glej tudi sodbo ESČP v zadevi *Stambuk proti Nemčiji*, št. 37928/97 z dne 17. oktobra 2002, v kateri je ESČP ugotovilo kršitev pravice do svobode izražanja zaradi izreka disciplinske kazni zdravniku po objavi njegove fotografije v članku novinarja, v katerem so bili predstavljeni rezultati zdravnikovih uspešnih operacij, ter odločilo, da navedeno še ne pomeni tudi oglaševanja storitev in da tudi disciplinska kazen v višini 2.000 nemških mark ni bila zanemarljiva.

Alenka Antloga, univ. dipl. pravnica, državna nadzornica za varstvo osebnih podatkov, Informacijski pooblaščenec Republike Slovenije

Predstavitev prednosti in težav Pediatričnega urgentnega centra SB Celje

Špela Capuder, Liza Lea Lah

Vodilni iz Zdravstvenega doma (ZD) Celje in Splošne bolnišnice (SB) Celje so v sklopu Urgentnega centra Celje (UCC) ustanovili Pediatrični urgentni center (PUC), ki je začel delovati konec leta 2015. PUC je bil ustanovljen z namenom boljšega dostopa do pediatra v času neprekinjenega zdravstvenega varstva (NZV) in zaradi želje po kakovostnejši in hitrejši obravnavi nujnih stanj v pediatriji.

PUC-u je v SB Celje namenjenih 140 m² prostora, s posebnim prostorom za osnovno triažo bolnikov (uporablja se sistem manchestrske triaže, ki omogoča hitro prepoznavo kritično bolnih otrok) in dodatno prostorno čakalnico.

Glavni prostor je dobro opremljen z vso dosegljivo hitro diagnostiko (UZ, presejalni testi, i-STAT) in nujnimi zdravili. Hitro dosegljiva je tudi slikovna diagnostika (RTG, UZ, CT in

MR). Osebe se redno usposablja za obravnavo nujnih stanj v pediatriji.

PUC ima možnost sprejema bolnikov v opazovalnico, ki je opremljena s štirimi posteljami in omogoča kratkotrajno hospitalizacijo in zdravljenje.

V času NZV je v bolnišnici ves čas prisoten specialist pediatrije na Otroškem oddelku, kar omogoča, da se v delo v PUC vključujejo tudi specializanti pediatrije.

24 ur dnevno ima zdravnik v PUC možnost posveta s specialistom pediatrije, neonatologije, otorinolaringologije, ortopedije, urologije, drugih vej kirurgije in intenzivne medicine. V primeru nujnega stanja, ki zahteva intervencijo specialista anesteziologije in reanimatologije, je ekipa prav tako dosegljiva 24 ur dnevno.

Glede na izkušnje pediatrov iz drugih regij, specialistov in speciali-



zantov pediatrije, ki so opravljali ali še opravljajo delo pogodbeno, so pogoji za delo v PUC dobri.

Težava je (le) v tem, da je zdravnikov, ki so pripravljeni delati v PUC, vedno manj.

Pred ustanovitvijo PUC so pediatrična nujna stanja v rednem delovnem času in tudi v času neprekinjenega zdravstvenega varstva (NZV) obravnavali v lokalnih zdravstvenih domovih v regiji (ZD Celje, Šentjur, Šmarje pri Jelšah, Laško, Žalec, Slovenske Konjice, Radeče) in tudi zunaj nje (ZD Velenje, Mozirje, Nazarje, Sevnica).

Po ustanovitvi PUC je delo nekaj let dobro teklo z vključevanjem pediatrov iz nekaterih regijskih ZD, SB Celje in iz zdravstvenih zavodov drugih regij. Bolnišnica je zaradi ustanovitve PUC zaposlila dodatne zdravnike.

Od vzpostavitve je PUC edino dežurno mesto za pediatrijo v regiji. Število pregledov v PUC se vsako leto izrazito povečuje.

V letu 2023 smo v PUC opravili 10.398 pregledov, kar je 24 % več kot predhodno leto. Od tega je potrebovalo hospitalizacijo 2.534 otrok, kar predstavlja 24,3 % pregledov; v letu 2022 je znašal ta delež 32 %, kar kaže na to, da se delež nenujnih pregledov povečuje. Razporeditev po triažnih kriterijih je naslednja: 0,2 % takojšnjih, 1,7 % zelo nujnih, 11 % nujnih, 86 % standardnih, 4 % nenujnih. V opazovalnico je bilo v letu 2023 sprejetih 6 % otrok.

Trenutno stanje

Največji delež pregledanih otrok je brez napotnice – 69,5 %, kar je v času NZV pričakovano, pomembno velik delež otrok brez napotnice pa obravnavamo tudi zunaj časa NZV, kar je v nasprotju s sklepom RSK za pediatrijo (6. korespondenčna seja v letu 2023, 4. 12. 2023, dosegljivo na <https://www.gov.si/zbirke/delovna-telesa/rsk/>).

Nujno je, da je delo v ambulantah primarne pediatrije v javnih zavodih

in pri koncesionarjih organizirano tako, da je pregled otroka z akutnim bolezenskim stanjem v rednem delovnem času mogoč tudi v odsotnosti izbranega pediatra oz. tudi kadar ima ta druge obveznosti (preventivni pregledi, izobraževanja), in sicer pri nadomestnem zdravniku ali v nujni/dežurni ambulanti lokalnega zdravstvenega doma.

Brez izjeme bi moral biti vsak otrok pred pregledom v PUC tudi v času NZV pregledan v urgentni ambulanti lokalnega ZD – slednje ne velja za ZD Celje, ki je z ustanovitvijo UCC in s tem PUC v celoti prenehal z izvajanjem NZV.

Pediatrji, ki smo zaposleni v SB Celje, smo se po delovni pogodbi dolžni vključevati v NZV na Otroškem oddelku in v PUC – to predstavlja dve dežurni mesti, mesečno 74 dežurstev.

Za polni delovni čas je zaposlenih osem pediatrov, pet pediatrov je zaposlenih delno. Poleg specialistov se v delo v PUC, kolikor je možno ob obveznostih specializacije, vključujejo tudi trije v SB Celje zaposleni specializanti pediatrije.

V zadnjem času so bili nekateri zdravniki iz drugih regij, ki so se prostovoljno in kolegialno po podjemnih pogodbah vključevali v NZV, pozvani k večjemu številu dežurstev v lastni regiji.

S trenutno kadrovsko zasedbo dolgoročno ali že kratkoročno nismo zmožni zagotoviti zdravnika v PUC 24 ur na dan.

Otroški oddelek SB Celje za regijo zagotavlja bolnišnično in subspecialistično obravnavo otrok iz regije

Specialisti pediatrije, ki smo zaposleni na Otroškem oddelku, imamo poleg osnovne pediatrije dodatna znanja iz alergologije in pulmologije (1), nefrologije (2),

gastroenterologije (1), infektologije (1) in kardiologije (3); trije specialisti imajo poleg specializacije iz pediatrije tudi specializacijo iz otroške nevrologije (3). En pediater je delno zaposlen izključno z namenom dela v PUC in ima posebna znanja iz urgentne pediatrije.

Otroški oddelek ima 30 postelj za otroke. Je multidisciplinarni oddelek, ki omogoča sprejem in diagnostiko najpogostejših in tudi zahtevnejših stanj s področja pediatrične alergologije, pulmologije, infektologije, nefrologije, gastroenterologije, kardiologije in otroške nevrologije.

Vključevanje specialistov pediatrije, ki izvajamo tudi subspecialistično dejavnost, v dežurstva na Otroškem oddelku in poleg tega še v NZV v PUC pomeni dodatne odsotnosti – na dan nočnega dela v PUC in še naslednji dan nismo prisotni na oddelku ali v ambulanti. Ob tem pa se število napotitev v subspecialistične ambulante neprestano povečuje. Ker zaradi prej omenjenega vključevanja v NZV število razpisanih ambulant pada, se s tem neizogibno podaljšujejo čakalne dobe.

Dostop do prvega pregleda pri zdravniku je osnova zdravstva. Dobro delovanje primarnega zdravstva bi moralo omogočiti pregled otroku z nujnim ali nenujnim stanjem v najkrajšem možnem času in ga po potrebi, glede na strokovne smernice, napotiti na sekundarno raven ali v specialistično ambulanto.

Sekundarna dejavnost naj bi omogočala bolnišnično zdravljenje otrok in subspecialistično obravnavo, za katero pričakujemo, da je na voljo »hitro« ali celo »zelo hitro«, in to v časovnih okvirih, ki so zakonsko določeni.

V SB Celje smo zaposleni na Otroškem oddelku vedno bolj obremenjeni z zagotavljanjem NZV v obliki edinega vstopnega mesta v zdravstveni sistem za otroke v savinjski regiji, kar je po definiciji domena primarne ravni zdravstva.

Trenutno se v delo v PUC ne vključuje niti en specialist pediatrije s

primarne ravni v regiji, kljub temu da v regiji na primarni ravni deluje 28 pediatrov.

Kako naprej

Možnih rešitev je več:

1. Omejitev dostopa do storitev PUC.

Ta ukrep delno že izvajamo. Glede na dogovor s strokovnim direktorjem bolnišnice otroke z nenujnimi stanji, ki brez predhodne napotitve pridejo v PUC zunaj časa NZV (od 7. ure zjutraj do 20. ure zvečer), po osnovni triaži usmerimo v pristojni ZD.

Ta ukrep nekoliko zmanjša priliv bolnikov, ne rešuje pa kadrovske problematike. Poleg tega pogosto privede do nepotrebnih konfliktov in slabe volje med osebjem in starši otrok.

2. Vključevanje vseh pediatrov v regiji, ki so zaposleni v javni mreži, v PUC/NZV.

To je v skladu s Pravilnikom o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva (Uradni list RS št. 94/2010, Pravilnik o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva) in Zakonom o zdravstveni dejavnosti (53. in 53.a člen) in je praksa v drugih slovenskih regijah.

3. Vključevanje pediatrov SB Celje le v NZV in obravnavo zgolj akutnih stanj na Otroškem oddelku ter ukinitve specialističnih ambulant, kar pomeni pomembno osiromašenje dejavnosti tretjega največjega otroškega oddelka v Sloveniji.

Povprečna starost specialista pediatra na Otroškem oddelku SB Celje je 47,5 leta. V naslednjih letih nameravamo zaposliti (vsaj) tri mlade specialiste pediatrije. V enakem obdobju bodo štirje zdravniki izpolnili pogoj za prenehanje dela v NZV. Obremenitve bodo za najmlajše zdravnike velike, lahko tudi prevelike. Z istim razlogom smo v zadnjih petih letih že izgubili osem mladih specialistov pediatrije, ki so se zaradi ugodnejšega delovnega časa, izključno podnevi in nikoli v času vikendov in



praznikov, zaposlili v ZD ali pri koncesionarju.

Trenutno Otroški oddelek SB Celje ohranjajo pred razpadom zelo dobri medsebojni odnosi vseh zaposlenih in stimulatивно strokovno vzdušje.

Nesoglasja in težave z zagotavljanjem neprekinjene prisotnosti pediatra v PUC že več let poskušamo reševati s pogovori med bolnišnico in izvajalci primarne zdravstvene dejavnosti v regiji, organizacijo sestankov in uradnimi pozivi, naj se izvajalci organizirajo tako, da se lahko pediatri vključujejo v NZV v PUC.

Kolikor je možno, vključujemo v delo specialiste pediatrije iz drugih regij in specializante pediatrije (tudi iz drugih regij), ki so pripravljene v PUC pridobivati dragocene izkušnje za samostojno delo.

Pediatri Otroškega oddelka SB Celje, kot nosilci sekundarne pediatrične dejavnosti v tretji največji slovenski zdravstveni regiji, pediatre iz savinjske regije (in zunaj nje) ponovno pozivamo, da se vključijo v delo PUC in ga s tem pomagajo ohraniti, saj se je pokazalo, da je takšna oblika dela za otroke najboljša in je v letih dosedanjega delovanja svoj obstoj več kot upravičila.

Kadrovske rezerve so velike – v regiji deluje šest zdravstvenih domov,

skupaj s koncesionarji pa 28 pediatričnih timov.

Obravnava akutno in kritično bolnih otrok v savinjski regiji bi lahko bila glede na pogoje za delo v PUC vzor obravnave otrok na ravni celotne države in ukinitvev PUC bi bila velik korak nazaj.

Za vsakogar, ki bi s svojim vključevanjem lahko prispeval k ohranitvi in nadaljnjemu razvoju dejavnosti, bi bilo zaprtje PUC velik strokovni in tudi osebni poraz. Verjetno bi se z nami strinjali tudi otroci in njihovi starši, ki pri nas poiščejo pomoč.

V imenu sodelavcev PUC Celje in Otroškega oddelka SB Celje:

Špela Capuder, dr. med., specialistka pediatrije, vodja Pediatričnega urgentnega centra Celje

Liza Lea Lah, dr. med., specialistka pediatrije



Multidisciplinary Journal Club – Multidisciplinarni klub strokovne literature

Janez Tomažič

Ta **Strokovni kotichek** je namenjen aktualnim novostim s čim širšega področja medicinske strokovne literature. Vse zainteresirane kolege z različnih področij medicine vabim k sodelovanju s predlogi za konkretne publikacije z »vaših« področij medicine, za katere menite, da so pomembne in vredne objave. Prosim, da mi tudi sporočite, če so registrirana kakšna pomembna nova zdravila, postopki, metode dela itd., ki so potencialno zanimivi za vse kolegice in kolege.

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med. (pišite mi na: janez.tomazic@kclj.si)



Foto: Voranc Vogel, fotograf, Delo

Zniževanje sistoličnega krvnega tlaka na < 120 mm Hg vs. < 140 mm Hg pri bolnikih z velikim kardiovaskularnim tveganjem z ali brez sladkorne bolezni (SB) ali predhodne možganske kapi (CVI): kontrolirana klinična raziskava

Sistolični krvni tlak < 140 mm Hg velja za zlati standard zdravljenja arterijske hipertenzije. Obstaja negotovost (raziskave ACCORD, RESPECT, SPRINT), ali je zniževanje sistoličnega krvnega tlaka na < 120 mm Hg boljše kot na < 140 mm Hg, zlasti pri bolnikih s SB in bolnikih, ki so že imeli CVI. V pričujoči RKR* (ESPRIT) so eno skupino preiskovancev zdravili intenzivno s ciljem, da je sistolični krvni tlak < 120 mm Hg (A), in drugo skupino standardno s ciljem < 140

mm Hg (B). Primarni cilj so bili srčni infarkt (AMI), revaskularizacija, hospitalizacija zaradi popuščanja srca, CVI ali smrt zaradi kardiovaskularnih vzrokov. Šlo je za »intention-to-treat« (ITT) raziskavo – v končni analizi so bili vključeni preiskovanci. Vključenih je bilo 11.255 oseb (4.359 s SB, 3.022 s CVD): v skupini A je bilo 5.624, v skupini B pa 5.631 preiskovancev. Povprečna starost je bila 64,6 leta (SD 7,1), spremljanje je trajalo 3,4 leta (mediana). V skupini A je prišlo do primarnega izida pri 547 (9,7 %) preiskovancih, v skupini B pa pri 623 (11,1 %) preiskovancih (razmerje tveganj – HR 0,88; 95 % IZ 0,78–0,99; p=0,028). Status SB ali CVI ni vplival na izid raziskave. Sinkope (hud neželeni dogodek) so bile pogostejše v skupini A (24 [0,4 %] od 5.624) kot v skupini B (8 [0,1 %] od 5.631; HR 3,00; 95 % IZ 1,35–6,68). Med skupinama ni bilo pomembnih razlik v hudih neželenih dogodkih, kot so hipotenzija, elektrolitske motnje, poškodbe zaradi padcev ali akutne ledvične okvare.

Raziskovalci so poudarili, da gre za do sedaj najboljše raziskavo ocene učinkov znižanja sistoličnega krvnega tlaka na < 120 mm Hg na pomembne srčno-žilne dogodke. Pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo in z velikim kardiovaskularnim tveganjem, ne glede na prisotnost SB ali anamneze CVI, strategija zdravljenja s ciljnim sistoličnim krvnim tlakom < 120 mm Hg vs. < 140 mm Hg **preprečuje** večje vaskularne dogodke z majhnim dodatnim tveganjem.

Vir: Liu J, Li Y, Ge J, Yan X, et al. Lowering systolic blood pressure to less than 120 mm Hg



versus less than 140 mm Hg in patients with high cardiovascular risk with and without diabetes or previous stroke: an open-label, blinded-outcome, randomised trial. *Lancet* 2024; 404: 245–55; doi: 10.1016/S0140-6736(24)01028.

Primerjalno tveganje za hude okužbe pri uporabi vedolizumaba v primerjavi z zaviralci faktorja tumorske nekroze (anti-TNF) pri kronični vnetni črevesni bolezni (KVČB): rezultati iz nacionalnih švedskih registrov

Vedolizumab je biološko tarčno zdravilo, ki zavira migracijo limfocitov v intestinalno sluznico. Veže se na integrin a4b7, ki je izražen predvsem na celicah T pomagalkah v črevesju. Namen raziskave je bil oceniti tveganje za hude okužbe pri bolnikih s KVČB, zdravljenih z vedolizumabom, v primerjavi z zdravljenjem z anti-TNF in v primerjavi s splošno populacijo. V tej švedski kohortni raziskavi so bili podatki o zdravljenju pridobljeni iz nacionalnih zdravstvenih registrov. V 1.376 epizodah zdravljenja Crohnove bolezni je bila stopnja hudih okužb na 100 osebnih let 5,18 (95 % IZ: 3,98–6,63) pri zdravljenju z vedolizumabom vs. 3,54 (95 % IZ: 2,50–4,85) pri zdravljenju z anti-TNF; HR je znašal 1,72 (95 % IZ: 1,12–2,65), deloma zaradi večjega števila gastrointestinalnih okužb. V primerjavi s stopnjo 0,75 na 100 osebnih let (95 % IZ: 0,59–0,92) v ustrezno izbrani kohorti splošne populacije je vedolizumab pokazal večje tveganje (HR: 7,00; 95 % IZ: 5,04–9,72). V 1.294 epizodah zdravljenja ulceroznega kolitisa so bile ustrezne stopnje 3,74 na 100 osebnih let (95 % IZ: 2,66–5,11) pri vedolizumabu vs. 3,42 na 100 osebnih let (95 % IZ: 2,31–4,89) pri anti-TNF; HR je bil 0,80 (95 % IZ: 0,47–1,36) v prvem

1,1 leta, nato pa HR 2,03 (95 % IZ: 0,65–6,32) po 1,1 leta (prekinjeno zaradi neporocionalnih nevarnosti). Pljučnica je predstavljala 40 % vseh okužb pri anti-TNF, medtem ko noben primer ni bil zaznan pri vedolizumabu. V primerjavi s stopnjo 0,69 na 100 osebnih let (95 % IZ: 0,53–0,87) v ustrezno izbrani kohorti splošne populacije je vedolizumab pokazal HR 5,45 (95 % IZ: 3,67–8,11).

V tej »real world« raziskavi so ugotovili, da je bil vedolizumab povezan s povečanim tveganjem za gastrointestinalne okužbe in zgornje respiratorne okužbe (ne pa za pljučnice) v primerjavi z biološkim zdravilom anti-TNF pri Crohnovi bolezni, ne pa pri ulceroznem kolitisu. V primerjavi s splošno populacijo so bile okužbe pogostejše pri obeh KVČB. Ugotovitve so pomembne za klinično ozaveščenost glede okužb in varnostnega profila tovrstnih zdravil.

Vir: Karlqvist S, Sachs MC, Eriksson C, et al. Comparative risk of serious infection with vedolizumab vs. anti-TNF in inflammatory bowel disease: results from nationwide Swedish registers. Am J Gastroenterol. 2024; Jul 12; doi: 10.14309/ajg.000000000002961.

Tadalafil za zdravljenje kombinirane postkapilarne in prekapilarne pljučne hipertenzije pri bolnikih s srčnim popuščanjem in ohranjenim iztisnim deležem: randomizirana, kontrolirana raziskava faze 3

Ocenjevali so učinkovitost in varnost tadalafila, zaviralca fosfodiesteraze tipa 5, pri bolnikih s srčnim popuščanjem z ohranjenim iztisnim deležem in kombinirano postkapilarno ter prekapilarno pljučno hiperten-

zijo. V tej RKR* so tovrstne bolnike naključno razdelili v razmerju 1 : 1, da so prejeli tadalafil (40 mg) ali placebo (raziskava PASSION: Phosphodiesterase-5 Inhibition in Patients With Heart Failure With Preserved Ejection Fraction and Combined Post- and Pre-Capillary Pulmonary Hypertension). Primarni cilj je bil interval do hospitalizacije zaradi srčnega popuščanja ali smrti zaradi kateregakoli vzroka. Sekundarni cilji so vključevali umrljivost zaradi kateregakoli vzroka in izboljšave v funkcionalnem razredu Newyorškega združenja za srce (New York Heart Association) ali ≥ 10 % izboljšanje prehojene razdalje v šestih minutah glede na izhodišče. V raziskavo je bilo naključno izbranih 125 bolnikov (tadalafil 62; placebo 63). Do primarnega opazovanega dogodka je prišlo pri 17 bolnikih (27 %) v skupini s tadalafilom in 20 bolnikih (32 %) skupini s placebom (HR 1,02 [95 % IZ, 0,52–2,01]; $p = 0,95$). Ugotovljen je bil možen signal večje umrljivosti zaradi kateregakoli vzroka v skupini s tadalafilom (HR 5,10 [95 % IZ, 1,10–23,69]; $p = 0,04$). Pri sekundarnih opazovanih spremenljivkah niso opazili pomembnih razlik med skupinama. Hudi neželeni dogodki so se pojavili pri 29 udeležencih (48 %) v skupini s tadalafilom in pri 35 (56 %) v skupini s placebom.

Raziskava PASSION, ki je bila predčasno prekinjena zaradi motenj v dobavi zdravila (želeli so vključiti 372 preiskovancev), ni podprla uporabe tadalafila pri bolnikih s srčnim popuščanjem z ohranjenim iztisnim deležem in kombinirano postkapilarno ter prekapilarno pljučno hipertenzijo, s potencialnimi varnostnimi pomisleki in brez opaženih koristi pri postavljenih primarnih in sekundarnih ciljnih raziskave. Vseeno pa je treba zaradi vključitve manjšega števila preiskovancev, kot je bilo načrtovano, in prezgodnje prekinitve raziskave rezultate raziskave interpretirati previdno. Pri tovrstnih bolnikih bo še

* RKR: randomizirana klinična raziskava

naprej tekla razprava o uporabi zaviralcev fosfodiesteraze tipa 5, kar se odraža tudi v dvoumnih nedavnih priporočilih European Society of Cardiology/European Respiratory Society pulmonary hypertension.

Vir: Hooper MM, Oerke B, Wis-smuller M, et al. Tadalafil for Treatment of Combined Postcapillary and Precapillary Pulmonary Hypertension in Patients With Heart Failure and Preserved Ejection Fraction: A Randomized Controlled Phase 3 Study. Circulation 2024 Jun 28; doi: 10.1161/CIRCULATION-HA.124.069340.

Predvidene spremembe glede upravičenosti do statina in antihipertenzivnega zdravljenja z uporabo enačb srčno-žilnega tveganja AHA PREVENT

Ameriški kardiološki kolegij (American College of Cardiology – ACC) in Ameriško združenje za srce (American Heart Association – AHA) od leta 2013 priporočata uporabo združenih kohortnih enačb (pooled cohort equations – PCE) za oceno 10-letnega tveganja za aterosklerotično srčno-žilno bolezen (atherosclerotic cardiovascular disease – ASCVD). Nedavno (2023) je znanstvena svetovalna skupina pri AHA razvila »Enačbe napovedovanja tveganja srčno-žilnih dogodkov« (Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTS Equations – PREVENT), ki vključujejo meritve delovanja ledvic, odstranitev rasne komponente kot spremenljivke in izboljšano kalibracijo za sodobno populacijo. Znano je, da imajo enačbe PREVENT nižje ocene tveganja za ASCVD v primerjavi z enačbami PCE, vendar potencialne klinične posledice tega še niso bile kvantificirane. V raziskavi so želeli oceniti število odraslih v ZDA, pri katerih bi ob uporabi enačb PREVENT prišlo do spremembe kategorizacije tveganja, upravičenosti do zdravljenja ali spremembe pri klinič-

nih izidih glede na obstoječe smernice ACC in AHA. Na nacionalni ravni ZDA so vključili reprezentativen presečni vzorec 7.765 odraslih (mediana 53 let; 51,3 % žensk), ki so sodelovali v nacionalnih raziskavah zdravljenja in prehrane v obdobju od leta 2011 do marca 2020, pri čemer so bile stopnje odzivnosti 47–70 %. Zanimale so jih razlike v napovedanem 10-letnem tveganju za ASCVD, kategorizacija tveganja po smernicah ACC in AHA, upravičenost do zdravljenja s statini ali antihipertenzivi ter predvideno število pojavov miokardnega infarkta (AMI) ali možganske kapi (CVD). Glede na rezultate so ocenili, da bi uporaba enačb PREVENT pri približno polovici odraslih v ZDA privedla do prerazvrstitve v nižje kategorije tveganja po smernicah ACC in AHA (53,0 % [95 % IZ, 51,2 %–54,8 %]) in le redko v višje kategorije tveganja (0,41 % [95 % IZ, 0,25 %–0,62 %]). Ocenili so, da bi se število odraslih v ZDA, ki prejemajo ali imajo priporočeno preventivno zdravljenje, zmanjšalo za približno 14,3 milijona (95 % IZ, 12,6–15,9 milijona) pri zdravljenju s statini in za 2,62 milijona (95 % IZ, 2,02–3,21 milijona) pri zdravljenju z antihipertenzivi. V raziskavi so ocenili, da bi lahko te zmanjšane upravičenosti do zdravljenja v desetih letih povzročile dodatnih 107.000 pojavov AMI ali CVI. Spremembe upravičenosti bi prizadele dvakrat več moških kot žensk ter večji delež temnopoltih odraslih v primerjavi z belopoltnimi odraslimi.

Zaključili so, da bi dodeljevanje nižjih ocen tveganja za ASCVD z uporabo enačb PREVENT na obstoječe prage zdravljenja lahko zmanjšalo upravičenost za terapijo s statini in antihipertenzivi pri 15,8 milijona odraslih v ZDA. Čeprav »PREVENT natančneje napoveduje srčno-žilno tveganje«, avtorji poudarjajo, da predvidene spremembe zahtevajo skrbno ponovno preučitev trenutnih pragov zdravljenja z uporabo »decision-analytic or cost effectiveness frameworks«.

Vir: Diao JA, Shi I, Murthy VL, et al. Projected Changes in Statin and Antihypertensive Therapy Eligibility With the AHA PREVENT Cardiovascular Risk Equations. JAMA 2024; 332(12): 989–1000; doi: 10.1001/jama.2024.12537.

**Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med.,
Klinika za infekcijske bolezni in
vročinska stanja, UKC Ljubljana,
Medicinska fakulteta,
Univerza v Ljubljani**

Prejemniki zdravniških in zobozdravniških specialističnih licenc

V obdobju od 1. 7. 2024 do 30. 9. 2024

Tome Angelovski, dr. med., anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina

Matevž Bajuk, dr. med., ortopedska kirurgija

Andraž Ban, dr. med., ortopedska kirurgija

Sindi Bažato, dr. dent. med., čeljustna in zobna ortopedija

Klementina Bedenik, dr. med., družinska medicina

Jovana Bekić, dr. med., urologija

Karla Berlec, dr. med., internistična onkologija

Maksim Bešić, dr. med., pediatrija

Primož Ciglar, dr. med., ginekologija in porodništvo

Leon Časl, dr. med., pediatrija

Fuad Čolaković, dr. med., Bosna in Hercegovina, radiologija

Andraž Dobnik, dr. med., hematologija

Laura Đorđević Betetto, dr. med., dermatovenerologija

Eva Ferčec, dr. med., fizikalna in rehabilitacijska medicina

Mateja Filipič, dr. med., družinska medicina

Vid Florjančič Žunko, dr. med., dermatovenerologija

Klara Geršak, dr. med., internistična onkologija

Elena Grigorieva, dr. med., fizikalna in rehabilitacijska medicina

Barbara Hüll, dr. med., kardiologija in vaskularna medicina

Cene Jerele, dr. med., radiologija

Dr. Iva Jurov, dr. med., medicina dela, prometa in športa

Matic Kaiser, dr. med., anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina

Anej Kebrič, dr. med., družinska medicina

Jan Kirbiš, dr. med., psihiatrija

Tina Klinar, dr. med., družinska medicina

Matija Klinc, dr. med., družinska medicina

Maša Kocbek, dr. med., urgentna medicina

Luana Laura Kosič, dr. med., hematologija

Boštjan Kramar, dr. med., urologija

Klemen Krašovec, dr. med., nevrokirurgija

Karin Kregar, dr. med., družinska medicina

Hema Krek, dr. med., pediatrija

Asist. Matej Kurnik, dr. dent. med., stomatološka protetika

Anja Lah, dr. med., revmatologija

Katja Leskovšek, dr. med., internistična onkologija

Črt Loboda, dr. med., infektologija

Maša Lukež Podgornik, dr. med., ginekologija in porodništvo

Irena Marin Tanasoski, dr. med., anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina

Klara Masnik, dr. med., oftalmologija

Andreja Matić, dr. med., nefrologija

Matej Mavrič, dr. med., intenzivna medicina

Martina Medved Fijavž, dr. med., družinska medicina

Neva Natek Maček, dr. med., družinska medicina

Gregor Nemec, dr. med., plastična, rekonstrukcijska in estetska kirurgija

Andrej Osojnik, dr. med., urologija

Ana Ovsenik, dr. med., kardiologija in vaskularna medicina
Barbara Pahljina, dr. med., psihiatrija
Asist. Maja Pajek, dr. med., pediatrija
Matej Pal, dr. med., neonatologija
Ema Pintar, dr. med., družinska medicina
Anja Podlipec, dr. med., medicina dela, prometa in športa
Petra Prunk Križanec, dr. med., pediatrija
Nina Puklavec, dr. med., interna medicina
Asist. dr. Boštjan Rituper, dr. med., pnevmologija
Damjana Srednik Kobal, dr. med., nevrologija
Lana Stavber, dr. med., klinična genetika
Ana Šurc, dr. med., urgentna medicina
Sara Terzić, dr. med., infektologija
Jure Tihole, dr. dent. med., zobne bolezni in endodontija
Klemen Tratnik, dr. med., radiologija
Maša Vidič, dr. med., dermatovenerologija

Čestitamo!

Podeljene licence na podlagi v tujini pridobljene poklicne kvalifikacije

V obdobju od 1. 7. 2024 do 30. 9. 2024

Dragana Đurić, družinska medicina
Davor Đurić, urgentna medicina
Antun Ferenčić, sodna medicina
Daniela Georgieva, ginekologija in porodništvo
Damir Homolak, dr. med., dermatovenerologija
Vladimir Kryazhev, dentalna medicina
Jan Markežič, dentalna medicina
Mersiha Migalo, družinska medicina
Mirjana Milojević, pediatrija
Tomislav Mostrov, urologija
Sara Polanc, dentalna medicina
Moataz Majed Mojahed Ghoniem Rayan, gastroenterologija
Pia Slana, dr. med. dent., Republika Hrvaška, dentalna medicina
Milena Sokolović, interna medicina
Enisa Suljkanović, družinska medicina
Dževad Šabić, dr. med., Bosna in Hercegovina, psihiatrija
Katja Turk, dr. med. dent., Republika Hrvaška, dentalna medicina
Ana Živanović, psihiatrija

Čestitamo!

Prožno v prihodnost

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

»Zaposlitev z delnim delovnim časom v bolnišnicah – nujna usmeritev?« To je vprašanje, ki ga postavlja Zvezni odbor (kurija) za »nastavljene« zdravnike (s polnim delovnim časom) Zdravniške zbornice Avstrije. Odgovor na to vprašanje naj bi bil podan v torek, 12. novembra 2024, v Gradcu na sestanku, ki naj bi se ga udeležili vsi odločujoči strokovni in politični dejavniki, ki določajo avstrijsko zdravstvo.

Zvezni odbor (kurija) za »nastavljene« zdravnike (s polnim delovnim časom) Zdravniške zbornice Avstrije meni tako:

Oblike (modeli) življenja sodobnih zdravnic in zdravnikov se bistveno razlikujejo od življenja v prejšnjih časih. Danes želimo doseči zdravo in trdno razmerje med poklicem in zasebnimi dejavnostmi – a to je silno težko doseči. Zato moramo razviti prožne (fleksibilne) modele delovnega časa (z delnim delovnim časom); toge oblike delovnega časa bodo namreč zdravnike pregnale iz bolnišnic.

A kaj je nujno narediti, da bi se razmere izboljšale in da bi se delo v bolnišnicah oblikovalo tako, da bi bilo za (zdravnice in zdravnike) tudi privlačno?

Dr. Harald Mayer, predsednik tega zveznega odbora, je odločen, da bo za razpravo o tem vprašanju dal miselno pobudo: »Podpiram pobudo, da bi se zgodovinsko utrjena delitev na “polno zaposlitev” ter “zaposlitev kot svobodni poklic” dokončno odpravila. Razmišljati je treba na nov način in znebiti se moramo predstave, da je za bolnišnico sprejemljiva le zaposlitev za polni delovni čas.« Mayer tudi meni, da bi morala imeti zdravnica ali zdravnik poseben bonus, če bi se kljub vsem argumentom zgoraj odločil(a) za polni delovni čas.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* št. 19, 10. oktober 2024

Opomba: V avstrijskem zdravstvu že dolgo poudarjajo, da je treba zdravnice in zdravnike obdržati v (javnem) zdravstvu ne z visokimi plačami, temveč z bolj privlačnim ravnovesjem med poklicnim in zasebnim življenjem (*work-life balance*). Kolikor lahko presodim, je pobuda zgoraj prva, ki utegne povedati, kako (če sploh?) je to mogoče doseči, ne da bi bila hkrati prizadeta kakovost oskrbe v avstrijskih bolnišnicah. O tem bom bralcem naše revije seveda poročal in vesel bom, če bom na koncu – prijetno presenečen.

Podatki, ki naredijo vtis

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

V Avstriji je vedno več otrok in mladostnikov, ki se spopadajo s previsoko težo, ki seveda grozi s splošnimi zdravstvenimi težavami. Po podatkih SZO ima v Avstriji 30 % dečkov ter 22 % deklic v starosti 6–9 let prekomerno težo ali celo povečan delež telesne maščobe. 80 % otrok, ki imajo prekomerno težo, slednjo ohranijo tudi potem, ko odrastejo. Posledice se pokažejo kot diabetes ali srčno-žilna obolenja.

