AKATUALNO: USTANOVITEV SEKCIJE ZA RAKA PLJUČ PRI DRUŠTVU ONKOLOŠKIH BOLNIKOV **2** | **INTERVJU:** ZA DOSTOJANSTVO IN USTVARJALNOST NA DELOVNEM MESTU – PROF. DR. METODA DODIČ FIKFAK **15** | **S PODSTREHE:** OD SAMOKOLNICE DO INVALIDSKEGA VOZIČKA **28** | **OBISKALI SMO:** ŠTUDIJSKI OBISK UNIVERZE V SOUTHAMPTONU **33**

GLASILO UNIVERZITETNE KLINIKE ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK

14/4
december 2014

Pljučnik

ISSN 1580-7223

Vsebina

UVODNIK

Prihaja nova petletka 1

AKTUALNO

Ustanovitev Sekcije za raka pljuč pri Društvu onkoloških bolnikov 2 Moja srečanja z ljudmi ali o raku ne moremo govoriti mimogrede 4 Uporabljajte naša službena avtomobila 6 Avgust Rebič, zastopnik pacientovih pravic na Gorenjskem 7 Golniški simpozij 2014 8 Paliativna oskrba: vnaprejšnje načrtovanje oskrbe v praksi 11 Prva podelitev priznanj za »naj mentorja« na Fakulteti za zdravstvo Jesenice 13 Zanimivo o eboli 14

INTERVJU

INTERVJU: ZA dostojanstvo in ustvarjalnost na delovnem mestu 15

STROKOVNO

KOTIČEK KAKOVOSTI: Medijske objave o Kliniki Golnik (september-november 2014) 20 Brihtne glave – koristni predlogi 20
KOTIČEK ZA KOMUNIKACIJO: O pozdravljanju 20
KOTIČEK ZA RAZVOJ LJUDI PRI DELU: Presoja po standardu Investors in People (Vlagatelji v ljudi) 22
PREHRANSKI KOTIČEK: Kaj izbrati in kako brati deklaracije na izdelkih 24
KOTIČEK ZA RAVNOVESJE: Mmm, diši … po začimbah! 26
S PODSTREHE: Od samokolnice do invalidskega vozička 28
OBISKALI SMO: Lizbona: svetovni psihoonkološki kongres 29 V Rimu o tuberkulozi 32 Študijski obisk Univerze v Southamptonu 33
STROKA V VSAKODNEVNEM DELU: NA PREPIHU – Dan odprtih vrat Laboratorija za klinično biokemijo in hematologijo 36

GOLNIK SMO LJUDJE

DOLGOLETNI GOLNIČAN: Biokemija mi je usojena 38
KADROVSKI UTRIP: Prihodi in odhodi sodelavcev 39
ČISTO NAVADEN DELOVNI DAN: Pogrejem se z zelenim čajem 40
NOVI OBRAZI: Marsel Bratuša 41
REFLEKSIJA: Pripravljalnica na upokojitev 42 Povabilo Uredniškega odbora k sodelovanju 42 Fotografije za sprostitev 42
KO ZAPREM GOLNIŠKA VRATA: Lilijana Sever 43
GOLNIČAN V PROSTEM ČASU: Moj hobi: ustvarjanje 44

ODDIH

ZDRAVILNI ZVARKI: Ingver 45
MIRA KUHA: Praznični božično-novoletni čas 46
DRUŽABNA KRONIKA: Delitev dobre laboratorijske prakse – tokrat malo drugače 47 Noč čarovnic 48 Pajek sreče za Marto 48 Gorenjci na Ljubljanskem maratonu 48 Martinovanje naših upokojencev 49
KNJIŽNI NAMIG: Nočni vlak v Lizbono, Divja 50
KAM NA IZLET: Logarska dolina 50
ODRASLI ŽIV-ŽAV: Pljučnikovo razvedrilo 52

Fotografija na naslovnici: Delavke čistilnega servisa izvajajo generalno čiščenje telovadnice, ki obsega čiščenje vseh površin, odstranjevanje starega premaza s tal in nanos novega. Premaz je treba natančno nanesti po celotni površini tal dvakrat zapored. Slika prikazuje zadnjo fazo čiščenja, in sicer poliranje tal. Pri tem s strojem za poliranje tal utrdimo premaz, povečamo njegovo obstojnost in mu damo lesk.
Foto: N. Karakaš

klinika GOLNIK
UNIVERZITETNA KLINIKA ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK

Glavna urednica: Jana Bogdanovski **Odgovorni urednik:** Matjaž Fležar **Tehnična urednica:** Anja Blažun **Uredniški odbor:** Nina Karakaš, Nikolina Rozman, Anja Simonič, Mira Šilar, Janez Toni, Katja Vrankar, Judita Žalik **Oblikovanje:** Maja Rebov **Lektoriranje:** Jasna Zupan **Tisk:** Pro grafika d.o.o. **Naslov uredništva:** Klinika Golnik, Golnik 36, 4204 Golnik, **E-naslov:** pljucnik@klinika-golnik.si **Naklada:** 700 izvodov, ISSN 1580-7223.

Vse pravice pridržane. Ponatis celote ali posameznih delov dovoljen samo s pisnim privoljenjem.

Prihaja nova petletka

Naše letošnje novoletno voščilo je oblikovala Barbara Kejžar.

Oglasno sporočilo

Iščejo se:

- en električar, da priključi stik med ljudmi;
- en okulist, da popravi pogled na svet;
- en umetnik, da nariše nasmeh na vsak obraz;
- en zidar, da bo zgradil zid miru;
- en vrtnar, da bo posadil lepe misli in prijetna razpoloženja;
- en učitelj matematike, da nas bo naučil računati drug na drugega;
- en učitelj slovenščine, da nas bo naučil povedati si kaj lepega.

Začeli so se letni pogovori v oddelkih, kjer ne govorimo samo o načrtu nabav, ampak o celotnem delovanju oddelkov in strategiji razvoja v naslednji petletki. Vesel sem, da pri tem sodelujete. Klinika bo pač taka, kot jo bomo naredili ljudje. Še vedno je najbolj pereča kadrovska situacija na področju zdravstvene nege. Med bolj aktualnimi pa povračila potnih stroškov za nazaj.

Kakor koli že, odločili smo se, da letos ne bo novoletne zabave celotne klinike. Spodbujamo pa vas, da tako ali drugače celoten oddelek ali enota na skupnem sestanku ob koncu leta povzame dogodke v preteklem letu in razmišlja vnaprej.

Prav je tudi, da si vsaj enkrat na leto vzamete čas in ne govorite samo o službi in se srečujete samo v službenem okolju. Konec koncev več kot tretjino življenja preživimo v službi in nehote drobce doživljanja v službi nosimo domov. In obratno – smo veseli, če nekdo v službi prisluhne, kaj se nam dogaja doma. Predvsem pa si vzemimo nekaj več časa zase, bodimo optimistični in glejmo naprej ter za trenutek pozabimo na vsakodnevne izzive na svojih deloviščih.

Mirne in zadovoljne božične praznike vam želim ter veliko uspeha in osebnega zadovoljstva v prihajajočem letu.

MATJAŽ FLEŽAR

Družini prijazno podjetje

INTERNATIONAL ACCREDITATION

SI Q ISO 9001 Q-850

INVESTORS IN PEOPLE

Ustanovitev Sekcije za raka pljuč pri Društvu onkoloških bolnikov

V Sloveniji je prišlo do pobude o oblikovanju širše civilne iniciative, ki bo družbo ozaveščala o preprečevanju in obvladovanju raka pljuč in izboljšala oskrbo bolnikov s pljučnim rakom pri nas.

TANJA ČUFER, ANJA SIMONIČ

November – svetovni mesec ozaveščanja o raku pljuč
»Ne zasenči svoje usode!«

VABILO

Društvo onkoloških bolnikov Slovenije vabi vse,
ki ste se srečali z boleznijo rak pljuč osebno ali pri svojem strokovnem delu, na

ustanovno srečanje
SEKCIJE ZA RAKA PLJUČ
in na
okrogło mizo:
MITI IN DEJSTVA O RAKU PLJUČ

v ponedeljek, 3. novembra 2014 ob 11. uri
v Jakopičevi dvorani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
Miklošičeva cesta 24, Ljubljana.

V razpravi bodo sodelovali:
prof. dr. Marjut Zwitter, dr. med., Onkološki inštitut, prof. dr. Tanja Čufer, dr. med.,
le dr. Anja Simonič, univ. dipl. psih., Klinika Golnik, prof. dr. Anton Crnjac, dr. med.,
UKC Maribor, in bolniki.

Prisrčno dobrodošli!

Vstop je prost, prijave niso potrebne.
Za več informacij smo vam na društvu z veseljem na voljo:

Pljučni rak je tako pri nas kot tudi po svetu ena izmed najpogostejših vrst raka. V Sloveniji vsako leto na novo zboli okrog 1300 ljudi. Pljučni rak je glavni vzrok smrti zaradi raka tako v svetu kot pri nas. Glavni vzrok raka pljuč je kajenje in kljub protikadilskemu zakonu vse preveč, zlasti mladih ljudi, še vedno kadi. Bolezen je pogosto odkrita v napredovali fazi, od prvih težav do napotitve na diagnostične preiskave traja predolgo. Preživetja bolnikov z rakom pljuč se zadnja leta izboljšujejo, vendar so za to potrebna sprotna uvajanja novih načinov diagnostike in zdravljenja te bolezni. Bolniki s pljučnim rakom veljajo med bolniki z rakom za skupino, ki je najpogosteje v duševni stiski.