Preventivni program EDDY (podatki so na spletu, *op. prev.*), ki poteka na eni od dunajskih osnovnih šol, nakazuje odrešilno pot. Vzrok za prekomerno težo je seveda znan: hitra hrana (*junk food*), slaščice, slani prigrizki ter premajhna telesna dejavnost. Program EDDY kaže, da so vse te spremembe reverzibilne, če se slabe prehranske

navade opustijo ter hkrati poveča telesna dejavnost.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung* št. 19, 10. oktober 2024

Opomba: Pravzaprav nič novega, je pa dober opomnik. Da v otroških letih (zdravo) hujšanje ni poseben problem, problem pa je (zdravo) težo vzdrževati. Zdravo telesno težo je težko vzdrževati zato, ker je nujna disciplina, slednja pa je za mladega človeka v sodobnem permisivnem načinu življenja skoraj nekaj nepredstavljivega ...

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

Načrt preobrazbe zdravstva (II. del)

Tina Bregant, Miro Germ, Janez Remškar, Tomaž Schara, Andrej Možina

Poznavanje rešitev in izkušenj zdravstva drugod

V Sloveniji še zdaleč nismo edini, ki se soočamo z izzivi zdravstvene oskrbe. Modro pa je upoštevati izkušnje drugih. V prvem delu smo jih nekaj že opisali. Predlagamo podrobnejšo preučitev naslednjih primerov:

Informacijska rešitev za več kot 8.000 uporabnikov na 26 fakultetah Univerze v Ljubljani. Gre za največjo izobraževalno ustanovo v Sloveniji, po številu zaposlenih in letnih prihodkih sodi med 10 največjih organizacij v državi. Letno ustvari okoli 440 milijonov evrov prihodkov. Januarja 2023 je zaposlovala 6.347 oseb. Vpisanih študentov je okoli 40.000. Na univerzi so nujno potrebovali nov, enoten poslovni informacijski sistem, kar so dosegli (od podpisa pogodbe do zadnje implementacije) v dobrih petih letih. Sistem danes daje ažurne in natančne informacije o kadrih, npr. koliko oseb je na celotni univerzi in kakšna je kadrovska sestava. Tudi finančno poslovanje in poročanje univerze je bistveno poenostavljeno. Z notnimi pravicami in načeli dostopa je lažje bolj gospodarno upravljati prostore z dragoceno opremo. Podatki so koristni pri načrtovanju novih gradenj, za optimizacijo obstoječih virov ipd.

Avstrijski zdravstveni zavarovalni sistem. V Avstriji velja dvostopenjski sistem zdravstvenega varstva, v katerem so praktično vsi posamezniki deležni javno financirane zdravstvene oskrbe, lahko pa sklenejo tudi dodatno zasebno zdravstveno zavarovanje. Oskrba, ki vključuje zasebne zavarovalne načrte (včasih imenovana oskrba »udobnega razreda«), lahko vključuje bolj prilagodljive ure obiska ter zasebne sobe in zdravnike. Posamezniki lahko svojo oskrbo tudi v celoti plačajo zasebno. Zdravstveni programi se financirajo iz sklada zdravstvenega zavarovanja, znanega kot »Krankenkasse«, ki je leta 2013 porabil 11,0 % BDP, kar je bilo nad povprečjem EU, ki znaša 7,8 % BDP. Sistem je decentraliziran. Zvezno ministrstvo za delo in socialne zadeve je zvezni vidik, njegova vloga pa je razvijanje okvira za ponujene storitve in upravljanje sklada zdravstvenega zavarovanja, ki

financira zdravstveni sistem. Program zajema široko paleto socialnih zavarovanj, med drugim zavarovanje za primer brezposelnosti, družinska nadomestila in nezgodno zavarovanje. Medtem ko je »Krankenkasse« glavni sklad, avstrijsko mrežo socialnega varstva dejansko izvaja 22 manjših skladov, od katerih jih je 19 namenjenih izključno zdravstvenemu zavarovanju, vsi pa so po javnem pravu samoupravni, kar zagotavlja decentralizacijo. Decentralizirane so tudi bolnišnice, ki so združene regijsko.

Upravljanje infrastrukture Akademске bolnišnice AKH na Dunaju (1). AKH ne upravlja sama svoje infrastrukture, ampak to izvaja specializirano podjetje, ki je za svoje delovanje prejelo najvišje priznanje za odličnost v EU. Ugotovili so, da sami nimajo znanja za obvladovanje tako velikega kompleksa s 37 stavbami, v katerih je 27.500 sob in 128 dvigal na 903.400 m² bruto površine. Akademska bolnišnica na Dunaju, v mestu z 1,9 milijona prebivalcev in 2,8 milijona v vlemestnem območju, je največja tovrstna ustanova v Avstriji z 31 klinikami in inštituti, 48 operacijskimi dvoranami, 1.742 posteljami v 75 enotah, z obravnavo 59.000 pacientov letno, kar pomeni 2,55 milijona obrokov na leto. Imajo interni transport preko tekočih trakov (kot na letališčih), kar občutno poveča učinkovitost dela zdravstvenega osebja, saj prepelje 98 ton oz. opravi 2.500 prevozov na dan. V kontrolni sobi s pomočjo informacijske tehnologije (IT) upravljajo energente, celotno električno porabo 163.300 MWh in hlajenje s porabo 72.000 MWh letno. Na osnovi pridobljenih podatkov o okvarah jim je sodoben informacijski sistem omogočil, da so iz odpravljanja napak, preko preventivnega vzdrževanja, prešli v predvideno vzdrževanje, kar je občutno zmanjšalo stroške vzdrževanja opreme in podaljšalo njeno neprekinjeno delovanje. Zmanjšali so izpuste glede na zahteve Kjotskega protokola ter uvedli takojšnje reševanje napak, ki jih prijavijo njihovi pacienti. Ta pomemben vidik upravljanja infrastrukture je pri nas pogosto spregledan, bolnišnični prostori in oprema pa (tudi zato) pogosto neustrezni, zastareli, slabo vzdrževani.

Regijsko združevanje avstrijskih bolnišnic Koroške in Štajerske (2, 3). Leta 1993 so se štiri koroške bolnišnice izločile iz državne uprave in se združile v enega izvajalca zdravstvenih storitev. Izločitev iz neposrednega upravljanja države in vse intenzivnejše sodelovanje med bolnišnicami nista prinesla le znižanja stroškov in s tem boljšega financiranja zdravstvenih storitev na avstrijskem Koroškem, temveč sta se povečali tudi kakovost in varnost obravnave pacientov. Ključna odločitev koroške deželne politike je bila preprosta: izločitev iz upravljanja države – da; privatizacija – ne. To so povezali s tremi osnovnimi zahtevami: »Ohraniti je treba kakovost zdravstva, regionalno oskrbo, vključno z delovnimi mesti, in položaj bolnišnic na vseh obstoječih lokacijah. Zaposleni potrebujejo varnost zaposlitve, kar pomeni, da ostanejo (dobro plačani!) državni uslužbenci; vodstvene položaje zasedejo vrhunski posamezniki iz vse države«. Nova organizacijska struktura se je v veliki meri zgledovala pri upravljaljskih modelih delniških družb z upravnim odborom in nadzorom svetom, s čimer so omejili politični vpliv na vsakodnevno upravljanje bolnišnic. Podobno velja za Štajersko, kjer se je po enakem principu združilo precej večje število bolnišnic.

Nizozemska zdravstvena reforma. Leta 2006 so Nizozemci začeli z vseobsežno reformo svojega zdravstvenega sistema po načelih regulirane konkurence z večjo svobodo izbire in tveganji zdravstvenih zavarovalnic z možnostjo prostega nakupa ter liberalizacije naložb ustanov. Cilji te zdravstvene reforme so bili boljša dostopnost, nižji stroški, večja kakovost in čim večja solidarnost. Poraba finančnih sredstev za zdravstvo se je upočasnila primerjalno z okoliškimi državami, saj se je izvajanje zdravstvenih storitev osredotočilo na obvladovanje finančnih okvirov. Letna prekoračitev proračuna se je spremenila v premajhno porabo, zlasti na področju oskrbe na domu, farmacevtskih izdelkov, duševnega in

primarnega zdravstvenega varstva. Zavarovalnice so tako začele tekmovati za nizke zdravstvene premije. Razlika med dragimi in poceni policami se trenutno povečuje; vse več zavarovancev se odloča za prostovoljno odbitno franšizo in cenejšo proračunsko polico, pri čemer so obvezna plačila iz žepa med najnižjimi v Evropi. Zmanjšala se je rast obsega oskrbe, občasno pa se pojavljajo čakalne vrste. Presenetljivo je, da ni bil dosežen cilj »prava oskrba na pravem mestu«, prav tako tudi ni bila dosežena boljša kakovost, drži pa, da se tudi njihova populacija stara. Tako imenovane »tržne sile« so vendarle spodbudile novosti v zdravstvenem varstvu, kot so samostojni centri za zdravljenje, ambulate in prostori za nove modele oskrbe.

Nagrajeni sistem primarnega zdravstva na Aljaski (4).

Sistem zdravstvenega varstva Nuka je bil ustvarjen na podeželju Aljaskе, v poznih devetdesetih letih prejšnjega stoletja, z namenom izboljšanja zdravstvenih izkušenj avtohtonih prebivalcev južnega osrednjega dela. Nastali sistem je postal »vse na enem mestu« za prebivalstvo, ki ga oskrbuje integrirana ekipa zdravnikov, medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev, kot so dietetiki, farmacevti in svetovalci glede zdravega življenjskega sloga. Zdravniki so enakovredni člani zdravstvene ekipe, s končno odgovornostjo za dobro počutje bolnika, vendar je vsak član ekipe enako odgovoren za ustvarjanje in izvajanje načrtov zdravljenja bolnikov. Zdravnik običajno vidi bolnika le, ko obstaja nova zahteva po zdravstvenem varstvu, in ne vsakič, ko obišče zdravstveni center. Zmanjšali so obiske bolnišnic za 42 %, bolnišnične dni za 36 %, specialno oskrbo za 58 % in rutinske obiske zdravnika za 30 %, kar je občutno zmanjšalo stroške. Primer Nuka je pokazal, da obstajajo izrazite prednosti pri povezovanju storitev primarnega zdravstva s storitvami lokalne skupnosti in storitvami duševnega zdravja v celoto, pri čemer je bilo treba spremeniti

način dela zdravnikov in medicinskih sester ter tudi spodbuditi bolj pogoste in močnejše vertikalne povezave med primarno in sekundarno (terciarno) ravnijsko oskrbo.

Danski program zagotavljanja kakovosti (5).

Danski inštitut za kakovost in akreditacijo v zdravstvu IKAS, ki je bil ustanovljen leta 2005, razvija, načrtuje in upravlja danski program kakovosti zdravstvenega varstva (DDKM). Razvoj ustreznih akreditacijskih standardov poteka v sodelovanju z zdravstvenim osebjem po vsej državi, za javne in zasebne bolnišnice, za lekarne, za občine, reševalne službe, za družinske zdravnike in zobozdravnike itd. Njihov namen je zagotoviti čim bolj varno in kakovostno oskrbo pacientov, kar zagotavljajo izvajalci z izpolnjevanjem standardov. Danski program kakovosti DDKM je akreditacijski sistem. Vodi ga upravni odbor, ki ga sestavljajo predstavniki nacionalnega odbora za zdravje, ministrstva za notranje zadeve in zdravje, predstavniki danskih regij, LGDK (nacionalnega združenja občin), danske organizacije zasebnih bolnišnic in združenja danskih lekarn. Ne osredotoča se le na zdravstvene storitve, temveč tudi na procese in strukture, ki podpirajo pot pacienta skozi sistem, saj je večina napak in zmot v zdravstvu povezanih z njimi (torej s procesi in strukturami). Odloča se na podlagi že obstoječih podatkov, zbranih v danskem zdravstvenem sistemu (npr. nacionalne zbirke podatkov o kakovosti, danska podatkovna zbirka o varnosti pacientov (DPSD), danski nacionalni projekt kazalnikov in danske nacionalne raziskave zadovoljstva).

Akademsko bolnišnico in kampus so iz centra mesta

Odense z 200.000 prebivalci

preselili ob obvoznico (6).

Nova akademska bolnišnica na Danskem je ena največjih njihovih novih bolnišnic z 250.000 m² na 780.000 m² veliki lokaciji. Pogodba na ključ je znašala 953 milijonov evrov, investitor je pokrajina Južna Danska z 1,2 milijona prebivalcev. Ima več kot 70 operacij-

skih dvoran, 70 postelj na oddelkih za intenzivno nego in 68 postelj v dnevnih bolnišnicah. Nova akademska bolnišnica omogoča vključevanje novih možnosti zdravljenja, okrepljeno inter- in transdisciplinarno sodelovanje ter večkratno uporabo novih tehnologij v načinu organizacije bolnišnice. Stavbe so tesno povezane z lokalno univerzo. Univerzitetni kampus sprejme okoli 21.000 študentov in 3.300 zaposlenih. Projektna organizacija povezuje akademsko bolnišnico, svetovalca projekta, usmerjevalno skupino ter izvajalce (tako kot nalaga sodobna praksa in standard o projektnem vodenju) in je odgovorna za usklajevanje projekta med svetovalcem naročnika in izvajalcem celotnega projekta na ključ.

Temelj te projektne organizacije je bil projektni sekretariat, ki je bil tudi najvišji organ za operativno odločanje pri projektu.

Menimo, da je poznavanje tujih rešitev lahko v navdih, včasih pa tudi v opozorilo, kaj storiti in česa ne. Modri vodje se praviloma obdajajo s svetovalci, ki vedo o določenih temah več od njih samih. Tako lahko najdejo rešitve, ki najbolj koristijo ljudem, ki jih vodijo.

Viri

1. Spletna stran AKH Wien. Dostopno na: <https://www.akhwien.at/> (29. 8. 2024)
2. Spletna stran KABEG. Dostopno na: https://www.kabeg.at/fileadmin/user_upload/kabegmanagement/Karriere/Folder_2023_web.pdf (29. 8. 2024)
3. Spletna stran KAGES. Dostopno na: <https://www.kages.at/fileadmin/media/>

KAGES/Ueber_uns/KAGES_Unternehmenspraesentation_14112023_ENG.pdf (29. 8. 2024)

4. Spletna stran Nuka System of Care. Dostopno na: <https://scfnuka.com/> (29. 8. 2024)
5. Spletna stran Health Management - The Danish Healthcare Quality Programme (DDKM). Dostopno na: <https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/the-danish-healthcare-quality-programme-ddkm> (29. 8. 2024)
6. Spletna stran Odense University Hospital. Dostopno na: <https://en.ouh.dk/> (29. 8. 2024)

Doc. dr. Tina Bregant, dr. med., spec. pediatrije, spec. FRM

**Miro Germ, dipl. inž. matematike
Primarij Janez Remškar, dr. med., spec. interne medicine**

Dr. Tomaž Schara, dipl. inž. matematike, MBA

Primarij Andrej Možina dr. med., spec. ginekologije in porodništva

NOVO PRI ODDAJI NAPOVEDI STROKOVNIH SREČANJ V REVJI ISIS

Organizatorje obveščamo, da je oddaja napovedi **strokovnih srečanj v reviji Isis** možna le še preko **aplikacije Licenčnik** na spletni strani ZZS. Ob prvi prijavi v aplikacijo boste potrebovali uporabniško ime in geslo. Če ju še nimate, zanj zaprosite na e-naslovu: podpora@zss-mcs.si.

Aplikacija Licenčnik nudi elektronsko vodenje celotne organizacije izobraževanj in strokovnih srečanj ter vložitev vloge za izobraževalne dogodke, v okviru katere se označi tudi:

- objavo dogodka na spletni strani Domus Medica,
- objavo dogodka v reviji Isis,
- ovrednotenje izobraževanja s kreditnimi točkami (če organizator to želi),
- prijavo udeležencev prek spletnega portala,
- upravljanje s seznamom udeležencev,
- pošiljanje opomnikov prijavljenim,
- pripravo seznamov udeležencev,
- oddajo seznama pasivnih in aktivnih udeležencev na ZZS (v primeru izobraževanja, ovrednotenega s kreditnimi točkami).

V reviji Isis bodo objavljena tista strokovna srečanja, za katera je bila vloga v aplikacijo Licenčnik oddana do 5. dne v mesecu in če ste označili, da želite objavo v reviji Isis. Objavljeni bodo dogodki za največ tri mesece vnaprej.

Več o oddaji vloge preko aplikacije Licenčnik si lahko preberete na tej povezavi:



Komentar k zapisom

Isis, december 2024, št. 12

Barbara Podnar

Str. 3, Uvodnik: Povzetek letošnjega (napetega) dogajanja, ne brez grenčine.

Str. 8, K naslovnici: Kot že mnogokrat dokaz, kakšne prednosti ima multicentrično sodelovanje. Zanimivo branje.

Str. 16–17, Obrazi zdravništva: V spodbudo je brati o kolegih, ki jim zdravniško delo predstavlja poslanstvo in veselje.

Str. 18, Medicina na razpotju med življenjem in smrtjo: Nekatere zadeve so reverzibilne, nekatere pa niso. Napake so najhujše tam, kjer ni več poti nazaj.

Str. 31, Iz Evrope, Prožno v prihodnost: »Podpiram pobudo, da bi se zgodovinsko utrjena delitev na “polno zaposlitev” ter “zaposlitev kot svobodni poklic” dokončno odpravila.« V Švici lepo funkcionirajo tudi zaposlitve v za nas bizarnih deležih delovnega časa. Svet je jutrišnji!

Str. 31, Iz Evrope, Podatki, ki naredijo vtis: Vtis je meni pustilo tudi 20-letno dekle prekomerne teže, ki je bilo na očesnem pregledu – zaradi sladkorne bolezni, pomislite, tipa II! Kar pretreslo me je.

Str. 32, Načrt preobrazbe zdravstva, II. del: Zame boljši od I. dela. Opisi praks, kako se da, če se hoče. Da se!

Str. 35, Zapri naj bi Splošno bolnišnico Trbovlje: Odgovorov na retorična vprašanja zapisa nimam, je pa zanimiv in, mislim, tudi res potreben razmislek o zdravnikovi odgovornosti, za katero se zdi, da obstaja tendenca kolektivizacije, in o kakovosti našega (in svojega) dela – res, nis(m)o vsi (zobo)zdravniki enako kakovostni.

Str. 41, Intervju – Zamejevanje alkoholne problematike: Zanimivo.

Str. 53, Jezik v medicini: Vsem, ki nam je jezik ljub, zelo zanimiva tema; zapis je nekako zbir misli in dogajanja okrog izbire jezika v našem poklicu, nudi pa več vprašanj (razmislekov) kot odgovorov.

Str. 61, Svetovni rekord v trajanju Pringlove okluzije ...: Prvi odstavek se bere kot včerašnji dogodek, letnica 1991 pa potem opraviči rubriko, v kateri je prispevek objavljen. Napeto branje!

Str. 80, Kolesarjenje na stara leta: Profesor Kordaš res ni od muh!

Str. 82, Zavodnik: Komentar bi bil skoraj lahko enak tistemu za uvodnik – želje za prihodnost kot da ostajajo v preteklosti. Kljub temu pa – da vas ne bi minil pogum, zadoščenje ob dobro opravljenem delu in hvaležnost za naš poklic vam želim. Srečno novo leto, kolegi!

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

Zapri naj bi Splošno bolnišnico Trbovlje

Zlata Remškar

Opazimo lahko, da mediji v zadnjem času manjkraj poudarjajo, da naj bi bil v ospredju našega obstoječega zdravstvenega sistema bolnik. Predvsem nam poročajo o različnih dogodkih, ki se po Sloveniji dogajajo na zdravstvenem področju, na primer o letošnjem skupinskem odhodu kirurgov iz šempetrške bolnišnice, odhodu radiologov iz celjske bolnišnice, sveži vrnitvi Tomislava Klokočovnika v celjsko bolnišnico, ki jo je moral pred letom dni zapustiti, neprimernem kampanjskem čakanju množice ljudi v Ilirski Bistrici na pridobitev izbranega zdravnika in dan kasneje ginekologa ter sveža oktobrska poročanja o morebitnem zapiranju regionalne Splošne bolnišnice Trbovlje ...

Nikoli se nisem ukvarjala s politiko. Do upokojitve sem bila zdravnica ob bolnikovi bolnišnični postelji in kasneje vse do danes delujem v specialistični ambulanti na primarni ravni.

Moti me, da so bolniki v zdravstvenem sistemu, kot ga imamo, vse manj celostno obravnavani. Izbranemu zdravniku in tudi ambulantnemu specialistu namreč sedanji zdravstveni sistem ne dopušča individualno prilagojenega vodenja bolnika. O čem razmišljam?

Na primer, ambulantno pri bolniku posumimo na diagnozo raka pljuč. Da bi ga lahko usmerili v nadaljnjo bolnišnično diagnostiko, moramo poglobiti osnovno rentgensko diagnozo ...

stiko vsaj na računalniško tomografijo (CT) prsnega koša s kontrastnim sredstvom. Čeprav bolnika napotimo na CT s stopnjo nujnosti zelo hitro, po napotitvi na CT-preiskavo nimamo vpogleda, kdaj (in občasno tudi ne kje) bo opravil naročeno preiskavo. Odčitavanje opravljenih CT-preiskave, tipkanje izvida in poštna dostava izvida seveda vzamejo nekaj dni ... Dnevi pa tečejo ... Največkrat lahko bolnika šele po štirih tednih od naše prve obravnave usmerimo na diagnostiko v ustrezno bolnišnico oz. jim posredujemo napotnico in bolnikovo dokumentacijo, ki jo nato po prevzemu v bolnišnici triažirajo in bolnika po svoji presoji obvestijo o datumu začetka obravnave pri njih ...

Opisano pot bolnika do diagnostike bi lahko časovno skrajšali, če bi vedeli, kdaj in kje bo opravil CT-preiskavo in če bi bolnika z opravljenim CT prsnih organov lahko neposredno osebno naročili na bolnišnično diagnostiko. Priznam, da smo včasih tako ravnali. S tem smo vsaj malo skrajšali čas do začetka bolnišničnega diagnostičnega obravnavanja, kar je za te vrste bolnikov lahko pomembno.

Z opisanim neosebnim načinom obravnavanja bolnika ga oddaljimo od ambulantnega zdravnika. Nastane vrzel med primarno in nadaljnjo sekundarno oz. terciarno obravnavo bolnika.

Zdi se, kot bi se sistemsko »bali« zadolževati izbranega zdravnika in/ali specialista na primarni ravni za svojega bolnika. Zakaj birokratsko preprečujemo komunikacijo med zdravniki? Elektronska napotnica lahko upočasni celostno obravnavanje bolnika. Morda se izbrani zdravnik in/ali specialist na primarni ravni čutita poklicno odgovorna do bolnika. Zakaj jima osebno zadolženost za bolnika nekako preprečujemo?

Opisano delovanje zdravstvenega sistema povzroča, da se izbrani zdravnik in/ali specialist na primarni ravni lahko počutita v njem kot številki, brez imena in zdravniškega znanja.

V medicini, ki se ukvarja z bolnikom, bi morali po mojem prepričanju vzpodbujati bolj individualno, bolj bolniku prilagojeno zdravstveno obravnavanje in tudi gojiti osebno odgovornost do bolnika.

Zdravnik ni stroj. Zakaj nismo sposobni zdravniku priznati njegove ključne vloge pri obravnavanju bolnikov?

Zakaj toliko razpravljanja o javnem zdravstvu in zasebnem zdravstvu?

Zakaj ne govorimo o dobrem in slabem obravnavanju bolnikov? Če je slabo, povejmo, da je slabo! Če je dobro, povejmo, da je dobro!

Govorimo pravzaprav, kot lahko opazimo, zgolj o obravnavanju bolnikov. Izogibamo se diferenciranju na dobro in slabo. Obstaja vtis, da ni razlik, da so bolniki povsod enako obravnavani in je zato vseeno, kdo jih obravnava.

Ta izenačevalna uravnilovka med dobrimi in slabimi zavira potrebno konkurenčnost posameznikov in ustanov. Zdi se, da smo pri nas vsi dobri. Pa nismo! Ker se o svojem konkretnem delu odprto ne pogovarjamo, sistem samozadovoljno stagnira.

Tu in tam objavimo kakšen zdravstveni podvig, ki naj bi kazal, da strokovno sledimo svetu in da smo dobri. Ta odstopanja od vsakdana so sicer dobrodošla, a niso pravo merilo kakovosti našega zdravstvenega sistema.

Vrnimo se na v začetku omenjena medijska poročanja.

Vsi vemo, tudi aktualni oblikovalci zdravstvenega sistema, da fluktuacijo zdravnikov iz javnega v zasebno zdravstvo povzročajo delovni pogoji in vrednotenje njihovega dela. Na drugi strani ugotavljamo, da samo javni zdravstveni sistem omogoča 24-urno obravnavanje bolnikov in zdravljenje najtežjih bolnikov, čemur sedanji zasebni sektor še ni kos. Zakaj teh ključnih zdravnikov (in timov) v javnem zdravstvu ne plačamo toliko, da bi ostajali v javnem sistemu, da ta ne bi razpadal? Zakaj še naprej poskušamo izenačevati zdravnika z

ostalimi zaposlenimi v zdravstvu? Zakaj nekaterim zdravnikom ne priznamo, da so elita elite v dobrem pomenu besede?

Kako bi lahko preprečili videno nedostojno, množično čakanje bolnikov na pridobitev izbranega zdravnika in ginekologa, ne vem. Morda bi podrobnosti lahko svetovala sedanja ministrica za zdravje, ki je občini in vodstvu zdravstvenega doma očitala nepravilen pristop k tej problematiki.

Na koncu naj še povem, da sem osebno ocenila oktobrsko glasno razmišljanje o zaprtju regionalne splošne bolnišnice v Trbovljah za zelo neodgovorno. Ker namreč že leta delujem na tem področju, vem, kako pomembna je bolnišnica za prebivalstvo v tem okolju in kakšno luknjo v zdravstvenem obravnavanju prebivalcev tega področja bi povzročila njena ukinitve. Ne nazadnje pa take »nedokončne« novice slabo vplivajo na zaposlene v bolnišnici in marsikomu jemljejo voljo do dela.

Kje vznikajo takšne ideje?

Ali predvidevajo zaprtje regionalne bolnišnice načrtovalci zdravstvene mreže v Sloveniji, ki naj bi zagotavljala primerno in dostopno zdravstveno obravnavo bolnikom po vsej državi? O tem se medijsko ni nič slišalo!

Končam naj z retoričnim vprašanjem, kako slovenski zdravstveni sistem ponovno približati bolniku, ga izboljšati in primerno nagraditi vse zaposlene v zdravstvu, tudi v premalo ovrednotenem, a za zdravje državljanov nujno potrebnem, javnem zdravstvu.

12. 10. 2024

**Prim. dr. Zlata Remškar, dr. med.,
Medvode**

Biti otroški in mladostniški psihiater v letu 2024

Aleksander Koroša

Večina bralcev ve, da je pot od nadobudnega gimnazijca do specialista dolga. V otroški in mladostniški psihiatriji, kot tudi v drugih strokah, se pa izobraževanje ne konča s specialističnim izpitom. V psihiatriji nam laboratorij in radiološke preiskave pomagajo izjemoma, zato je toliko pomembnejše naše široko znanje. Mi sami smo hkrati diagnostični in terapevtski inštrument. Zdravila v otroški in mladostniški psihiatriji pa so bolj izhod v sili kot zdravljenje prve izbire. Seveda imamo srečo, da delujemo v timih (sploh po sprejetju Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja leta 2018) in nam pri obravnavah pomagajo (ali pa jih kar prevzamejo) klinični psihologi, psihologi, logopedi, specialni pedagogi, delovni terapevti, socialni delavci in medicinske sestre. Poleg znanja, ki ga dobimo med specializacijo, pa so potrebna vsaj obširna psihoterapevtska znanja. Najboljše pa je, da opravimo večletno izobraževanje iz ene psihoterapevtske smeri in nato posamezna dodatna izobraževanja iz različnih psihoterapevtskih pristopov.

Zaradi kompleksnosti in drugačnosti obravnave duševnih motenj, v primerjavi s telesnimi boleznimi, pogosto prihaja do nerazumevanja s strani države (pa naj je to Ministrstvo za zdravje ali Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – ZZZS) in drugih strokovnjakov v zdravstvu.

Z gotovostjo lahko rečem, da je velika večina otroških in mladostniških psihiatrov zagnana in želi svoje delo opravljati kakovostno in strokovno, ob tem pa stroko tudi razvijati. Otroški in mladostniški psihiatri (skupaj z drugimi strokovnjaki v timu) iščemo možnosti izboljšav.

Trenutno v našem Centru za duševno zdravje otrok in mladostnikov pripravljamo obrazec za oceno našega dela. Glede na to, da je duševno stanje posameznika odvisno od mnogih spremenljivk – telesnega zdravja, pripravljenosti celotne družine za spremembe, kakovostnega in pravočasnega dela drugih služb (centri za socialno delo, vzgojitelji, učitelji, svetovalne službe v šolah in vrtcih, strokovni centri, policija, sodstvo ...) ter različnih drugih dejavnikov – je spremljanje blagostanja otroka ali mladostnika zelo zahtevno. Takšne želje po vnašanju sprememb v naše delo pa ovira »sistem«, saj nam prepogosto servira različne težave, ki nam jemljejo potrebno energijo. Zato se moramo čedalje pogosteje odločiti, v katero od aktivnosti bomo vložili energijo zunaj delovnega časa. Vse to pa žonglirali s osebnim življenjem.

Specialist sem kratka tri leta, pa sem v tem času doživel že ogromno ovir na različnih področjih. Eno od teh področij je dostopnost zdravil. V lanskem letu je bil skupno slabega pol leta nedostopen Ritalin – kratkodelujoča oblika metilfenidata. To je zdravilo, ki ga najpogosteje uvedemo kot zdravilo prve izbire pri otrocih in mladostnikih s hiperkinetično motnjo. Nedostopnost zdravila je težava, saj je edino drugo zdravilo z isto učinkovino Concerta, ki pa je dolgo-delujoča oblika. Ob tem kapsule ni dovoljeno žvečiti/odpirati, kar je težava za majhne otroke, ki ne morejo pogoltniti cele tablete, kaj šele velike kapsule. Otroci pogosto tudi ne potrebujejo delovanja zdravila čez celoten dan, zato predpisovanje dolgodelujoče oblike ni smiselno. S pomočjo Združenja za otroško in mladostniško

psihiatrijo (ZOMP) smo iskali možnosti za ureditev razpoložljivosti Ritalina na slovenskem trgu in smo preko stikov z različnimi udeleženci težavo po več mesecih razrešili. Ne vemo pa, kdaj se bo morebiti spet ponovila. Ob tem smo sprožili postopke, da na slovenski trg dobimo še lisdeksamfetamin, ki je v drugih evropskih državah na voljo že dlje časa in je tudi v skladu s smernicami zdravilo druge izbire za otroke in mladostnike ter prve izbire za odrasle s hiperkinetično motnjo. Tako bomo ob morebitnem pomanjkanju Ritalina imeli vsaj eno možnost več kot sedaj.

Leto 2024 je na področju zdravil prineslo nove težave – najprej je s trga izginil fluoksetin enega proizvajalca, potem pa še drugega. To je pomenilo, da naenkrat nismo imeli edine učinkovine, ki je v Sloveniji uradno določena za zdravljenje depresije pri otrocih in mladostnikih. V ZOMP smo se ponovno angažirali, ampak razen nekoliko bolj svežih informacij in poziva Javne agencije za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP) proizvajalcem nismo dosegli ničesar. Skoraj istočasno je bila umaknjena s slovenskega trga Stratetra, edino zdravilo z učinkovino atomoksetin, ki smo ga imeli v Sloveniji. V ZOMP smo ponovno poskušali urejati dostopnost preko JAZMP. Za uvoz generika se je zanimalo eno podjetje, ki je uvozilo drugo zdravilo z atomoksetinom, pa se je ponovno zapletlo pri dostopnosti, saj njihov proizvajalec ni imel dovolj zaloga.

Skratka, vsakodnevno delo v ambulanti je postalo bolj zapleteno, saj smo ob predpisu zdravil morali razmišljati ne samo, kaj je najboljše za otroka ali mladostnika, ampak tudi, kje bo to učinkovino lahko dobil. Hkrati pa preverjati informacije pri kolegih, na ZZZS, na spletni strani JAZMP, v lokalni lekarni (ali imajo

mogoče še eno škatlo ali dve ali so čisto brez) ... Tisti, ki delujemo blizu avstrijske meje, delamo malo lažje, saj Avstrija nima večjih težav z dostopnostjo navedenih zdravil. Pri njih imajo za vse našete učinkovine na trgu zdravila več proizvajalcev in ni tako velika težava, če zmanjka zdravila enega od proizvajalcev. Kar nekaj zdravil imajo tudi v obliki sirupa, kar je zelo uporabno pri mlajših otrocih. V Sloveniji smo zaradi majhnosti bolj izpostavljeni negotovosti in manjši raznolikosti.

Otroškim in mladostniškim psihiatrom se nam zdi nezaslišano, da je naš trg tako negotov, da lahko čez noč in brez predhodnega obvestila ostanemo brez zdravila, ki je po smernicah zdravilo prve izbire pri otrocih in mladostnikih z neko duševno motnjo (npr. fluoksetin pri depresiji ali metilfenidat pri hiperkinetični motnji) ali zdravilo prve izbire pri določeni populaciji – atomoksetin pri otrocih in mladostnikih s hiperkinetično motnjo in avtizmom. Težava je tudi, da o pomanjkanju zdravila nismo predhodno obveščeni. Zato o vsakem takem primeru izvemo od staršev, ki se iz lekarne vrnejo, ker zdravila ni. V nekoliko boljšem primeru pa od kolega, ki se mu je to zgodilo nekaj ur ali dni prej. Starši, razumljivo, od nas pričakujejo, da bomo situacijo rešili. Tako nam ostane iskanje drugih možnosti – dostop do zdravila v Avstriji, predpisovanje druge učinkovine ali da otroka ali mladostnika še nekaj časa pustimo brez zdravila. Navaden ponovni predpis recepta pa postane dolgotrajen proces – staršem in mladostniku razložiti, da zdravila ni v Sloveniji, in jim predstaviti alternative ter jim dati čas za odločitve.

Ob vseh težavah smo se naučili, da ima JAZMP na svoji spletni strani dokument, kjer so objavljena vsa zdravila z motnjo v preskrbi. Zaradi obsežnosti tega dokumenta pa ni izvedljivo, da bi redno preverjali, ali je pričakovana motnja v preskrbi s katerim od zdravil, ki jih vsakodnevno uporabljamo. To je, kolikor vem, prvi

članek, kjer kdo od nas piše o tem. Razmišljam, ali bi bilo kaj drugače, če bi o težavah z nedostopnostjo zdravil sproti obveščali medije. Zagotovo bi to pomenilo še več vložene energije, mogoče pa tudi hitrejša premike. Po mojem opažanju otroški in mladostniški psihiatri (naivno?) verjamemo v državne institucije (ZZZS in JAZMP), da bodo s podobno zagnanostjo uredile obstoječe težave. Sam se pa po vseh dogodkih sprašujem o njihovi motivaciji. Mi smo tudi tisti, ki moramo ljudem povedati, da država ni uredila zdravila na trgu, in skupaj z družinami iskati njim sprejemljive alternative, ki so dovolj strokovno podprte in varne, ter ob tem zdržati nejevoljo staršev.

Ob pisanju tega članka sta fluoksetin obeh proizvajalcev in kratkodelujoči metilfenidat dostopna. Atomoksetin v Sloveniji praktično ni (dostopen je samo najvišji odmerek), lisdeksamfetamina pa še ni (na voljo naj bi bil kmalu). Glede na vse težave pri urejanju dostopnosti atomoksetina se otroški in mladostniški psihiatri sprašujemo, ali bomo zdravilo sploh dobili. Ob tem pa, kako bomo zdravili otroke in mladostnike s hiperkinetično motnjo in avtizmom, ki metilfenidat in lisdeksamfetamina pogosto ne prenašajo.

Sistem preizkuša naše sposobnosti tudi na druge načine. Ministrstvo se je odločilo, da bo uredilo področje psihoterapije brez soglasja ožje stroke (pri tem imam v mislih vsaj RSK za otroško in mladostniško psihiatrijo, RSK za psihiatrijo in RSK za klinično psihologijo), kaj šele širše stroke (strokovna združenja). Seveda ne moremo samo iz ozadja spremljati, kaj se ministrstvo odloča, zato je bilo spisanih že ogromno dopisov, odprtih pisem, prošenj za sestanke in drugih dokumentov, kjer opozarjamo na neprimernost predloga zakona. Zaradi pomembnosti tega zakona za duševno zdravje Slovencev se je oblikovala skupina kliničnih psihologov, otroških in mladostniških psihiatrov ter psihiatrov, ki pripravljajo skupne dopise in vse, kar se nam zdi

potrebno za spremembe v predlogu zakona. Dejavnosti na tem področju so tako obširne, da so nekateri ob nesrečno izbranem terminu dopusta tudi na dopustih pisali dopise in sestankovali preko spleta, saj se je država odločila predlog zakona dati v javno razpravo tik pred začetkom poletja, z rokom za oddajo pripomb najprej konec julija, kasneje je bil podaljšan do konca avgusta. Kdaj se bodo ti zdravniki uspeli kakovostno spočiti in spet polni elana vstopiti v svojo ambulanto, se lahko samo sprašujem, saj je poletje čas, ko ima večina najdaljši dopust v letu. V vsebino pripomb na predlog zakona se ne bom spuščal, ker je bilo o tem že ogromno napisanega.

Drugi predlog zakona, ki nam jemlje energijo, pa je predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki prinaša ogromno sprememb. Pri branju tega predloga me skrbi za mnoge zdravstvene delavce, ki ob rednem delu v javnem sektorju popoldne delajo še kaj na tem področju. Če bo zakon sprejet v nespremenjeni obliki, se bodo morali odločiti za eno ali drugo. Zagotovo se bo kdo odločil samo za javno, zagotovo nekateri samo za zasebno. Sprašujem pa se, kam bo šla večina in kaj bo to pomenilo za dostopnost javnega zdravstva. Vemo, da v zasebnem nimajo dostopa najbolj ranljivi – ljudje, ki živijo v revščini oz. z nizkim socialnoekonomskim standardom.

Ob tem se dogajajo spremembe, za katere ne vemo, kaj prinašajo. Nedavno je bilo v šifrantu storitev ZZZS pri opisu, kdo lahko izvaja psihoterapevtske storitve, ob profilu strokovnjaka dodano »z ustreznimi dodatnimi znanji«. To je vtikanje v strokovno delo specialistov, kar se mi zdi (najmanj) neprimerno. Podobno bi bilo, če bi pediateru pri storitvi ultrazvoka napisali, da ga lahko izvaja pediater z ustreznimi dodatnimi znanji. Strokovnost našega dela je pristojnost drugih institucij. Ostane nam to, da se spet pritožimo, pišemo dopise in porabljamo energijo še za to.

Poklic otroškega in mladostniškega psihiatra (ali kakšnega drugega strokovnjaka s področja duševnega zdravja) pa ima tudi svoje prednosti. Znanja, ki jih pridobimo z izobraževanjem in študijem literature, so pogosto uporabna tudi v naših življenjih in odnosih, ki jih imamo z družinskimi člani ali s prijatelji. Pridobivanje psihoterapevtskih znanj je prepleteno tudi z delom na sebi, kar pogosto vodi do ustvarjanja prijateljstev. Če po pomenu povzamem nedavno izjavo Brede Jelen Sobočan: »Preko dela na sebi v skupini pridemo zelo hitro ne samo do novih prijateljev, ampak do novih bratov in sester. Kar pa je v drugih sferah zdravstva zelo redko.« Velika prednost teh novih bratov in

sester je, da edini razumejo, kaj točno doživljamo pri našem delu in kako je lahko pogovor velika obremenitev. To lahko delimo tudi preko intervizij ali supervizij, ki nam omogočajo ohranjati duševno zdravje ob teh obremenitvah. Supervizije in intervizije so tudi neka oblika kalibracije naših »inštrumentov«.

Vse navedeno delo pa opravimo ob redni službi, aktivnostih v različnih organih Zdravniške zbornice Slovenije, strokovnih združenjih, predavanjih na fakultetah ali splošni in strokovni javnosti ter priložnostnih aktivnostih. Takšen obseg dela vodi do preobremenjenosti in možne izgorelosti. Ob vsem tem pa ministrstvo od nas pričakuje še krajšanje čakalnih dob.

Če si sposodim kuharsko metaforo – testo se lahko raztegne samo do določene mere, potem pa se začne trgati. Nazaj ga ni možno zlepiti, kvečjemu ga ponovno pregnetemo in še enkrat raztegnemo; upamo, da v drugo boljše. Ministrstvo in druge institucije bodo izbrale, ali bodo pustile testo raztrgano in bodo bolniki padali skozi različne luknje ali ga bodo še enkrat zgnetle in bo hrana nared dosti kasneje.

Aleksander Koroša, dr. med., spec. otr. in mlad. psih., vodja Centra za duševno zdravje otrok in mladostnikov, ZD Murska Sobota, Nacionalni inštitut za javno zdravje, aleksander.korosa@zd-ms.si

Ministrstvo bi/bo omejilo število diagnostičnih preiskav

Marjan Fortuna

Najprej dve vprašanji. Kaj ima ministrstvo z omejevanjem števila diagnostičnih preiskav? Nič in še enkrat nič! Edino plačnik zdravstvenih storitev – vemo, kdo je to – je tisti, ki lahko omeji oz. uravnava število določenih preiskav in drugih zdravstvenih storitev. In drugič, ali bo ministrstvo tudi prevzelo odgovornost za morebitno zamudo pri diagnozi kake resne bolezni v primeru, da bo pacient prišel (pre)pozno do določene preiskave in posledično ustreznega zdravljenja? Omenjata se računalniška tomografija (CT) in magnetna resonanca (MRI); en tim naj bi jih opravil do 3000 letno. Kaj pa od tu naprej? Samoplačniško, seveda. Kje so pa številne ostale storitve, ki jih ob takim parcialnem reševanju niti nima smisla naštevati?

Upam si trditi, da bo vsa odgovornost padla na pleča zdravnikov,

odločevalci pa si bodo po pilatovsko umili roke, češ da je presoja o indikacijah za preiskave izključno v rokah zdravnikov. Odgovorni raje nasedajo posameznikom, gibanjem ter raznim glasovom ljudstva pred ministrstvom in parlamentom, da zdravniki premalo delajo in samo napotujejo paciente na preglede in preiskave v svoje popoldanske zasebne prakse. Premalo se pa ukvarjajo z dejstvom, da so ob vseh napadih in grožnjah ob morebitnih napakah ali zmotah samo zdravniki deležni javnih kritik o nevestnem zdravljenju, zmotah ipd.

Še bolj sprevrženo je, da zdravnikom očitajo namerno onemogočanje pregledov, zato da v zasebnih ustanovah polnijo svoje žepe, in to celo takrat, ko ni indikacije. Če kdo tako misli, naj to dokaže. Medicinske indikacije za neko zdravstveno storitev so absolutne in relativne, vmes je

pa cela paleta vmesnih in med njimi ni stroge ločnice. Vem, da svetovalci ministrstva to dobro vedo, zato me preseneča, kako lahko tak predlog sploh pride v javnost, če je sploh zrastel na njihovem zelniku, v kar močno dvomim. Že sedaj s(m)o zdravniki deležni izsiljevanja pacientov in svojcev, češ če se bo kaj zgodilo ali (pre)pozno ugotovilo, boste pa že videli, kakšne bodo posledice.

Saj bi bilo smiselno, da bi indikacije za omenjene in tudi številne druge preiskave postavljali specialisti ustreznih specialnosti, ampak kaj ko so čakalne dobe na specialistične preglede tako dolge; in ne slepimo se, še daljše bodo. Tako je bilo sicer že na začetku dobe računalniške tomografije, ko je bil v Sloveniji le en aparat za to preiskavo in jo je lahko odredil le nevrolog ali travmatolog ter izjemoma kak drug specialist (v mojem primeru intenzivist). A danes, ko je ta preiskava tako rekoč obvezna pri določenih simptomih, je to preprosto nesmisel

in lahko celo strokovna napaka (npr. pri glavobolu). Ali pa mislimo iti nekaj desetletij nazaj? Prav. Ampak to je treba razložiti javnosti. Vem, da je defenzivna medicina draga, a z omejevanjem dela bo učinek ravno nasproten, kot si ga vsi želimo in tudi pogosto upravičeno zahtevamo.

Naj omenim samo kancerofobijo. Kdo naj prepriča človeka, ki je izgubil kakega bližnjega sorodnika zaradi raka, za katerega vemo, da se pri sorodnikih pojavlja pogosteje, da nek pregled ni potreben (npr. kolonoskopija, mamografija itd.)? Bolje je opraviti kako preiskavo tudi za vsak primer ali po mnenju celo nekaterih zdravnikov po nepotrebnem kot prepustiti človeka negotovosti.

Logika vlade je sicer razumljiva, da je »špage« toliko, kot je je. Vlada in ZZZS razmišljata tako. Naj ponovim: to naj povesta ljudem in ne nam

zdravnikom, ki smo stalno soočeni s temi problemi. Ne pa, da se sprenevedata, češ na vas (zdravnikih) je, da temu primerno ravnate. Ali boste delali manj, ali pa bomo znižali ceno vašega dela (beri plačila). In sedaj smo ravno tu.

Mnogi moji kolegi in tudi sam se že leta zavzemam za ponovno uvedbo participacije za nekatere storitve. Za začetek jo predlagam predvsem za hotelski del storitev v stacionarnih zavodih. Ni pošteno, da človek, ki je v bolnišnici, na nek način varčuje, ker nima stroškov za vsakodnevne potrebe. Participacija bi bila predvsem vzgojna, ker ljudje ne bi imeli občutka, da je zdravstvo zastoj oz. brezplačno, in drugi razlog je, da ne bi izkoriščali zdravstvenega sistema, ko ni potrebno. Ampak ob taki politiki zavajanja in obljubljanja tudi neizvedljivih stvari (kot je 30 dni do specia-

lista) se bojim, da ne bo prišlo do sprememb.

Plansko zdravstvo se nikoli v preteklosti ni pokazalo kot dobra rešitev. Ne more se plansko načrtovati storitev, ki jih ni mogoče načrtovati. Morda je to sprejemljivo pri nekaterih preventivnih programih (cepljenja, presejalni programi itd.), ne moremo pa načrtovati npr. števila nesreč, epidemij, akutnih bolezenskih stanj vseh vrst, carskih rezov itd.

Ko bo zaradi preglobokih rezov (podpredsednik vlade) v zdravstvu prišlo do hudih krvavitev, ki jih ne bo mogoče rešiti niti s transfuzijami, bo prepozno in zdravstveni sistem bo res zanihal (ministrica za zdravje), a žal samo v eno smer in za marsikoga žal usodno prepozno. In potem bo kriv kdo? Se razume, zdravniki!

Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Kranj

Utrinki naključne opazovalke

Tatjana Leskošek Denišlič

Po nekaj letih sem spremljala soproga na 6. slovenski nevrološki kongres, ki je potekal 15. in 16. novembra letos v Lipici.

Sončna dneva, začinjena s pregovorno zdravo kraško burjo, sta minila v delovnem in prijateljskem vzdušju. Udeleženci so navdušeno hvalili odlične predavatelje. Bravo! Mene pa je zmotil le naslov okrogle mize prvega dne »Obravnava starostnika z možgansko žilno boleznijo«. Različna opozorila so namreč že rodila sadove in v tiskanih medijih zadnje čase zasledim vse več uporabe besede **starejši** in vse manj **starostnik**, ki ima, žal, prevečkrat negativno konotacijo ali prizvok.

Sem pa, naključna opazovalka, videla tudi nekaj, kar me je raznežilo

in toplo božalo dušo. V predverju hotela, kjer je potekal kongres, sem videla kar nekaj mladih očkov, ki so, z dojenčki v vozičkih in malo večjimi, tri- in štiriletnimi potomci, potrpežljivo čakali mamice, ki so sledile predavanjem. Prislужili so si moje veliko občudovanje, saj so obvladovali živahne potomce in zanje izjemno lepo poskrbeli. Res, bravo tudi zanje!

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

Zamejevanje alkoholne problematike – pristop SOPA kot korak v pravo smer

Ana Štruc

Nataša Nabergoj Jermol, specialistka družinske medicine v Zdravstvenem domu Nova Gorica, je med letoma 2018 in 2022 sodelovala v nacionalnem pilotnem projektu SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola. Bila je ena izmed preko 300 izvajalcev s področij zdravstva, socialne dejavnosti in zaposlovanja, ki so delovali v 18 lokalnih okoljih po Sloveniji. Pri svojem delu je takrat uporabljala novopridobljena znanja in veščine za učinkovito obravnavo čezmernega pitja alkohola. Po zaključenem projektu pa pristop SOPA še vedno živi pri njenem delu, saj s svojimi pacienti na ta način še vedno načne pogovor o pitju alkohola in jih po potrebi usmeri tudi na delavnico za opuščanje tvegane in škodljivega pitja (v nadaljevanju TŠPA) v center za krepitev zdravja oz. zdravstvenovzgojni center bližnjega zdravstvenega doma.

Kako je urejena obravnavna TŠPA na področju vaše specializacije – družinske medicine? Koliko ste govorili o tej problematiki med študijem in kako je danes urejeno izvajanje tega v praksi?

Obravnavna tvegane in škodljivega pitja alkohola je del našega vsakdana, bodisi kot osnovna diagnoza ali kot del drugih somatskih ali psihiatričnih bolezni. Ko enkrat dovolj »odpremo oči«, nas presune, kako »mokra« je slovenska kultura, kako normalizirano je med našimi pacienti tvegano in škodljivo pitje alkohola. S to skupino ljudi se ukvarjamo zdravniki različno poglobljeno, odvisno od neposrednega vpliva škodljivega pitja na sočasne pacientove bolezni, nekoliko pa verjetno tudi od zanimanja posameznega osebnega izbranega zdravnika za to področje. V nekaterih primerih se tvegano in škodljivo pitje alkohola obravnava zelo sistematično, v drugih pa morda ni dovolj poudarka, kar lahko vodi do zamujenih priložnosti za pomoč.

Menite, da se posveča dovolj velika pozornost problematiki tvegane in škodljivega pitja in da imate zdravniki vsa potrebna znanja in orodja za uspešno prepoznavo in obravnavo težav?

Menim, da se problematiki tvegane in škodljivega pitja alkohola posveča določena pozornost, vendar je ta pogosto nezadostna. Med študijem in specializacijo pridobimo osnovno znanje in nekaj orodij za obravnavo TŠPA, vendar

bi za učinkovito in dosledno uporabo potrebovali še dodatno izobraževanje in podporo.

Največji izziv v ambulantah družinske medicine je že dolgo pomanjkanje časa. Pogovor v obliki t. i. motivacijskega intervjuja zahteva namreč določeno količino časa, da se lahko vzpostavi zaupanje in razumevanje med zdravnikom in pacientom. Prav tako je pomembno, da so obiski dovolj pogosti, da lahko spremljamo napredek in utrdimo pridobljeno. Včasih se moramo tudi vrniti dva koraka nazaj, kar pa nam ne sme vzeti poguma, saj je to pogosto običajen del procesa, ko želimo uvesti neko spremembo življenjskega sloga.

Zavedati se moramo, da še zdaleč ne bomo uspešni pri vseh pacientih, in biti zadovoljni prav z vsakim, ki mu uspe. Prav tako to, da včasih ni napredka, še ne pomeni, da ga ne bo v prihodnosti. Zavedati se moramo namreč, da dosežki posameznega pacienta ne vplivajo samo na pacienta, ampak na zadovoljstvo in boljše odnose v njegovi družini, med prijatelji in sodelavci, izboljša se lahko ekonomski položaj, navsezadnje se poveča tudi varnost vseh udeležencev v prometu.

Kako konkretno vi razmejitve tvegano in škodljivo pitje alkohola in sindrom odvisnosti od alkohola (SOA)?

Pri ocenjevanju pivskega vedenja in navad je v pomoč vprašalnik AUDIT, dodatno pa tudi

pogovor o tipičnem dnevu posameznika, v katerem raziskujemo, koliko in kako pogosto pije, ob kakšnih priložnostih in kaj so razlogi za njegovo pitje alkohola. Na podlagi teh pogovorov nato presojamo, kam bi lahko posameznik spadal.

Tvegano pitje pomeni, da nekdo, ki pije preko na podlagi znanstvenih raziskav določenih mej, tvega razvoj bolezni, povezanih z alkoholom, ali celo zasvojenosti z njim. V isto skupino spadajo tudi kronični bolniki z redno terapijo, ki pijejo v za zdravega odraslega človeka sicer še sprejemljivih količinah, vendar se pri njih sve-tuje popolna abstinenca. Kadar pa že najdemo škodljive učinke alkohola na zdravje posameznika, takrat govorimo o škodljivi rabi. Zasvojenost z alkoholom je prisotna takrat, ko pitje alkohola vpliva na splošno posameznikovo delovanje in na različna področja njegovega življenja, kar presodimo na podlagi kriterijev, ki so značilni za zasvojenost. Če se sicer pri pacientih izkaže, da je prisoten SOA, jih je treba motivirati za popolno abstinenco, pogosto jih napotimo na ambulantno ali bolnišnično zdravljenje k alkoholologu.

Kaj je sodelovanje v projektu SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola – vneslo v vaše vsakdanje delo?

Leta 2018 sem se skupaj s kolegi specialisti družinske medicine, specialisti medicine dela, prometa in športa, patronažnimi in referenčnimi sestrami, svetovalkami iz Centra za krepitev zdravja Nova Gorica ter svetovalkami iz Centra za socialno delo pridružila projektu SOPA, ki je potekal na kar 18 lokalnih območjih, med drugim tudi na novogoriškem.

V štirih letih izvajanja izredno dobro zasnovanega in opredeljenega projekta smo osvežili in nadgradili znanje s področja alkohola in alkoholizma, njegov vpliv na telesno in duševno zdravje in širši psihosocialni vidik. Najpomembnejše pa je bilo učenje zelo učinkovitega orodja za motiviranje pacienta za spremembo – motivacijskega intervjuja.

Moram reči, da mi je vsebina projekta zlezla pod kožo, tako razumevanje in prepoznavanje tveganega in škodljivega pitja alkohola kot tudi zasvojenosti z njim. S pridobljenim orodjem ustrežnejše komunikacije (motivacijski intervju) pa sem bila zagotovo bistveno bolj opolnomočena za motiviranje pacientov za zmanjšanje ali opustitev pitja alkohola. Kasneje sem to znanje prenesla tudi na druga področja spreminjanja življenjskega sloga naših pacientov (odvajanje od kajenja, razne diete ...), rednega jemanja terapije ... Določeni elementi takega pogovora pa so uporabni tudi v komunikaciji v osebnih odnosih.

Ali aktivnosti, ki so se izvajale takrat, izvajate še danes pri svojem delu? Kako uporabljate pridobljena znanja? Kakšna je razlika med obravnavo TŠPA med projektom SOPA in danes, ko se je projekt končal?

Pridobljena znanja z veseljem še vedno uporabljam, saj je taka obravnavna učinkovitejša od tiste, ki sem jo uporabljala pred projektom. V času projekta je bilo presejanje sistematično. Praktično vsak pacient, ki se je v tistem času oglasil v naši ambulanti, je izpolnil kratek presejalni vprašalnik AUDIT, nato je sledil pogovor in analiza rezultatov. Tisti pacienti, ki so pili škodljivo ali tvegano, pa so se kasneje še nekajkrat vrnili na svetovanje.

Sedaj je malo drugače. Kandidate za svetovanje lahko najdemo preko obravnave somatske bolezni, katere vzrok je lahko alkohol, lahko pa jih napoti referenčna sestra, kadar se presejalni vprašalnik uporabi že pri obravnavi pri njej in je njegov rezultat pozitiven. Na prekomerno pitje alkohola nas pogosto opozorijo tudi svojci. Včasih so pacienti lahko pod vplivom alkohola udeleženi v prometnih nesrečah ali se na druge načine poškodujejo. To so situacije, primeri, s katerimi se srečuje prav vsak, ki dela v zdravstvu, sploh pa v ambulanti družinske medicine, kjer imamo poseben privilegij, da s pacientom



vzpostavimo zaupen odnos, ki je ključen za uspešno vodenje in svetovanje, sploh na tako občutljivem področju, kot je alkohol.

Pristop, ki sem ga pridobila med projektom SOPA, mi je v tem kontekstu izjemno pomagal in ga vsekakor vidim kot pomembno prakso, ki bi morala postati del naše vsakodnevne obravnave v zdravstvu.

S katerim izzivom se najpogosteje srečujete pri pacientih, ki tvegano in škodljivo pijejo?

Najpogostejši izziv je pripeljati pacienta v fazo kontemplacije, to pomeni, pripeljati ga do uvida. Naslednji prav tako velik izziv je v njem poiskati motivacijo, da se škodljivo ali tvegano pitje zmanjša. Vsak pacient ima namreč drugačne razloge za prekomerno pije in različne motive, da to zmanjša. Po začetnem uspehu je ključno nadaljevati s spodbujanjem pacienta, da ohranja dosežene spremembe in se ne vrača k starim navadam. Da smo pri tem karseda učinkoviti, pa nam pomaga uporaba omenjenega motivacijskega intervjuja.

Kje prepoznate glavne elemente učinkovitosti svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola?

Svetovanje in podpora pri opuščanju čezmernega pitja alkohola

V okviru programa Skupaj za zdravje se v centrih za krepitev zdravja oz. v zdravstvenovzgojnih centrih (CKZ/ZVC) v zdravstvenih domovih izvaja individualno svetovanje, t. i. delavnice SOPA (temeljni in vzdrževalni del), s pomočjo katerih lahko z opuščanjem čezmernega pitja alkohola udeleženec prispeva k boljšemu zdravju sebe in svojih bližnjih. Med svetovanjem lahko udeleženec skupaj s strokovnjakom najprej na treh do petih 15-minutnih srečanjih pogloblja svoj odnos do pitja alkohola in razišče možnosti za spreminjanje lastnih pivskih navad. Sledita še eno do dve 15-minutni srečanja, kjer lahko dobi podporo pri vzdrževanju zmanjšane pitja ali abstinence. Usmeritev zdravnika ni potrebna. Več informacij najdete na skupajzdravje.si in sopa.si

Registrirana poraba je v letu 2022 znašala 10 l čistega alkohola, kar pomeni, da je vsak posameznik, starejši od 15 let, v povprečju porabil 94 l piva, 35 l vina in 3,6 l žganih pijač. Kar 55 % odraslega prebivalstva vsaj enkrat letno pije čezmerno (starost 18–74 let; CINDI 2020). To pomeni, da vsak drugi odrasli Slovenec vsaj enkrat v letu tvega ali pa so pri njem že prisotne negativne posledice zaradi pitja alkoholnih pijač.

Vsako leto se na dnevni ravni zgodita vsaj dve smrti, ki sta neposredno povezljivi s pitjem alkohola. Glede na trend to pomeni v povprečju 850 smrti na leto.

Varne meje pitja alkohola ni. **Vsako pitje alkohola je lahko škodljivo.** Alkohol je škodljiva snov za vse organe v telesu. Že najmanjša količina lahko povzroča spremembe, ki so kratkoročno in dolgoročno lahko nevarne za človeško telo, saj vpliva kar na 200 bolezenskih stanj in poškodb. Poleg vplivov na zdravje rušilno vpliva tudi na naše medosebne odnose in povečuje našo stisko. Priporočilo vsakega zdravstvenega strokovnjaka naj bo zato »Čim manj, najboljšo pa nič alkohola«.

la, kot je zastavljeno po pristopu SOPA in od leta 2022 dalje aktivno živi v centrih za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrih zdravstvenih domov? Kako je na vas kot osebo in vaš odnos do pitja alkohola vplivalo to, da izvajate obravnave TŠPA?

Glavni element učinkovitosti so jasna dejstva, merice, meje, kriteriji ter zagotovo zelo učinkovito komunikacijsko orodje – motivacijski intervju. Osebo so se me dotaknile mnoge zgodbe, ki so se razkrile ob anketiranju z vprašalnikom AUDIT med projektom SOPA. Še posebej pri abinentih, ki so me navdušili s svojo vztrajnostjo, z vsem pozitivnim, kar je ta sprememba prinesla v njihova življenja, odnose. Po drugi strani pa so me pretresle žalostne in boleče

zgodbe abinentov, ki se alkohola niti ne dotaknejo, saj imajo izkušnjo zasvojenca v matični družini.

Slovenija je tako prežeta z »mrok« kulturo pitja, da TŠPA ne prepoznamo in ga zato tudi ne dojemamo kot problem. Alkoholno pijačo opevamo v himni, z njo slavimo uspehe, si vlivamo pogum, v njej utapljammo žalost. Da bomo izkoreninili stare navade in posadili nove, bo potrebno veliko dela, truda in časa. Delovati je treba tako na ravni družbe kot posameznika. Pomembna sta vzgoja in ozaveščanje vseh starostnih skupin. Iz osebne izkušnje lahko rečem, da je prav pristop SOPA eden od velikih korakov v pravo smer.

Poznate individualna svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega

pitja alkohola, ki jih izvajajo v centrih za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrih po Sloveniji? Ali kdaj usmerite paciente na omenjeno delavnico?

Seveda, v našem zdravstvenem domu aktivno sodelujemo z delavnicami za omejevanje tveganega in škodljivega pitja alkohola, ki jih izvaja Center za krepitev zdravja Nova Gorica. Paciente, ki škodljivo ali tvegano pijejo, lahko usmerimo na te delavnice. Usmeritev lahko izvedejo tudi naša referenčna sestra, patronažna služba ali drugi specialisti. Prav tako se lahko pacienti sami ali njihovi svoji obrnejo na te delavnice za pomoč.

Pacienti delavnice zelo dobro sprejemajo, saj jih razumejo kot enako aktualne pri doseganju zdravega življenjskega sloga v vsakdanjem življenju, kot so delavnice za hujšanje, opuščanje kajenja, spoprijemanje s stresom ... To pripomore k zmanjšanju stigme, ki se je mnogi bojijo, in jim omogoča, da se lažje vključijo v program.

Ana Štruc, strokovna sodelavka,
Center za upravljanje programov
preventive in krepitev zdravja, NIJZ

Multidisciplinarni konzilij za bolezni in motnje v delovanju medeničnega dna v UKC Ljubljana

Urška Kogovšek, Kristina Drusany Starič, Katja Novak, Barbara Rus Gadžijev, Melita Rotar

Multidisciplinarni konzilij za bolezni in motnje v delovanju medeničnega dna, ki deluje v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKC Ljubljana), predstavlja pomemben napredek pri celostni obravnavi bolnikov z motnjami medeničnega dna v Sloveniji. Namen konzilija je najkompleksnejšim bolnikom omogočiti multidisciplinarno obravnavo na terciarni ravni. Konzilij sestavljajo strokovnjaki s poglobljenim znanjem in izkušnjami na tem področju, kar omogoča kakovosten in individualiziran pristop k zdravljenju bolezni in motenj v delovanju medeničnega dna.

Sestava in organizacija konzilija

Stalni člani konzilija so specialisti, ki se pri svojem delu še posebej ukvarjajo z boleznimi in

motnjami v delovanju medeničnega dna: abdominalni kirurg – koloproktolog, uroginekolog, uronevrolog, abdominalni radiolog, gastroenterolog, urolog, enterostomalna terapevtka s specialnimi znanji na področju kontinence in klinični psiholog. Pogosto ali po potrebi se konziliju pridružijo tudi drugi specialisti: nevrokirurg, fiziater, otroški kirurg in pediater.

Konzilij se sestaja redno, enkrat mesečno, predvidoma prvi petek v mesecu, na inštitutu za radiologijo v UKC Ljubljana. Predstavljeni so bolniki iz različnih ustanov v Sloveniji, večinoma pa iz UKC Ljubljana. Bolnika po predhodni elektronski prijavi predstavi lečeči specialist ali pa ga po dogovoru z lečečim specialistom predstavi eden izmed stalnih članov konzilija.

Konzilij se je prvič sestal oktobra 2018, in sicer v sestavi Urška Kogovšek, dr. med., specia-



listka splošne kirurgije in koloproktologije, KO za abdominalno kirurgijo, dr. Melita Rotar, dr. med., specialistka nevrologije, Klinični inštitut za klinično nevrofiziologijo, doc. dr. Kristina Drusany Starič, dr. med., specialistka uroginekologije, KO za ginekologijo, Katja Novak, dr. med., specialistka gastroenterologije, KO za gastroenterologijo, in Barbara Rus Gadžijev, specialistka abdominalne radiologije, Klinični inštitut za radiologijo. Ustanovni člani so tudi stalni člani konzilija, ki so na konzilijih praviloma vedno prisotni.

V obdobju med letom 2018 in septembrom 2024 se je konzilij sestel 59-krat. Obravnavanih je bilo skupno 283 bolnikov, z različnimi boleznimi in motnjami v delovanju medeničnega dna. Poleg bolnikov iz UKC Ljubljana so bili obravnavani tudi bolniki iz UKC Maribor, SB Celje, SB Ptuj, SB Novo mesto, SB Izola, SB Brežice in MC Iatros.

Klinične diagnoze in obravnavani bolniki

Na konziliju so predstavljeni bolniki, za katere lečeči specialist meni, da so pri njih izčrpane razpoložljive možnosti zdravljenja in diagnos-

tike ali pa je potrebna terciarna multidisciplinarna obravnava. V nekaterih primerih gre za presojo o nadaljnji diagnostiki ali napotitvi na zdravljenje v tujino. Najpogosteje so bili na konzilij napoteni bolniki s fekalno in urinsko inkontinenco, retenco urina, prolapsom medeničnih organov, sindromom nizke sprednje resekcije danke, po abdominalnih, ginekoloških in nevrokirurških posegih ter poškodbah hrbtenjače, s presakralnimi ali drugimi tumorji v medenici, pelvičnim kongestivnim sindromom, motnjami defekacije, rezistentnim kroničnim zaprtjem, kroničnimi bolečinami v medenici, spolno disfunkcijo, pa tudi bolniki z nevrološkimi boleznimi, ki prizadenejo funkcijo medeničnega dna. Obravnave na konziliju ne potrebujejo vsi bolniki z zgoraj naštetimi stanji, temveč le najbolj kompleksni. Konzilij ima ključno vlogo pri odločitvi za nadaljnjo obravnavo pri redkih boleznih in stanjih ter pri netipičnih kliničnih slikah in simptomih, ki jih je že v osnovi težko opredeliti.

Specialist bolnikove težave in dokumentacijo podrobno predstavi članom konzilija. Po potrebi se pridobi še mnenje drugih specialistov. Sklepi obravnave vključujejo napotke

za nadaljnjo diagnostiko, konservativno, medikamentno ali kirurško zdravljenje. Del bolnikov smo napotili v protibolečinsko ambulanto, na obravnavo k psihologu ali pa na zdravljenje v tujini. V posameznih primerih je konzilij menil, da so bile vse možnosti diagnostike in zdravljenja izčrpane.

Konzilij si prizadeva za uvedbo tehnologij in metod za še boljše obravnavo bolnikov.

Lečeči specialist se dogovori za prijavo in predstavitev bolnika na konziliju preko e-pošte: med.dno.mdk@kclj.si.

Urška Kogovšek, dr. med, spec. krg., F.E.B.S., KO za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana

Doc. dr. Kristina Drusany Starič, dr. med., predstojnica KO za ginekologijo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana

Katja Novak, dr. med., spec. gastroenterologije, UKC za gastroenterologijo, UKC Ljubljana

Barbara Rus Gadžijev, dr. med., Klinični inštitut za radiologijo, UKC Ljubljana

Dr. Melita Rotar, dr. med., spec. nevrologije, Klinični inštitut za klinično nevrofiziologijo, UKC Ljubljana

Popravek

V članku »Odpornost invazivnih bakterij proti antibiotikom«, objavljenem v novembrski številki Isis na str. 39–44, je bila pri dveh članih EARS-Net Slovenija (na str. 43) napačno navedena ustanova, kjer sta zaposlena. Pravilno je: dr. Tamara Kastrin, univ. dipl. mikrobiologinja, NLZOH Ljubljana, dr. Dane Lužnik, univ. dipl. mikrobiolog, Univerzitetna klinika Golnik.

Članoma EARS-Net Slovenija in bralcem se opravičujemo za napako.

16. mednarodni kongres kirurgije jeter, trebušne slinavke in žolčevodov v Cape Townu

Irena Plahuta, Špela Turk, Arpad Ivanecz

V južnoafriškem mestu Cape Town je od 15. do 18. maja 2024 potekal 16. kongres Mednarodnega združenja za kirurgijo jeter, trebušne slinavke in žolčevodov.