Pod okriljem Društva onkoloških bolnikov Slovenije se je na pobudo prof. dr. **Tanje Čufer** iz Klinike Golnik in prof. dr. **Matjaža Zwittra** iz Onkološkega inštituta ob začetku letošnje jeseni oblikovala iniciativna skupina strokovnjakov, ki se ob svojem delu srečujejo z bolniki s pljučnim rakom. V začetku novembra, ki je namenjen ozaveščanju o raku pljuč, pa je bila pod okriljem Društva onkoloških bolnikov ustanovljena Sekcija za raka pljuč. Ustanovitev sekcije predstavlja prvi korak k temu, da bi bolniki s pljučnim rakom in njihovi bližnji postali skupaj z zdravstvenimi delavci enakopravnejši sogovorniki oziroma sooblikovalci programov, namenjenih celostni in kakovostni oskrbi bolnikov s pljučnim rakom.

Na ustanovitvenem srečanju je predsednica Društva onkoloških bolnikov Slovenije dr. **Marija Vegelj Pirc** kot ključni namen nove sekcije izpostavila učinkovitejše obvladovanje pljučnega raka ter povezovanje strokovnjakov s področja raka pljuč z združenji bolnikov, ki doma in po svetu delujejo na področju preventive, ozaveščanja in organizirane samopomoči.

Z namenom ozaveščanja širše javnosti o tej bolezni je ob ustanovitvi potekala okrogla miza z naslovom »Miti in dejstva o raku pljuč«, o čemer so razpravljali trije zdravniki: doc. dr. **Viljem Kovač** iz Onkološkega inštituta v Ljubljani, prof. dr. Tanja Čufer iz naše bolnišnice ter prof. dr. **Anton Crnjac** iz Univerzitetnega kliničnega centra v Mariboru, golniška klinična psihologinja dr. **Anja Simonič**, iz vrst bolnikov pa naša bolnica gospa **Živka Škrabar**. Strokovnjaki so osvetlili predvsem naslednje teme: preventiva pri raku pljuč tako v smislu opuščanja kajenja kot zgodnjega odkrivanja bolezni, aktualni napredki na področju zdravljenja te bolezni, stigmatiziranost teh bolnikov zaradi povezanosti razvoja pljučnega raka s kajenjem, težave in stiske bolnikov pri od-

ločanju za komplementarne načine zdravljenja. Opozorili so na ključne pomanjkljivosti, zaradi katerih bolniki s pljučnim rakom niso deležni optimalne celostne obravnave, ter poudarili pomembnost povezovanja in skupnega delovanja splošne in strokovne javnosti v procesu obravnave raka pljuč. Gospa Škrabar, ki je odkrito povedala o svoji lastni izkušnji bolezni, je izpostavila predvsem zaplete ter zaostanke pri odkrivanju svoje bolezni. Na srečanju so bili predstavniki številnih društev bolnikov in drugih profesionalnih združenj, ki so v razpravi izrazili pripravljenost za povezovanje z novoustanovljeno sekcijo na področju ozaveščanja in izobraževanja o preprečevanju in celostni oskrbi raka pljuč. V koordinacijskem odboru Sekcije za raka pljuč so trenutno trije golničani: poleg predsednice sekcije prof. Tanje Čufer tudi Peter Koren, diplomirani zdravstvenik, in klinična psihologinja Anja Simonič, ki bodo pri svojem delu pri sekciji izhajali iz svojega profesionalnega znanja in neposrednih kliničnih izkušenj ob delu z bolniki s pljučnim rakom in njihovimi svojci. Za zdaj imamo v koordinacijskem odboru dva bolnika. Naša največja želja pa je, da jih v delo sekcije pritegnemo kar največ. Bolniki z rakom pljuč so starejši ljudje s številnimi obolenji, pogosto v duševni stiski in težje spregovorijo o svoji bolezni. Spodbudne so bile besede predstavnice Europe Donne Mojce Senčar, ki je predstavila zavidanja vredne dosežke civilne družbe pri obvladovanju raka dojk in spodbudila tudi bolnike z rakom pljuč k sodelovanju v sekciji in civilnih pobudah na področju oskrbe raka pljuč.

Vse sodelavce v naši kliniki vljudno vabimo k sodelovanju pri delu sekcije. Predvsem pa bomo veseli, če boste o sekciji obvestili bolnike, njihove svojce in vse ljudi, ki želijo aktivno delovati na področju ozaveščanja o raku pljuč. Več podrobnosti o delu sekcije in Društva onkoloških bolnikov in tudi pristopnice najdete na spletnih straneh društva (www.onkologija.org). ■

To so o poslanstvu in željah glede dela novoustanovljene sekcije povedali bolnica s pljučnim rakom in golniški sodelavci, ki delajo z bolniki s pljučnim rakom:

Gospa Zdenka Šumej, bolnica:
»Želela bi si biti bolje ozaveščena o tem, kaj mi kot bolnici s pljučnim rakom pripada v smislu pravic oziroma zdravljenja. Želela bi si tudi več informacij o tem, katere oblike alternativnega zdravljenja so primerne in katere ne, saj si ob vseh informacijah, ki jih dobiš, zbegan, pa tudi vprašati si ne upaš strokovnjakov o tem. Dobrodošla bi bila predavanja ali kaj podobnega, kjer se lahko poučiš o bolezni in zdravljenju ali strokovnjake vprašaš, kar te zanima, pa tudi srečanja, kjer lahko slišiš izkušnje drugih bolnikov s pljučnim rakom.«

Katja Mohorčič, dr. med.:
»Upam, da bo novoustanovljena sekcija s svojimi aktivnostmi pripomogla k zgodnejši prepoznavi, tako s strani bolnikov kot s strani zdravnikov, simptomov pljučnega raka, k čim hitrejšem oblikovanju državnega programa za presejanje rizičnih bolnikov in k promociji nekajenja, kar bi najbolj pripomoglo k zmanjšanju pojavnosti te hude bolezni.«

Nataša Žižmond, dipl. med. ses.:
»Novoustanovljena sekcija bo zagotovo lahko prispevala k zmanjšanju stigmatizacije bolnikov s pljučnim rakom in jim nudila vsestransko podporo pri soočanju s to boleznijo. Tudi vpliv na zdravstveno politiko, ki odloča o novih zdravilih oziroma načinih zdravljenja, ne bo zanemarljiv. Sekcija bo lahko pripomogla k boljši oskrbi bolnikov in organizaciji zdravstvene službe na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti.«

Peter Koren, dipl. zdr.:
»Večkrat zaznam, da se pacienti, ko izvedo za diagnozo pljučnega raka, zaprejo vase, se obtožujejo in celo sramujejo svoje bolezni. In v tej bolečini so večkrat čisto sami. Menim, da se bodo znotraj Sekcije bolnikov s pljučnim rakom našli posamezniki prostovoljci, ki bodo pripravljeni svojo pozitivno izkušnjo, morda s podobno boleznijo, deliti s temi pacienti, jih tolažiti, spodbujati …«

Cilji Sekcije za raka pljuč pri Društvu onkoloških bolnikov Slovenije:

- ozaveščati bolnike in javnost (strokovno in laično) o problematiki raka pljuč;
- zahtevati enako dostopnost do optimalnega zdravljenja raka pljuč ter celostne obravnave bolnikov od procesa diagnostike in zdravljenja do rehabilitacije in paliativne oskrbe;
- pomagati pri organizaciji strokovnega in znanstvenega dela s področja raka pljuč;
- prispevati k celostni rehabilitaciji s spodbujanjem in vključevanjem bolnikov z rakom pljuč v programe samopomoči;
- pospeševati širjenje in izmenjavo novih informacij o raku pljuč ter krepiti zavedanje o pomembnosti zgodnjega odkrivanju bolezni;
- sodelovati z organizacijami in institucijami, ki se ukvarjajo z rakom pljuč;
- pospeševati širjenje informacij o škodljivosti kajenja in izpostavljenosti drugim škodljivim vplivom okolja in aktivno sodelovati pri preventivnih programih.

Moja srečanja z ljudmi ali o raku ne moremo govoriti mimogrede

OLGA PALČIČ

Na soočenje z diagnozo raka nikoli ne moremo biti zares pripravljeni. Vstop resne bolezni neizogibno zamaje tla pod nogami tako osebi, ki zboli, kot njenim najbližjim: družini in prijateljem. Ne glede na izkušnje zdravstvenih delavcev pri sporočanju slabih novic o bolezni je pogovor o diagnozi in prognozi raka pogosto težak tudi zanje. Vsak bolnik in njegova družina potrebujeta ob soočenju z rakastim obolenjem kakovostno zdravstveno obravnavo in širšo pomoč in podporo ne samo zdravstvenih delavcev, temveč v prvi vrsti družine in prijateljev. V spodnjem prispevku naša bolnica, gospa Olga Palčič, z nami brez olepševanja podeli svoje izkušnje in doživljanje ob srečanjih z znanci, prijatelji, mimoidočimi, ki so z njo izmenjali nekaj besed o svoji bolezni in zdravljenju. Izpostavi tiste z grenkim priokusom, ki zabolijo in niso v pomoč ter podporo, obenem pa nas spomni, kako ljudje potrebujemo prijatelje ter njihovo podporo in spodbudo, še posebej takrat ko zbolimo. Posredno pa s svojo izpovedjo spomni nas, zdravstvene delavce, na izjemno pomembno vlogo sočutnega komuniciranja in pristnega odnosa z bolniki in njihovimi bližnjimi.

ANJA SIMONIČ

Pred 20 leti sem zbolela za rakom dojke; 17 let sem bila aktivno vključena v skupino za samopomoč, letos pa sem ponovno zbolela in se zdravim v Kliniki Golnik.

Veliko premišljujem o prijateljih in spoznavam, da so le nekateri naravno sprejeli mojo bolezen. Marsikdo pa ne ve, kako bi se obnašal in se raje obrne proč, kot da bi me srečal, ali je v zadregi, ker ne ve, kaj naj bi rekel. Nekateri se sploh ne zavedajo, da s svojimi nepremišljenimi besedami prizadenejo in ranijo, v meni spodbudijo težke misli ali celo depresijo, pogosto spremljevalko, ki je dodaten velik problem za bolnika. Naj navedem nekaj primerov.