Južna Afrika in Cape Town imata dolgo in burno zgodovino. Mesto je leta 1652 ustanovila Nizozemska vzhodnoindijska družba. Leži na stiku Atlantskega in Indijskega oceana, na rodovitni zemlji pod prepadnimi stenami Mizeste gore. Domačinov ni bilo mnogo, zato so kolonialisti pripeljali sužnje iz vzhodne Afrike in Bengalskega zaliva. Nizozemcem so sledili prebivalci današnje Nemčije in po preklicu Nantskega edikta leta 1685 še hugenoti.

Po vrsti spopadov in zapletenih zgodovinskih dogodkov med Britanci, Francozi in Nizozemci je kolonija leta 1814 pripadla Združenemu kraljestvu. To je povzročilo veliko nezadovoljstvo med Buri, ki so množično zapustili Cape Town in na svojem pohodu proti severu in vzhodu zasedli večja ozemlja, ki so sčasoma postala prave države, med njimi tudi Transvaal in Svobodna država Oranje.

Britanci se niso strinjali z nastankom neodvisnih držav v bližini svojih kolonij. Buri so nasprotovali splošnemu poangleženju Afrike in njihovi prepovedi suženjstva (1834). Glavni vzrok sovražnosti med Britanci in Buri je bil ekonomski. Leta 1867 je bilo odkrito nahajališče diamantov 900 km severovzhodno od Cape Towna. Teritorialno pravico do tega ozemlja so si lastili oboji in po pogajanjih je ozemlje pripadlo Združenemu kraljestvu. To si je leta 1877 priključilo Transvaal in v njem uvedlo svojo upravo. Trije transvaalski politiki so sestavili triumvirat, prevzeli oblast in 16. decembra 1880 razglasili neodvisnost. Štiri dni kasneje je izbruhnila prva burska vojna. Buri so obkolili britanski konvoj in nato zmagali še v treh bitkah. To je prisililo Združeno kraljestvo, da je marca 1881 sklenilo premirje in priznalo Transvaalu samoupravo.

Druga burska vojna je trajala od 1899 do 1902. Na britanski strani se je borilo okrog 500.000 vojakov, na burski 88.000. Ta vojna je zloglasna zaradi britanskih koncentracijskih taborišč in taktike požgane zemlje. Zaključila se je 31. maja 1902 s porazom Burov in podpisom Pogodbe iz Vereeniginga. Burom je bila obljubljena omejena samouprava, ki jim je bila dodeljena čez pet let. Pogodba je končala obstoj Transvaala in Svobodne države Oranje kot neodvisnih burskih republik in ju priključila britanskemu imperiju.

Druga burska vojna je potekala med belopoltim skupinama na podcelini z večinoma temnopoltim prebivalstvom. Raziskave so pokazale, da so bili temnopolti Afričani močno vključeni v vojno kot borci in žrtve spopadov. Britanci so med vojno včasih obljubljali, da bodo temnopolti Afričani po njej v zameno za podporo ali vsaj nevtralnost nagrajeni s političnimi pravicami. Kljub temu jim je Pogodba iz Vereeniginga izrecno odvzela politične pravice v reorganizirani Južni Afriki, saj so Britanci in Buri sodelovali v smeri skupnega cilja vladavine bele manjšine.

Južnoafriška unija je bila leta 1910 ustanovljena kot dominion britanskega imperija; združili so dve britanski koloniji (Rt dobrega upanja in Natal) in dve burski republikli (Transvaal in Svobodno državo Oranje). Leta 1961 je postala republika, 1968 se je odcepila od britanskega Commonwealtha in se mu znova pridružila 1994.

Rasno razlikovanje se je začelo z delovnimi prepustnicami, uzakonila pa ga je vladavina Nacionalne stranke, ki je bila na oblasti 1948–1994 in ga poimenovala *apartheid*. Zakon o registraciji prebivalstva iz leta 1950 je Južnoafričane razvrstil med Bantu, obarvane in bele. Pravila apartheida so določala vrsto izobrazbe, delo, druženje, uporabo ločenih javnih objektov in volilno pravico, ki je pripadala vsakemu glede na njegovo rasno klasifikacijo.



Slovesno odprtje 16. mednarodnega kongresa kirurgije jeter, trebušne slinavke in žolčevodov. Slovenska zastava je vidna levo spodaj.

Leta 1989 je zaradi stanja po srčnem infarktu odstopil južnoafriški predsednik Botha in v Evropi je padla železna zavesa. Novi predsednik je postal Frederik Willem de Klerk, ki se je odločil, da je čas izpogajati konec apartheida. 1990 je umaknil prepoved delovanja za Afriški nacionalni kongres in druge opozicijske stranke ter dosegel, da so po 27 letih izpustili iz zapore Nelsona Mandelo. Kljub političnemu nasilju sta Mandela in de Klerk z zavezniki nadaljevala z intenzivnimi pogajanjimi.

17. marca 1992 so belopoliti Južnoafričani na referendumu z 68,7 % izglasovali konec vladavine bele manjšine in tako zaključili z apartheidom. Leto kasneje je bila sprejeta nova ustava, ki daje volilno pravico vsem rasnim skupinam. Državne volitve za vse rase so leta 1994 privedle do temnopolte večinske vlade, ki jo je vodil Mandela iz Afriškega nacionalnega kongresa. Čeprav je ta razvoj dogodkov zaznamoval konec uzakonjenega apartheida, so njegovi družbeni in gospodarski učinki ostali globoko zasidrani v južnoafriški družbi. Južna Afrika je 1995 ustanovila tudi Komisijo za resnico in spravo, da bi obravnavala kršenja človekovih pravic med obdobjem apartheida.

V takšno okolje je letos Mednarodno združenje za kirurgijo jeter, trebušne slinavke in žolčevodov pripeljalo največji dogodek na svojem področju, kjer se predstavijo rezultati centrov, novosti in smernice. V teh dneh se zvrstita podiplomski tečaj in obsežen strokovni program. Poleg tega so letos v ogromnem kongresnem centru *Cape Town International Congress Centre* (slika) potekala še strokovna srečanja na temo paliativne medicine in virusnih hepatitisov v Afriki ter kongres Južnoafriškega združenja kirurgov. Sočasno poteka dogajanje na razstavišču, kjer predstavljajo novosti s področja kirurške tehnologije. Strokovni in spremljevalni program sta bila izvrstna, saj smo udeleženci prijaviili 1700 povzetkov.

S Kliničnega oddelka za abdominalno in splošno kirurgijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor smo pod mentorstvom doc. dr. Árpáda Ivánca prispevali tri elektronske posterje. Na prvem smo predstavili raziskavo, s katero smo ugotovili, da indeks telesne mase ni povezan z izidom laparoskopske resekcije jeter. Na drugem smo prikazali primer bolnika, ki sta se mu v razmiku petih let razpočila rakasta jetrna tumorja, nastala ob metaboličnem sindromu.

Na tretjem posterju smo analizirali klinični točkovni sistem tveganja, poimenovan po pariškem inštitutu Mutualiste Montsouris. Ugotovili smo, da ocenjena stopnja težavnosti statistično značilno napoveduje stopnjo zapletov laparoskopske resekcije jeter.

Viri

Apartheid. <https://www.britannica.com/topic/apartheid>. Pridobljeno: 24. 7. 2024.
Apartheid Policies Photos Nelson Mandela. <https://www.history.com/news/apartheid-policies-photos-nelson-mandela>. Pridobljeno: 24. 7. 2024.
Cape Town. <https://www.britannica.com/place/Cape-Town>. Pridobljeno: 24. 7. 2024.
South Africa Votes To End Apartheid. <https://www.history.com/this-day-in-history/south-africa-votes-to-end-apartheid>. Pridobljeno: 24. 7. 2024.
South African War. <https://www.britannica.com/event/South-African-War>. Pridobljeno: 24. 7. 2024.

Asist. dr. Irena Plahuta, dr. med., specialistka splošne kirurgije, irena.plahuta@ukc-mb.si, Špela Turk, dr. med., specializantka abdominalne kirurgije, spela.turk@student.um.si, doc. dr. Árpád Ivánecz, dr. med., specialist splošne kirurgije, arpad.ivaneecz@ukc-mb.si, Klinični oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, Univerzitetni klinični center Maribor

Mednarodni kongres neonatologije v Ljubljani

Do's and Don'ts Best Practice in Neonatology

Sandra Cerar, Alja Kavčič, Mojca Kavčič, Jana Lozar Krivec, Gregor Nosan

Od 3. do 5. julija 2024 je na Gospodarskem razstavišču v Ljubljani potekal mednarodni kongres neonatologije z naslovom Do's and Don'ts Best Practice in Neonatology, ki sta ga organizirala Union of European Neonatal and Perinatal Societies (UENPS) in European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI), tudi s pomočjo Neonatalne sekcije Združenja za pediatrijo Slovenskega zdravniškega društva. Na kongresu je sodelovalo 470 udeležencev iz 54 držav, od tega je bila večina neonatologov in pediatrov, ostali udeleženci pa so bili ginekologi in porodničarji, medicinske sestre in babice. Predstavljena so bila področja neonatalne pulmologije, nevrologije, prehrane in infektologije. Kongres je poleg predavanj omogočal tudi interaktivna srečanja in delavnice z različnih neonatalnih in perinatalnih področij.

Prvi dan kongresa je bil posvečen neonatalni respiratorni oskrbi. Prof. Moretti iz Italije je predstavil trenutno stanje neonatalne respiratorne oskrbe v Evropi, zlasti uporabo neinvazivne dihalne podpore, aplikacijo surfaktanta ob ohranjenem spontanem dihanju, premišljeno rabo kisika in nadzor predihavanja z merjenjem izdihanega ogljikovega dioksida. Po poročilu prof. van Kaama iz Nizozemske so se s permisivnim pristopom glede respiratorne acidoze izognili visokemu deležu mehanskega predihavanja. Dr. Schmidt iz ZDA je predstavila raziskave o uporabi kofeina, ki je povezan z izboljšanim razvojno-nevrološkim izidom, manjšo pojavnostjo bronhopulmonalne displazije in retinopatije nedonošenčeka. Kofein se uporablja pri nedonošenčkih, rojenih pred 28. tednom, ter starejših ob odvajanju od mehanskega predihavanja ali ob premorih dihanja. Vzporedno so potekale delavnice o strategijah mehanskega predihavanja, ultrazvočnem spremljanju stanja

pljuč, neinvazivni dihalni podpora, surfaktantu in ehokardiografiji. Interaktivna predavanja so obravnavala fiziološko prekinitev popkovnice, oskrbo v porodni sobi, odločitev o zdravljenju odprtega Botallovega voda, ekstubacijo in uporabo umetne inteligence v neonatalni intenzivni terapiji. Nadaljevali smo z razpravami o smernicah oživljanja novorojenčka, avtomatiziranjem nadzoru dodatka kisika, rabi antenatalnih kortikosteroidov, toplotni oskrbi nedonošenčkov in neonatalni hipoglikemiji. Na plenarnem predavanju o transfuziji krvi smo spoznali raznolikost praks po svetu. Predstavljen je bil tudi pomen stika kože s kožo od rojstva naprej.

Drugi dan kongresa je bil posvečen neonatalni nevrologiji. Prof. Steggerda iz Nizozemske je predstavila ultrazvočne značilnosti cerebelarne krvavitve pri nedonošenčkih, prof. Gressen iz Francije dozorevanje bele možganovine pri nedonošenčkih, prof. Ramenghi iz Italije pa intraventrikularno krvavitev pri nedonošenčkih. Udeleženci so se

lahko udeležili delavnic o nevro-monitoringu z EEG pri hipoksično-ishemični encefalopatiji, slikovni diagnostiki možganov in dolgoročnem sledenju novorojenčkov z nevrološko okvaro. Na interaktivnih predavanjih je prof. Ramenghi predstavil možgansko okvaro pri nedonošenčkih, dr. Vojcek iz Madžarske in dr. Martić iz Srbije perinatalno možgansko kap, dr. Terzić iz Bosne in Hercegovine terapevtsko hipotermijo po hipoksično-ishemični encefalopatiji in dr. Soltirovska Šalamon iz Slovenije nevromonitoring v neonatalni intenzivni enoti. Popoldanske delavnice so obravnavale nacionalne programe sledenja novorojenčkov, izkušnje staršev nedonošenčkov, podatke mednarodne neonatalne mreže, optimalno prehrano in rast. Dan se je zaključil z dvema plenarnima predavanjema o dolgoročnih izidih in cepljenju nedonošenčkov.

Tretji dan je bil posvečen prehrani novorojenčkov. Dr. Arslanoglu iz Turčije je poudaril pomen kolostruma, dr. Philip iz Irske je predstavil optimalno obogatitev materinega mleka, dr. Fusch iz Nemčije pa novosti smernic Evropskega združenja za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in prehrano (ESPG-HAN). Delavnice so obravnavale prehrano kritično bolnih novorojenčkov, bogatenje materinega mleka, črevesno mikrobioto in obvladovanje okužb v neonatalni intenzivni enoti. Popoldanska interaktivna predavanja so vključevala predstavitve kliničnih primerov, nove poglede in smernice. Dr. Rasnaca iz Latvije je predstavila prakso njihovega največjega perinatalnega centra, dr. Košir Pogačnik iz Slovenije prednosti in slabosti elektivne sprožitve poroda po 39 tednih. Prof. Kramer iz Poljske je predstavil izzive uporabe dodatkov na osnovi materinega in kravjega mleka, dr. Uthaya iz Združenega kraljestva pa je



Slovenski udeleženci kongresa

govorila o merjenju telesne sestave pri otrocih.

Zaključna plenarna predavanja so se osredotočila na neonatalne okužbe. Predstavljen je bil vpliv okužbe novorojenčkov in dojenčkov z respiratornim sincicijskim virusom (RSV) na kakovost življenja njihovih staršev.

Dr. Midulla iz Italije je predstavil obvladovanje virusnih okužb v neonatalnih intenzivnih enotah, prof. Manzoni iz Italije pa nove strategije preprečevanja okužbe z RSV. Poudaril je pomen preventivnih ukrepov, vključno s cepljenjem nosečnic, novorojenčkov in starejših.

Slovenski udeleženci iz UKC Ljubljana so na kongresu aktivno sodelovali in predstavili različne raziskovalne dosežke v obliki ustnih predstavitev in posterjev. Doc. Nosan je predstavil genomiko prirojenih srčnih napak, neonatalno oftalmijo in kongenitalne nepravilnosti urahusa. E. Ojsteršek je predstavila protokol venskih pristopov, dr. M. Kavčič pa EEG-korelacije s kognitivno funkcijo po perinatalni možganski kapi. Asist. Cerar je predstavila vpliv materinih in otrokovih karakteristik na kostno gostoto predšolskih otrok, dr. Lah vpliv hrupa na novorojenčke, dr. M. Kavčič pa presepsin kot biomarker neonatalne sepse. Doc. Lozar Krivec je predstavila primerjavo meritev spodnje votle vene, telesne mase in vode pri novorojenčkih.

Odlično organiziran in obiskan mednarodni kongres je torej v Ljubljani ponudil številne nove vpogleda in smernice za nadaljnje delo na področju neonatologije.

Asist. Sandra Cerar, dr. med.,
Alja Kavčič, dr. med., Mojca Kavčič, dr.
med., doc. dr. Jana Lozar Krivec, dr.
med., doc. dr. Gregor Nosan, dr. med.,
Pediatrska klinika, UKC Ljubljana

»Prevod« etike v zdravstveno prakso in raziskovanje – zmožnosti in tveganja

European Association of Centres of Medical Ethics (EACME), letna konferenca 2024, Halle (Nemčija)

Meta Rus

Koncept prenosa oz. »prevoda« etičnih norm in vrednot v zdravstveno prakso, raziskovanje ter javno zdravstvo je v zadnjih letih prejel precej pozornosti. Čeprav se ga v bioetičnem diskurzu uporablja precej heterogeno, se zdi, da obstaja sku-

pno prepričanje, da zgolj oblikovanje etičnih norm in vodil ni dovolj, da bi ti imeli vpliv na zdravstveno oskrbo in širše področje biomedicine, kar je pravzaprav namen aplikativne etike. Splošna ideja o »prevodu« etike v prakso se zdi privlačna –

ne samo za raziskovalce v bioetiki, temveč tudi za različne zdravstvene poklice, raziskovalce ter organizacije, ki zagotavljajo financiranje na področju biomedicine. Vendar pa tovrsten »prevod« prinaša tudi številne konceptualne, metodološke in praktične izzive, katerim je bila posvečena letošnja konferenca

Evropskega združenja centrov za bioetiko (EACME) v Halleju v Nemčiji od 12. do 14. 9. 2024.

Med konferenco, ki je bila izredno zanimiva in idejno heterogena, so strokovnjaki iz številnih držav in disciplin predstavljali različne poglede na širše področje prenosa bioetičnih norm v prakso. Ideje, predstavljene na konferenci, so zaobjele celo paleto različnih pogledov in pristopov.

Skeptiki so nas izzivali z vprašanjem, ali je na temeljni ravni sploh možen »prevod« etike v prakso po analogiji translacijske medicine, ki se trudi teoretična medicinska spoznanja prenesti v zdravstveno oskrbo. Nekateri predavatelji so na omenjeni izziv odgovorili s predstavitvijo nekaterih teoretičnih temeljev za premeščanje vrzeli med etičnimi normami in prakso oz. »ought-is« vrzeli (kot parafraze na znani »is-ought« problem filozofa D. Huma).

Številni predavatelji so predstavili svoje poskuse vpeljave bioetičnih norm v prakso, npr. z vzpostavljanjem sistema vnaprej načrtovane oskrbe ob koncu življenja (angl. advanced care planning) kot načina za spodbujanje avtonomije ob koncu življenja. Nekaj predavanj je bilo posvečenih tudi poučevanju (bodočih) zdravstvenih delavcev in raziskovalcev o bioetiki, kar je morda eden očitnejših in bolj neposrednih prenosov medicinskih etičnih norm v zdravstveno prakso, ki pa, seveda, ni brez omejitev. Nekateri

avtorji so kot eno izmed možnosti prenosa etike v prakso predstavili neposredno sodelovanje s ključnimi deležniki na določenem etično kočljivem področju, npr. z načrtovalci naprav za elektronsko sledenje demenčnih oseb (angl. electronic tracking devices).

Tudi če priznamo možnost in nujo prenosa izsledkov teoretičnih etičnih študij v prakso, pa se je med konferenco porodilo vprašanje, ali so t. i. translacijske študije naloga raziskovalcev v bioetiki ali prej strokovnjakov iz drugih disciplin. Ali pa je odgovor v interdisciplinarnem sodelovanju? Katero strokovno znanje je potrebno za prenos etike v prakso? Do sedaj je bilo objavljenih le malo t. i. translacijskih študij, ki bi lahko služile kot ponazoritev prenosa etike v zdravstveno oskrbo oz. na področje raziskovanja. Eden od vzrokov za to je nezmožnost objektivnega merjenja rezultatov oz. učinkov intervencije; z drugimi besedami nezmožnost kvantifikacije »etičnosti« določene prakse in posledično tudi merjenje uspešnosti »prevoda« etičnih norm v prakso.

Eden od poudarkov konference je bil o pomenu vključevanja pacientov in javnosti v vse faze raziskovanja na področju bioetike (angl. patient and public involvement) kot o načinu, kako zmanjšati vrzel med teorijo in prakso. Raziskovalci se vse bolj zavedamo etične nuje za vključevanje različnih deležnikov v bioetično

raziskovanje, kar se kaže v vse večji razširjenosti empiričnih pristopov v bioetiki. Namen le-teh je abstraktne teoretične koncepte kontekstualizirati in razumeti preko izkušenj udeleženih v določen problem. Na ta način je tudi implementacija oz. »prenos« etičnih zaključkov v prakso bolj legitimen – seveda ob nujnem zavedanju omejenosti dosega zaključkov na kontekst, v katerem je bila empirična študija izpeljana.

Poleg številnih tem, ki so se odprle med konferenco, naj omenim še vprašanje o tveganjih, povezanih s prenosom bioetičnih norm v zdravstveno prakso. Že zgodovina je namreč pokazala, kako zmotljivi smo ljudje in kako krhke so naše etične norme. Zato ne gre hiteti z oblikovanjem preozkih zaključkov glede zahtevnih (bio)etičnih vprašanj, še manj pa z agresivnim spreminjanjem prakse, ki se je oblikovala skozi vrsto let. Ustrezna mera ponižnosti na področju bioetike je nujna in lahko prepreči marsikatero negativno posledico napačnih zaključkov tako za zdravstveno prakso in raziskovanje kot za bioetiko samo.

Program konference z izvlečki predavanj je dostopen na: <https://eacme2024.org/programme-abstracts/scientific-programme>

**Meta Rus, dr. med., mag. bioetike,
Koprivec, družinska medicina d.o.o.,
Gorenja vas**

Konferenca o problematiki iger na srečo

14. konferenca EASG v Rimu, 10.–13. 9. 2024

Anica Gorjanc Vitez, Mojca Gosar

European Association for the Study of Gambling (EASG) vsaki dve leti organizira srečanje vseh deležnikov, ki

obravnavajo problematiko iger na srečo. Srečanja sva se udeležili tudi predstavnici iz Slovenije. V Psihiatrični bolnišnici

Idrija smo leta 2023 odprli oddelek za zdravljenje nekemičnih zasvojenosti in začeli izvajati celostni program zdravljenja, ki temelji na biopsihosocialnem modelu obravnave.

Nekemične zasvojenosti postajajo vse bolj razširjene in so pomemben javnozdravstveni problem. Vedenjske

zasvojenosti ob igrah na srečo obsegajo še zasvojenost z internetom, videoigami, nakupovanjem in družbenimi mediji ter drugimi vedenji (telesna vadba, spolnost, odnosi ...).

Konference se je udeležilo več kot 350 udeležencev – ekonomistov, pravnikov, kliničnih psihologov in drugih – iz različnih držav sveta. Predavanja so se dotaknila različnih področij problematike iger na srečo. Usmerjena so bila v prepoznavanje, zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od iger na srečo. Igra naj bi bila zabava, zato naj bi se promoviralo odgovorno igranje iger na srečo. To naj bi v prihodnje prevzele specializirane organizacije, kar se je v Veliki Britaniji izkazalo kot dobra praksa. Poudarek je bil na učenju iz preteklosti in uporabi znanj za prihodnost. Prihodnost na področju iger na srečo prinaša že prijeme umetne inteligence, ki bi prepoznala napačna vedenja posameznika in ga usmerila na varno pot igranja.

Največ raziskav o igrah na srečo se izvaja v državah, kjer so igre na srečo legalizirane in imajo pomembno vlogo v gospodarstvu: Velika Britanija, Kanada, Združene države Amerike, Švedska, Norveška in Finska. Te države vlagajo v raziskave za razumevanje družbenih, ekonomskih in zdravstvenih vplivov iger na srečo in so posledično prispevale večji delež predavateljev na konferenci, ki so podelili svoje izkušnje iz prakse in predstavili rezultate aktualnih raziskav na tem področju.

Raziskovalci si prizadevajo za izboljšanje diagnostičnih kriterijev za nekemične zasvojenosti. Pri tem preučujejo zanesljivost in veljavnost obstoječih meril ter razvijajo nova orodja za zgodnje odkrivanje in ocenjevanje resnosti nekemičnih zasvojenosti. Raziskovalci preučujejo, kako mehanizmi, kot so takojšnje nagrajevanje, družbeno potrjevanje in vsebinska dostopnost, vplivajo na razvoj zasvojenosti s tehnologijo ter kako vedenjske zasvojenosti vplivajo na posameznika in družbo, vključno z vplivi na odnose, delovno sposobnost



Slovenski udeleženci 14. konference EASG v Rimu. Z leve: Anica Gorjanc Vitez in Mojca Gosar.

in splošno kakovost življenja. Predstavili so analize ekonomskih posledic nekemičnih zasvojenosti, vključno z vplivom na zdravstvene sisteme, analizo produktivnosti in regulacije iger na srečo in analizo uporabe družbenih medijev.

Raziskovalci preučujejo učinkovite načine za izobraževanje javnosti o tveganjih nekemičnih zasvojenosti, vključno z ozaveščanjem mladih in staršev. Spodbujajo razvoj in ocenjevanje preventivnih programov, ki so usmerjeni v zmanjševanje tveganj za razvoj nekemičnih zasvojenosti, zlasti med mladostniki in ranljivimi skupinami.

Dostopnost in promocija iger na srečo (»gamblinga«) se v zadnjih letih povečuje, predvsem zaradi razvoja digitalnih platform in agresivnega trženja. Širša dostopnost vpliva na povečanje nekemičnih

zasvojenosti, zlasti med ranljivimi skupinami, kot so mladi in ljudje z zgodovino duševnih motenj ali drugih oblik zasvojenosti. Mnoge igre na srečo so dostopne preko mobilnih aplikacij, kar še dodatno olajša igranje. Te aplikacije pogosto vključujejo elemente, kot so obvestila in nagrade, ki spodbujajo redno igranje in povečujejo angažiranost. Veliko sodobnih videoiger vključuje elemente iger na srečo, kot so mikrotransakcije in »loot boxi«, ki igralcem omogočajo nakup naključnih virtualnih predmetov. Nekatere platforme uporabljajo »gamifikacijo«, ki vključuje elemente iger na srečo, kot so nagradna kolesa, dnevne nagrade in zbiranje točk, kar spodbuja redno uporabo in prispeva k oblikovanju zasvojljivih vedenj.

Raziskovalci si prizadevajo bolj razumeti vpliv iger na srečo na žen-

ske, vključno z dolgotrajnimi posledicami za duševno zdravje, družinske odnose in finančno stabilnost. Tradicionalne družbene norme, ki so igre na srečo označevale kot dejavnost, značilno za moške, se spreminjajo, prav tako večja enakost spolov in ekonomska neodvisnost žensk prispevata k njihovem večjemu deležu pri igrah na srečo.

Na konferenci so predavatelji poudarili potrebo po strožjih predpisih glede oglaševanja iger na srečo, zlasti v družbenih medijih in v vsebinah, namenjenih mlajšim uporabnikom. Poudarili so pomen starostnih omejitev za igre na srečo in uporabo spletnih platform za igre na srečo, kar je ključnega pomena za zaščito mladih in preprečevanje razvoja zgodnje zasvojenosti. Države imajo različne pristope k regulaciji iger na srečo. Oglasi in družbeni mediji namreč normalizirajo tovrstno vedenje in ga predstavljajo kot sprejemljiv način preživljanja prostega časa. Slednje vpliva na druge oblike zasvojenosti, kot je zasvojenost z videoigami, kjer se uporabljajo podobni mehanizmi nagrajevanja in spodbujanja angažiranosti.

Psihiatrična bolnišnica Idrija v Sloveniji orje ledino na področju bolnišnične obravnave oseb z nekemičnimi zasvojenostmi. Specializirana oblika zdravljenja se osredotoča na intenzivno in strukturirano oskrbo posameznikov s hudimi oblikami nekemičnih zasvojenosti. Bolnišnično zdravljenje je potrebno, ko ambulantni programi ali druge oblike podpore niso dovolj učinkoviti.

Bolnišnično zdravljenje zagotavlja varno oddaljitev od sprožilcev zasvojenosti. Posameznik v nadzorovanem okolju, kjer nima dostopa do naprav, spletnih mest ali drugih dejavnikov, ki bi lahko sprožili zasvojenost, vzpostavi »abstinenco«. Bolnišnica omogoča celostno obravnavo, ki vključuje prepoznavanje in zdravljenje morebitnih sočasnih duševnih motenj, kot so anksiozne motnje, motnje razpoloženja in druge, ki lahko spremljajo nekemične zasvojenosti. Zdravljenje v bolnišnici omogoča strukturiran dnevni režim, ki obsega čas za terapije, priložnosti dejavnosti, telesno vadbo in druge zdrave navade, kar pomaga pacientom pri ponovni vzpostavitvi rutine in učenju zdravega načina življenja. Program vsebuje tudi

izobraževalne komponente, kjer se posameznika pouči o naravi in mehanizmi zasvojenosti, njenih učinkih na možgane in telo ter o strategijah za preprečevanje ponovitve. Posameznik se nauči veščin obvladovanja stresa, reševanja problemov, postavljanja meja in strategij za izboljšanje medosebnih odnosov, ki so ključne za dolgoročno okrevanje. Bolnišnično zdravljenje vključuje pripravo individualiziranega načrta za okrevanje, ki posamezniku pomaga pri postopnem vračanju v vsakdanje življenje. Ta vključuje nadaljevalno terapijo, podporne skupine in strategije za preprečevanje ponovitve. V programu je ključno tudi sodelovanje svojcev.

Na 15. konferenci EASG bomo z aktivno udeležbo lahko podelili izkušnje bolnišnične obravnave nekemičnih zasvojenosti v Sloveniji.

Anica Gorjanc Vitez, dr. med, spec. psihiatrije, strokovna direktorica Psihiatrične bolnišnice Idrija

Mojca Gosar, dr. med, spec. psihiatrije, vodja oddelka za zdravljenje odvisnosti Psihiatrične bolnišnice Idrija



Alpinistična šola

Gorniška sekcija SZŠD Medicus razpisuje Alpinistično šolo za zdravnike in zobozdravnike

Šola bo potekala od januarja 2025. Program je modularen in prilagojen zdravniškim urnikom, vaje pa potekajo v centru BricAlp in obsegajo skalno plezanje, zimsko tehniko, ledno plezanje, turno smučanje in ledeniško šolo.

Usposabljanje traja leto do dve, plačilo pa je v treh obrokih (150–200 EUR na modul).

Prijave zbira Urška Godec na: ursagodec@yahoo.com

Jezik v medicini: slovenščina, latinščina ... angleščina?

Gašper Tonin

Glavna tema julijske številke hrvaškega zborničnega glasila je jezik njihovih zdravnikov. Poudarek je na pisanju diagnoz in na medsebojni komunikaciji. Za mnenje so zaprosili predstavnike različne starosti in različnih specialnosti. Zbornični pravnik je jassen – bolnik ima pravico do obveščeniosti o svoji bolezni, zato pri diagnozah latinščino odsvetuje. [...]

Komentar: Znano je, da latinščina usiha tudi pri nas. Zanimivo bi bilo pogledati, kje smo trenutno in kakšno je mnenje jezikovnega strokovnjaka, ki od nedavnega sodeluje v našem glasilu.

prof. dr. Anton Mesec, dr. med.
(Isis, XXXIII, št. 10, oktober 2024, str. 30)

Namesto jezikovnonormativnega vprašanja sem se tokrat odločil strnjeno obravnavati jezikovnokulturno vprašanje o prepletajočih se vlogah domačega, klasičnega in globalnega jezika.

Latinščina ima v medicini poleg grščine posebno mesto, saj je naš strokovni jezik iz obeh klasičnih jezikov črpal terminološke temelje. Ne glede na to, ali smo termine le izraženo prevzeli (npr. *diencephalon* v *diencefalon*) ali pa smo jih prevzeli prikrito (*cortex cerebri* v *možgansko skorjo*), je kognitivni jezikovni sistem, na podlagi katerega jih poimenujemo, še vedno utemeljen v klasičnem jeziku¹. Slovenskih neprevzetih terminov, ki bi bili dediščina praslovanščine ali bi nastali iz prave poimenovalne nuje v kakšni od predstopenj slovenščine brez naslanjanja na druge jezikovne sisteme, je malo – večinoma gre za termine, ki se nanašajo na dele telesa in so bili nujni za vsakodnevno rabo. **Vpliva klasičnih jezikov (in angleščine) se slovenska medicinska terminologija tako tudi zaradi vpeposti v mednarodno nikoli ne bo otrsela.**

V začetku letošnjega leta sem se kot predavatelj udeležil mednarodnega kongresa, ki so ga organizirali kolegi jezikoslovci Inštituta za specializirano rabo jezika Medicinske fakultete madžarske univerze *Semmelweis Egyetem*. Na večerji po kongresu smo se s slovaškimi jezikoslovci pogovarjali o njihovem terminološkem delu. Na

eni izmed bratislavskih univerz so se namreč odločili, da pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije, slovaškega Ministrstva za zdravje in Nacionalnega centra za zdravstvene informacije prevedejo Mednarodno klasifikacijo bolezni (MKB) v latinščino. Za tako obsežen projekt imajo dovolj močan jezikoslovni oddelek (vsaj deset izkušenih jezikoslovcev s področja medicinske terminologije), poleg tega pa tudi veliko željo². S kolegi iz Anglije nas je zanimalo, kaj je zanimalo iskro, da so se projekta sploh lotili. Željo po latinskem prevodu MKB namreč omejuje *Evropska listina o pacientovih pravicah*, ki temelji na *Listini Evropske unije o temeljnih pravicah*. Ta med drugim narekuje, da morajo strokovnjaki v zdravstvu uporabljati jezik, ki je pacientu **znan**, in se pri tem z njim sporazumevati tako, da bo vsebina zanj razumljiva, čeprav morda sam nima strokovnega ozadja – prevod v latinščino pa tako nekoliko odstopa od teh evropskih usmeritev. Slovaškim jezikoslovcem je Svetovno zdravstveno organizacijo uspelo prepričati za prevod predvsem z naslednjimi argumenti:

1. **Latinščina ima za medicino izreden zgodovinski pomen, hkrati pa predstavlja univerzalni jezik za več različnih znanstvenih področij.**

2. Prevod v latinščino bo sicer jezikoslovno zelo zahteven, saj bo treba prevesti tudi nekatere »moderne«
diagnoze, kot je *Pešec, poškodovan pri trčenju z avtomobilom, poltovornjakom ali kombijem, nepremetna nezgoda*. Slovaški jezikoslovci prevodov takih primerov namreč niso izpustili, ampak so poskušali zanje najti sodobne rešitve.

1 Poleg tega pri prevzemanju poskušamo posnemati izvorni termin ali njegov besedotvorni postopek, kar nato v slovenščini lahko povzroča nemalo težav.

2. Latinski prevod bo lahko študentom medicine pomagal pri učenju in razumevanju področja.

3. Prevod bo služil kot univerzalni ključ za druge prevode.

Verjetno je razlog za dobro sprejetje prevoda tudi to, da **latinščina nima živih govorcev – s tem jo odlikujeta tako politična kot jezikovnokulturna neobremenjenost**. Pri učenju tega jezika namreč nihče nima prednosti *naravnega govorca*, obenem pa so na njenih temeljih svojo medicinsko terminologijo utemeljili praktično vsi evropski jeziki. Obenem je danes ta klasični jezik lahko protiutež angleščini, ki ima čedalje večji vpliv tudi v drugih slovanskih jezikih.

Zanimivo je, da so se prevoda MKB v latinščino lotili že srbski jezikoslovci, ki jim je na narodni ravni uspelo prevesti srbsko različico MKB-10 že leta 2010. Novejši slovaški prevod bo sicer namenjen mednarodni uporabi, poleg tega pa bo temeljil na najnovejši različici MKB-11 (ki je v Sloveniji še ne uporabljamo).

Ob vsem naštetem je treba omeniti, da je MKB sicer terminološki dokument, vsekakor pa ni temeljni jezikoslovni dokument. Čeprav ureja razmerja med pojmi, jih določa in jim dodeljuje termine, ima predvsem administrativno in ne jezikovnonormativne vloge (kot jo imata lahko npr. slovar ali pravopis). Po drugi strani pa: ali lahko pričakujemo, da ima taka klasifikacija le bežen normativni učinek na jezik, če jo vsak dan uporablja več sto zdravnikov, poleg tega pa poimenovanja bolezni berejo in uporabljajo tudi bolniki? Če poenostavim – noben lektor se pri lektoriranju medicinskih besedil ne bi smel zanašati le na MKB, obenem pa lahko pričakujemo, da bodo s pogosto rabo tudi termini v MKB postali blizu slovenskemu zdravniškemu ušesu in

zato sčasoma romali v normativne priročnike.

Čeprav jezikovna kultura nekaterih jezikov tako izkazuje naklonjenost klasičnim jezikom (tudi za zamejitev vpliva angleščine), pa se v drugih jezikih njihova raba opušča. Poljski jezikoslovci so namreč opozorili, da se na njihovih medicinskih fakultetah latinščina umika iz učnega načrta, največkrat pa jo nadomešča angleščina. V omenjenem hrvaškem glasilu prav tako lahko preberemo, da je strokovni svet priporočil pisanje diagnoz v hrvaškem in ne latinskem jeziku.

temelj predmeta *Medicinska terminologija*, ki je bil pred kratkim ponovno uveden v predmetnik Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, vključena pa je tudi v učni program mariborske Medicinske fakultete.

Zdravje jezika, jezik zdravja

Ohranjanje in negovanje slovenskega medicinskega strokovnega jezika na vseh ravneh izobraževanja, raziskovanja in zdravstvene dejavnosti je nujno za zagotavljanje dostopno-

Pravno in jezikovnokulturno ozadje rabe slovenščine v zdravstvu

O pravni vlogi rabe slovenščine v medicini in zdravstvenem sistemu bi sicer več in natančneje lahko napisal kdo z izobrazbo s področja prava. Vseeno pa se lahko pri sporazumevanju v zdravstvenem sistemu v Sloveniji naslonimo na *Zakon o pacientovih pravicah*, ki pravi, da ima »pacient pravico, da zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci z njim govorijo ali drugače komunicirajo v slovenskem jeziku ali v jeziku narodne skupnosti na območjih lokalnih skupnosti [...]«. Poleg tega 53. člen Pravilnika o zdravniških licencah navaja, da se licenca zdravniku lahko odvzame za določeno časovno obdobje do petih let, če se ugotovi, da »pri svojem delu s pacienti ne uporablja slovenskega jezika«. Vsekakor menim, da ni samo »lepo«, da pri govornem in pisnem sporazumevanju z bolnikom uporabljamo brezhibno slovenščino, ampak je to tudi naša državljska dolžnost. Angleški termini (predvsem angleški kratični termini) so velikokrat brez slovenske razvezave del medicinske dokumentacije, kar ne sledi vsem zgoraj omenjenim načelom. Sporazumevanje v bolniku razumljivem jeziku je namreč tudi pomemben dejavnik k bolniku usmerjene medicine, ki bolnika poskuša dejavno vključevati v zdravljenje. Seveda je treba upoštevati, da ima slednji pravico do tega, da mu zdravstveno stanje razložimo na razumljiv način – v jeziku, ki ga razume. Tu pa trčimo ob vlogo tolmača in za zdaj sistemsko še neurejenega stanja tega poklica v zdravstvu.

Latinščina se sicer pri nas v klinični praksi največkrat uporablja za zapisovanje diagnoz v kirurških strokah, nekoliko redkeje drugje. V zadnji, 11. različici 10. različice avstralske modifikacije MKB, ki jo uporabljamo pri nas, se nekatere diagnoze pojavljajo le v latinščini (lat. *amaurosis fugax*), druge imajo latinskim terminom pripisan tudi slovenski termin (lat. *exanthema subitum* [*Šesta otroška bolezen*]) ali slednjemu angleški kratični termin (*Sindrom sistemskega vnetnega odziva* [*SIRS*]). Latinščina predstavlja

sti in razumevanja zdravstvenih informacij. **Jezik v medicini je več kot le orodje sporazumevanja – je zdravilo.** Krepi zaupanje bolnika, preprečuje napake pri zdravljenju, izboljšuje sodelovanje in omogoča razumevanje. **Zato z njim ravnajmo zavedno in preudarno.**

Gašper Tonin, dr. med., mag. slov. in
mag. spl. jezikosl.

Jezikovna vprašanja pošljite na e-naslov:
strokovnojezikovnasvetovalnica@gmail.com

Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

Ne dopuščajmo nasilja!

Izobraževanje, 3. 12. 2024, 14.00–17.30,
SB Jesenice

Vsebina: Izobraževanje je namenjeno zdravstvenim delavcem, da se poučijo o pojavu nasilja v zdravstvu in o možnih načinih preprečevanja in ukrepanja. Udeležence se pozove, da primere nasilja pošljejo vnaprej.

Organizator: Zdravniška zbornica Slovenije

Ukvarjanje s težavnimi ljudmi in situacijami

Delavnica, 3. 12. 2024, 16.30–19.30,
Domus Medica

Vsebina: Trening kredibilnega nastopa pred težavnim sogovornikom, asertivnega odzivanja na izzive, reševanja težavnih situacij po korakih, ukvarjanja z močnimi čustvenimi reakcijami po 5-stopenjski strategiji, 3-stopenjske strategije odzivanja na žaljive argumente.

Organizator: Zdravniška zbornica Slovenije

Dostopnost zdravstvenega sistema na primarni ravni

Večerno srečanje, 4. 12. 2024, 19.00–20.30,
Zoom

Vsebina: Na večernem srečanju bo govora o dostopnosti zdravstvenega sistema na primarni ravni v Sloveniji.

Organizator: Zdravniška zbornica Slovenije

Večerno srečanje s prof. dr. Bojano Beović – Identiteta zdravnika na prepihu časa

Večerno srečanje, 8. 12. 2024, 19.00–20.30,
Zoom

Vsebina: O identiteti zdravnika na prepihu časa bo spregovoril izr. prof. dr. Borut Škodlar, dr. med.

Organizator: Zdravniška zbornica Slovenije

Izobraževanje za glavne mentorje

Delavnica, 10. 12. 2024 in 17. 12. 2024,
15.30–18.00, Domus Medica in Zoom

Vsebina: Opravljeno izobraževanje je hkrati pogoj za imenovanje novih glavnih mentorjev in pogoj za ohranjanje funkcije že imenovanih glavnih mentorjev. Glavni mentor je odgovoren za delo svojih specializantov. Ravno zaradi odgovornosti glavnega mentorja za delo svojih specializantov bo **obvezno opravljanje navedenega izobraževanja, in sicer na vsakih 5 let** v času, ko so že imenovani, opravljeno izobraževanje za glavne mentorje pa je tudi **pogoj za imenovanje novih glavnih mentorjev**.

Organizator: Zdravniška zbornica Slovenije

Mediacija v zdravstvu

Delavnica, 16. 10. 2024, 15.00–18.00,
Domus Medica

Vsebina: Delavnica bo udeležencem omogočila vpogled v prednosti mediacije ter odgovorila na vprašanje, kako lahko mediacijske veščine zdravnikom pomagajo v vsakodnevnem stiku s pacienti in pri obvladovanju konfliktnih situacij v zdravstvu.

Organizator: Zdravniška zbornica Slovenije

Informacijska točka

Prijave in programi: www.domusmedica.si

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

Za dostop do osebnega profila potrebujete uporabniško ime in geslo. Če ju še nimata, pišite na: podpora@zszs-mcs.si

Objavljena so le izobraževanja, kjer so še prosta mesta.

2.–5. ob 8.30 • 8. MARIBORSKA ŠOLA PRAKTIČNE ULTRAZVOČNE DIAGNOSTIKE V GINEKOLOGIJI IN PERINATOLOGIJI

kraj: MARIBOR, UKC	št. udeležencev: predavanja: do 60, predavanja in delo s pacienti: do 20	kotizacija: 380 EUR (z vključenim DDV) – kotizacija vključuje predavanje in delo s pacienti (učna delavnica), pogostitve med odmori, 120 EUR (z vključenim DDV) – kotizacija vključuje predavanja in pogostitve med odmori	k. točke: 26
vsebina: Predavanja in delo s pacienti za zdravnike specializante ginekologije in porodništva, specializante in specialiste družinske medicine, specializante in specialiste urgentne medicine, zdravnike pripravnike.		organizator: Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, in Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Katedra za ginekologijo in porodništvo, izr. prof. dr. Jure Knez, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Tina Škerbinc Muzlovič, T: 02 321 29 40, E: tina.skerbincmuzlovic@ukc-mb.si

3. ob 16.30 • UKVARJANJE S TEŽAVNIMI LJUDMI IN SITUACIJAMI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 40	kotizacija: člani 97 EUR, nečlani 145,50 EUR	k. točke: 4,5
vsebina: Na delavnici bodo prikazane veščine za ukvarjanje s težavnimi ljudmi in situacijami.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: https://www.zdravniskazbornica.si/domus-medica/#izobrazevanja-zbornice , informacije: E: mic@zsz-mcs.si

4. 12. 2024–11. 1. 2025 • ANAFILAKSIJA: KAKO UKREPATI?

kraj: spletno izobraževanje	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: V predavanju boste izvedeli, kako prepoznati anafilaksijo pri otrocih, mladostnikih in odraslih ter kako ukrepati glede na njeno resnost. Izobraževanje sta pripravili Tina Vesel Tajnšek, dr. med., spec. pediatrije, s Pediatrične klinike UKC Ljubljana ter izr. prof. dr. Mihaela Zidarn, dr. med., spec. interne medicine, pnevmologije ter alergologije in klinične imunologije s Klinike Golnik.		organizator: Adria-sonara d.o.o.	prijave, informacije: Nives Pustavrh, T: 041 330 606, E: nives.pustavrh@adriasonara.eu , W: www.pharmonia.si

4. ob 19.00 • DOSTOPNOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA NA PRIMARNI RAVNI

kraj: Zoom	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 1,5
vsebina: predstavitev dostopnosti zdravstvenega sistema na primarni ravni		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: https://www.zdravniskazbornica.si/domus-medica/ , informacije: E: mic@zsz-mcs.si

5. ob 8.00 • ASV ADVANCED SYMPOSIUM IN VENTILATION

kraj: LJUBLJANA, UKC, in preko spleta	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: 8,3
vsebina: 7. delavnica o nadzorovanem predihavanju s poudarkom na avtomatizaciji predihavanja, analizi krivulj in zank na ventilatorju in pristop k bolniku s hudo hipoksemijo (ocena rekrutibilnosti, personalizacija PEEP-a, uporaba ezofagealnega katetra). Hibridno izobraževanje v soorganizaciji KOIIM/UKC in podjetja Hamilton (Švica).		organizator: UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za intenzivno interno medicino	prijave, informacije: Rihard Knafelj, E: rihard.knafelj@kclj.si

5. ob 17.00 • ZAHTEVNA TERAPEVTSKA VPRAŠANJA OB KONCU ŽIVLJENJA

kraj: KROPA, Kulturni dom	št. udeležencev: 5	kotizacija: 180 EUR	k. točke: ***
vsebina: Predavanja, delavnice: Opredelitev in razumevanje zadnjega obdobja življenja, Prepoznavna procesa umiranja, Lajšanje simptomov, Infuzijska terapija, Opuščanje terapije, Praktični primeri. Delavnica je namenjena zdravnikom in medicinskim sestram.		organizator: Društvo za paliativno oskrbo Palias, mag. Mateja Lopuh, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: info@palias.si , informacije: Anže Habjan, E: info@palias.si , T: +386 41 849 941, W: www.palias.si

5.–6. ob 9.00 • 55. MEMORIALNI SESTANEK PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA: NOVOSTI V KIRURŠKI PATOLOGIJI

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: 12
vsebina: Memorialni sestanek bo posvečen štirim področjem patologije – torakalni, ginekološki, gastrointestinalni in patologiji kože.		organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Inštitut za patologijo	prijave, informacije: Jože Pižem, T: 01 543 71 03, E: joze.pizem@mf.uni-lj.si , W: https://www.patologija.si/dogodki/

6. ob 7.30 • RAK NOSU IN OBNSOSNIH VOTLIN – STROKOVNI SIMPOZIJ

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica v stavbi C, Zaloška 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: 6
vsebina: Prireditve je namenjena otorinolaringologom, internističnim onkologom, onkologom radioterapevtom, nevrokirurgom, maksilofacialnim kirurgom, patologom, radiologom, okulistom, zdravnikom družinske medicine, stomatologom, specializantom vseh navedenih medicinskih specialnosti, študentom splošne in dentalne medicine ter medicinskim sestram/zdravstvenim tehnikom v bolnišnični in patronažni zdravstveni negi, da pridobijo znanje o najnovejših dognanjih s področja obravnave raka nosu in obnosnih votlin.	organizator: UKC Ljubljana, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo	prijave, informacije: Jure Urbančič, T: 01 522 23 55, 041 726 079, E: jure.urbancic@kclj.si , W: https://www.onko-i.si/dejavnosti/raziskovalna_in_izobrazevalna_dejavnost/strokovne_prireditve/stroko	

6. ob 9.30 • UZ-PREISKAVA MOŽGANOV V ROKAH NEONATOLOGA

kraj: LJUBLJANA, UKC, Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, seminar 1, 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 150 EUR + DDV	k. točke: 7
vsebina: Izobraževanje je namenjeno klinikom, ki jim je osnovna UZ-preiskava ob prvem stiku z bolnim novorojenčkom lahko v pomoč pri nadaljnjih ukrepih. Izobraževanje je namenjeno neonatologom, pediatrom in specializantom neonatologije, intenzivne medicine ter otroške nevrologije.	organizator: UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, KO za neonatologijo	prijave, informacije: Aneta Soltirovska, T: 01 522 92 78, E: aneta.soltirovska@kclj.si , W: https://neonatalnasekcija.zzp.si/aktualno/dogodki/	

6. ob 14.00 • 7. SIMPOZIJ: NOVOSTI V GASTROENTEROLOGIJI

kraj: DOBRNA, Terme	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: zdravnik specialist 100 EUR, za specializante ni kotizacije	k. točke: 3
vsebina: simpozij	organizator: Ljubljansko gastroenterološko društvo PRO GASTRO	prijave, informacije: Melita Šušmelj, T: 01 522 26 39, E: melita.susmelj@kclj.si	

6.–7. ob 9.00 • JESENSKO SREČANJE ZDRUŽENJA PNEVMOLOGOV SLOVENIJE

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center Bernardin	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 6
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno pulmologom, specializantom pulmologije. Obravnavane bodo novosti v pneumologiji in novosti, ki jih prinaša imunoterapija v zgodnji stadij pljučnega raka.	organizator: Združenje pneumologov Slovenije, prof. Mitja Košnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: https://www.zps-slo.si/jesensko-strokovno-srecanje-zdruzenja-pnevnologov-slovenije-2024/ , informacije: W: https://www.zps-slo.si/ , prof. Mitja Košnik, dr. med., E: mitja.kosnik@klinika-golnik.si , Irena Dolhar, E: Irena.dolhar@siol.net	

6.–7. ob 13.00 • PALIATIVNA OSKRBA – INTERAKTIVNO IZOBRAŽEVANJE ZA ZDRAVNIKE IZ OSNOVNIH ZNANJ

kraj: PTUJ, Splošna bolnišnica	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: interaktivno izobraževanje za zdravnike iz osnovnih znanj paliativne oskrbe	organizator: Slovensko združenje paliativne medicine	prijave, informacije: Maja Ebert Moltara, E: info@szpho.si , W: https://www.szpho.si/paliativna-oskrba---20-urna-izobraevanja	

7. ob 8.30 • PREVENTIVNO DELOVANJE OB DOLGOTRAJNEM COVIDU

kraj: LAŠKO, Zdravilišče, Termansko Laško	št. udeležencev: 60	kotizacija: ni podatka	k. točke: 4
vsebina: redno jesensko strokovno srečanje članov Slovenskega združenja za akupunkturo pri SZD	organizator: Slovensko združenje za akupunkturo SZD	prijave, informacije: Jadwiga Hajewska Kosi, T: 031 606 183, E: jadwiga.hkosi@gmail.com	

7. ob 9.00 • VOJNA, MAŠČEVANJE IN ODPUŠČANJE – PSIHOANALITIČNO RAZISKOVANJE (SEMINAR Z MEDNARODNO UDELEŽBO)

kraj: LJUBLJANA, M hotel, Derčeva ulica 4	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 120 EUR	k. točke: 4
vsebina: Vabljeni predavatelj Igor Romanov nam bo omogočil vpogled v svoje raziskovanje kompleksne dinamike vojne, maščevanja in odpuščanja skozi psihoanalitično prizmo. V seminarju bo razpravljaval o svojih ugotovitvah, ki jih je predstavil v zadnjih delih. Osredotoča se na vlogo maščevanja, ki ga pogosto dojemamo kot osnovno reakcijo na travmo, in njegov nezavedni reparativni pomen v kontekstu posameznikovih notranjih konfliktov in odnosov. Romanov trdi, da maščevalni impulzi, kljub temu da so lahko na prvi pogled primitivni, služijo obnovi samospoštovanja in ravnotežja v skupnosti.	organizator: Slovensko društvo za psihoanalitično psihoterapijo	prijave, informacije: Kristijan Jejčič, E: kristijan.jejcic@gmail.com , W: http://www.psihoanalitiki-ipa.si/	

7. ob 9.00 • 7. SIMPOZIJ NOVOSTI V GASTROENTEROLOGIJI: KAKO IZBOLJŠATI KOMUNIKACIJO IN VARNOST ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVU

kraj: DOBRNA, Terme	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: 3
vsebina: kako izboljšati komunikacijo in varnost zaposlenih v zdravstvu	organizator: Ljubljansko gastroenterološko društvo PRO GASTRO	prijave, informacije: Melita Šušmelj, T: 01 522 26 39, E: melita.susmelj@kclj.si	

9.–13. • SEMINAR IZ PALIATIVNE OSKRBE ZA SPECIALIZANTE IN DRUGE

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut	št. udeležencev: 40	kotizacija: 245,90 EUR + DDV, od jeseni 2022 je za udeležence odobreno financiranje s strani »specializantskih sredstev« Ministrstva za zdravje	k. točke: 8,5
vsebina: 5-dnevno (40-urno) izobraževanje iz temeljnih znanj paliativne oskrbe, vsebuje tako teoretično (predavanja) kot praktično (vaje, delo doma, domače branje) usposabljanje. Namenjeno je predvsem specializantom kliničnih strok in kot tako predstavlja obvezno izobraževanje s področja paliativne oskrbe za vse tiste, ki že imajo ta program vključen v svojih kurikulumih specializacij. Udeležijo pa se ga lahko tudi tisti, ki tega programa še nimajo v svojih kurikulumih specializacij.		organizator: Slovensko združenje paliativne medicine SZD	prijave, informacije: Maja Ebert Moltara, E: info@szpho.si , W: https://szpho.si/

12. ob 8.00 • SVITOV DAN 2024 – STROKOVNO SREČANJE PROGRAMA SVIT

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 250	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 4
vsebina: Svitov dan je strokovno srečanje Programa Svit, namenjeno vsem, ki so vključeni v njegovo izvajanje.	organizator: Nacionalni inštitut za javno zdravje	prijave, informacije: prijave: W: https://anketa.nijz.si/a/9154b9bd , do 5. 12. 2024, informacije: Urška Križaj, T: 051 370 320, E: organizacija.dogodkov@nijz.si	

13. ob 14.00 • STROKOVNO SREČANJE SEKCIJE ZA PEDIATRIČNO PULMOLOGIJO, ALERGOLOGIJO IN KLINIČNO IMUNOLOGIJO: NA STIČIŠČU PEDIATRIČNE ALERGOLOGIJE, GASTROENTEROLOGIJE, KLINIČNE IMUNOLOGIJE, PULMOLOGIJE IN REVMAATOLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, UKC, Pediatrična klinika, Velika predavalnica, in preko spleta	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 4
vsebina: strokovno srečanje	organizator: UKC Ljubljana, Pediatrična klinika	prijave, informacije: prijave: W: https://www.zdravniskazbornica.si/domus-medica/#vsi-dogodki , informacije: Tanja Gavrič, T: 01 522 92 24, 040 88 55 69, E: tanja.gavric@kclj.si	

21. ob 9.00 • KLASIČNO ODTISKOVANJE V PROTETIKI – VSE OD PRIPRAVE MEHKIH TKIV DO POPOLNE IZVEDBE

kraj: LJUBLJANA, Prodent DEMO Lab., Zvezna 2A	št. udeležencev: 12	kotizacija: 450 EUR	k. točke: 8,3
vsebina: Pri odtiskovanju vse pogosteje uporabljamo skener. Nemalo pa je kliničnih situacij, kjer poteka odtiskovanje še vedno na klasičen način, kar pomeni uporabo konfekcijskih in/ali individualnih odtisnih žlic, kemikalij in re-trakcijskih nitk/mas za pripravo mehkih tkiv in izboljšanih odtisnih materialov. Z uporabo ustrezne tehnike odtiskovanja dobimo kakovosten odtis. Sledila bo delavnica, kjer bodo udeleženci osvojeno znanje preizkusili na modelih.		organizator: Zo-bozdravstvo Pohlen in izobraževanja, dr. Boštjan Pohlen, s.p.	prijave, informacije: Urška Brecl, T: 041 661 435, E: urska.brecl@prodent.si , W: https://www.prodent.si/izobrazevanja

14. ob 9.00 • MED PACIENTOVIMI PRAVICAMI IN DOLŽNOSTMI – KONFERENCA OB IZIDU ZAKONA O PACIENTOVIH PRAVICAH (ZPACP) S KOMENTARJEM

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 260	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 5
vsebina: Predstavljene bodo teme: pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni obravnavi, pravica do privolitve v zdravstveno obravnavo, spoštovanje pacientovega časa, seznanitev z zdravstveno dokumentacijo, pritožbeni postopki pacientov in izzivi obstoječe ureditve.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: https://www.zdravniskazbornica.si/domus-medica/#izobrazevanja-zbornice , informacije: E: mic@zss-mcs.si	

14. ob 16.00 • KAKO SODELOVATI KLJUB RAZLIČNOST? – DELAVNICA ZA BOLJŠE ODNOSI V TIMU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 22	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 4
vsebina: Se vam dogaja, da včasih ne razumete odziva sodelavke ali sodelavca? Imate v kolektivu dežurnega nergača? V vsakem okolju so ljudje, ki povezujejo, in takšni, ki razdvajajo skupino. Na delavnici bomo govorili o različnosti v smislu čustvenega doživljanja, vrednot posameznika in sposobnosti, ki definirajo odzive na dodeljene naloge, organizacijo dela, predvsem pa sodelovanje, ki je za timsko delo ključno.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: W: https://www.zdravniskazbornica.si/domus-medica/ , informacije: E: mic@zszs-mcs.si

15. 1.–10. 12. • KAJ LAHKO VSAK STORI SAM ZA ZMANJŠANJE TVEGANJA ZA IZGORELOST? PREIZKUŠENE VAJE IN DRUŽENJE OB SKUPNI VADBI – 10-MESEČNI TEČAJ SPOPRIJEMANJA S STRESOM Z ELEMENTI ČUJEČNOSTI

kraj: spletno izobraževanje	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: za strokovno področje: 15, za področje etike, komunikacije, varnosti, kakovosti: 15
vsebina: Na tečaju, ki je namenjen zdravnikom, ki bi radi povečali svojo osebnostno moč, se obogatili z novimi znanji s področja čuječnosti in s tem spremenili doživljanje stresnih situacij, pa tudi izboljšali kakovost odnosov in zadovoljstvo v profesionalnem in osebnem življenju, bo v tem duhu pozornost udeležencev od problemov usmerjena k rešitvam. Predstavljeni bodo aktualni znanstveni izsledki in učinkovite vaje za preprečevanje izgorelosti.		organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD	prijave, informacije: Sara Onuk Tement, E: sara.onuk@gmail.com

16. ob 8.40 • PRAVICE IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

kraj: LJUBLJANA, ZZS, Jakopičeva dvorana, Miklošičeva 24	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Izobraževanje je namenjeno specialistom in specializantom družinske medicine. Obravnavane teme bodo: splošni pregled pravic in določil OZZ, začasna zadržanost od dela, trajna zadržanost od dela, prikaz primerov uveljavljanja pravic iz invalidskega zavarovanja.		organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD	prijave, informacije: Aleksander Stepanovič, E: aleksander.stepanovic1@guest.arnes.si

16. 1.–14. 3. • DODATNA ZNANJA IZ PALIATIVNE OSKRBE KORAK ZA KORAKOM

kraj: LJUBLJANA, Srednja zdravstvena šola	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 500 EUR	k. točke: za strokovno področje: 35,5, za področje etike, komunikacije, varnosti, kakovosti: 6,5
vsebina: Izobraževanje vsebuje bogat program tudi s področja etike, komunikacije, psihologije.		organizator: Slovensko združenje paliativne medicine SZD	prijave, informacije: Maja Ebert Moltara, E: info@szpho.si

18. ob 9.00 • RAZLIČNE PREPARACIJE ZOBA ZA ONLEJ – OSKRBA ZOBA OD PREPARACIJE DO CEMENTIRANJA

kraj: LJUBLJANA, Zvezna ul. 2A	št. udeležencev: 12	kotizacija: 450 EUR	k. točke: 9
vsebina: V stranskem predelu zobnega loka lahko zobe oskrbimo tudi z onleji. Za te se pogosteje odločimo v primeru večjih okvar zoba oz. pri večploskovnih kavitetah ter pri avitalnih zobeh. Nemalokrat se pri oskrbi endodontsko zdravljenih zob z onleji in endokronami lahko izognemo oskrbi s fiksno protetičnim zatičkom in prevleko. Sodobna fiksna protetika daje poudarek biološkim dejavnikom, to pomeni ohranjanju zdravih zobnih in obzobnih tkiv. S tehniko takojšnje vezave adhezivnega sistema na dentin (angl. immediate dentin bonding/sealing) in dviga gingivalne stopnice nam je to omogočeno. Na delavnici bodo poleg različnih preparacij zob za onlej predstavljene prednosti takojšnje vezave adhezivnega sistema na dentin, dviga gingivalne stopnice s kompozitom, uporabe sodobnih adhezivnih sistemov in adhezivnega cementiranja.		organizator: Zozdravstvo Pohlen in izobraževanja, dr. Boštjan Pohlen, s.p.	prijave, informacije: Urška Brecl, T: 01 520 48 02, 070 772 527, E: urska.brecl@prodent.si , W: https://www.prodent.si/izobrazevanja

24.–25. ob 8.00 • SLOVENSKA ŠOLA ULTRAZVOČNO VODENE REGIONALNE ANESTEZIJE

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 40	kotizacija: 500 EUR, brez DDV	k. točke: 18
vsebina: Šola je namenjena vsem anesteziologom in specializantom anesteziologije.		organizator: slovenski anesteziologi pod okriljem Slovenske sekcije za regionalno anestezijo, Slovenskega združenja za anesteziologijo in intenzivno medicino (SZAIM) ter akreditiranega učnega centra Kliničnega oddelka za anesteziologijo in intenzivno terapijo UKC Ljubljana	prijave, informacije: Sabina Stivan, Ivan Kostadinov, T: 041 962 566, E: ssra@szaim.org , W: www.szaim.org

7. ob 9.30 • 46. IATROSSKI: POSVETOVANJE ŠPORTNE MEDICINE IN SMUČARSKO
TEKMOVANJE ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Ramada št. udeležencev: 100

kotizacija: 35–70 EUR

k. točke: ***

vsebina: Posvetovanje športne medicine ter tekmovalje v alpskem smučanju in teku na smučeh je namenjeno vsem zdravnikom, zobozdravnikom in študentom medicine.

organizator: Športno društvo Medicus, Sekcija za smučanje, prim. Matej Andoljšek, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: medicus.iatrosski@gmail.com, informacije: W: <https://www.zdravniskazbornica.si/sportno-drustvo/sekcije/smucanje>, E: medicus.iatrosski@gmail.com, Klara Mihelič, dr. med.

10.–24. • ŠTUDIJSKO POTOVANJE V KOLOMBO, ŠRILANKA

kraj: KOLOMBO (Šrilanka)

št. udeležencev: ni omejeno

kotizacija: 400 EUR

k. točke: 22

vsebina: Dvotedensko študijsko potovanje v Colombo, Šrilanka, za zdravnike in zobozdravnike z znanjem akupunkture. Kotizacija vključuje vrhunska predavanja, praktično delo v priznani kliniki, izobraževalne materiale ter stalno spremljanje in vrednotenje napredka. Potovanje in namestitve udeleženci krijejo sami.

organizator: Zdravstveni zavod za medicino športa

prijave, informacije: prijave: E: tkm.akupunktura@gmail.com, informacije: Adriana Kuči, T: 031 282 966, E: tkm.akupunktura@gmail.com

11. ob 16.30 • UČINKOVITO VODENJE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162

št. udeležencev: 40

kotizacija: člani 97 EUR, nečlani 145,50 EUR

k. točke: v postopku

vsebina: Spoznali bomo ključne vidike učinkovitega vodenja.

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije

prijave, informacije: prijave: W: <https://www.zdravniskazbornica.si/domus-medica/#izobrazevanja-zbornice>, informacije: E: mic@zss-mcs.siJavni zavod Psihiatrična
bolnišnica Vojnik

razpisuje prosto delovno mesto

zdravnik specialist psihiatrije (m/ž)

Pogoji za zasedbo delovnega mesta so:

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

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

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

ODDAMO

V najem ponujamo garažo, ograjeno, v kletnem prostoru na Trubarjevi ul. 79 v Ljubljani. Najem takoj, plačilo 1.650,00 EUR v enkratni vsoti za eno leto, možnost podaljšanja. Video nadzor, dobro oskrbovano.

Informacija: suzana.koltaj@gmail.com

ODDAMO

V Ljubljani, v sklopu zdravstvenega centra ZVD (<https://www.zvd.si>), z 10.000 m² uporabne površine in velikim lastnim parkiriščem, končujemo gradnjo novih prostorov, v katerih bomo širili zdravstveno dejavnost. Za najemnike prostorov iščemo specialiste družinske medicine, ginekologije, urologije, dermatologije, radiologije in druge, ki bi s svojo dejavnostjo dopolnili obstoječo paleto specialističnih pregledov medicinskega centra ZVD.

Informacije: 031 382 251 (D. Bunič)

PRODAMO

V Škofji Loki, naslov Kapucinski trg 7, prodamo popolnoma opremljeno zobno ordinacijo, zaradi upokojitve.

Prodaja bi se izvedla po novem letu. Za ogled in ostale informacije smo na voljo takoj.

Informacije: 040 223 478, Željko Mihajlovič, dr. dent. med.

Svetovni rekord v trajanju Pringlove okluzije hepatoduodenalnega ligamenta, a kljub temu izhod s srečnim koncem

Stane Repše, Mirko Omejc

Na Kirurški gastroenterološki kliniki v UKC Ljubljana, sedanjem Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo, se lahko »pohvalimo« s svetovnim rekordom v trajanju okluzije hepatoduodenalnega ligamenta, Pringlovim manevrom. Okluzija je trajala kar 3 ure in 35 minut. Smo na ta rekord res lahko ponosni? **Ja in tudi ne!**

Zakaj ne in zakaj ja?

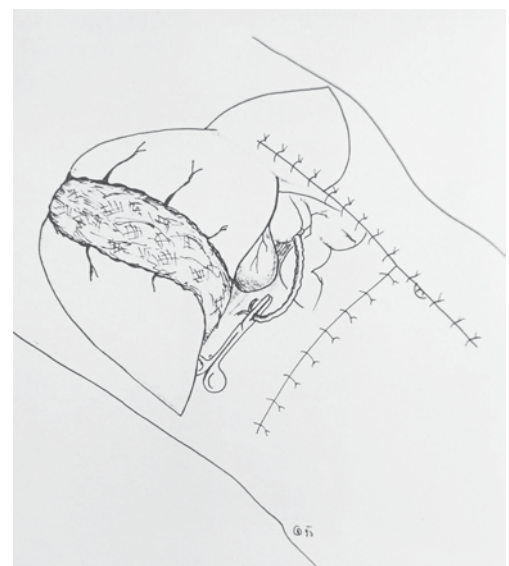
Prigle je leta 1908 opisal zažemek hepatoduodenalnega ligamenta pri hudih krvavitvah iz poškodovanih jeter. Tak zažemek popolnoma prekine dotok krvi v jetra ter odtekanje žolča iz jeter po žolčevodu. Zažemek se naredi s pomočjo elastičnega gumijastega traku, ki ga speljemo okrog hepatoduodenalnega ligamenta. Oba kraka elastičnega traku nato speljemo skozi debelejšo in tršo gumijasto cev, zategnemo oviti trak okrog ligamenta in ga pretisnemo s Peanovo precepko na zgornjem koncu trde cevke, kar imenujemo Rumlov tourniquet. Pretok krvi po hepatici arteriji in portalni veni ter žolča po žolčevodu skozi hepatoduodenalni ligament je tako popolnoma prekinjen. Tak manever popolne jetrne ishemije, kadar je res nujen, sme trajati le kratek čas, saj grozi ishemija jeter. V mojem času je bila zgornja meja okluzije 17 minut, nato pa je bilo treba zažemek popustiti in omogočiti dotok arterijske krvi v jetra in pretok krvi po portalni veni ter odtok žolča. V nujnih primerih se je smelo zažemek še enkrat ponoviti za 10 minut.