Srečanje na ulici

- *Te lahko nekaj vprašam?*
- *Da.*
- *Si bila v bolnišnici?*
- *Da.*
- *Si bila operirana?*
- *Da.*
- *Ali so ti operirali raka?*
- *Da, raka.*
- *Kaj te ni sram?*

Sprašujem se, kdo ve, zakaj takšen odziv? Zaradi nevednosti ali strahu, da ne bi sama zbolela? Ali je v zadregi, ker ima o raku napačne informacije? Pa si rečem: *Saj ga nisem kupila!* Ampak slab občutek ostane.

Srečanje z nekdanjo bolnico

- *Joj, kako si shujšala!*
- *Imam ogledalo in se vidim, ni treba, da mi ti to poveš.*
- *Kako pa si?*
- *Hvala, dobro.*
- *Vsi pravijo, da so dobro, potem pa kmalu umrejo.*

Niso prav spodbudne takšne besede. Bolniki smo občutljivi, bolniki z rakom verjetno še toliko bolj, ker rak še vedno velja za bolezen,

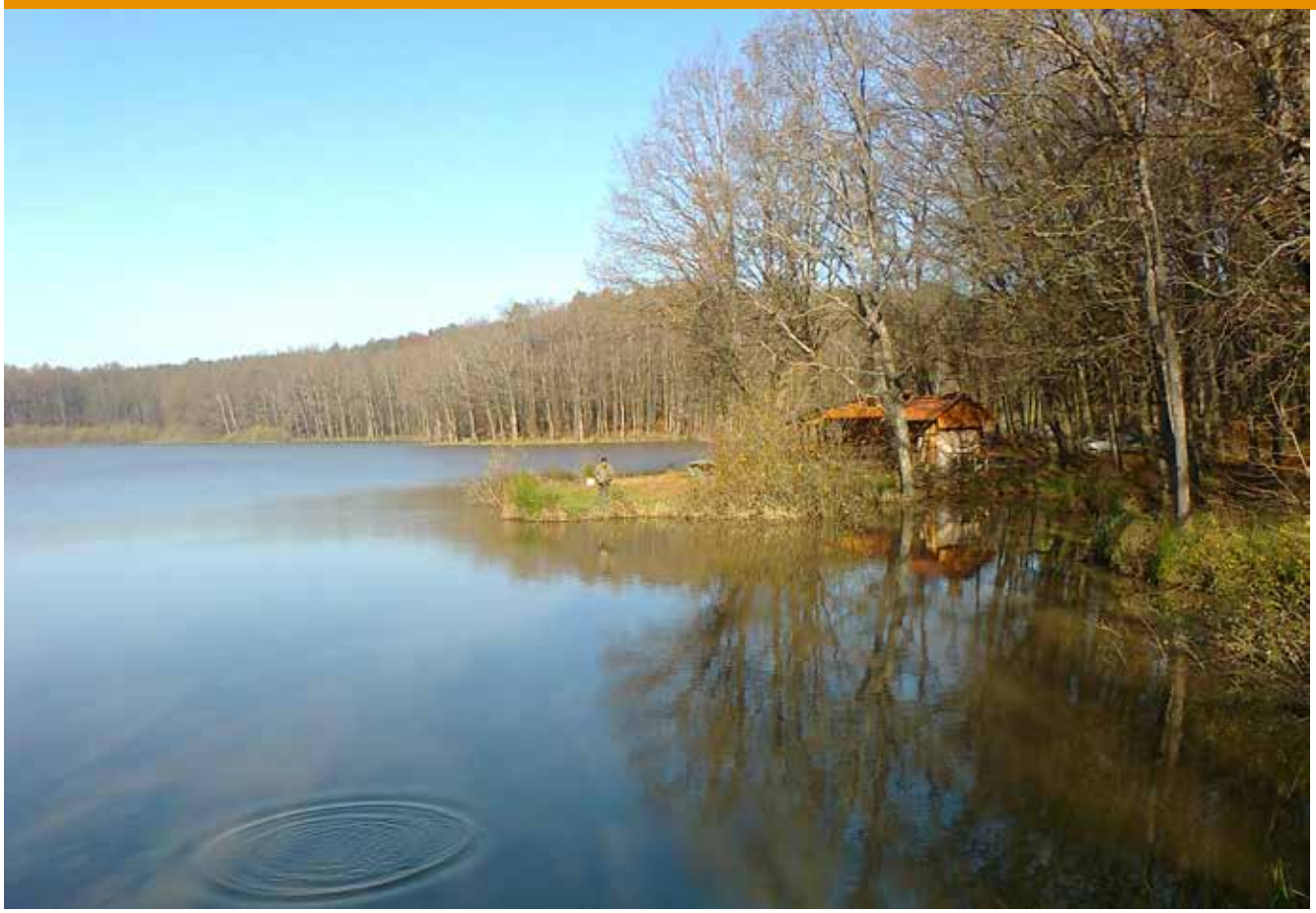


Foto: osebni arhiv

zaradi katere se umre, čeprav številni preživeli dokazujemo nasprotno.

Srečanje pred kemoterapijo

- *Veš, ko boš imela kemoterapijo, boš bruhala, slabo ti bo in ne boš imela apetita.*
- *Draga moja, poglej mojo roko, na eni strani je gladka, na drugi pa hrapava in še prsti so vmes. Taki smo tudi mi in ni rečeno, da bo z mano tako, kot praviš.*
- *Ne, ne, boš videla, kako je hudo. Mi je povedala moja prijateljica.*

Srečanje po kemoterapiji

- *Živijo! Kako si, si bruhala?*
- *Vse je OK. Nisem bruhala, ni mi bilo slabo in imam apetit. Si zadovoljna?*

Ljudje pogosto radi delijo nasvete iz izkušenj drugih, ne da bi to sami doživeli. Morda imajo dober namen, a ga je bolniku med zahtevnim zdravljenjem težko razumeti. Zato se *prijaznih svetovalcev* najraje čim prej odkrižam, da imam mir. Takšnih prijateljev res ne potrebujem.

Nekateri delijo mnogo nasvetov

- *Boš poizkusila konopljino olje? Mojemu prijatelju je, odkar pije konopljino olje, rak kar izginil.*
- *Ne, ne bom pila konopljinega olja, bi pa rada spoznala tvojega prijatelja.*
- *Ja, veš, to bo pa težko.*

Seveda niso vsi nasveti slabi in neuporabni. Marsikatera informacija o izkušnji, ki jo je učinkovito izkusil že nekdo s podobno boleznijo, je lahko dobrodošla in koristna, vendar posredovana s pravo mero in zanesljivo.

Včasih se je težko otresti takšnih *pametnih* obiskov z množico nasvetov. A je treba zbrati pogum in povedati, da jih ne potrebujemo. Če želimo informacije, jih lahko sami poiščemo pri zaupanja vrednih ljudeh ali na spletu.

Ljudje potrebujemo prijatelje, ko zbolimo, še toliko bolj. V dvajsetih letih od moje prve izkušnje z rakom znam ločiti zrno od plevela. Imam pet prijateljev na vsakem prstu leve srčne roke. Čudovit občutek, ki me spremlja že dve desetletji, saj mi tudi danes ob ponovni bolezni stojijo ob strani. In mi pomagajo odgnati tiste, ki mislijo, da vedo več kot ljudje, ki se s to boleznijo soočajo tako ali drugače – bolniki, zdravniki, drugi terapevti, psihologi ...

Moja izkušnja pravi

Poslušaj nasvete ljudi, ki imajo lastne izkušnje, posvetuj se s svojim zdravnikom, išči zdrave rešitve v pozitivnem razmišljanju z veliko dobre volje do življenja. Imej rada življenje, bodi hvaležna za vsak trenutek, ki ti je dan. Živi z naravo in ljubeznijo do nje. Pomembno je tudi poslušati sebe, deliti pozitivno energijo vsem ljudem in k sebi dovoliti le tistim, ki nas imajo iskreno radi.

Hvala vam, dragi prijatelji! Rada vas imam in hvaležna sem, da me podpirate z vsem svojim BITI. ■

Prispevek je objavljen tudi v reviji Okno, glasilu Društva onkoloških bolnikov Slovenije (Okno, letnik 28, številka 2, 2014).

Poleg eZdravja in eReceptov s 1. 1. 2015 tudi eRačuni

LEA ULČNIK, PETRA KOCJANČIČ

Od 1. 1. 2015 dalje bodo morali vsi dobavitelji, vključno z gospodarskimi družbami in samostojnimi podjetniki, proračunskim uporabnikom, med katere sodi tudi Klinika Golnik, pošiljati račune in njihove priloge v elektronski obliki (eRačuni). Izjema bodo le računi dobaviteljev iz tujine, ki jih bomo lahko prejeli v enaki obliki kot do sedaj. Vsi proračunski uporabniki bomo morali v e--obliki izdajati račune vsem ostalim proračunskim uporabnikom, ostalim pravnim subjektom in fizičnim osebam pa bomo račune lahko izdajali enako kot sedaj.

Vsi, ki poslujemo s proračunskimi uporabniki, bomo morali za dobavljeno blago, opravljene storitve in izvedene gradnje pošiljati e-račune. To bo potekalo prek bank, vključenih v medbančno izmenjavo e-računov, ponudnikov elektronske poti, s katerimi ima Uprava RS za javna plačila (UJP) sklenjene posebne pogodbe, ali prek portala UJP. Za Kliniko Golnik konkretno to pomeni, da bomo morali prav vse izdane in prejete e-račune pošiljati oz. prejemati izključno prek UJP-a.

Prednosti poslovanja z e-računi naj bi bile predvsem v manjši porabi papirja, znižanju stroškov poštnih storitev, varnem posredovanju podatkov, hitrejšem in preglednejšem poslovanju, manjšem številu napak pri prepisovanju podatkov z računov in v avtomatiziranem sklenjenem krogu dela z računi (od prejema in knjiženja računa do priprave nalogov za plačilo).

In kako bo vpeljava e-računov vplivala na delo v kliniki? Na delo zaposlenih, ki doslej niso imeli opravka z računi Klinike Golnik, prav nič. Tisti zaposleni, ki so bili doslej vključeni v proces pregledovanja računov v fizični obliki, pa bodo od 1. 1. 2015 dalje račune pregledovali in potrjevali njihovo vsebino elektronsko.

V računovodstvu bomo eRačun iz UJP-a uvozili v Gosoft, ga opremili s potrebnimi podatki in ga poslali v potrjevanje. Potrjevanje bo potekalo dvostopenjsko, enako kot doslej in podobno, kot potrjujemo naročilnice materiala. Krog potrjevanja naj bi bil sklenjen hitreje kot na tiskanih računih, kar je pomembno zato, da bo račun plačan na datum zapadlosti. E-račun bo možno tudi zavrniti, nanj napisati opombe, razlage ipd. Skratka, sam proces potrjevanja e-računov bo tudi v prihodnje ostal nespremenjen, spremenjena bo le oblika računa. ■

Uporabljajte naša službena avtomobila

LEA ULČNIK

Foto. J. Bogdanovski

Klinika Golnik ima v lasti dva službena avtomobila, renault laguno in škoda octavio, ki ju za službeno pot lahko uporabljamo vsi zaposleni.

Kako rezervirati službeni avtomobil?

Na potnem nalogu je izbira službenega vozila že omogočena, treba je še rezervirati avtomobil. Pri Kseniji Podržaj v tehničnem oddelku je treba pred vnosom potnega naloga osebno preveriti, ali je vozilo v času službene poti prosto. Sporočiti ji moramo ime voznika, število potnikov, kraj in čas potovanja, da pripravi potni nalog za avtomobil. Z njo se tudi dogovorimo o času prevzema dokumentov in avtomobila.

Način prevoza na službeni poti s službenim avtomobilom naj bo prioriteta, da avtomobila čim bolj izkoristimo. Če bi avtomobila hkrati potrebovalo več zaposlenih, bosta dodeljena zaposlenima, ki bosta šla na pot z najdaljšo razdaljo.

S programsko hišo bomo uredili avtomatsko obveščanje o rezervaciji avtomobila. O spremembi načina rezervacije boste seznanjeni, ko bo urejena. ■

Avgust Rebič, zastopnik pacientovih pravic na Gorenjskem

Avgust Rebič, pravnik v pokoju in dolgoletni sekretar na ministrstvu za zdravje (v njegovem obdobju so se zamenjali štirje ministri), je zastopnik pacientovih pravic na Gorenjskem že tri leta. Pravi, da opravljajo to delo v Sloveniji večinoma pravniki in psihologi, zdravnik je samo eden. Delo zastopnikov pacientovih pravic uravnava Zakon o pacientovih pravicah skupaj z vso drugo zakonodajo z zdravstvenega in zavarovalniškega področja.

JANA BOGDANOVSKI

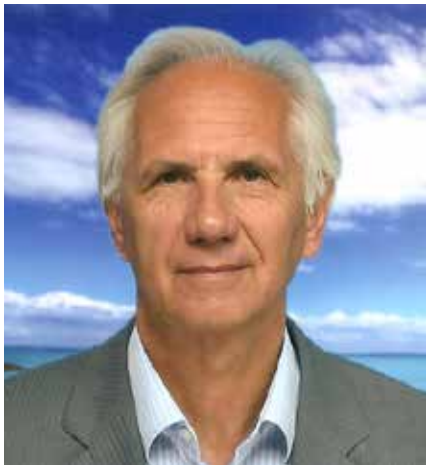


Foto: osebni arhiv

Pravnik? »*Pravo kot osnovna izobrazba pri tem delu pomaga,*« pravi, »*pomembni pa sta tudi komunikativnost in sposobnost poslušanja. Treba je imeti dober stik z zdravstvenim osebjem. Največ zastojev pri tem delu je v Ljubljani in Mariboru, kjer so večji centri, na Gorenjskem pa zaposleni v zdravstvu lepo sodelujejo.*« Klinika Golnik? »*Imel sem seznanitveno srečanje, drugih izkušenj pa nimam. Z vami nimam dela,*« še dodaja in oba sva zadovoljna. V letu 2013 je sicer »obdelal« 350 primerov, med katere šteje tudi pogovore po telefonu in daljše skupinske pogovore, kar je za dva odstotka več kot v letu prej, bilo pa je kar za 21 odstotkov več dolgotrajnih primerov.

Na vprašanje o tem, s kakšnimi problemi se pacienti najpogosteje obračajo nanj, pravi, da je največ tako imenovanih kršitev pravic, ki pa se izkažejo za komunikacijske težave med zdravstvenim osebjem in pacienti. »*Zdravniki so preobremenjeni in si včasih ne vzamejo dovolj časa za pacienta, potem pa stopim v stik z zdravnikom ali s sestro in organiziram skupni pogovor. Večino težav tako rešimo.*« Pogovoru, ki ne prinese zadovoljive rešitve, sledi prva obravnava, če pacient z rešitvijo še ni zadovoljen, gre na drugo obravnavo pred komisijo za varstvo pacientovih pravic, ki že bolj spominja na drugostopenjsko sodno obravnavo. Za domnevne strokovne napake se pacienti sicer obračajo neposredno na Zdravniško zbornico. Se v zdravstvu res dogaja vedno več napak ali o njih več govorimo? »*Tudi v zdravstvu se zgodijo napake, kot v vsakem drugem poslu,*« pravi in dodaja: »*Bistveno je, da se napaka ugotovi in prouči, nato pa še predvidi, kako bi jo v prihodnje lahko preprečili.*«

Avgust Rebič, ki je tudi član Sveta UKC Maribor, meni, da zdravniki ugotavljajo, da jim primanjkuje komunikacijskih veščin, ki jih na fakulteti ne poučujejo. V mnogih zavodih se na tem področju dodatno izobražujejo. Ugotavlja tudi, da prihajajo vprašanja glede oskrbe in zdravljenja težko bolnih in da so potrebe po tovrstni oskrbi čedalje večje. Pri tem si nisva mogla kaj, da ne bi malo filozofirala okrog podaljševanja delovne dobe, ki bo morda krpalo finančno luknjo, povzročilo pa številne druge težave. Na moje vprašanje glede vodenja slovenskih zdravstvenih ustanov je odločno povedal: »*Direktorji imajo premalo pristojnosti za dobro delo. Ne morejo niti kaznovati za slabo niti nagrajevati za dobro delo, omejeni so z načinom financiranja – to bo treba nujno spremeniti! Saj ne, da bi javni zavodi morali delati za dobiček, ampak direktorji rabijo inštrumente vodenja.*« Za pritožbe pacientov so sicer povsod zadolžene glavne medicinske sestre, s katerimi pa, kot ugotavlja, odlično sodeluje.

Kolikšen problem pacientom predstavlja pridobitev drugega mnenja? »*Drugo mnenje je poseben problem. Pravica pacientov do drugega mnenja je v zakonu omejena, ker jo lahko zahtevajo pri specialistih in v bolnišnicah, ne na primarni ravni, pa še to samo v okviru enega zavoda. Če primernega zdravnika ni, šele lahko iščejo drugo mnenje drugje, seveda pa zavarovalnica to plača. Predloge za spremembo tega določila zakona smo že*

zahtevali, pa nam ni uspelo. Lahko pa drugo mnenje pridobiš samoplačniško.«

Zastopniki pacientovih pravic dobijo precej vprašanj tudi na temo zdravljenja v zdraviliščih, bolniških odsotnosti in pridobivanja zdravniških pripomočkov, čeprav za to niso pristojni. Gre bolj za odnos med pacientom in zavarovalnico ali ZZZS, pri katerem lahko zastopniki zgolj svetujejo, neposredno pomagati pa ne morejo. Predlogi za spremembo v smislu, da bi zastopniki tu lahko paciente res zastopali, so bili podani, toda zgodilo se še ni nič. Vprašanj, pravi, pa dobi veliko, zlasti glede bolniške odsotnosti. »*To je kar velik problem. Po eni strani se je predvsem pred leti bolniško odsotnost izkoriščalo za, recimo, kmečka opravila, danes je zaradi strahu pred izgubo službe tega manj, po drugi strani pa sem celo jaz, ki nisem zdravnik, dostikrat videl, da je človek res za v posteljo, pa mu zdravnik ni odobril bolniške. Pacient ima sicer možnost, da se v osmih dneh pritoži, a pritožba ne zadrži odločbe in človek ne ve, kaj naj naredi – naj gre delat, ostane doma, vzame dopust ipd. Tu pa lahko svetujem.«*

Zastopniki so že večkrat dali predloge zavarovalnici, da se to področje uredi bolj humano in fleksibilno.

Se nanj kdaj obrnejo tudi zdravstveni delavci? Konec koncev imajo tudi oni svoje težave … V kakšnih dveh primerih, pravi, so ga medicinske sestre spraševale, kakšne dolžnosti imajo pacienti, ker nimajo samo pravic. Pa v primeru nekega zdravstvenega doma je svetoval pri vprašanju delovnega mesta, izpostavljenega sevanju.