Naš primer

Leta 1991, v času vojne za Slovenijo, se je zgodila na ptujskem področju huda prometna nesreča, v kateri se je hudo poškodoval krepek 23-letni moški. Z rešilnim avtomobilom so ga prepeljali v ptujsko bolnišnico in ga zaradi hude

intraabdominalne krvavitve takoj laparatomirali. Našli so poln trebuh krvi in hudo poškodbo jeter, dolgo in globoko laceracijo desnih jeter vse do votle vene. Krvavitve niso mogli ustaviti, zato se je kirurg odločil za okluzijo hepatoduodenalnega ligamenta s Pringlovim manevrom, dodatno tamponado velike laceracije jeter in tamponado objetrnega prostora s kompresami ter provizorično zaporo laparotomije. Med operacijo je poškodovanec dobil 1600 ml krvi in 400 ml sveže zmrznjene plazme.

Ker je bil takrat zračni prostor zaradi vojne zaprt, je preostal le nujni transport intubiranega in ventiliranega poškodovanca v spremstvu anesteziologa in dveh medicinskih tehnikov z



Slika 1: Stanje ob sprejemu, pred operacijo v UKC. Pringlov tourniquet in situ in tamponada laceracije desnih jeter (narisal prof. dr. E. Gadžijev).



Slika 2: Bolnik leta 1991, ob odpustu iz UKC Ljubljana.

rešilnim avtomobilom, sireno in modro lučjo v UKC Ljubljana. Kirurg je takoj poklical nadzornega dežurnega abdominalnega kirurga (mene) in mi sporočil, kaj se je zgodilo, kaj je našel pri laparatomiji in kaj je lahko naredil. Poškodovanec je na poti v UKC in naj ga pričakamo pripravljeni, ker bo vožnja najbrž trajala več kot eno uro, Pringlov zažemek pa bo v vsakem primeru predolg. Naša ekipa se je pripravila, da bo v »nizkem startu« pričakala poškodovanca. Odgovorno osebje urgentnega bloka in telefonsko centralo smo obvestili, da ima ptujska reševalna ekipa vseposod v UKC absolutno prednost. Dežurni ptujski kirurg me je vsake pol ure klical in mi sporočal probleme, ki jih ima reševalna ekipa na cesti. Na nesrečo so imeli na poti veliko ovir zaradi vojnega stanja in ujelo jih je še hudo neurje. Slabše torej ne bi moglo biti!

Prevoz s Ptuja do Ljubljana (120 km) je trajal, kljub sireni in modri luči, kar dve uri (od 17.45 do 19.45). Med prevozom je poškodovanec dobival infuzijo Ringerjeve raztopine in transfuzijo krvi.

Ob prihodu v UKC so ga odpeljali neposredno v operacijski blok, v prvo nadstropje, in ga takoj prestavili na

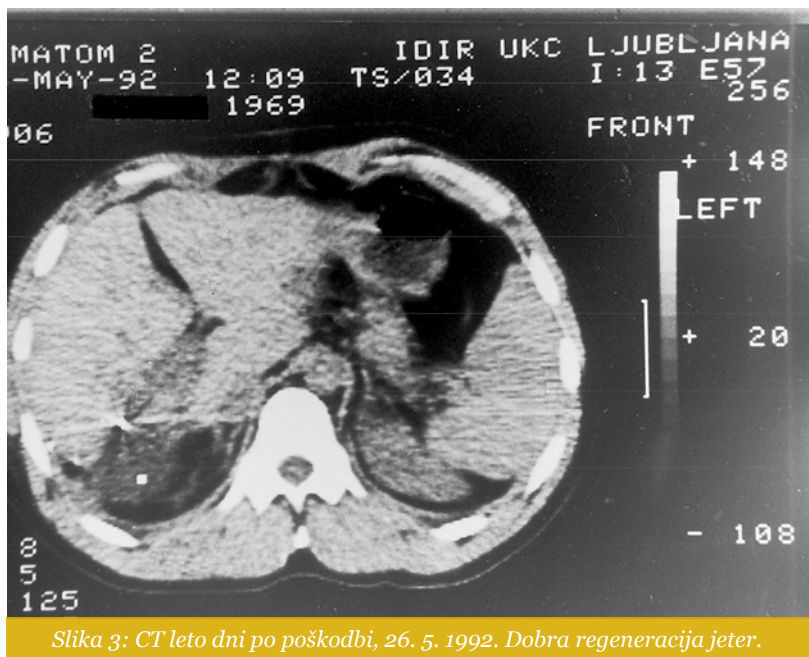
operacijsko mizo; krvni tlak: 105/65 mm Hg, pulz: 110/min. Ob 20.10 razprtje laparatomije. Jetra so bila skoraj črna, črevo lividno. Rumlov tourniquet smo takoj (ob 20.15) sprostili – okluzija je do takrat trajala že 3 ure! V trebuhu je bilo približno poldrugi liter krvi, nismo pa našli poškodb drugih organov. Dokončali smo desnostransko hepatektomijo/nekrektomijo ob ponovni 29-minutni vaskularni okluziji, ker je bila krvavitev iz resekcijske površine prehuda. Zaradi oskrbe laceracije IV.a segmenta jeter je bila potrebna še enkrat vaskularna okluzija za 6 minut. Med to operacijo je poškodovanec prejel 3200 ml krvi in 615 ml sveže zmrznjene plazme. Ob koncu operacije je bil operiranec stabilen, med operacijo je izločil 480 ml urina. Premeščen je bil v centralno intenzivno terapijo (CIT) in še naprej umetno ventiliran. Po 20 dneh je bil premeščen na oddelek in nato čez čas v ptujsko bolnišnico. Redno je prihajal na naročene kontrole v našo kontrolno ambulanto.

Leto dni po poškodbi in dveh operacijah smo ob ponovni kontroli pri nas naredili kontrolni UZ in CT. Preiskavi sta pokazali dobro regeneracijo jeter, brez patoloških sprememb; telesna teža 93 kg, počutje dobro.

Opravljal je delo natakara, kot pred nesrečo.

To je najbrž rekord v trajanju okluzije hepatoduodenalnega ligamenta s srečnim koncem. Spodbujen s poškodovančevim zelo dobrim stanjem po enem letu, sem napisal članek in ga poslal v objavo vrhunski svetovni kirurški reviji te stroke – HPB Surgery, prepričan, da bodo članek sprejeli in z ustreznim komentarjem »svetovnega rekorda« tudi objavili. Žal sem se motil. Čez nekaj mesecev sem dobil odgovor urednika, da nam sicer čestita za ta uspeh, vendar članka ne bo objavil, ker bi bila njegova objava lahko napačno razumljena in bi kirurge lahko napeljevala k neupravičenemu podaljševanju mehanične hepatične ishemije. Tako bi s objavo lahko povzročili več škode kot koristi. Bil sem užaljen in tudi besen.

Takrat je bil naš mladi raziskovalec, sedaj že vrsto let profesor kirurgije, dr. Mirko Omejc, ki je bil tisti dan z mano dežuren in prvi asistent pri operaciji, kot Fulbrightov štipendist na izpopolnjevanju na UCLA v Los Angelesu. Pisal sem mu, poslal članek in ga prosil za pomoč, da bi članek le objavila katera od pomembnih, svetovnih kirurških revij. Posvetoval



Slika 3: CT leto dni po poškodbi, 26. 5. 1992. Dobra regeneracija jeter.

se je s svojim mentorjem prof. R. W. Busuttillom in izbrala sta revijo *Injury*. V soavtorstvo sem poleg Omejca, ki je močno pomagal pri vsem dogajanju tisti dan in ves čas pozneje, pritegnil tudi prof. Gadžijeva, takrat že znanega strokovnjaka za kirurgijo jeter in dobrega amaterskega risarja. Narisal je skico stanja s Pringlom *in situ*, kot je bilo stanje ob sprejemu v UKC, pred ponovnim odprtjem trebuha (slika 1). Operiranca smo slikali tudi ob odpustu (slika 2) in mu, po enem letu, naredili UZ-pregled in CT-preiskavo jeter (slika 3), ki je pokazala dobro regeneracijo jeter. Članek je revija takoj objavila. Urednik revije *Injury* ni imel pomislekov, kot jih je imel pred njim urednik revije *HPB Surgery*.

Objava članka je bila v strokovnih krogih kar odmevna in avtorji smo bili na to ponosni. Po našem vedenju je to svetovni rekord, dokumentiran v svetovni strokovni literaturi. Tudi večji svetovni strokovnjaki na podro-

čju jetrne kirurgije nam niso mogli oporekati. Kot mi je pred nedavnim povedal prof. Omejc, je ta članek še vedno kdaj citiran v kirurški literaturi, kar je gotovo lep uspeh.

Ta »svetovni rekord« pa je seveda posledica številnih okoliščin: zaprtega zračnega prostora ob vojni za Slovenijo, predolgega prevoza s Ptuja v Ljubljano, hudega neurja in »vojnih prilik« tistega dne na cesti.

Ampak, konec dober (kratko-ročen in dolgoročen), **vse dobro, in najbrž še svetovni rekord!** Za srečen konec te zgodbe smo zaslužni sodelujoči strokovnjaki UKC Ljubljana! Vseeno pa je bolje, da se z njim ne hvalimo preveč. Če je že potrebno, zaradi hude krvavitve iz jeter, uporabiti okluzijo hepatoduodenalnega ligamenta, naj bo ta – Pringlov manever – umetna ishemija jeter, čim krajša!

Prof. Omejca sem prosil, da poizkuša ugotoviti, ali je ta poškodovanec še živ, in če je, kje in kako je. Če

je še živ, je sedaj star 56 let. Povabi naj ga na kontrolni pregled v UKC, naredi laboratorijske preiskave, UZ in CT in naj ga tudi fotografira v istem položaju, kot je bil fotografiran ob odpustu s klinike. Napiše naj članek in ga pošlje v objavo isti reviji – *Injury*. Prepričan sem, da bi revija ta prispevek takoj objavila. In mene naj vzame za soavtorja, mi bo v čast.

Vir

Repše S, Gadžijev E, Omejc M. Blunt liver injury: 3 hour and 35 minute occlusion of the hepatoduodenal ligament. *Injury*. 1995; 26 (8): 547–549.

Prof. dr. Stane Repše, upokojeni kirurg, predstojnik Kliničnega oddelka za abdominalno kirurgijo v letih od 2002 do 2009

Prof. dr. Mirko Omejc, dr. med., UKC Ljubljana, Kirurška klinika, KO za abdominalno kirurgijo

DOMUS MEDICA



PREGLED
VSEH
STROKOVNIH
SREČANJ NA
ENEM MESTU!

WWW.DOMUSMEDICA.SI

OBIŠČITE NAŠO SPLETNO STRAN
WWW.DOMUSMEDICA.SI

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

Organizatorji pa lahko tu ponudite vse informacije o svojem srečanju.

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



Slovensko zdravniško društvo

Strokovno združenje
gastroenterologov
in hepatologov
Slovenije

INFORMACIJE:

Andreja Stepišnik
01 30 72 194

andreja.stepisnik@zzs-mcs.si

Jubilantka Metka Klevišar

Veličastno praznovanje s šopkom prijateljev in imenitno knjigo »Vprašajmo Metko«

Zvonka Zupanič Slavec

Redki so dogodki, ki človeka globoko prevzamejo in mu vračajo zaupanje v humanost in plemenitost družbe. Praznovanje 80-letnice onkologinje Metke Klevišar, ustanoviteljice prvega hospica v Sloveniji, zdravnice, ki je premikala gore na področju ginevanja in med prvimi veliko javno govorila o staranju in starosti, umiranju, spremljanju umirajočih, o smrti in žalovanju ter je s svojimi javnimi nastopi v izjemnem sožitju z multiplo sklerozo detabuizirala tudi to bolezen, je bil eden takih dogodkov. Postala je Slovenka leta, prejela najvišja državna odličja, Hipokratovo priznanje, predvsem pa je nagovorila generacije, ki se ukvarjajo s paliativno medicino in opravljajo poslanstvo pri neozdravljivo bolnih.

Ob njenem praznovanju v Domu sv. Jožef v Celju so se ji z besedo in pesmijo poklonili številni ugledni humanisti in dostojanstveniki, od pesnika Toneta Kuntnerja do velikega intelektualca Boštjana M. Turka, etnologa Janeza Bogataja, jezikoslovca Jožeta Faganela, teologa Janeza Grila, publicistke Alenke Puhar, logoterapevta Jožeta Ramovša, pravnice Sare Ahlin Doljak. V knjižni obliki pa tudi Ivo Boscarol, pokojna Manca Košir in še številni drugi. Spregovorilo ji je tudi pet zdravnikov prijateljev, katerih nagovori bodo predstavljeni v nadaljevanju.

Celjska Mohorjeva družba je njej v čast in zahvalo opravila izjemno delo z izdajo knjige »Vprašajmo Metko«, organizatorji slovesnosti in pevci Okteta sv. Jožefa, imeniten solist Matjaž Robavs in operna pevka Andreja Zakonjšek pa so pripravili polet duha ter neponovljivo slavje in javno priznanje, kakršno si Metka Klevišar resnično zasluži.

So ljudje, ki čutijo notranji klic in potrebo po hoji za svojimi zamislimi. **Metka Klevišar** je takšna. Je dobrotnica bolnih in umirajočih, onkologinja, ki je od osamosvojitve Slovenije naprej opravila neprecenljivo poslanstvo na svojem področju. Bila je ustanoviteljica prvega hospica, prav tako tudi Karitasa. Z družinsko zdravnico **Julko Žagar** je v letih od 1994 do



Naslovnica knjige »Vprašajte Metko«, ki sta jo uredili dr. Tanja Ozvatič in Saška Ocvirk, založila pa jo je Celjska Mohorjeva družba (2024) ob 80-letnici vzornice številnim humanitarnim in paliativnim sodelavcem, slavljence Metke Klevišar.

2000 opravila po 150 predavanj letno po vseh koncih Slovenije. Njena zgoščena biografija je priložena.

Kot neprecenljivi zdravnici ji je **Celjska Mohorjeva družba** (direktorica dr. Tanja Ozvatič) v Domu sv. Jožef Celje (vodja Irena Švab Kavčič) pripravila nepozabno prireditev ob njeni 80-letnici (6. september 2024), kjer smo se zbrali prijatelji, ki nas je Metka izbrala tudi za svoje sogovornike v priložnostno pripravljene dragoceni knjigi Celjske Mohorjeve družbe »Vprašajmo Metko«. Metka Klevišar je na vsa vprašanja odgovorila, sogovorniki pa smo se tudi fotografirali vsak posebej z njo v Celju in se srečali »na hribu«.

Za praznovanje so 37 njenih knjižnih sogovornikov nagovorili, da v eni minuti povedo, kaj jim v življenju največ pomeni. Prav prisrčen koncept, ki je v izvedbi zelo pisane množice Metkinih prijateljev izzvenel kot sijajen šopek voščil za njen praznik. Vsega velikega in dobrega, kar je Metka naredila, se preprosto ne da popisati. Sama reče, da se ji to ni zdelo nič posebnega, da je samo sledila svoji intuiciji in hodila za njo. Pri tem pa jo je vodila tudi bolezen, od 19. leta starosti multipla skleroza, ob kateri je premikala gore.

Na preprost način so tudi 26 let izzvenevale njene imenitne **kolumne v reviji Družina**, zadnja leta pa dnevno tudi na Facebook strani, kjer ima veliko sledilcev. Metka je mojstrica življenja, ki najde za vsakogar dobro besedo, prijazno spodbudo, predvsem pa ima na voljo vseživljenjsko izkušnjo življenja z boleznijo in je pri tem mojstrica sožitja z njo. Metkina gimnazijska sošolka, novinarka in publicistka **Alenka Puhar** je o njej povedala zelo pomenljive besede o življenjski radosti: »Mislím, da je v življenju izjemnega pomena, da človek v sebi odkrije tisto, kar ga zares iskreno in brezmejno veseli, in da je to potem pripravljen početi ne glede na vse, ne glede na kar koli se bo dogajalo in ne glede na ogromno bridkosti in polno čašo grenkobe, ki mu jo življenje sproti naliva. Metka je to življenjsko radost ohranila ne glede na več kot povprečno čašo bridkosti in že zaradi tega ji je treba iskreno čestitati za visok življenjski jubilej.«

Med govorniki so bili Metkini kolegi, pet zdravnikov, med njimi otroški intenzivist doc. dr. **Janez Primožič**, ki je z njo preživel kar 18 let v šolskih klopeh, torej vso učno dobo. Njemu je bila dana prva beseda. Med drugim je povedal: »Če bi zdaj hotel povedati, kaj je v življenju najbolj pomembno, bi bil kar prevzeten. Vsakemu človeku je nekaj najbolj pomembno. Ampak vendar, glede na to, da sem zdravnik in sem se ukvarjal z intenzivno terapijo otrok doma

in v tujini, lahko rečem, da je zdravje tisto, kar je najbolj pomembno. Moram citirati slavnega filozofa Schopenhauerja, ki je v začetku 19. stoletja povedal naslednji izrek: „Zdravje ni vse, vendar je vse nič brez zdravja.“ Če gledamo medicino v tistem času, recimo v prvem delu 19. stoletja, takrat medicina ni bila tako napredna, da bi lahko izvajali intervencije, kot jih poznamo danes. Kasneje se je to spremenilo. Idejo poskušam aplicirati na življenje in na delo moje sošolke. Po 18 letih skupnega šolanja, ko smo skupaj končali fakulteto, lahko rečem, da je opravila ogromno delo. Vse njeno publicistično in knjižno delo zdravnice in katoliške intelektualke je bilo namenjeno ne samo razmišljanju o raznih vprašanih človekovega bivanja, ampak tudi kako pomagati in bodriti ljudi s kronično boleznijo, zaradi katere je sama trpela od otroštva, pa sošolci ne v srednji šoli in ne na fakulteti sploh nismo vedeli zanjo. V tem vidim kot zdravnik tudi veličino drage sošolke Metke Klevišar.«

Psihiater doc. dr. **Marko Pišljar**, ki v zadnjih letih sodeluje s slavljenko v spletnih pogovorih o življenju in smrti, je kot pesnik Metki namenil pesem **Čas**.

Sreča se rojeva v bivanju,
v srečanju z modrim nebom,
s pomladanskimi vetrovi,
z deževnimi kapljami v meglenem
jutru.

Sleherni išče svoje ogledalo v
srečanju,
ko začutil je pogled,
prepoznal vonj dlani,
in so spregovorila usta.

Srce potrebuje čas za zrenje lepote.
Mora poslušati,
da se lahko umiri,
mora čutiti, da se zaupanje rodi.

Čas tedaj postaja del naju,
zrak, ki ga dihava,
voda, ki naju obliva,
pot, po kateri hodiva naprej.

Pediatrinja in fiziatrija doc. dr. **Tina Bregant**: »Največ štejejo tiste reči v življenju, ki se jih ne da prešteti, in tukaj je gotovo ljubezen. Če pa že ravno moramo šteti, ker včasih pač moramo, potem so pa to življenja, katerih smo se dotaknili s svojo ljubeznijo s tem, da smo brez želje, da bi kar koli dobili v zameno, to dali. In tako se je Metka dotaknila mnogih naokoli. Metka se je dotaknila tudi moje mame in mene. In ta mimobezna srečanja, ko včasih niti ne vemo, da se dotaknemo življenj drugih, so izjemno pomembna. In ta ljubeznivost tudi do malih reči, do mimoidočih, do neznancev, šteje. Ampak seveda ljubezen do lepih reči, do dobrih ljudi je enostavna, težko je takrat, ko pravzaprav že razmišljamo, da ljubezni ni več! Včasih je tudi sebe težko imeti rad, ko si jezen sam nase, ko se sprašuješ, zakaj ne gre ... in takrat potrebuješ ljubezen, ki zaupa, ki nosi upanje, ljubezen tudi v Boga, tudi do resnice, in ljubezen, ki nas vse skupaj povezuje, kot je to tukaj danes. Tako da najlepša hvala in seveda čestitke.«

Internistka **Urška Bačovnik Janša** je povedala, da je ljubezen v življenju najvažnejša, ljubezen do bližnjega, tudi ljubezen do bolnikov, ljubezen do sebe in ljubezen do Boga. Tako da ji je Metka izjemna vzornica. Še neizkušena v medicini se je z njo srečala na klepetih, jo občudovala in jo kot idol posnemala.

Med drugimi so govorili še: medicinska sestra v hospicu, s katero sta s prim. Metko Klevišar skupaj delali, **Bernarda Mudrovčič**, ki je povedala: »V življenju spoznaš, da so ene stvari bolj pomembne in druge manj pomembne, kakšna stvar v življenju pa je najpomembnejša. In kaj je pravzaprav najpomembnejše? Najpomembnejše je tisto, kar spoznamo, da je najpomembnejše, in da živimo tako, da najpomembnejše ostane najpomembnejše. Metka, hvala za tvoj svetel vzgled, neizčrpno ljubezen, jasno pot, za vse dobro, kar si naredila za nas, ki smo tukaj, in za ves slovenski narod.«



Jubilantka in nekaj njenih zdravniških prijateljev. Z leve: doc. dr. Janez Primožič, Urška Bačovnik Janša, Metka Klevišar,

Dr. Klevišar je veliko sodelovala tudi z logoterapevtom in ustanoviteljem Inštituta Antona Trstenjaka za tretje življenjsko obdobje, prof. dr. **Jožetom Ramovšem**, ki je povedal nekako takole: ko sta nazadnje klepetala, sta na koncu rekla, da sta spet skoraj rešila svet. Bistveni je ta »skoraj«. Izkušen in ploden psihoterapevt Horst Rihter je napisal knjigo Gotteskomplex. V današnji Evropi ni pereč spolni kompleks, ne kompleks manjvrednosti, ampak bogovski kompleks, da moramo imeti vse pod nadzorom, biti naj-, naj-, naj-. Naravno in človeško skupnost ogrožamo, ker ne sprejemamo sproščeno niti svojih zmognosti niti svojih meja. »Metka živi radostno z obojim, v tem je moja vzornica,« je rekel prof. Ramovš in svoji čestitki dodal zahvalo za njen »skoraj« – »saj smo zdravi, pa ne čisto, smo mladi, pa ne čisto, smo pametni, pa ne čisto, smo lepi, pa ne čisto, smo sveti, pa ne čisto.« In vsi smo se nasmejali.

Pravnica prof. dr. **Sara Ahlin Doljak**, ki na vsakem koraku kot bolnica z multiplo sklerozo govori o

radosti življenja, kljub boleznim, je povedala: »Odnosi so tisto, kar zares šteje v življenju. Ni važno, koliko denarja sem zaslužila, ampak ali sem ljubila in kdo me je ljubil. Takšni odnosi prinašajo smisel in globoko zadovoljstvo, zato ostajam hvaležna za ljubezen. Hvala, Metka, za vse dobro. Rada te imam.«

Operni pevec z Akademije za glasbo prof. dr. **Matjaž Robavs** je ganljivo povedal: »Babica in vnuk gresta v cerkev. Vnuček gleda poslikana okna in ko sonce posveti, vpraša: „Babica, kdo pa so ti ljudje?“ Babica mu odgovori, da so svetniki. V jeseni pride vnuk v prvi razred verouka in

katehet vpraša, kdo so svetniki? Vnuček odgovori, da so to tisti ljudje, skozi katere sije sonce. Vsem nam želim tega hrepenenja po luči, tega hrepenenja po toplini, hrepenenja po večnosti, božanskem, da bomo skozi to hrepenenje dosegli veliko ljubezen in bo ljubezen postala realnost. Ta večer vidimo, da smo zelo privilegirani, da imamo milost, da smo verni, da verujemo v to veliko ljubezen.«

Nekateri so vajeni biti na koncu, ker se pišejo na Z. Tako je na koncu slovesnosti zdravnica, zgodovinarica medicine in medicinska humanistka prof. dr. **Zvonka Zupanič Slavec** povedala naslednje: »Naj bo moja

Metkini knjižni sogovorniki so bili (abecedno; vsi se niso uspeli udeležiti slavja): Sara Ahlin Doljak • Urška Bačovnik Janša • Janez Bogataj • Ivo Boscarol • Tina Bregant • Jože Faganel • Janez Gril • Manica Janežič • Ambrožič • Jon Kanjir • Simona in Matjaž Kosi • Manca Košir • Tadeja Krečič • Scholten • Tonček Kregar • Sebastjan Kristovič • Tone Kuntner • Simona Lečnik Očko • Martin Lisec • Jože Marinko • Milena Miklavčič • Bernada Mudrovčič • Tanja Ozvatič • Metka Pavšič • Marko Pišljar • Jože Planinšek • Janez Primožič • Alenka Puhar • Jože Ramovš • Matjaž Robavs • Anton Stres • Peter Svetina • Anton Šepetavc • Sašo Šketa • Blaž Švab • Irena Švab Kavčič • Boštjan M. Turk • David Vrečko • Zvonka Zupanič Slavec



prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, doc. dr. Marko Pišljar, doc. dr. Tina Bregant (foto: Miha Lokovšek).

Biografski podatki (r. 1944)

1969 – Končala študij medicine na MF UL.

1977 – Opravila specializacijo iz radioterapije in onkologije.

1974 do upokojitve 1994 – Zaposlena na Onkološkem inštitutu Ljubljana.

1990 – Med soustanovitelji Karitas Slovenija.

1995 – S sodelavci ustanovila prvi hospic v Sloveniji: Slovensko društvo hospic.

Njeno delo za paliativno oskrbo je bilo sprva zelo spontano, organizacijsko so se ga lotili kasneje, predvsem z anesteziologinjo mag. Matejo Lopuh.

Prva v Sloveniji je začela javno govoriti in predavati o umiranju in skrbi za umirajoče.

1994–2000 – Do 150-krat letno predavala po vseh koncih Slovenije (domovi za starejše, bolnišnice, zdravstveni domovi, župnije, različna društva), zaradi katerih sta z družinsko zdravnico Julko Žagar prevozili po 40.000 km na leto.

Njena bibliografija do leta 2021 obsega okoli 160 zapisov.

Objavila je številne članke, intervjuje ter izvedla številna predavanja o zdravju, bolezni in umiranju.

Avtorica knjig

Spremljanje umirajočih (1993, 1994, 2006)

Kako udomačiti bolezen (1990)

Čisto vsakdanje stvari, 1. del (1996)

Na poti vere, upanja, ljubezni (1998)

Moja četrta kariera (2004, 2006)

Čisto vsakdanje stvari 2 (2006)

Umetnost sobivanja (2009)

Goreči grm (2010)

Čisto vsakdanje stvari 3 (2011)

Samo, da bo zdravje (2012)

Vsak ima svojo zgodbo, ta je moja (2014)

Iz življenja za življenje (2015)

V dom – zakaj pa ne? (2016)

Utrinki vzporednih svetov: iz prelistane knjige obrazov
(2021)

Vprašajmo Metko (2024)

Osrednja priznanja

Dobrotnice leta (Naša žena, 1994)

Slovenka leta (1995)

Nagrada Mesta Ljubljane (2001)

Hipokratovo priznanje Zdravniške zbornice Slovenije
(2023)

iztočnica *Homo Universalis*. Metka je univerzalni človek, človek za vse čase, človek, ki združuje ljubezen do sočloveka, dobroto, plemenitost, dostojanstvo, spoštovanje, delavnost, in je tista, ki povezuje vse. Kako izjemna stvar je, da dnevno z bloganjem nagovarjaš zelo široko javnost, kakšna univerzalnost, da pri tem skoraj vsem ustrežeš. To je pravi čudež. Mene kot zdravnico, kot profesorico bodočih zdravnikov, ki se ukvarja z medicinsko humanistiko, globoko nagovarja njena ljubezen do bolnika in njena zmožnost ubesediti zelo težke stvari: recimo, kako spremljati trpečega in umirajočega do konca njegovega življenja, kako o tem učiti široko

javnost ... Hvaležna sem ti, Metka, za študente, ki sem jih lahko vodila k tebi, brezmejno sem ti hvaležna za številne knjige, ki so učbeniki življenja za naše bodoče zdravnike, ki se brez plemenitosti duha, brez globoke empatije, srčnosti in ljubezni do svojega poslanstva ne bodo mogli dotakniti src in duha svojih bolnikov. Tvoja vera, upanje, dobrotu in želja pomagati so semena za tvojo bogato žetev. Si aristokratinja duha, uma in srca. Si nam brezmejnja vzornica. In ker sem za amen, upam, da si smem dovoliti, da vas povabim, da jubilantki Metki družno čestitamo in zapojemo napitnico *Koliko kapljic, toliko let, Bog nam daj na svet živeti*.«

Moderatorica srečanja Saška Ocvirk je zaželela: »Naj nocojšnji večer naše vezi ne le krepí, ampak naj se z njim zahvali za vsa pretekla in prihodnja srečanja z zakladi, ki prihajajo izpod peresa slavljenske.«

Etnolog prof. dr. **Janez Bogataj** pa je slavljenci po tradiciji čestital z besedami: »Doktor Klevišarjeva, danes je vaš rojstni god, usedite se v svoj kot in jejte pršut.«

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

Zaslужni profesor dr. Mladen Est – stoletnik

Metoda Lipnik Štangelj

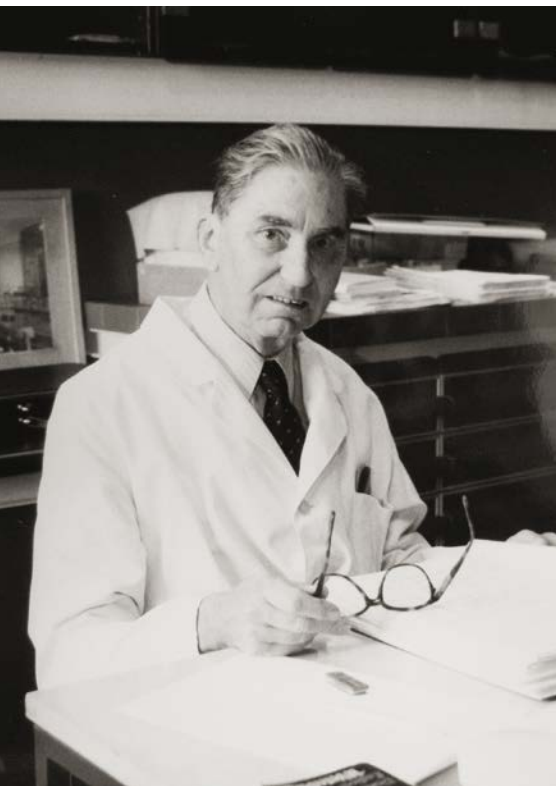
Letos spomladi je praznoval svojo stoto obletnico ugleden slovenski farmakolog, zaslužni profesor Univerze v Ljubljani, dr. Mladen Est.

Rodil se je 15. aprila leta 1924 v Ljubljani, kjer je leta 1950 tudi promoviral na Medicinski fakulteti. Farmakologiji je bil predan od študentskih časov naprej. Že kot študent medicine je začel leta 1946 delati na Inštitutu za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo takratne Medicinske fakultete v Ljubljani, ki mu je posvetil vse svoje plodno in bogato delo. Po diplomi na Medicinski fakulteti je leta 1954 najprej odšel na izpopolnjevanje v Skopje in nato leta 1955 še v Zagreb. Želja po raziskovanju ga je kmalu odpeljala v tujino, najprej leta 1959 v Nancy v Francijo in nato leta 1961 še v Pariz v Laboratoire de Pharmacologie, Faculte de Medicine, kjer je začel nadgrajevati svoje znanje z novimi

farmakološkimi tehnikami, ki jih je uspešno prenašal v domače okolje. Kmalu zatem je odšel v Nemčijo, v Berlin. Tam je v letih od 1964 do 1966 kot štipendist sklada Borisa Kidriča več mesecev gostoval na Inštitutu za biokemijo Nemške akademije znanosti, kjer je tudi začel s pionirskimi raziskavami encima $\text{Na}^+\text{-K}^+\text{-ATPaze}$ kot tarčne molekule za kardiotoične glikozide. Njegovo delo je bilo izjemno, saj je že leta 1965 v soavtorstvu z enim od najuglednejših strokovnjakov na področju proučevanja kardiotoičnih glikozidov prof. dr. K. Repkejem ter H. J. Portiusom objavil odmeven prispevek z naslovom »*Über die ursache der speciesunterschiede in der digitalisempfindlichkeit*« v reviji *Biochemical Pharmacology*, ki je dosegel preko 130 citatov, zadnjega v letošnjem letu. Svoje izkušnje in znanje je velikodušno prinašal nazaj v domovino, kjer je leta 1970 na Medi-

cinski fakulteti v Ljubljani doktoriral z disertacijo »*Prispevek k mehanizmu delovanja glikozidov digitalisa v srcu poskusne živali*«. Leta 1972 je ponovno gostoval v Nemčiji, tokrat v Kielu. Po vrnitvi v domovino je ostal zvest proučevanju kardiotoičnih glikozidov. Njegove izkušnje in sveže ideje so bistveno prispevale k razvoju farmakologije v slovenskem prostoru in kar težko predstavljivo je, da je v zelo skromnih razmerah in v časih, ki so bili povsem drugačni od današnjih, objavil več kot 50 strokovnih in znanstvenih razprav. Leta 1971 je s sodelavci raziskovalne skupine Inštituta za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo Medicinske fakultete prejel nagrado Sklada Borisa Kidriča za raziskave kardiotoičnih glikozidov.

Poleg raziskovalnega dela je bil zasl. prof. dr. Mladen Est tudi aktiven član strokovnih združenj ter član uredniških odborov revij *Jugoslavica physiologica et pharmacologica acta* (Beograd), *Pharmaca* (Zagreb) in



Zdravstveni vestnik (Ljubljana). V času SFRJ je bil član Zvezne komisije za zdravila v Beogradu, sodeloval pa je tudi pri pripravi jugoslovanskih farmakopej. Po osamosvojitvi Slovenije je postal član Komisije za registracijo zdravil v R Sloveniji.

Zasl. prof. dr. Mladen Est je bil ves čas intenzivno vpet tudi v pedagoško delo. Že v prvih letih svoje poklicne kariere je učil farmakologijo na šoli za farmacevtske tehnike in medicinske sestre. Leta 1971 je na ljubljanski Medicinski fakulteti postal docent, leta 1975 izredni in leta 1978 redni profesor za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo. Predaval je bodočim zdravnikom, zobozdravnikom in biologom kot tudi bodočim farmacevtom na Fakulteti za naravoslovje in tehnologijo, kjer je bil dolga leta edini predavatelj. Desetine generacij se z velikim spoštovanjem spominjajo njegovih predavanj, kjer je s skromno, asketsko držo predajal svoje znanje. Tudi sama sem imela to srečo, da sem jih bila deležna. Ne nazadnje sem se z zasl. prof. dr. Mladenom Estom prvokrat srečala prav na njegovih predavanjih za bodoče farmacevte, ki so me tako prevzela, da sem se tudi sama odločila še za študij medicine in delo na področju farmakologije. Poleg dodiplomskega študija je sodeloval tudi pri podiplomskem pouku, kjer je bil mentor pri več magistriranjih in doktoratu. Predaval je tudi na številnih podiplomskih in specialističnih seminarjih in strokovnih srečanjih. S svojim širokim

znanjem, skromnostjo in doslednostjo ter s spoštljivim in potrpežljivim odnosom do studentov in sodelavcev si je pridobil veliko spoštovanje in leta 2006 prejel tudi naziv zaslužnega profesorja Univerze v Ljubljani.