Je imel kakšen res »*zaguljen*« primer? »*Nekaj jih je res bilo. Najhujši so primeri, ki me osebno prizadenejo, ker pač nisem zdravnik. Recimo primer staršev, ki so imeli zdravega sina v najboljših letih, dobil pa je neko bakterijo, čez noč zbolel in naslednji dan umrl. Šokirani starši so se obrnili name, ker se jim je zdelo, da v času, ko se je to zgodilo, komunikacija med zdravnikom in sinom ni bila čisto v redu. Res mi je bilo hudo, tudi sam imam sina v teh letih …*«

Delo zastopnika pacientovih pravic je pogosto čustveno naporno. »*Ampak zadovoljstvo ob dobro opravljenem delu, ko nekaj rešiš, ko sta zadovoljni obe strani, je neizmerno. Takrat je to delo res prijetno. Rad ga opravljam.*« ■

Golniški simpozij 2014

Letos smo pripravili že 12. Golniški simpozij. Udeležilo se ga je 268 udeležencev. Glede na obseg tega podiplomskega izobraževanja je bil tudi organizacijski odbor kar številčen. Direktor simpozija je bil Matjaž Fležar, organizacijskemu odboru sta predsedovala Robert Marčun in Saša Kadivec, pomagali pa so jima Irena Dolhar, Majda Pušavec in Lea Ulčnik. Programski odbor sta vodila Mitja Košnik in Saša Kadivec, sodelovali pa so Matjaž Fležar, Sabina Škrgat, Aleš Rozman, Mateja Marc Malovrh, Mitja Lainščak, Eva Topole, Viktorija Tomič, Mihaela Zidarn, Izidor Kern, Igor Požek, Katarina Osolnik, Janez Toni, Urška Lunder, Robert Marčun, Marjana Bratkovič, Lojzka Prestor, Barbara Benedik, Avrea Šuntar Erjavšek, Judita Slak, Katja Vrankar, Tatjana Kosten, Mojca Novak in Mira Šilar.

MITJA KOŠNIK, SAŠA KADIVEC, IRENA DOLHAR

Organizirali smo osem strokovnih dogodkov, od tega so bili trije dvodnevni. Prvo strokovno srečanje v okviru 11. Golniškega simpozija je bilo 25. septembra. Delavnice klinične farmacije Usklajevanje zdravljenja z zdravili se je udeležilo 40 udeležencev. Takoj je sledila Mednarodna šola iz bronhoskopije z 20 udeleženci, pretežno iz tujine. Drugega oktobra se je 19 udeležencev udeležilo delavnice Eozinofilni infiltrat. Vsa strokovna srečanja so potekala v Vurnikovi predavalnici na Golniku. Naslednje dva dni je bila naša lokacija Bled, kjer je potekal kongresni del simpozija, ki se ga je udeležilo 70 zdravnikov in 101 medicinska sestra. Zdravniki smo pripravili šest sklopov predavanj. V sklopu Bronhiektazije smo obravnavali diagnostični pristop k bolniku, ki ima bronhiektazije in nima cistične fibroze. Svoj pogled so predstavili mikrobiolog, radiolog, predstavili smo mesto fizioterapije in pomen iskanja imunske pomanjkljivosti pri teh bolnikih. V sklopu Bolezni plevre je Astoul Philippe predstavil obravnavo malignega plevralnega izliva, videli pa smo tudi analize lastnega dela: kako pravilna obravnava parapnevmoničnega izliva skrajša čas okrevanja, o pomenu najdbe eozinofilcev v plevralnem izlivu ter o prognozi bolnikov, pri katerih nam etiologije plevralnega eksudata ni uspelo ugotoviti. V sklopu Prehrana in metabolna podpora pri kroničnih bolnikih je

Foto: arhiv Klinike Golnik

prof. Laviano iz Rima predaval o metabolnih spremembah pri bolnikih z rakom. Potem smo slišali o prehranskem statusu bolnikov s srčnim popuščanjem, o učinku rehabilitacije in metabolne podpore pri pljučnih bolnikih in na koncu še o načelih prehrane športnikov, ki jih lahko uporabimo tudi pri obravnavi bolnikov s kroničnimi boleznimi. Četrti sklop je bil namenjen preprečevanju okužb in odpornosti mikroorganizmov. Pred slovesno večerjo in koncertom džez skupine zdravnika Jerneja Podboja smo imeli še slovesno predavanje. Zdravnik in alpinist Iztok Tomazin nam je na praktičnih primerih predstavil respiratorno fiziologijo na nadmorski višini osem tisoč metrov.

Sobota je bila skupni dogodek Klinike Golnik, Alergološke sekcije SZD in Slovenskega združenja dermatologov. Najprej smo predstavili imunomodulatorna zdravila v pnevmologiji in alergologiji ter naše izkušnje z njimi: anticitokine in omalizumab pri težki astmi, makrolide, prof. Ihan pa nam je predstavil prirojene imunske deficience, ki se manifestirajo šele v odrasli dobi. V zadnjem sklopu smo obravnavali angioedem in urtikarijo. Pokazali smo naše izkušnje z obravnavo hereditarnega angioedema in kronične urtikarije. Prof. Torsten Zuberbier je imel odmevno predavanje o novih smernicah za obravnavo kronične urtikarije.

Popoldne je sledil še sestanek delovne skupine držav zahodnega Balkana za obravnavo hereditarnega angioedema. Delovna skupina je v slabih dveh letih pripravila lokalnim razmeram prilagojena stališče glede odkrivanja in vodenja te bolezni. Omogočili smo dostop do testiranja komplementnega sistema. Genotipsko nam je uspelo opredeliti že kar nekaj skupin bolnikov iz Slovenije, Hrvaške in Srbije.

Ob kongresu smo izdali še zbornik, ki je nadgradil vsebino kongresa. Objavili smo namreč reprodukcije posterjev, s katerimi smo predstavili naše raziskovalne rezultate v zadnjem letu na kongresih po tujini. Izkazalo se je namreč, da nam lastnih rezultatov pogosto ne uspe pokazati sodelavcem na Golniku.

Vzporedno so potekale podobne teme o zdravstveni negi. V programu je sodelovalo 23 golniških predavateljev in štirje iz drugih ustanov. V letošnjem letu smo v vseh letih organizacije Golniškega simpozija gostili največ zunanjih udeležencev. Teme so kot vsako leto aktualne, želimo spremljati in predstavljati novosti v zdravstveni negi. Program se je razdelil na več sklopov. V petek smo začeli z menedžmentom in sistemom vodenja kakovosti, nato pa je sledil obsežen del na temo bolnišnične higiene. Petek smo končali z delavnicami (inhalacijska terapija, snemanje spirometrije, preveza trahealne kanile in merjenje telesne sestave). Sobota je bila namenjena alergologiji in prehrani kroničnega bolnika. Vsak sklop smo sklenili z razpravo, pobudami in sklepi. Nekaj najpomembnejših sklepov negovalnega dela simpozija:

- Pomen pogovorov o varnosti – izpostavljeni dogodki so priložnost za učenje, iskanje rešitev in sledenje uspešnosti, da se ne ponavljajo. Pogovore o varnosti je treba izvajati tudi (poleg že vpeljanih pogovorov o varnosti v bolnišnici) znotraj bolniških oddelkov/enot (v okviru rednih sestankov ali posebej). Pomembna je finančna plat poslovanja zavoda. Tudi medicinska sestra mora vedeti, da je racionalno ravnanje pomembno za področju financ.
- Potreba po večjem povezovanju izvajalcev zdravstvenovzgojnih programov za bolnike s kronično boleznijo (patronažna služba, zdravstveni tim v referenčnih ambulantah, sekundarna in terciarna raven). Izboljšati sodelovanje v timu za izdelavo samozdravljenja bolnika z astmo, bolniku zagotoviti naročilnico za PEF. Vključevanje zdravnikov v zdravstvenovzgojne programe. Vključevanje dietetika v zdravstvenovzgojne programe. Obnoviti/osvežiti teme zdravstvenovzgojnih vsebin in organizacijo zdravstvenovzgojnih šol, slediti uspešnost zdravstvenovzgojnih vsebin na vseh področjih.
- Letos prvič spremljamo kazalnik kakovosti – razkuževanje rok in za prvo polovico leta smo o tem že poročali Ministrstvu za

zdravje. Po slovenskih bolnišnicah so različni pristopi k sledenju kazalnika, vsi še niso ustrezno usposobljeni. Velik je tudi razpon v poročanih priložnostih za higieno rok, saj je potrebno število opazovanj za poročanje odvisno od velikosti bolnišnice in števila intenzivnih enot. Problem pri izvajanju ustreznih opazovanj se zato veča glede na velikost bolnišnic, saj je težko zagotoviti zadostno število usposobljenih opazovalcev, ki kazalnik spremljajo poleg svojega rednega dela. Pomembno je, da kazalnik spremljamo znotraj bolnišnice, ne samo zaradi zahteve MZ, saj nam naši rezultati pokažejo primerljivost med leti in opazovalci. Le tako zanesljivo lahko trdimo o izboljšanju kazalnika.

- Na področju obvladovanja bolnišničnih okužb smo izpostavili tudi: nerešeno, a zelo pomembno vprašanje – kako opredeliti najustreznejši način za oceno čistosti okolja in površin. Nove tehnologije nadzora čiščenja in vrednotenja izvedbe čiščenja podpirajo program obvladovanja bolnišničnih okužb. Izpostavljena je bila potreba po takojšnjem ukrepanju ob sumu pojava črevesnih nalezljivih bolezni. Pomembno je obveščanje; blato ob pojavu driske se odda takoj. V primeru obravnave bolnikov z mnogokratno odpornimi bakterijami pri zdravstvenih delavcih ni smiselno aktivno iskanje nosilcev – screening zaposlenih se izvaja le ob dokazanih prenosih na posameznih bolniških oddelkih. Pomen obvladovanja BO se pokaže pri sepsah MRSA. Po priporočilih ESCMID osamitve bolnikov z ESBL niso smiselne, če gre za ESBL – *E. coli*, ker je tudi v splošni populaciji pogostnost le-te visoka. Pri preprečevanju prenosa bakterij, ki izločajo ESBL, je smiselna predvsem poostrena osebna higiena. Obravnava koloniziranega bolnika (ne glede na povzročitelja) ne sme ovirati rehabilitacije, fizioterapije … Z namenom obvladovanja in preprečevanja okužb je bistvenega pomena upoštevanje strategije za preprečevanje večkratno odpornih bakterij, ki vključuje screening, higieno rok, izolacijo, smotrno rabo antibiotikov, ustrezno čiščenje in razkuževanje ... Odporni sevi se pogosteje pojavljajo v področjih večje in neustrezne uporabe antibiotikov. Smotrna raba antibiotikov je zaradi tega izjemno pomembna, saj nam bodo le tako ostali na voljo čim dlje časa, ker novih antibiotikov (novih skupin) ni in jih tudi še ni pričakovati. Poleg vsega so pri aplikaciji antibiotikov pomembni dozirni intervali.
- Pomen pridobivajo večkratno odporne enterobakterije. V Slovenijo je kar nekaj sevov uvoženih iz tujine. Priporoča se screening bolnikov iz tujine na vse možne odporne povzročitelje. *Acinetobacter* je že aktualen tudi pri nas. Pojavljajo se oblike, rezistentne na večino antibiotikov. Tudi za preprečevanje prenosa Acinetobaktra je zelo učinkovito upoštevanje vseh načel preprečevanja in obvladovanja okužb, pri zelo odpornih sevih se priporoča po odpustu bolnika tudi razkuževanje sobe z vodikovim peroksidom. Presečne raziskave o prevalenci bolnišničnih okužb so koristne za informacije, kje resnično smo na tem področju. Za lažjo koordinacijo dela je bistvenega pomena poznavanje patologije bolnišnic.
- Pri vzdrževanju poškodb z ostrimi predmeti pri nizkem, obvladljivem številu je smiselno stalno in usmerjeno izobraževanje zaposlenih z namenom preprečevanja poškodb z ostrimi predmeti in upoštevanja vseh varnostnih ukrepov.
- Pomen in vloga zaščitnih sredstev – rokavic in mask pri rokovanju z zdravili, posebej pri pripravi zdravil po intravenski poti. Medicinska sestra je sama odgovorna za uporabo zaščite, ki ji je na voljo.
- Anafilaksija je resna, življenjsko ogrožajoča reakcija, ki se lahko razvije v nekaj minutah. Sodi med urgentna stanja, zato morajo biti vsi zdravstveni delavci vešči obravnave bolnika z anafilaksijo. Na Zdravniško zbornico je treba dati pobudo, da se v vsebine reanimacije dodajo tudi ukrepi ob anafilaksi. Izdelan je nov plakat o ukrepanju pri anafilaksiji in je tudi že v naši ustanovi. Osnovno zdravilo za zdravljenje anafilaksije je adrenalin, ki ga apliciramo v mišico, apliciramo ga vedno, kadar so prisotni znaki in simptomi prizadetosti dihal in kardiovaskularnega sistema. Izrednega pomena je izobraziti bolnika glede ravnanja in aplikacije adrenalina v avtoinjektorju. Prvič predpiše recept za adrenalin v avtoinjektorju zdravnik specialist alergolog, nato ga lahko predpiše tudi osebni zdravnik. Rok uporabe adrenalina v avtoinjektorju je 12 mesecev. Vse medicinske sestre, ki delujejo na področju alergologije, bi morale ravno zaradi velike verjetnosti srečevanja z urgentnimi stanji določenega mehanizma opraviti alergo šolo v Kranjski Gori in se nato dokončno izobraziti v Kliniki Golnik. V zadnjih letih je zdravljenje preobčutljivosti za inhalacijske alergene postalo ljudem zelo prijazno, kajti aplikacija kapljic pod jezik in tabletk poteka doma in so bolniki le po e-pošti ali telefonu v stiku z zdravstveno ustanovo.
- Pomen prehrane pri zdravljenju kroničnih bolezni je vedno večji. S prehranskim presejanjem s pomočjo vprašalnikov hitro ocenimo prehranski status pacienta pri sprejetih pacientih. Poleg ocene z vprašalniki je pomembno preveriti tudi telesno sestavo s pomočjo bioelektrične imepedance (BIA) za vse paciente, ki so v skupini, za katere obstaja nevarnost za prehrambni deficit. V zdravstveni tim se obvezno vključi dietetika, vloga dipl. m. s. pri zagotavljanju ustreznih prehranskih dodatkov je velika (komunikacija z zdravnikom). Za paciente, sprejete v našo kliniko, se je kot najboljši vprašalnik za ugotavljanje prehranskega statusa bolnika izkazal vprašalnik MNA . V samo aktivnost prehranskega presejanja in prehranske obravnave je treba vključiti tudi članice krožka za prehrano in predavanje o prehranski obravnavi in podpori T. Kosten in E. Topole v sklopu internih izobraževanj za medicinske sestre.

Uspešnost dela nas je navdušila in v zdravstveni negi smo že pričeli aktivnosti za naslednji Golniški simpozij.
9. oktobra je bila delavnica iz paliative: Vnaprejšnje načrtovanje v praksi. Udeležilo se je je 86 udeležencev. Nadaljevali smo 10. oktobra z UZ-delavnico prsnega koša v urgentni ambulanti, ki se je je udeležilo 17 udeležencev. 17. oktobra smo organizirali delavnico neinvazivne mehanične ventilacije in motenj dihanja v spanju, ki se je je udeležilo 26 udeležencev.
Poleg vseh udeležencev je v okviru vseh dogodkov sodelovalo tudi 80 predavateljev, od tega 68 domačih in 12 tujih.
Golniški simpozij nam je prišel pod kožo. Poteka kar samoumevno. Znamo prilagoditi klinično delo, da je to varno za bolnike, hkrati pa se čim več sodelavcev izobražuje oziroma predstavi rezultate lastnega dela. ■

Paliativna oskrba: vnaprejšnje načrtovanje oskrbe v praksi

V okviru Golniškega simpozija je potekalo tradicionalno strokovno srečanje v počastitev svetovnega dneva paliativne oskrbe in hospica z naslovom »Paliativna oskrba: vnaprejšnje načrtovanje oskrbe v praksi«.

ALENKA MIMIĆ, ANJA SIMONIČ

Mednarodna gostja dr. Katherine Pettus med svojim predavanjem pred polno predavalnico. Foto: arhiv Klinike Golnik

Ugledni predavatelji, od leve proti desni: Matjaž Figelj, prof. dr. Janez Zidar, Tone Žakelj in Urška Lunder. Foto: arhiv Klinike Golnik

Izbor teme ni bil naključen, saj s sodelovanjem Klinike Golnik pri mednarodnem raziskovalnem projektu vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe ACTION opažamo vedno večje zanimanje tudi v slovenskem prostoru.

K sodelovanju na Golniškem simpoziju smo organizatorji pod taktirko naše zdravnice Urške Lunder povabili ugledne goste iz drugih slovenskih kliničnih okolij in gostjo iz ZDA, dr. **Katherine Pettus** iz Mednarodne zveze za hospic in paliativno oskrbo, ki trenutno živi in dela v Budimpešti. Da je bil izbor teme zadetek v polno, se je pokazalo že pri pogledu na nabito polno Vurnikovo predavalnico, v kateri se je zbralo več kot sto udeležencev.

Po pozdravnem nagovoru gostiteljev **Urške Lunder** in direktorja klinike **Matjaža Fležarja** je prvo predavanje odprla dr. Katherine Pettus. Predstavila je mednarodne pravne, etične in duhovne okvirje za izvajanje vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe, ki sloni na štirih medsebojno povezanih etičnih usmeritvah: na načelu spoštovanja pacientove avtonomije, načelu dobronamernosti/koristnosti, načelu neškodovanja in načelu pravičnosti. Svojo predstavitev je naslonila na ključne mednarodne dokumente: Splošno deklaracijo o človekovih pravicah, Evropsko konvencijo o človekovih pravicah, priporočila Sveta Evrope, Oviedsko konvencijo. Poudarila je, da brez prizadevanj zdravstvenih delavcev za »odprto komuniciranje« vseh pravic, opredeljenih v teh dokumentih, ne bo možno uresničiti. Njeno predavanje je udeležence pritegnilo, saj so ji zastavili več specifičnih vprašanj glede težav, s katerimi se srečujejo pri svojem delu.

Pri uvajanju vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe v prakso z bolniki in njihovimi bližnjimi je zelo pomembno, da smo na ta proces dobro pripravljeni tudi z vidika promocijskih materialov. Z njimi namreč lahko dvigujemo splošno ozaveščenost in znanje ljudi. V ta namen smo v okviru projekta ACTION iz angleščine pozorno prevedli kratek priročnik oziroma knjižico o vnaprejšnjem načrtovanju oskrbe. Zaradi jezikovnih, medkulturnih pa tudi pravnih razlik med

angleškim in slovenskim okoljem smo pri umestitvi temeljnih definicij pa tudi dokumentov, povezanih z vnaprejšnjim načrtovanjem oskrbe, v knjižico poskusili vnesti določene prilagoditve, ki smo jih želeli preveriti tudi pri udeležencih simpozija. Vsak udeleženec je že ob vhodu v predavalnico prejel poskusni izvod prevedene knjižice, ki je vsebovala tudi fotografije iz slovenskega okolja. Klinična psihologinja dr. **Anja Simonič** je v svojem predavanju omenjeno knjižico podrobneje predstavila in udeležence prosila za njihove predloge in dopolnitve. Naša zdravnica Urška Lunder nam je predstavila razloge, zaradi katerih je vnaprejšnje načrtovanje oskrbe v praksi pomembno in koristno, predvsem pa se je osredotočila na oceno kompetenc zdravstvenih delavcev za vodenje takšnega pogovora. Poudarila je, da je za premik, ki bi omogočal izvajanje vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe in s tem osredotočenost na želje bolnika ter njegovih bližnjih, potrebna sprememba tako v razmišljanju zdravstvenih delavcev kot v delovanju zdravstvenega sistema.