Zasl. prof. dr. Mladen Est svojega dela ni opravljal zgolj kot službo, temveč mu je posvetil vso svojo naklonjenost. Leta 1989 se je uradno upokojil, a to ni prekinilo njegove predanosti farmakologiji. Tudi po upokojitvi je ostal pripravljen pomagati pri delu na inštitutu po vseh svojih močeh, ki so bile zelo dobrodošle. Še dolgo je predaval, pisal eksperimente in bil pripravljen v vsakem trenutku priskočiti na pomoč, kadar je bilo potrebno. Predvsem pa ostaja v naši sredini in zavesti kot svetel vzor raziskovalca in učitelja.

Ob visokem jubileju želimo zasl. prof. dr. Mladenu Estu še veliko zdravih in zadovoljnih let.

Prof. dr. Metoda Lipnik Štangelj, dr. med., mag. farm., predstojnica Inštituta za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

Razbremenilni pogovori v decembru 2024

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

Ime	Datum	Čas	Status
Brane Brinšek, dr. med.	Četrtek, 5. decembra 2024	15.00–17.00	Prosto (dva termina po eno uro)
Andrea Užmah, dr. med.	Četrtek, 12. decembra 2024	16.00–18.00	Prosto (dva termina po eno uro)
Tatjana Zorko, dr. med.	Ponedeljek, 16. decembra 2024	16.00–18.00	Prosto (dva termina po eno uro)

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

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

Profesorici Alenki Radšel - Medvešček v slovo!

(1931–2024)

Profesorica dr. Alenka Radšel - Medvešček, specialistka infektologinja, je bila članica uredniškega odbora Slovenskega medicinskega slovarja (SMS) že od prve knjižne izdaje leta 2002, pa tudi vseh njegovih nadaljnjih izdaj. Kot avtorica za področje infektologije in področna urednica za klinične vede je bila tesna sodelavka dolgoletnega glavnega urednika prof. dr. Miroslava Kališnika vse od zgodnjih začetkov slovarja pred praktično štirimi desetletji. Izostren občutek za slovenski jezik je bil profesorici Alenki Radšel - Medvešček položen v zibelko, klasična izobrazba s pridobljenim širokim slovenističnim znanjem ter poznavanjem latinskega in grškega jezika pa je bila idealna kombinacija za profesorično izjemno uspešno in bogato delo na področju slovenske medicinske terminologije.

Spoznala sem jo kot slovaristično legendo, ko sem se pridružila uredniškemu odboru V. knjižne izdaje SMS. Ker si v odbor povabljen in nato

imenovan, sem bila nova in najmlajša. Ko me je profesorica spoznala in prepoznala, me je nemudoma sprejela in začelo se je najino nadvse lepo sodelovanje.

Ko sem kot nova glavna urednica SMS leta 2018 osnovala nov uredniški odbor, je bila profesorica naša povezava z vsemi predhodnimi odbori. Vedno prijazna in dobronamerna, njeni pregledi prispevkov pa maksimalno korektni, virtuozi in vedno zanesljivi. Sodelovala je na daljavo, saj je bilo prihajanje na sestanke zanj že nekoliko težavno. Vedela je, kaj pomeni urednikovanje, da ga pogosto spremljajo mukotrpnost in pasti, zato dela v uredniškem odboru ni zaključila, pač pa me podpirala v urednikovanju s spodbudnimi pisemci. Iskreno se je veselila 6. dopolnjene izdaje našega e-SMS, a na slovesnost v zimskem času ni mogla.

Težko mi je in težko je našemu celemu uredniškemu odboru. Izjemno bomo pogrešali njeno ljubeznivost, delavnost in svetel zgled, njeno enciklopedično znanje infektologije in vsesplošno razgledanost.

Miren in sladek sen nesmrtnosti vam želim, draga slovaristična sopotnica, vaši družini pa izrekam globoko sožalje.

Mateja Legan, glavna urednica SMS



Vir: arhiv Infekcijske klinike v Ljubljani



Prim. Tone Kunstelj, dr. med. (1945–2024)

Marija Burnik

Kaj povedati o človeku, ki sem ga poznala vse življenje?

Da je bil mož ženi Slavici skoraj 48 let, njena smrt leta 2019 mu je strla srce. Da je bil oče štirim hčerkam, tast štirim zetom in dedek devetim vnukom. Vedno neznansko ponosen na svojo družino.

Da je bil Človek. Z veliko začetnico, kot so mi zapisali kolegi. Svojih vrednot in prepričanj ni nikoli skrival, niti jih vsiljeval drugim, jih je pa vedno spoštljivo zagovarjal in tudi drugim dopustil, da so imeli svoj prav. Na ta način je med svoje prijatelje lahko prišel tudi ljudi z drugačnim

nazorskim pogledom in bil (in je še) s tem lep zgled vsem generacijam ljudi, v in zunaj medicinske stroke.

Da je bil Pediatr. Z veliko začetnico. Poseben, prijazen, sočuten, strokovno otročki z otroki in preprosto razumljiv ter iskren s starši. Vedno pripravljen pomagati, vskočiti, rešiti problem, se žrtvovati (četudi sam tega ni videl kot žrtev, zgolj kot nekaj samoumevnega). Kadar se je kaj zapletlo, je znal umiriti napeto ozračje, potem pa je skuhal kavo. V službi je bil namreč poglavar kave. In znal je poskrbeti tudi za smeh, ko je npr. sestram v dežurstvu povedal, da mu bo večerjo prinesla bivša punca – prišla pa je žena. Gostujočim študentom in zdravnikom je v zanje tuji hiši dajal občutek topline, razumevanja in spoštovanja.

Da je bil kristjan. Vedno zvest sebi in Cerkvi, tudi v časih prejšnjega režima. V Cerkvi je opravljal svojo »drugo službo«: več kot 40 let je kot zdravnik predaval na tečajih priprave na cerkveni zakon (in bil na tem področju aktiven tudi mednarodno), sodeloval je na več kot 300 ljudskih misijonih in v okviru svetovalnice sodeloval pri učenju naravne metode uravnavanja rojstev. Vedno je bil borec za življenje, vnet zagovornik svetosti življenja od spočetja do naravne smrti; razširjenost in »lahkotnost« splava sta ga zelo boleli. Delo v Cerkvi je leta 2010 »nagradil« s posvečenjem v stalnega diakona, kar mu je (zlasti po uradni upokojitvi leta 2012) predstavljalo veliko veselje.

Da je bil učitelj. Predaval je tudi na dveh zdravstvenih fakultetah (v Ljubljani in Novem mestu) in v spominu diplomantov ostal kot strog, zahteven, a prijazen in pošten profe-

sor; kot (so)mentor je naveden v 135 diplomskih nalogah. Poleg tega je učil s pisanjem (je avtor štirih knjižic, dveh priročnikov, enega separata in vsaj 20 člankov, marsikje pa še soavtor) in vedno s svojim življenjem.

Da je bil Slovenec. Ponosen na svojo domovino, v času njenega osamosvajanja kratek čas celo politično aktiven.

Da je bil pevec. Mamino naročje, oktet, zbori; resno in za zabavo. Ko je pred leti prenehal aktivno peti v zboru, je s petjem nadaljeval doma in nato v Domu Janeza Krstnika, kjer so zadnja tri leta skrbeli zanj, ko zaradi demence to ni bilo več možno v domačem okolju. Najraje je pel slovenske narodne pesmi. Vedno s poslušom, s svojim lepim glasom, zadnja leta pogosto s svojim besedilom.

Dokler ni njegov glas nepričakovano utihnil v jutranjih urah 30. 9. 2024. Kot je na pogrebu duhovito povzel dolgoletni prijatelj, mu je to čudovito uspelo: zaspal je v Trnovem, zbudil pa se je pri svoji Slavici. Ali kot je ob slovesu zapisal vnuk: izpolnila se mu je največja želja – zapustil je Dom; a zgodilo se je prej in na drugačen način, kot si je kdorkoli predstavljal. In za njim je ostala ogromna praznina ...

Ko po njegovem odhodu v pogovorih in obujanju spominov (ponovno) spoznavam, kako velik človek je bil in koliko dobrega je naredil, sem lahko samo vesela in zelo ponosna, da sem (bila) njegova hči.

Oči, hvala za tvoj zgled življenja v vseh odtenkih! Pogrešam te.

Marija Burnik, dr. med., spec. ped.,
ZD Ljubljana

*Ni konec,
ko pride tvoj zemeljski konec ...
Po isti poti, koder odhajaš,
nevidno prihajaš nazaj.
Med svoje, ki jih ne nehaš ljubiti
in ki živijo od tvoje ljubezni.
In tvoja prisotnost je bolj prisotna
kot kdajkoli prej ...*

(Tone Kuntner)

Alojz Ihan: Skupinska slika z epidemijo

Beletrina, 2022, 219 str.

Črt Marinček

Po obsežni Karanteni (2023) mi je v avgustu 2024 prišla v roke pričujoča knjiga, na videz skromnejša, a polna podatkov, analiz in napovedi.

Naš pisatelj in kolega je v njej povzel svoje kolumne v Delu od 13. 2. 2020 do 2. 9. 2022, skupaj 54. V njih pronicljivo in duhovito opiše dogodke, ki so nas zaznamovali v tem obdobju. Ne morem si kaj, da ne bi citiral nekaj njegovih primerjav: »Epidemija je namreč kot cunami – ni toliko pomembna višina vala, ki udari ob kopno, ampak bolj količina vode, ki valu sledi in prinese potop.« (Str. 23.) In še, da »v vsakdanjem življenju ne čutiš, da si pravzaprav država – ti sam«.

Na str. 32 sledi: »Epidemija, pred katero smo se vsi poskrili v mišje luknje, bo ostala zunaj kot mačka, pripravljena na udarec, ko pridemo na plan. Potrebujemo namreč čimprejšnjo normalizacijo življenja – z virusom.« Str. 43: »Jeseni torej ne bo šlo samo za zdravstveni boj proti covidu-19, ampak bo v igri predvsem ekonomsko preživetje naše države in nas državljanov.« Str. 51: »Epidemija je do bolečine razgalila nemoč vsakega od nas, ko se naše civilizirano, superspecializirano življenje, ki smo mu prilagojeni, samo za hip ustavi ali nekoliko spremeni.« In na str. 56: »Milijardne pogodbe za rezervacijo stotine odmerkov cepiv (v EU) se bodo podpisovale – bolj ali manj – po občutku.« »Lajanje skozi nagobčnik prepirljivega egoizma ali dogovor za človeško verigo solidarnosti – to je najpomembnejše vprašanje.« (Str. 63.) »Dejstvo je namreč, da je pandemija povzročila svetovni kaos, ki je moreč za vse.« (Str. 69.) Članek Ustavimo epidemiologijo? smo lahko brali v naši reviji Isis z dne 1. 11. 2020.

»Argument o zaupanju je povsem utemeljen, zaupanje je enako nujen element uspešnega cepiva kot njegova medicinska učinkovitost.« (Str. 80.) »Zato vabim vse, da damo cepivu priložnost. (Str. 89.) »S stališča posameznika je torej daleč najpomembnejše, da se cepimo in zaščitimo pred težjim potekom bolezni – to funkcijo pa z enako zanesljivostjo opravi katerikoli registrirano cepivo.« (Str. 102.)

»Dogajanje s cepljenjem so dodatno zapletle novice, da eno od dveh pglavitnih cepiv, tisto

proizvajalca AstraZeneca, morda povzroča trombolitične zaplete pri mlajših ljudeh, zlasti ženskah.« (Str. 109.)

»Za ogroženost zaradi virusa vemo, da je daleč najpomembnejši dejavnik starost.« (Str. 113.) »Nemogoče si je predstavljati zdravje in stabilnost posameznika brez dogodkov, ki jih gradimo skupaj, kot pleme, pa naj gre za sprehajanje po ulici, posedanje v lokalu, prisotnost na sestankih, zborovanjih, raznih obredih – športnih, verskih, političnih ali umetniških.« (Str. 115.) »Epidemija se umirja in perspektive za jesen sploh niso slabe.« (Str. 118.) »Epidemija izzveneva, in če želimo, jo lahko končamo. V naših rokah je, da iz nje naredimo le še spomin.« (Str. 121.) »Špansko gripo so morali ljudje ustaviti z lastnimi telesi, in cena je znana.« (Str. 124.) »Te dni se na univerzi pogovarjamo, kako organizirati pouk za jesen. Zato bi morali ponovno premisliti, ali si lahko ob trendih našega cepljenja zares privoščimo načrtovanje urnikov, zaradi katerih lahko ponovno vse pade v vodo – od predavanj do praktičnega pouka.« (Str. 130.) »Cepljenje proti covidu-19 je vzorčni primer življenjsko pomembne kolektivne akcije, za katero smo se večinsko odločili in jo potrebujemo kot državna skupnost, da se rešimo nezno-snega bremena pandemičnega životarjenja. Timske volje, ki bi nas združila za skupni cilj, pa zaenkrat žal ne najdemo. Sicer pa, zakaj bi bilo cepljenje ob vseh naših drugih cepitvah – izjema?« (Str. 137.) »Virus je naravni pojav, ki ne bere zakonodaje in pravilnikov, ampak izkorišča vse možnosti, kot poplava ali požar, ki ga tudi težko pogasimo z metanjem pravnih aktov in ustavnih pritožb v ognjene zublje.« (Str. 147.) »Pandemija covid-19 je v Evropi ustvarila razmejitve, ki nas od Baltika do Balkana nenavadno ostro deli na države, ki disciplinirano in z malo smrtnih žrtev obvladujejo bolezen in spet živijo normalno, in na države z veliko smrtnostjo in slabo epidemično ter življenjsko perspektivo – Slovenija je žal na slabi, vzhodni strani te razmejitve.« (Str. 161.)



»Zgodovina pozna več epidemij – od kuge, črnih koz in kolere do epidemij sodobnega časa s tuberkulozo, špansko gripo, ebolo, aidsom in covidom-19.« (Str. 176.) »S februarjem 2022 so na Danskem prvi v Evropi odpravili vse ukrepe za omejevanje širjenja koronavirusa.« (Str. 185.)

Skupinska slika z epidemijo

»15. 2. 2022 je ministrstvo za zdravje na Brdu sklicalo posvet

slovenskega zdravstva o epidemiji. Bilo nas je 34 strokovnjakov in direktorjev zdravstvenih ustanov, pa seveda minister za zdravje in člani vladne strokovne skupine za zajezitev in obvladovanje covid-19.« »Med odmorom za kavo smo bili vsi udeleženci zadovoljni z razpravljanjem o epidemiji, skupaj z odločevalci, toda na koncu drugega dela sestanka se je vrnilo nekaj nelagodja, saj ni bilo nikjer moderatorja, ki bi naše izrečene misli začel oblikovati do oblike, ko bi jih lahko imenovali skupna stališča in

sporočila. Namesto tega je sledil nenaden poziv v avlo na skupinsko fotografiranje.« (Str. 189.)

Knjiga predstavlja odlično retrospektivo nedavnega dogajanja in nastavlja ogledalo, avtor pa nam je nalil čistega vina.

In vino veritas!

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

Bruno Šimleša: Kako ustvariti najboljše leto svojega življenja

52 navdihujočih idej za vsak teden v letu. Mladinska knjiga, 2024

Nina Mazi

»Rojeni ste, da občutite vznesenost življenja – in da ji dodate svoj edinstveni podpis.«

Bruno Šimleša

V tem stavku je priznani hrvaški strokovnjak in avtor predstavil dva ključna stebra zdravniškega/terapevtskega poslanstva ter skrivnost učinkovitih prizadevanj vseh poklicev in usmeritev, ki imajo pri svojem delu in udejstvovanju neposreden stik z ljudmi in katerih prva naloga je služiti ljudem.

Kolegi, sošolci in prijatelji, ki sem jim priporočila najnovejšo mojstrovino priznanega hrvaškega sociologa, psihologa in pisca, so poleg navdušenja izrazili tudi dvom in zaskrbljenost. Sistem jim namreč ne omogoča ali celo ne dovoljuje, da bi se lahko dovolj posvetili ljudem, ki se k njim zatečejo v potrebi in stiski, ter jih opolnomočili za uživanje v življenju na svoj pristen način, brez neželenih stranskih učinkov. Česar ne zmore človek sam, je mogoče pogosto doseči in uresničiti s pomočjo knjig, revij, glasbe, filmov ... Vsega, kar posamezniku pomaga, da v sebi poišče in prebudi

tisto najlepše in najboljše. Ker po avtorjevih besedah življenje ni le generalka – vaja in priprava na nekaj veličastnega, marveč je že samo po sebi veličastno in vzvišeno. To človeka vsak dan znova prepričuje in mu dokazuje življenje z drobnimi dogodki, srečanji in doživetji, polnimi dobrote, lepote in čarobnosti. Z vsem, kar nam pomaga premagovati ovire na poti do cilja in nas prepričuje, da je vredno živeti.

Za zdravnika je knjiga o najboljšem letu življenja vir navdih, opomin, poziv k sočutju in dobroti ter pripomoček za samorefleksijo. Ob njej se zdravniku, zdravstvenemu strokovnjaku, psihoterapevtu, psihologu in ostalim bralcem poraja vrsta preprostih in zahtevnih vprašanj, ki so, odvisna od pogojev, razmer in okoliščin, vsakokrat drugačna. Na vsa sicer tudi ob bogati vsebini Šimleševe najnovejše stvaritve ni mogoče odgovoriti – vsaj ne takoj, *ad hoc*. Tudi in predvsem zato, ker je ustvarjanje boljšega oz. najboljšega življenja proces, ki po avtorjevih besedah traja najmanj 52 tednov, lahko pa se podaljša tudi na 2 x, 3 x, 4 x ... 52.

Ob pričujočem Šimleševem delu se človek 21. stoletja mimogrede zave, da je vredno ljubiti in biti ljubljene, sanjati velike sanje, uživati v drobnih stvareh in na videz nepomembnih dogodkih, biti prijazen, nežene in razumevajoč do samega sebe, se veseliti uspehov, prisegati na hvaležnost, biti dober, (p)ostati pristen, ceniti navdih in ustvarjalnost, domiselnost in izvirnost, občudovati in spoštovati samega sebe, soljudi in naravo, se soočiti s sedanostjo, se učiti od preteklosti in razmišljati o (zakaj ne tudi načrtovati) prihodnosti ter še marsikaj, kar človek nujno potrebuje za polno, plodno in kakovostno življenje.

Poleg zanimive, domiselne, iskrive in uporabno naravnane vsebine se knjiga ponaša tudi s privlačno likovno podobo. Na pomembno prednost njenega priročnega formata pa me je pred dnevi opozoril profesor, ki strumno in pogumno koraka proti svojemu trištevničnemu jubileju – knjigo lahko kadarkoli vtakne v žep in jo v miru prebira na svoji klopci v bližnjem parku.

Nina Mazi, Ljubljana

O otrokovem temperamentu

Anica Mikuš Kos

Kaj je temperament?

Že rimski zdravnik Galen je pisal o temperamentu in opisal značilnosti melanholičnega, flegmatičnega, sangviničnega in koleričnega temperameta. Potem je ostal temperament prisoten kot označevalec človekovih lastnosti v vsakodnevem jeziku in v leposlovju. V strokovni jezik medicinskih ved – pediatrije in otroške psihiatrije – ga je vpeljala v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja skupina raziskovalcev, ki sta jo vodila A. Thomas in S. Chess (8). V nekem smislu je bil interes teh raziskovalcev za otrokove lastnosti temperameta, ki sopogojujejo izkušnje in odzivanje nanje, razvoj in tudi duševno zdravje, odraz reakcije na osrednjo strokovno miselnost povojnih psiholoških strok, ki so pripisovale malodane vsa dogajanja, povezana s psihosocialnim razvojem in duševnim zdravjem, vplivom okolja, predvsem vplivom staršev. Carey (2) piše: »Prva študija o temperamentu je bila objavljena leta 1977 (Thomas in Chess). Koncept je bil zelo uporaben zlasti za pediatre, bil pa je razmeroma manj sprejet pri pedopsihiatrih in v sorodnih strokovnih krogih.«

Temperament opredelimo kot skupek lastnosti, katerih osnova je biološka (geni, morfološke značilnosti možganov in značilnosti njihovega delovanja, možganske poškodbe ali obolenja, nekatera telesna obolenja ...), ki pa se spreminjajo z razvojem in z izkušnjami, predvsem z izkušnjami, ki izhajajo iz interakcij z družbenim okoljem. Individualne razlike v fizioloških in vedenjskih odgovorih na dražljaje iz okolja je dokaj zanesljivo možno ugotoviti že v prvih mesecih življenja (4). Med razvojem se značilnosti temperameta oblikujejo in brusijo v otrokovih interakcijah z okoljem. Vplivi okolja lahko krepijo razvoj nekaterih lastnosti temperameta, lahko pa ga tudi zavirajo. Med temperamentom in osebnostjo ni ostre ločnice. Posplošeno velja, da o temperamentu govorimo pri otrocih, o osebnosti pa pri odraslih in da pri temperamentu prevladujejo biološke kodeterminante, pri osebnosti so pomembnejše izkušnje.

Nekatere lastnosti temperameta otežujejo proces socializacije, npr. slaba učljivost iz izku-

šenj. Nekatere lastnosti povzročajo velik razkorak med pričakovanji in zahtevami okolja ter otrokovo zmogljivostjo, da bi ustregel tem zahtevam, npr. velika gibalna nemirnost. Zaradi svojih lastnosti je otrok v nekem okolju lahko dobro sprejet, lahko pa ima zaradi njih težave. Pomen posamičnih lastnosti se spreminja z zahtevami in pričakovanji okolja, z vzgojnimi vzorci časa in z družbenim razvojem. V mojem otroštvu je bil idealen, zaželen predvsem tih, podredljiv, ubogljiv otrok, danes pa si starši in učitelji želijo otroka z dobro samopodobo, ki je samozavesten, asertiven in dejavno pristopa k okolju, se zna postaviti za svoje pravice, ne odstopa od tekme in prizadevanj, da bi prehitel druge.

Katere lastnosti tvorijo temperament?

Kot lastnosti temperameta, ki imajo poseben pomen za socializacijo, sta A. Thomas in S. Chess (8) prepoznala naslednje lastnosti: raven gibalne aktivnosti (količina in intenzivnost gibanja pri otroku, v jeziku šole so to mirni in nemirni otroci); ritmičnost (rednost in predvidljivost funkcij, kot so lakota, izločanje, ciklus spanja in budnosti); pristop ali umik (prevladujoč vzorec otrokovega odgovora na novo predmet, novo osebo ali novo situacijo); prilagodljivost (hitrost in napor, s katerim se otrok prilagaja na spremenjene okoliščine); intenzivnost reakcij (jakost odgovora na prijetne in neprijetne dražljaje in dogajanja); prag odgovora (jakost dražljaja, ki je potrebna, da vzbudi pri otroku razločen odgovor na dražljaje in dogajanja v okolju); osnovna kakovost razpoloženja (dobro ali pogosto slabo razpoloženje v običajnih življenjskih okoliščinah ob običajni kakovosti starševanja); odkrenljivost (kako hitro zunanji in notranji dražljaji odvrnejo otroka od začete dejavnosti); vztrajnost (koliko časa otrok vztraja pri določeni dejavnosti in prizadevanjih).

Sčasoma so prepoznali druge za socializacijo in duševno zdravje pomembne lastnosti temperameta: sociabilnost (želja, potreba po druž-

nju, stikih, odnosih z ljudmi); učljivost iz izkušenj (hitrost in lahkost učenja iz pozitivnih in negativnih izkušenj); raven samokontrole, samoregulacije, samoorganiziranosti; raven inhibicije in dezinhibicije vedenja; energetska opremljenost; introvertiranost/ekstravertiranost in druge.

Vsakega otroka lahko glede na posamično lastnost razvrstimo na premici kontinuuma različnosti: malo izražena lastnost – normalno izražena lastnost – lastnost – močno izražena lastnost – lastnost, ki zaradi svoje intenzivnosti postane vozlišče ali duševna motnja.

Očitno je, da vrsta individualnih lastnosti, ki jih pogojujejo nevropsihološke značilnosti, vpliva na otrokovo doživljanje sveta, njegove odnose z drugimi, njegovo lastno vedenje in vedenje drugih do njega, otrokovo učenje, otrokov razvoj, življenjsko pot in kakovost življenja. Med njimi se pripisuje poseben pomen čustveni disregulaciji, ki je osnova za povišano občutljivost in intenzivnost odzivanja na dražljaje ter težave pri uravnavanju in obvladovanju čustvenih odzivov, čustvene odzive, ki niso ustrezni kontekstu ali pričakovanjem in zahtevam okolja, in daljši čas povratka na normalno čustveno stanje. Te lastnosti povečujejo ranljivost otroka in lahko povzročajo večje vzgojne težave za njegove starše, učitelje in druge vzgojitelje.

Posamezne lastnosti temperamenta dobijo svoj pomen za otroka in za njegovo okolje v okviru družbenega konteksta/življenjskega okolja: družine, vrtca, šole, vrstniške skupine, širše družbe. Ista lastnost je lahko v nekem okolju koristna, predstavlja prednost, v drugem okolju pa je lahko nezaželena ali škodljiva. Od skladnosti ali neskladnosti otrokovih lastnosti s pričakovanji in zahtevami okolja je v znatni meri odvisna otrokova psihosocialna dobrobit. Van de Weijer idr. (9) ugotavljajo vpliv genetskih dejavnikov na soodvisnost med vplivi okolja in psihosocialno dobrobitjo mladostnikov.

Vpliv temperamenta na psihosocialni razvoj in duševno zdravje

Vpliv individualnih lastnosti otroka na procese socializacije Rutter (6) predstavi takole:

Vpliv na druge: Otrok je s svojimi individualnimi lastnostmi tudi soustvarjalec kakovosti odnosov in vpliva na vedenje drugih. Vzajemno dvosmerno delovanje lahko ustvarja za otroka bolj ali manj ugodno okolje. Temperament otroka in temperament roditelja imata vpliv na medsebojno navezovanje.

Razlike v izkušnjah: Značilnosti temperamenta sodoločajo količino in kakovost otrokovih izkušenj. V istem okolju bo prijazen, k ljudem usmerjen, družaben otrok vzpostavil stike in dobre odnose z mnogo večjim številom ljudi kot molčeč, vase zaprt, za socialne stike težko dostopen otrok. Njuna izkušnja sobivanja z drugimi bo različna.

Vplivnost in učinkovitost okolja: Isto okolje je lahko različno vplivno ali učinkovito pri različnih otrocih. To je očitno pri tem, koliko ista učna ura koristi otroku, ki zbrano sledi razlagi, ali otroku, ki se ne more osredotočiti na učiteljevo razlago. Učinki družinskega okolja in vzgojnih slogov so soodvisni od otrokovega temperamenta in njegovih drugih individualnih značilnosti. Enaki vzgojni prijemi imajo lahko različne učinke. Na primer avtoritarna, stroga, omejujoča vzgoja bo v odvisnosti od temperamenta lahko spodbujala pri otroku predredljivost ali upornost.

Temperament in duševne motnje

Na vlogo temperamenta »težje vzgojljivega otoka« pri nastanku duševnih motenj sta opozorila že Thomas in Chess (8). Otroci z lastnostmi težavnega temperamenta so bolj ogroženi glede duševnih motenj tudi v običajnih življenjskih okoljih.

Temperament lahko predstavlja dejavnik tveganja, ki se bo izrazil glede na druge notranje in zunanje dejavnike tveganja in varovalne dejavnike (3). Assary idr. (1) ugotavljajo, da velika občutljivost predstavlja dejavnik tveganja za duševne motnje v neugodnih okoliščinah in obenem zmanjšuje tveganje v ugodnih okoliščinah. Občutljivi se bolje odzivajo tudi na dobre izkušnje in so bolj dovzetni za psihoterapevtske intervencije.

Prvotno je bil temperament jasno opredeljen kot skupek lastnosti normalnega vedenja, ki lahko zaradi neskladnosti z zahtevami okolja privedejo do čustvenih ali vedenjskih problemov. V sedanjem času se je proučevanje temperamenta osredotočilo na njegove povezave s patologijo. Imamo več razlagalnih modelov glede povezav med temperamentom in duševnimi motnjami:

- temperament kot varovalni ali ogrožajoči dejavnik psihosocialnega razvoja in duševnega zdravja;
- pomen temperamenta za psihično odpornost;
- s temperamentom pogojena neskladnost med otrokovimi lastnostmi in zmogljivostmi ter pričakovanji okolja, ki postane vozlišče za nastanek duševnih motenj;
- predispozicija – skrajne oblike temperamentnih potez so osnova za specifične vrste patologije (10); nekatere močno izražene temperamentne lastnosti v otroštvu so lahko nastavek za duševno motnjo v odrasli dobi (5);
- patofiziologija psihiatričnih motenj spremeni temperament (10);
- skupni izvor temperamenta in duševnih motenj: ista biološka osnova povzroča lastnost temperamenta in patologijo, simptomi patologije in lastnosti temperamenta imajo enak izvor (10);
- dimenzionalni pogled na simptome duševnih motenj: opredeljuje mnoge simptome duševnih motenj kot posebno intenzivno

enačico neke lastnosti temperameta.

Koristnost poznavanja in upoštevanja otrokovega temperameta in drugih značilnosti

Poznavanje individualnih razlik v temperamentu omogoča staršem in drugim vzgojiteljem razumevanje otroka, realna pričakovanja do otroka in prilagoditev ravnanja otrokovim zmogljivostim in potrebam. Omogoča boljše odnose med otrokom in starši ter boljše starševanje. Zmanjša možnosti, da bo otrok zaradi svojih posebnosti doživel čustveno prizadetost, ki bo stopnjevala njegove težave v procesu socializacije.

Obenem pa vednost o vlogi temperameta v otrokovem razvoju in socializaciji zmanjšuje občutja krivde pri starših. Ob težavnem otroku se starši sprašujejo, kje so naredili napako. Tudi širše okolje, učitelji, včasih tudi duševnozdravstveni strokovnjaki pripisujejo krivdo za otrokovo težavnost staršem. Prepoznavanje otrokovih biološko sopogojenih lastnosti omogoča uvid v otrokov »prispevek« k težavam in preprečuje krivično obtoževanje staršev za vse težave.

V perspektivi individualnih razlik v razvoju, v sposobnostih in v temperamentu starši, vzgojitelji in učitelji lahko prepoznajo, kako pomembna sta individualiziran vzgojni in učni pristop k otroku. Nekdanje toge, »za vse enako« veljavne vzgojne pristope nadomeščajo ali naj bi nadomeščali otrokovim potrebam in zmogljivostim prilagojeni pristopi. Enako ravnanje, enake zahteve za različne otroke nikakor niso »enaki«. Zaradi individualnih razlik je položaj različnih otrok v istem družinskem ali istem šolskem okolju lahko zelo različen. Rutter (7) govori o deljenem in nedeljenem okolju. Deljeno okolje je

skupno vsem otrokom, npr. v istem razredu prostor in oprema razreda, sošolci, učitelji, predmetnik. Nedeljeno okolje pa je ustreznost stola otrokove velikosti in drži, težavnost šolske snovi glede na otrokove zmogljivosti, poseben odnos učitelja ali sošolcev do otroka.

Ena od pomembnih koristi za duševnozdravstvene strokovnjake je, da z značilnostmi temperameta lahko pojasnijo razlike v odzivanju in vedenju težavnega otroka brez medicinskih diagnoz. Otrok s temperamnetno lastnostjo, ki otežuje proces socializacije, še ni otrok z duševno motnjo. Posebno uporaben je koncept pri svetovanju staršem in sodelovanju z učitelji in vzgojitelji.

Vprašanje je, zakaj se koncept ni širše uveljavil v duševnozdravstvenih strokah. Implicitno nas v sedanjem času na pomen temperameta opozarjajo številne raziskave, ki proučujejo odnos med biološkimi in okoljskimi vplivi na razvoj in duševno zdravje otrok.

Viri

1. Assary E, Krebs G, Eley T. Differential susceptibility theory: might it help in understanding and treating mental health problems in youth? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2023; 64 (8): 1104–1114. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13801>
2. Carey WB Editorial Perspective: Whatever happened to temperament? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2017; 58 (12): 1381–1382.
3. Gaffrey MS. Editorial: Shedding Light on the Early Neurobiological Roots of Infant Temperament and Risk for Anxiety. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2021; 60 (9), 1069–1071.
4. Miller NV, Degnan KA, Hane AA, Fox NA, Chronis-Tuscano A. Infant temperament reactivity and early maternal caregiving: independent and interactive links to later childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2019; 60 (1), 43–53. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12934>
5. Rettew D. Temperament: Risk and Protective Factors for Child Psychiatric Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Volume I/II; 2017. p. 8879–8907.
6. Rutter M, Taylor E, Hersov L. Child and adolescent Psychiatry. Modern Approaches. London: Blackwell Scientific

Publications; 1994.

7. Rutter M. Child and adolescent psychiatry: past scientific achievements and challenges for the future. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2010; 19 (9), 689–703.
8. Thomas A, Chess S. Temperament and development. Brunner/Mazel. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1977; 55 (2), 91–92.
9. Van de Weijer MP, Pelt DHM, van Beijsterveldt CEM, Willemsen G, Bartels M. Genetic factors explain a significant part of associations between adolescent well-being and the social environment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022; 31 (10), 1611–1622.
10. Wichstrom L, Penelo E, Rensvik Viddal K, de la Osa N, Ezpeleta L. Explaining the relationship between temperament and symptoms of psychiatric disorders from preschool to middle childhood: hybrid fixed and random effects models of Norwegian and Spanish children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018; 59 (3), 285–295.
11. Włodarczyk O, Pawlis S, Metzner F, Kriston L, Klasen F, Ravens-Sieberer U, the BELLA Study Group. (2017). Risk and protective factors for mental health problems in preschool-aged children: cross-sectional results of the BELLA preschool study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2017; 11, 12.

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

Bila si majhen, majhen cvet

Andrej Rant

Bila si majhen, majhen cvet,
kot žar strasti spočet;
bila si drobna lučka iz neba,
uzrla nisi krutega sveta ...

Začul se ni tvoj smeh, ne jok,
nisi spoznala dude, ne igrač
in ne topline materinih rok
in nisi zlezla iz plenice in hlače ...

Nisi upihnila na torti sveč,
se veselila, da šla boš z nami na izlet
in občutila poljub goreč,
– odvrgli smo te proč kot smet ...

Odpusti nam neodpustljivi greh –
oropali smo te življenja,
veselja, sreče, hrepenenja –
ukradli smo ti sonce in nasmeh.

In na poljanah večnosti,
kjer milost božja nate sije,
morda se snidemo kdaj spet;
bila si majhen, majhen cvet ...

Andrej Rant, dr. dent. med., Ljubljana



Alojzija Logonder je bila slikarka in učiteljica v šoli uršulink na gradu v Škofji Loki.

Lojzki Logonder

(umrli zaročenki mojega očeta)

Andrej Rant

Bila si cvet, ne razcvetena roža,
nežne čistosti, dobrote vzgled,
smrt te utrgala je sredi mladih let –
Ljubezen, hrepenenje v srcu sta gorela,
kot luč, ki sveti v bodoče dni;
A roža ni se razcvetela,
sredi mladostnih sanj je ovenela ...

Prižgana luč na grobu ti gori ...
Tu vsako leto jo prižgem,
namesto mojega pokojnega očeta,
za dušo in v spomin na tvoj objem ...



Idilično sliko mladega para (olje) je naslikala dva meseca pred smrtjo zaradi španske gripe.

V življenje vodi veliko poti. Pot sreče je ljubezen do sočloveka.

Andrej Rant

Sam svoj mojster

Matjaž Lesjak

Pametno je, da človek obvlada poleg svojega poklica še kakšno obrtno veščino, da si lahko pomaga v vsakdanjem življenju, kjer se stvari rade kvarijo in jih je treba popravljati in obnavljati. Tudi če je naša služba zelo intelektualna, se doma soočimo z nujnimi ali banalnimi opravili. Zelo praktično je, če se znamo lotiti preprostih ukrepov, kot je menjava žarnice in tesnila na pipi, sicer se bomo morali obrniti na ustrezne mojstre, to pa ni niti enostavno niti poceni. Ljudje imamo različne talente, nekateri se rodijo z dvema levima rokama, zato pa obvladajo višjo matematiko, drugi so mojstri za vse, obvladajo obrtne veščine, čeprav imajo v žepu doktorat. Tu imam v mislih prof. Kordaša, ki pozna avtomehanične skrivnosti in si je znal sam popravljati in servisirati avto (sedaj pa kolo). Vsaj enkrat sem ga videl, kako je z rokami globoko v abdomnu motorja odpravil nevidno napako. Imam tudi znanca stomatologa, ki zna v stanovanju potegniti elektriko, vodovodno cev, sam izdelava pohištvo, predelne stene, kita, beli in lepi ... Bralcem ob tej priliki sporočam, da menjava žarnice na avtomobilu nikakor *ne spada* med enostavna opravila. V mnogih primerih je treba odstraniti sprednji odbijač in pol motorja, zato v navodilih, ki jih prejmemo z avtomobilom, pogosto piše, da naj avto v tem primeru odpeljemo na servis. Sam sem si ob zadnjem poizkusu skoraj izpahnil zapestje. Zakaj moramo torej imeti v obvezni opremi rezervno žarnico?

Podobna zakonitost velja tudi na področju osebnega zdravja. Pred ne takoavnimi časi so se ljudje pretežno zdravili sami doma. Zdravniki so bili redki in dragi, zdravstvo relativno neobogljeno, zato je vsak dom imel svojo hišno lekarno z domačimi čaji in

mazili, znali so si naravnati kosti, celiti rane, klicati uroke, sosede so druga drugi porodile otroke ... A časi so se spremenili, sedaj je situacija ravno obratna, v urgentnih ambulan tah je polno smrkavih ljudi, ki si ne znajo več ustaviti prehlada, čez dva dni pa gredo na dopust! Želijo ta močne antibiotike!

Zdravniki imamo pri samozdravljenju nekaj več maneverskega prostora, znanje nam omogoča vzročno ukrepanje, a seveda tudi mi hitro trčimo na meje, ko potrebujemo tujo strokovno pomoč. Sam imam že nekaj let v poletnih mesecih kot zakleto različne težave, ki kar kličejo po ustreznih specialistih. Datumska težava je v tem, da so v najbolj vročih mesecih mnogi radi na dopustu. Ko sem letos julija začutil vnetje pod zobom, sem najprej preveril koledar. Do (vplačanega) dopusta sem imel še tri tedne, kar me je navdajalo z optimizmom, da bom do takrat že (samoplačniško) saniran. Zdravnik A je na tajnici pustil sporočilo, da je na dopustu. Zdravnik B se še ni vrnil. Zdravnik C me je pregledal, poslal na slikanje, potem pa se bo do petka odločil. V petek sem poklical sestro, ki me je seznanila, da slike še niso pogledali, da pa so pravkar nastopili kolektivni dopust, ona samo še zaklene vrata. Kaj pa mi sedaj predlagate, sem dahnil v slušalko. Hm, je na videz premišljevala, najbolje, da greste tudi vi na dopust. Sedaj sem spet poklical zdravnika A, ki pa se je premislil in na tajnici pustil novo sporočilo, da bo na dopustu še v avgustu. Zdravnik B, ki se je že vrnil, se mi je javil z glasom svoje sestre. Zdrdral sem svoje težave. Ali imate sliko? Seveda, sem zasijal, celo dve. Pošljite nam takoj sliko, ko bo zdravnik končal poseg, vas pokličemo. Ker sem več telekomunikacije, sem takoj

teleportiral sliko na ustrezen naslov. Ko je zlovešča tišina trajala predolgo, sem spet poklical sestro, ki mi je z vzdihom povedala, da ji je zdravnik pobegnil skozi stranska vrata ... sicer pa naročajo sedaj za oktober. Katerega leta? He, he, se je posmehnila, letos seveda.

Moje vprašanje je bilo utemeljeno in ni bilo mišljeno kot provokacija. V rokah sem imel namreč tudi napotnico za zelo hiter pregled, ki sem jo vnesel v javni sistem. Ker je v vmesnem času predsednik vlade za rešitev čakalnih vrst uporabil splošno teorijo relativnosti, se je čas pregleda lahko poljubno podaljšal, en mesec lahko po novem traja dva meseca ali tri, nujnost pa je že pregovorno relativna. (Poenostavljeno: čas, masa in dolžina niso konstante, ampak se spreminjajo s hitrostjo opazovalca.) Praktično: Če vas boli zob, se gibljete hitro k zobozdravniku, da bi skrajšali čas neugodja. Sistem me je naročil 28. aprila leta gospodovega 2025.

To je bil pouk iz avtonomije, alarm in streznitev. Opremil sem se z več škatlami antibiotikov in analgetikov, saj sem uvidel, da si bom moral v vmesnem času pomagati sam. Do dopusta je bilo samo še nekaj dni in nad menoj so se začeli zgrinjati nevihtni oblaki. V tem primeru ni šlo samo za literarno metaforo, ampak je z zahoda res pridirjala nevihta, odpihnili vse, kar ni bilo pritrjeno, in nato hitro izzvenela nad Pohorjem. Pri obhodu hiše sem na travi zagledal odvečen predmet, težka slemenska opeka je razbita ležala na tleh. To je pomenilo, da je v strehi luknja in da potrebujemo ustreznega mojstra.

Z ženo sva se spomnila na človeka, ki nam je nekoč delal žlebove na strehi. Poklicala sva ga in razložila težavo. Poslušal je in povedal, da trenutno še dela na nekem objektu, potem bo skočil na večerjo in ob sedmih zvečer bo pri nas.

Ob sedmih zvečer je bil pri nas!

Bilo mi je skoraj nerodno, ko je iz avta izstopil ves preznoben in izmučen. Izrekel sem nekaj opravičil in zahval, pokimal je, prislomil lestev in zlezal na vrh strehe, deset metrov v višino, neprivezan. Ponudil sem mu pomoč, vrv, alpinistične pripomočke, a je odklonil. Zamenjal je strešnik, ga zalepil, zložil lestev. Končano.

Končno sva ga posedla za mizo. Od vseh pijač si je postregel z vodo in začel pripovedovati svojo zgodbo. Dela od jutra do večera, kar obljudi, tudi naredi. Vstane ob štirih zjutraj in v posteljo gre ob desetih zvečer, ima kmetijo in obrt. Drži besedo. Nima prostega časa. Dobronamerno sem mu svetoval dopust, kjer bi lahko izklopil pretirano delovno učinkovitost. Ne pomaga, je odmahnil, povsod ga najdejo, na zadnjem dopustu je tri dni popravil streho počitniškega apartmaja, ki je puščala, in obnovil brunarico sosedu.

Da vas ne bo ustavila kakšna bolezen, sem namignil.

- Zlepa ne, je odmahnil, sam se zdravim že več let.

Nagnil se je na stolu in začel naštevati svoje samozdravilne veščine.

Pokazal mi je prste, ki so bili zaradi dela ustrezno grčasti in valoviti. Pred časom je naredil napako v vrstnem redu ukazov. Namesto da bi najprej umaknil roke in nato zavpil vajencu, naj spusti tram, je naredil ravno obratno. Predmet mu je sploščil oba zadnja členka na palcih. Po ustrezno glasnem verbalnem uvodu si je palca zavil v brisačo in počakal, da se je krvavitev ustavila. Potem si je ogledal škodo, palca sta bila sploščena na debelino kartona. Nato ju je zopet omotal v brisačo, vzel kombinirke in ju počasi oblikoval v običajno valjasto tridimenzionalno obliko. Malo je škrtalo, a je šlo. Sedaj je uporabil pravi zavoj in se odpeljal domov. Ponoči mu je začelo ključvati v prstih, kri je pulzirala v rani, spanje se je prekinilo. Odšel je v garažo in v leseno polico nad vzglavjem zavrtal dva lesna kavljja. Okoli zapestja si je ovil izolirni trak, vstavil vrstico in si roki obesil v vertikalni položaj. Delovalo je, ključva-

nje je prenehalo in do jutra je spal z dvignjenima okončinama. Čez nekaj dni je že spet delal.

Če si mizar, nesreča ne počiva. Z vajencem sta izdelovala late in da bi delo šlo hitreje od rok, je odstranil mehansko varovalko, ki je preprečevala vzvratno gibanje obdelovanega lesa. V trenutku nepazljivosti mu je iz stroja kot projektil priletela lata vzvratno in ga zadela v trebuh. Imel je občutek, da ga je prebila. Vajencu je zavpil, da naj pogleda, če mu lata zadaj na hrbtu gleda iz trupa. Če jo vidi, naj vzame motorko in jo odreže ob koži in naj je ne vleče ven na silo! On je povedal, da late ne vidi. Dvignil je srajco. Les ga je zadel točno v simfizo, ki je ustavila gibanje. Malo višje bi bilo usodno ... Naredil je nekaj korakov in ugotovil, da ga skelet še drži. V nekaj urah je nastala na medenici precejšnja oteklina, ki je trikotno izbočila kosti. Hlače je težko zapel. Po nekaj dneh si je popravil obliko telesa. Vzel je leseno kladivo in potolkel kosti v običajni položaj. Lepo se je zaraslo, nima težav.

Molče sva ga poslušala.

Tudi zobe si popravljata sam.

Enkrat se mu je naredil ob zobu velik ognjok. Vzel je olfa nož, zamenjal klino in jo namočil v alkohol. Potem si je pred ogledalom zarezal v bulo in iztisnil gnoj, lepo je tekkel. V zarezo je potisnil še nekaj gaze, da se ni prehitro zaprlo.

Odprl je usta in nama pokazal zobovje, ki je bilo kot arheološko najdišče. Uničene zobe si kar sam izdere. Streslo me je in potipal sem svojo sedmico desno spodaj. Vprašal sem ga, če tudi v ta namen uporablja kombinirke. Pogledal me je začudeno, na internetu si je vendar kupil ustrezne klešče ...

Imel sem občutek, da moram pokazati nekaj strokovnega znanja. Ob desnem ušesu je imel za oreh veliko lojnico, ki je klicala po kirurški rešitvi. Zarsbeli so me prsti, v svoji poklicni karieri sem odstranil mnogo takšnih bulic.

- Ampak za tole bulo, pokazal sem s prstom, boste pa morali k zdravniku.

Pogledal me kot izkušen primarij ošine mladega stažista, ki je spregovoril ob napačnem času.

- Tole bulo, je tehtno zastavil, sem si že dvakrat operiral z olfa nožem, a je že spet zrasla. Tretjič bom bolj temeljit, odstraniti moram tudi tisto belo kožico od znotraj. (!)

Odpil sem nekaj piva in sklenil, da se ne bom več mešal v njegovo obrtniško znanje.

Ker smo zgornji del njegovega telesa že obdelali, je zavihal še hlačnico in nama pokazal koleno. Je nestabilno in včasih ga vrže ven iz sklepa. Takrat ga s pestjo sune nazaj v naravno lego, škrtne in potem običajno tudi obstane.

Za sladkorno pije čajno mešanico.

Izčrpali smo skoraj vsa medicinska področja, mojster je odpil kozarec vode. Čutil sem blago zadoščenje, da sem očitnega kompulzivnega deloholika vsaj za dobro uro posedel in spočil pod orehovo senco. Bila sva dobra poslušalca, plačala sva na roko, nihče ni omenjal računa. Mojster je bil vreden svojega denarja, če bom potreboval ekstrakcijo zoba, bi on lahko bil rezervna rešitev ...

Ko je odšel, sem vizualno preveril gibanje njegovega kolena, zdelo se mi je, da ga vleče ven iz vertikale. Verjetno bo kmalu spet uporabil ročno repozicijo.

Odpeljal se je, ženo sem vprašal, če je srečala že kdaj takšnega posebnega. Pobrskala je po možganih in se spomnila pacienta, ki si je vneto oko pozdravil tako, da je našel doječo mater in si njeno mleko špricnil v obolelo oko. Ideji sem pripisal določeno inventivnost in intuitivnost: kar je dobro za otroka, je dobro tudi za oko, materino mleko je popolna hrana, da o protitelesih ne govorimo. Nehote je tudi etimološko zvezal latinski pojem *inoculatio* s ciljem vbrizgavanja: *in oculus*. Prav tako je povezal pojma *vakcinacija* z zgodovinskim izvorom (*vacca* = krava), krava pa daje mleko ... Krog je sklenjen!

Bralce prosim, da tega članka ne posredujejo predsedniku vlade, sicer bo našel še nekaj rešitev za skrajšanje čakalnih vrst: referendumska

gredica konoplje za osebno uporabo, kirurška samopomoč, sosedska solidarnost, internetno svetovanje ...

Prav tako odsvetujem opisane kirurške ukrepe, uporabo olfa noža in kombinirk.

Navaden prehlad pa bi moral soditi v domačo oskrbo.

Matjaž Lesjak, dr. med.

Mrzlo-vroče-mrzlo kolesarjenje (2024) oz. kolesarjenje na stara leta

Marjan Kordaš

Na svoje zapise o kolesarjenjih (*in vivo* ter na trenažerju) gledam z mešanimi občutki. V bistvu so ti zapisi zame nekakšna kronika (»če ni zapisano, se ni zgodilo«), ni pa nujno, da je za drugega ta kronika tudi zanimiva. In se seveda tolažim, da bralec sam odloča o branju; kaj je zanj branja vredno ali ne.

Po koncu kolesarske sezone 2023 sem brž presedlal na cikloergometer in ga poganjal kot v prejšnjih letih, 3-krat ali vsaj 2-krat na teden. Posamezna seja (na dan) je tudi letos zajemala dva ciklusa: stopenjsko obremenitev 14 min (skupaj približno 123 MET-min) ter konstantno obremenitev 10 min (skupaj približno 73 MET-min). Sredi decembra 2023 me je pa v posteljo položil covid-19 in tako se je moja cikloergometrična kondicija sesula. Zaradi hkratne inapetence je moja teža padla pod 72 kg in s hrano sem se moral dobesedno posiljevati. Trajalo je približno en mesec, da sem sredi januarja 2024 med stopenjsko cikloergometrijo dosegel prejšnjo kondicijo (zadnja stopnja 180 W, 3 min). A veselje je bilo kratko. V februarju se me je spet lotila kar zoprna viroza (morda celo spet covid-19?) in zgodba s padcem kondicije ter inapetenco se je ponovila. Vrh tega tokrat čudno nihanje utripa po zaključku cikloergometrije. Stanje se je nekoliko popravilo šele v začetku marca 2024. Vendar tako, da sem zadnjo stopnjo cikloergometrije (180 W) zdržal ne 3, temveč le 2 minuti! Napor med obema ciklusoma je bil tako približno 113 MET-min oz.

74 MET-min!! Stanje je bilo konstantno do začetka kolesarjenja *in vivo* v začetku aprila ter tudi med občasnimi meritvami v juniju in juliju 2024.

Uro Suunto 9 zdaj uporabljam že dobri dve leti. Za merjenje utripa in povprečnega utripa je zanesljiva ter kar precizna in točna. Za merjenje porabe energije pa je Suunto 9 po moji presoji praktično neuporabna. Neto porabljena energija, izmerjena s trenažerjem, se ne ujema s tisto, ki jo izmeri Suunto 9. Še celo ne z nadrobno, ki jih kaže slika 2.

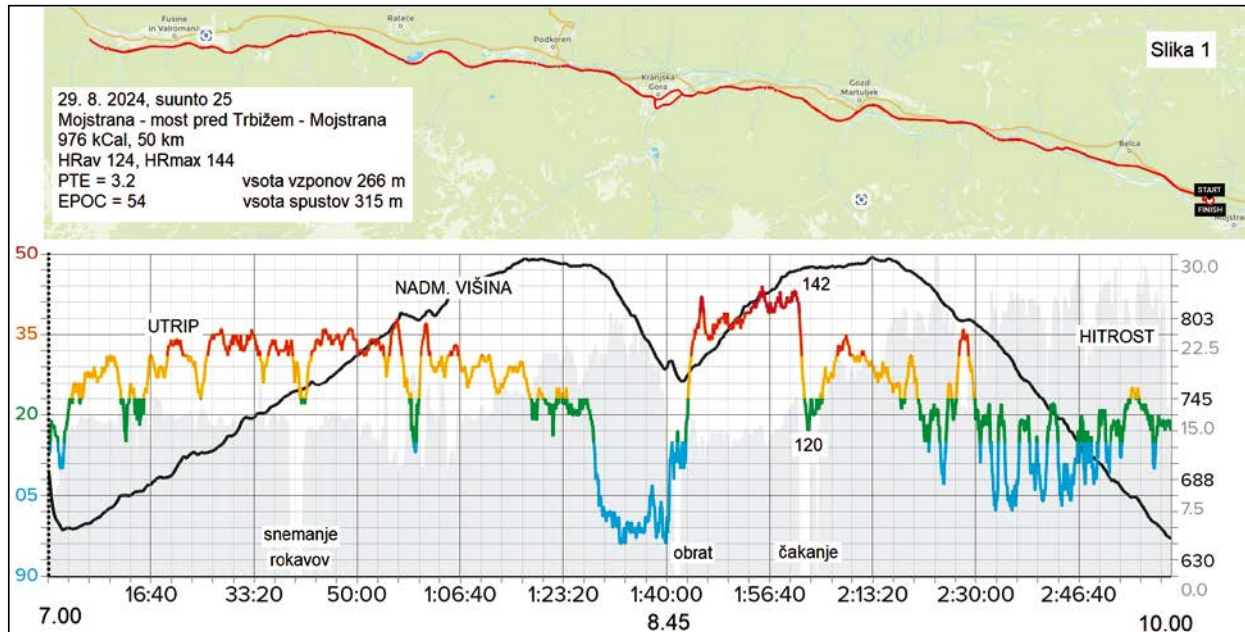
Kolesarjenje s slike 1 sva z Nejko letos ponovila večkrat. Glede na razmere (npr. nasprotni veter, različna hitrost kolesarjenja itn.) sva vsakokrat porabila približno 3 ure; poraba energije (bruto? neto?) pa je bila 970–1126 kCal.

Značilnost letošnjega kolesarjenja sta bili dve skrajnosti: ali mraz ali vročina! Zaradi prezebanja oz. nezno-sne vročine sva z Nejko večinoma prekolesarila 44 km, nekajkrat pa tudi po 50 km v enem kosu. Če se prav spomnim, nama je le dvakrat uspelo, da sva v enem tednu kolesarila 3-krat, tj. 120 km ali celo 150 km/teden. In med vročinskima valovoma sva vstajala morilsko zgodaj: ob 5.00 ali najpozneje ob 5.30. Tako sva se večinoma izognila ne le vročini, temveč tudi množicam nediscipliniranih turističnih kolesarjev. Do preskoka iz pasje vročine v skoraj zimski mrz v začetku septembra 2024 sva nabrala 1.380 km. Dokaj klavarno, a boljše kot nič, mar ne? Na sliki 1 so podatki s kolesarjenja 50 km (proga, utrip, nadmorska višina, hitrost, pora-

ba energije itn.). Komur se zdi, lahko podatke kritično pretehta ter si kritično ogleda razliko med vsoto vzponov in spustov.

Sredi kolesarske sezone, tj. med najhujšo vročino, sem bil naročen na zdravniški pregled za podaljšanje vozniškega dovoljenja. A svoji zdravstveni dokumentaciji sem priložil tudi nekaj letošnjih grafov s kolesarjenja in cikloergometrije. Tudi sklenil, da bom v svojo začetno anamnezo vključil objektivno komentiranje svojih kolesarskih dosežkov. Da na cikloergometru še vedno dosegem moč 180 W ob utripu približno 150/min. Da je kolesarjenje koristno za kondicijo ter vrh tega tudi za ravnotežje ter hitrost odzivanja ob srečevanju s kolesarskimi divjaki. Zaradi varčevanja s prostorom in varovanja osebnih podatkov ter zdravnikove poklicne etike bom nadrobno zamolčal. Naj zapišem le, da je bila zdravnica nadvse ljubezna in da sva se prijetno pogovarjala. Na poti domov sem potrdilo, da je moje vozniško dovoljenje podaljšano za dve leti, nosil na svojem srcu in bil srečen skoraj tako kot ob svojem prvem poljubu, ki sem ga v rosi mladosti dobrih 18 let dahnil na ustnice ljubljene deklice – in žal nikamor drugam ...

Tudi branje knjig je bilo letos uspešno. Ko pišem to besedilo, je za menoj približno 30 prebranih knjig. Tudi nekaj recenzij za našo revijo. Obžalujem le, da mi ni uspelo napisati recenzije o neznansko zanimivi trilogiji (v nemščini) o življenju neke nemške židovske družine, ki je leta 1933 pred Hitlerjem zbežala v Franci-



jo. Nato med drugo svetovno vojno v Anglijo. In je končno v šestdesetih letih nihala med Nemčijo in Anglijo. Zgodba, kako človek pade iz blaginje v revščino. Kako na dolgotrajni poti iz revščine v ponovno blaginjo spremeni in končno spremeni svojo identiteto. Najbolj zahtevni pa sta bili dve knjigi japonskega pisatelja Harukija Murakamija, ki sem ju prebral v nemškem in slovenskem prevodu. Da je človek, ki ne razvije svoje identitete, dobesedno *per se* obsojen na životarjenje. In če se srečata ženska in moški brez razvite identitete, se medsebojno uničita.

Med dosežke letošnjega kolesarjenja štejem tudi nadgradnjo zgodbe (iz fiziologije napora), ki se je začela že pred leti. Takole (slika 2):

Ko sem prvič *peš* izračunaval porabo (MET) za svojo težo ter za moč med stopenjsko cikloergometrijo, je

bila v grafu pričakovana linearna medsebojna odvisnost. Vendar: ekstrapolirana premica se je pri 0 W z ordinatno osjo sekala ne pri 1 MET, temveč pri 2 MET!!! Ta značilnost (napaka?) se je redno kazala v vseh grafih, pri katerih sem spreminjal težo navzgor do 100 kg ali navzdol do 40 kg. Po dolgem tuhtanju sem sicer našel odgovor, o pravilnosti sem pa dolgo dvomil. Na srečo sem kmalu potem na spletu našel *Cycle Ergometer Metabolic Calculator*, s katerim je mogoče izračunati *bruto* (»gross«) oz. *neto* (»nett«) porabo – tudi pri moči 0 W. Se pravi: kolesarjenje, cikloergometrijo, branje knjig, pisanje recenzij za našo *Isis* štejem za dejavnike, ki vzdržujejo in kažejo moje psihofizično stanje oz. kondicijo.

»In kaj naj zdaj počnem s to zgodbo, saj v njej in v slikah ni nič novega?« utegne vprašati bralec.

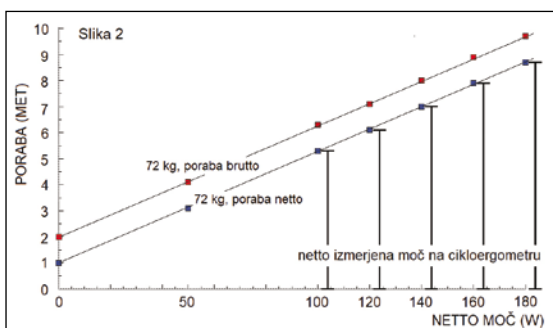
Dobro vprašanje. Bralcu ne znam odgovoriti. Znam pa odgovoriti sebi:

Zgodba zgoraj je pravzaprav opis intrinzične motivacije. Nujnost, svojo telesno dejavnost (kot tudi vse ostale dejavnosti) dokumentirati. Dokumentirati kljub dejstvu, da se zmogljivost s starostjo zmanjšuje. In ne znam opisati svoje zagnanosti ob risanju grafa na sliki 2. Ker nisem imel pri roki milimetskega papirja, sem

najprej preizkusil, ali znam na računalniškem zaslonu narediti dober nadomestek. Enako kot v mojih gimnazijskih časih, ko smo računali samo s papirjem, svinčnikom in trikotnikom ter morebiti knjižico logaritmov in trigonometričnih funkcij ...

Da, motivacija. Če sliki 1 in 2 primerjam z že prej objavljenimi slikami o cikloergometriji, je jasno, da so podatki s cikloergometrije (neto moč, neto poraba energije) precizni (ponovljivi), podatki s kolesarjenj (bruto moč, bruto poraba energije) pa približni ali celo zavajajoči. Jasno je tudi, da je cikloergometrija koristna za trening, kolesarjenje pa za porabo kalorij (oz. v naših razmerah za izogibanje debelosti). Novost in hkrati spodbuda pa utegne biti – za bralca – slika 1, da oceni faktor, za koliko se poveča bruto energije med kolesarjenjem. Ali da se kar sam s kolesom odpravi na to progo. In še boljše spodbuda utegne biti slika 2: za vajo na sebi narediti obremenitveni test in ga ovrednotiti! Kar dobro pokaže, kaj in kje človek je – ali ni!

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



O starih šolah in vratarjih v družinski medicini

Jana Govc Eržen

Gospa Slavka Sterle me je z elektronskim sporočilom prijazno opomnila, da je po letu dni ponovno napočil čas, da kot članica Uredniškega odbora Isis opravi svojo dolžnost in napišem prispevek za Zavodnik. Priznati moram, da sem imela tokrat največ težav z odločitvijo, o čem naj pišem.

Lahko bi pisala o prijetnih in tudi zelo neprijetnih izkušnjah, ki sem jih doživljala pri izvajanju strokovnih nadzorov pri kolegih v ambulantah družinske medicine, in o vtisih, ki jih odnesem s takšnih obiskov. Vtisi so namreč zelo različni. V nekaterih ambulantah te sprejmejo s pozitivnimi pričakovanji in pripravljenostjo sprejeti strokovne nasvete, kako izboljšati delo v dobro pacientov. V kakšni drugi ambulanti pa so žaljivi, grozijo s tožbami, so prepričani, da so odlični, ker uporabljajo sodobne pristope pri komunikaciji s pacienti. Pri tem pa pozabljajo, kako pomembno je, da zdravnik bolnika vidi, se z njim osebno pogovori, ga pregleda, mu svetuje. In če jih na to opozoriš, te ožigosajo za zdravnika »stare šole«.

Lahko bi pisala o svojem ambulantnem delu, ki vsak dan prinaša nove izzive, nove obremenitve, nove odgovornosti. Naši bolniki želijo prevečkrat urediti svoje zdravstvene težave preko elektronske pošte. Ta način komuniciranja z zdravnikom je najbolj priljubljen pri generaciji Jaz oz. Y (milenijci). Naj navedem primer takšnega dopisovanja, da bo bralcu bolj jasno, o čem govorim: »Zdravnik, ki me je obravnaval v Ljubljani, mi je rekel naj še zahtevam magnetno resonanco, tako kot mi je že fizioterapevt predlagal, to se že sedaj vleče kar nekaj časa, glede na to da so mi in zdravnik in terapevt rekli za magnetno resonanco, bi lepo prosil za napotnico, kajti ne morem več čakati, ker se enostavno že 4 mesece ne morem normalno ukvarjat z športi in raznimi ostalimi deli, in enostavno se zaradi tega ne počutim v redu. Hvala!« Prof. dr. Ihan je pred kratkim v svoji kolumni zapisal, da je družinski zdravnik še edini »vratar«, ki z napotnicami lahko vsaj formalno filtrira neskončna pričakovanja do zdravstvenih storitev na tista, ki so racionalna v okviru danosti našega javnega sistema. Pa če se še tako zelo trudimo biti odlični »vratarji«, se vedno najde kakšen prodoren igralec, ki ga bolnik sreča na svoji samoplačniški poti do zdravstvenih storitev, ki nam zabije gol.

Lahko bi pisala o sodelovanju s kolegi na sekundarni ravni, ki bolnikom prepogosto naročijo, kaj vse mora (namesto njih) opraviti zdravnik družinske medicine.

Kolega endokrinolog je v zaključku izvida zapisal:

»Naredite dodatne izvide: skupni in ionizirani Ca, PTH, LH, skupni in prosti testosteron, aldosteron, aktivnost renina v plazmi. Naredite supresijski test nadledvične žleze, Doppler ledvičnih arterij. Izvide pošljite na mail.« Kljub temu da na napotnicah ni več obsega pooblastil in da ima napotni zdravnik na podlagi izdane napotnice vsa pooblastila za izvedbo zdravstvenih storitev s svojega strokovnega področja, se kar prepogosto dogaja, da kolegi narekujejo zdravnikom družinske medicine dodatne preiskave.

Želela bi pisati o tem, kako so odločevalci uredili učinkovit zdravstveni sistem, ki zagotavlja pravično, dostopno in solidarno zdravstveno varstvo. Pa tudi o tem, da ima v tem zdravstvenem sistemu vsaka oseba svojega izbranega osebnega zdravnika, ki je razbremenjen administrativnih obremenitev in je dostojno nagrajen za zahtevno delo, ki ga opravlja. Želela bi pisati o sprejemljivih čakalnih dobah na specialistične preglede, kar bi zdravnikom družinske medicine omogočilo strokovno in učinkovito obravnavo pacientov. Morda čez eno leto?

Ker se leto izteka in prihaja čas dobrih mož, prijaznosti, topline in dobrih želja, bi srčno želela optimistično zaključiti leto, ki se izteka. Zato vam ob koncu leta podarjam Kolednico pesnice Bine Štampe Žmavc, ki pravi:

Leto osulo je koledar,
sneg gole veje odeva,
čas, skrivnostni vladar,
v polnoč minute odšteva.

Staro bo leto odšlo,
s tisoči željami sreče,
skozi čarobno nebo
novo se leto leskeče.



The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is €64.90. A single issue costs €5.90.

The tax is included in the price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles.

Print run: 9,550 copies.

The journal is named after Isis, an Egyptian goddess. Legends say that she had healing powers, that her power extended throughout the world, and that each person is a drop of her blood. She was considered to be the founder of medicine. Her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people.

The President of the Medical Chamber

Prof. dr. **Bojana Beovič**, dr. med., spec.

The Vice-presidents of the Medical Chamber

Rok Ravnikar, dr. med., spec.

The President of the Assembly

Tanja Petkovič, dr. med., spec.

The Vice-president of the Assembly

Lučka Selič, dr. dent. med.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The President of the Educational Council

Izr. prof. dr. **Nataša Bratina**, dr. med., spec.

The President of the Professional Medical Committee

Prof. dr. **Sebastjan Bevc**, dr. med., spec.

The President of the Primary Health Care Committee

Rok Ravnikar, dr. med., spec.

The President of the Hospital Health Care Committee

Boštjan Kersnič, dr. med., spec.

The President of the Dentistry Health Care Committee

The President of the Legal-ethical Committee

Peter Golob, dr. med., spec.

The President of the Social-economic Committee

Mag. **Marko Bitenc**, dr. med., spec.

The President of the Private Practice Committee

Miha Lukač, dr. med., spec.

The Secretary General

Tina Šapec, univ. dipl. prav.

Head of Legal Department

Peter Renčel, univ. dipl. prav.

Head of Finance and Accounting Department

Mag. **Nevenka Novak Zalar**, univ. dipl. ekon.

Head of Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, univ. dipl. ekon.

Head of Postgraduate Medical Training

Tina Šapec, univ. dipl. prav.

Head of Basic Postgraduate Medical Training, Licensing and Registry Department

Barbara Galuf Zajc, univ. dipl. prav.

Head of Public Relations Department

Urška Šestan, univ. dipl. prav.

Head of Congress Activities

Andreja Stepišnik, univ. dipl. upr. org.

Head of IT Department

Maja Horvat, mag. posl. inf.

Head of Member Personal Support Service and Mediation Office

Vesna Habe Pranjič, univ. dipl. prav.

Head of General Affairs Department/Head Office

Katja Martinc



The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have direct contact with patients. The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending, and revoking doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring, and supervising) the secondments of the two-year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings, and other types of professional medical development.
- Professionally auditing and appraising each doctor practising in Slovenia.
- Participating in the preparation of regulations, planning, and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in negotiation on the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and concluding them on behalf of private doctors as employees, thereby enhancing the value of medical professionals' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find a job.
- Assisting members to find suitable temporary replacements during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising cultural, sporting, and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free, permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the Medical Chamber charter.



ZGODBE PRECIZNOSTI

Naj se vam med temi prazniki, čas prikloni z OMEGA Aqua Terra 38mm iz nerjavečega jekla. Ta Master Chronometer, ki ga poganja naš hišni mehanizem Co-Axial Calibre 8800, je certificirana mojstrovina. Odkrijte nov standard odličnosti in pustite, da se praznovanja odvijajo na vašem zapestju. Časa ne morete kupiti, lahko pa podarite natančnost.


OMEGA

slowatch

LJUBLJANA-MARIBOR