Sledila je okrogla miza, ki jo je med tremi gosti, prof. dr. **Janezom Zidarjem** z Inštituta za klinično nevrofiziologijo iz Kliničnega centra Ljubljana, gospodom **Tonetom Žakljem**, članom Komisije za medicinsko etiko, in **Matjažem Figljem**, dr. med. iz Nove Gorice, usmerjala Urška Lunder, dr. med. Izpostavljene so bile dileme zdravnikov ter ovire, na katere naletijo ob svojem delu v paliativni oskrbi tako v smislu nerazumevanja pri sodelavcih ali ustanovah, v katerih delajo, še posebej ko gre za situacije ob sprejemanju odločitev o opustitvi zdravljenja. Matjaž Figelj je izpostavil, da bi bilo morda manj težav, ko bi vsi še mnogo bolj delali s srcem, tako pa se zdi, da vlada med zdravstvenimi delavci veliko strahu in nepoznavanja zakonodaje ter uspešnih praks iz tujine. Gospod Žakelj je opozoril na natančnost pri razlaganju zakonodaje in upoštevanju premislekov pri etičnih dilemah. Prof. Zidar je povzel, da praksa za bolnike z ALS potrjuje, da je predvsem dovolj zgodnje in sočutno komuniciranje na tem področju zelo umestno in učinkovito za izboljšanje obravnave bolnikov z napredovalo neozdravljivo boleznijo.

Naslednja predavanja so razkrila praktične izkušnje z vnaprejšnjim načrtovanjem oskrbe v nekaterih slovenskih ustanovah. Prof. dr. Zidar z Inštituta za klinično nevrofiziologijo iz Kliničnega centra Ljubljana je predstavil izkušnje in dileme ob vnaprejšnjem načrtovanju oskrbe pri bolnikih z amiotrofično lateralno sklerozo. S predstavitvami resničnih zgodb in primerov je nakazal, kako v danih situacijah ni samo ene in edine pravilne rešitve glede načrtovanja oskrbe v prihodnosti, temveč je pri iskanju le-te treba preverjati in raziskovati pogleде, želje ter potrebe bolnika in svojcev oziroma iskati ravnovesje med pogledi zdravstvenih delavcev ter bolnika in družine na drugi strani. Matjaž Figelj, novopečeni specialist paliativne medicine iz univerze v Cardiffu v Veliki Britaniji, ki dela v Splošni bolnišnici v Novi Gorici, je svoje predavanje pričel s prijetno glasbo klavirskega koncerta in nas vse navzoče vprašal, ali si želimo svoje zadnje trenutke preživeti v okolju, ki ga simbolizira predvajana glasba, ali v enoti intenzivne terapije. Tako nas je nemudoma soočil s tem, da smo se zmogli jasno vživeti v situacijo ene ali druge izbire, ob kateri smo skoraj vsi udeleženci odgovorili, da si ne želimo umreti v enoti intenzivne terapije. V nadaljevanju se je osredotočil na prve izkušnje in rezultate v letošnjem letu novoustanovljene enote za paliativno oskrbo v Splošni bolnišnici v Novi Gorici. **Petra Mikloša**, dipl. soc. del., in **Judita Slak**, dipl. med. ses., sta predstavili golniško izkušnjo vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe v naši kliniki, **Bojanka Genorio**, direktorica Doma starejših občanov Fužine iz Ljubljane, pa izkušnje z organiziranim vodenjem družinskih pogovorov in vnaprejšnjega načrtovanja v njihovi ustanovi. Udeleženci so dobili sporočilo, da je tam, kjer je volja, tudi pot, in da je kljub oviram, ki v slovenskem prostoru obstajajo, s trdno odločenostjo in znanjem mogoče stvari postopno spreminjati na bolje. Enako je s svojim prispevkom, opisom treh študij primera in vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe pri stanovalcih Doma starejših Šentjur prikazala tudi **Suzana Koštomaj**. Pri podajanju ocene dogodka so udeleženci zelo pohvalili vsa predavanja, povezana s praktičnimi prikazi vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe.

V zadnjem sklopu predavanj smo se pobliže seznanili z modeli vnaprejšnjega načrtovanja v svetu. **Maja Furlan**, univ. dipl. psih., je na področju učenja veščin za vodenje pogovorov o vnaprejšnjem načrtovanju oskrbe predstavila izsledke iz pregleda literature o komuniciranju pri vnaprejšnjem načrtovanju, učinkovitosti ter izkušnjah zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Izpostavila je, da splošna usposabljanja za komunikacijske veščine ne ustrezajo potrebam zdravstvenega osebja, ki izvaja pogovore o vnaprejšnjem načrtovanju oskrbe, ter na njihovo potrebo po superviziji. Maja je predstavila čudovito analogijo, da je oseba, ki usmerja oziroma podpira pogovor o vnaprejšnjem načrtovanju oskrbe, kot neke vrste babica, ki pomaga pri porodu. **Branka Červ**, dipl. med. ses., ki je po uspešno opravljenem usposabljanju v ZDA prejela licenco za učenje zdravstvenih delavcev za vodenje pogovorov o vnaprejšnjem načrtovanju oskrbe po programu »Spoštovanje izbir«, je podrobno predstavila proces učenja in veščine, ki jih potrebuje t. i. fasilitator (oseba, ki vodi in usmerja pogovor o vnaprejšnjem načrtovanju oskrbe). Jasno je odgovorila udeležencem simpozija, da učenje vodenja pogovorov o vnaprejšnjem načrtovanju ni nekaj, za kar je dovolj čeklista, ki jo snameš s spleta, ter se v pogovoru z bolnikom in družino sprehodiš po njej, temveč zahteva kakovostno izobraževanje, v katerem se fasilitator po korakih uči skrbno prepoznavati in raziskovati vrednote, poglede in želje bolnika in družine ter v skladu s tem usmerjati pogovor z njimi glede sprejemanja odločitev o oskrbi v prihodnosti. Da je »Spoštovanje izbir« najcelovitejši program vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe v svetu, je s svojo predstavitvijo potrdila **Alenka Mimić**, dipl. med. ses., ki je s pregledom pomembnejših tovrstnih programov v svetu predstavila tudi pomemben vpliv programa »Spoštovanje izbir« na programe, ki jih razvijajo v drugih državah (Kanadi, Avstraliji in tudi v Evropi). Ob koncu predavanj so si udeleženci ogledali kratek film, kako pogovor vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe poteka v praksi.

Udeležence smo zaprosili, da na koncu dogodek ocenijo in podajo svoje mnenje o tem, kaj jim je bilo všeč, kaj pa so mogoče pogrešali. Dogodek so ocenili kot zelo kakovostno izveden z vidika organizacije, pohvalili so izbor predavateljev. Z množično udeležbo na simpoziju in izraženim navdušenjem udeležencev se je izkazalo, da je dan, ki je namenjen paliativni oskrbi v okviru Golniškega simpozija, že dobro zasidran v slovenskem prostoru. Zdravstveni delavci, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki in njihovimi bližnjimi ob koncu njihovega življenja, so željni novih znanj o tem, kako to obdobje olajšati bolnikom oz. stanovalcem in njihovim bližnjim ter sebi. ■

Prva podelitev priznanj za »naj mentorja« na Fakulteti za zdravstvo Jesenice

Na Fakulteti za zdravstvo Jesenice (FZJ) so za študijsko leto 2013/14 podelili priznanja za »naj mentorje«. Naslov za izvajanje kakovostnega mentorstva podeljujejo študentje s svojimi glasovi. Priznanja so bila podeljena v okviru 8. Šole za klinične mentorje.

KATJA VRANKAR

Najpomembnejše učenje se dogaja v resničnem življenju ob resničnih problemih, ne v učilnicah.
Charles Handy

Študenti so izbirali med mentorji v učnih bazah, kjer poteka klinična praksa. Dobitnica priznanja za ***naj mentorja FZJ v študijskem letu 2013/14 je tudi naša sodelavka Barbara Ažbe, dipl. m. s., ki je zaposlena na Bolniškem oddelku 100 Klinike Golnik.***

Barbara Ažbe se je z delom mentorja prvič srečala pred 15 leti, po treh letih zaposlitve v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana na Kliničnem oddelku za žilne bolezni. Kot mentorica študentov Fakultete za zdravstvo deluje zadnjih šest let na Bolniškem oddelku 100 Klinike Golnik. Področje mentorstva zajema zdravstveno nego 1 in zdravstveno nego internističnega bolnika. Pri svojem delu je bila tudi mentorica pripravnikom in študentom iz tujine.

Za vlogo mentorja se je izpopolnjevala na izobraževanjih za mentorje na Fakulteti za zdravstvo Jesenice in drugod.

Njeno delo na Kliničnem oddelku za žilne bolezni je poleg dela z bolniki zajemalo pripravo predavanj in standardov zdravstvene nege. Ves čas skrbi za lastno izobraževanje na strokovnih srečanjih, se pa tudi aktivno udeležuje seminarjev in kongresov s področja zdravstvene nege. Pri svojem delu se vključuje v skupine za paliativno oskrbo bolnika in sodeluje pri krožku za prehrano.

Deluje na mnogo področjih delovanja medicinske sestre: interna intenziva, ambulanta za hipertenzijo, kardiološka ambulanta, koronarna ambulanta, obremenitvena testiranja, angiološka ambulanta, antitrombotični dispanzer, kardiološko-angiološko področje interne medicine. V Ljubljani je vodila Klinični oddelek za žilne bolezni, krajši čas je bila glavna medicinska sestra večjega oddelka na Golniku, trenutno deluje na oddelku za diagnostiko, kjer se srečuje s pulmološkimi bolniki ter drugimi bolniki s kroničnimi obolenji.

Foto: Arhiv Fakultete za zdravstvo Jesenice

Kot mentorica svojim študentom želi dati čim več, ker ve, kako pomemben je dober mentor za pridobivanje novih znanj, veščin in kakšen pomen ima pri povezovanju teorije s prakso, pri usmerjanju študentov, da bolnika in njegove svojce obravnavajo kompleksno, da razmišljajo multidisciplinarno, da so varni in učinkoviti in se znajo hitro prilagajati na spremembe v delovnem okolju in dobro sodelovati z vsemi člani tima.

Za priznanje ji sodelavke in sodelavci iz vrst zdravstvene nege Klinike Golnik iskreno čestitamo! ■

Zanimivo o eboli

Virusna bolezen ebola (EVB) je virusna hemoragična mrzlica, za katero trenutno nimamo cepiva in tudi ne zdravila. Zdravljenje je simptomatsko. Zgodovina prvih prijavljenih primerov sega v leto 1976, ko so jih prepoznali in zabeležili v dveh afriških državah – Sudanu in Demokratični republiki Kongo (Zaire). Tudi izvor imena je povezan z Afriko, in sicer z reko Ebola, ob kateri so se zgodili prvi izbruhi.

VIKTORIJA TOMIČ, MOJCA NOVAK

EVB se je vsa leta od takrat pojavljala v Afriki, vendar nikoli v takih razsežnostih kot letos. Svetovna javnost je bila z natančnejšimi podatki o izbruhu EVB v treh zahodnoafriških državah (Gvineji, Liberiji, Sierri Leone) prvič seznanjena marca 2014. Zaradi naraščanja števila okuženih in umrlih za to boleznijo, je Svetovna zdravstvena organizacija avgusta odredila posebne, dodatne ukrepe za tri skupine držav, in sicer za države, kjer prihaja do prenosa, za države, ki mejijo na prizadete države, in za ostale države. Slovenija je seveda razvrščena v skupino ostalih držav, kjer ni aktivnega prenosa virusa in tudi ne meji na prizadete države.

Med letošnjim izbruhom je prišlo do prvih prenosov zunaj afriških meja (spomnimo se medijsko zelo obravnavanih primerov iz ZDA in Španije), zato je skupina slovenskih strokovnjakov (Ministrstvo za zdravje, Nacionalni inštitut za javno zdravje) pripravila Preliminarna navodila za obravnavo bolnika s sumom virusne bolezni ebola. Pripravljena navodila smo povzeli tudi v Kliniki Golnik. Praviloma naj bi se vsi sumi in bolniki z EVB obravnavali v Kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja, UKC Ljubljana, kljub temu pa zaradi bližine brniškega letališča obstaja možnost, da bi v našo ustanovo napotili bolnika s sumom EVB, ki bi do premestitve v prej omenjeno kliniko moral pod nadzorom počakati v naših prostorih.

Nikomur se ni mudilo s predavanja!

Z namenom boljše informiranosti zaposlenih smo v Komisiji za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb Klinike Golnik izdelali interna navodila za ravnanje – obravnavo bolnika s sumom EVB, ki so poleg nacionalnih navodil objavljena na intranetu pod rubriko Zdravstvo – KOBO. V torek, 4. 11. 2014, sva Viktorija in Mojca izvedli predavanje za zaposlene, kjer smo predstavili značilnosti te bolezni in načine ukrepanja ob obravnavi suma EVB v naši kliniki. Predavanje je bilo zelo dobro obiskano in udeležili so se ga tudi zaposleni, ki pri svojem delu v neposreden stik s takim bolnikom ne bi prišli, si pa želijo obogatiti znanje in pridobiti informacije tudi na tem področju, kar je pohvalno. Na koncu zanimivega predavanja, s katerega se začuda nikomur ni mudilo domov, smo s pomočjo Anite izvedli demonstracijo nameščanja in odstranjevanja zaščitne opreme, ki je določena za uporabo v takih primerih. Skupaj z Anito smo se potili vsi, saj nameščanje, še posebno pa pravilno odstranjevanje vseh teh sredstev ni mačji kašelj in je bilo težavno že sedaj, ko smo vedeli, da oblačila niso kontaminirana. Lahko si mislimo, kako težavno je oz. bi bilo slačenje z virusom ebola kontaminirane zaščitne obleke v resnični situaciji.

Tik pred slačenjem …, Foto: T. Kosten

Vsa zaščitna sredstva se nahajajo v sprejemni ambulanti Klinike Golnik, kjer bodo zaposleni deležni individualnih treningov nameščanja in odstranjevanja zaščitnih sredstev, saj dodatne vaje pravilne uporabe zaščitnih sredstev kljub morebitnemu lažnemu alarmu nikoli ne škodijo. Ostali pa si navodila lahko pogledate na naših intranetnih straneh in se nam prihodnjič pridružite na podobnih predavanjih. ■

ZA dostojanstvo in ustvarjalnost na delovnem mestu

Intervju s prof. dr. Metodo Dodič Fikfak, predstojnico Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa

»Kakšen paradoks: Delavci se danes pretežno zavzemajo za pokoj, in to je temeljno napačno izhodišče. Ne zavzemajo se za to, da bi delali, dokler bi lahko, ampak so trdno prepričani, da po 60. letu ne bodo zmogli več delati, pri tem pa ljudje po upokojitvi z veseljem najdejo drugo delo in ga delajo.«

JANA BOGDANOVSKI

S tem sem pravzaprav nameravala začeti najin pogovor: zakaj pravzaprav ljudje delamo in ali je res treba toliko delati?

Takole je: ankete, ki so jih delala različna društva in inštituti, kažejo, da je slovenski narod zelo izčrpan. Kar 50 odstotkov ljudi kaže vse znake izgorelosti. Postavlja se seveda vprašanje, ali smo ljudje res tako utrujeni ali pa doživljamo intenziteto dela huje kot drugi. Grafi pri nas in v Eurostatu kažejo, da Slovenci doživljamo največjo intenziteto dela v Evropi. In če me sprašujete, ali je to res, sem prepričana, da ni in da marsikje v Evropi delajo intenzivneje, vendar Slovenci to tako doživljamo. Tudi ko se pogovarjam z delodajalci, pravijo, da to ni res in da so na primer na Danskem ali v Nemčiji videli ljudi, ki delajo bistveno več. Poznam primer direktorja, ki mi je zabrusil, da bi ženska v Italiji to isto delo opravila hitreje, zraven bi imela nalakirane nohte in bi bila prijazna do strank, pri nas so pa vse ‚crknjene' in ne naredijo norme – bilo je zelo žaljivo, toda ali je morda v tem kanec resnice?

Kje je torej temeljni problem?

Ljudje, ki pri nas delajo v tovarnah, bolnišnicah ali kjer koli, ne delajo samo tu, ampak delajo še doma, kjer imajo v resnici še eno zaposlitev. Ali je to obdelovanje vrta, da imaš svojo zelenjavo in se hkrati sproščaš, ali imaš popoldansko delo. Vprašajte snažilko, pa vam bo povedala, da ne more preživeti, ne da bi delala še ob vikendih, samo za preživetje. Ampak enak odgovor boste dobili pri zdravnikih: delajo, kolikor delajo, v to se ne vtikam, ampak so oddelki, kjer jih ob dveh preprosto ni več, ker odhajajo v popoldanske službe. Mislim, da gre za izkrivljenost sistema. Zdravniki smo tisti, ki bi morali opozarjati na utrujenost, toda hkrati so bili pred kratkim prav zdravniki proti sprejetju direktive o nadurnem delu. Se pravi, da ne ščitijo, ampak pravijo, da lahko delamo tudi dvanajst ali štirinajst ur. Pa denar ni vedno ključna stvar. Je pri tisti snažilki, ki ji gre res za preživetje, to moramo ločevati. Nekaterim poklicem gre za preživetje. Nalijmo si čistega vina: ljudje, ki zaslužijo 500 ali 600 evrov in živijo v mestu, ne morejo preživeti. Nekaterim drugim poklicem pa gre preprosto za to, da zaslužijo bistveno več denarja.

To je najbrž le ena plat resnice …

Seveda, druga plat je, da določen del zaposlenih pa je izčrpan. Medicinske sestre, recimo, so izčrpane. Normativ v Ameriki je ena sestra na dva do tri paciente, mi pa imamo razmerje ena sestra na deset pacientov – vse, kar se pogovarjava o načinu njenega dela, je torej nesmisel, ker je že v osnovi tako utrujena, da doma samo še nalaga dodatno utrujenost. Nisem pa še omenila tistega, kar najbolj utruja – to so odnosi. Poglejte, o čem se ljudje pogovarjajo v službi – o odnosih!

V zvezi s tem se sprašujem, kje nastaja problem, kaj je prej, odnosi ali procesi dela?

Mislim, da je pri odnosih podobno kot pri boleznih: če boš zdravil simptome, torej odnose, in se z vzrokom ne boš ukvarjal, boš odnose pozdravil samo za kratek čas, če sploh. Absolutno se zavzemam za svetovanje in mediacijo in sem proti zaostrovanju, toda mediator lahko reši samo trenutni odnos, nekaj, kar se je kopičilo in kopičilo. Še vedno pa ostaja vprašanje, ali je bil odpravljen vzrok slabih odnosov. Če gre za temeljno preobremenjenost in preutrujenost, bo reševanje odnosov pomagalo samo za dan ali dva, potem pa se bo spet nakopičilo. Druga stvar je, da smo ljudje izrazito nesamoreflekcijski in vzgojeni tako, da imamo a priori prav. Tudi pri mediaciji ne gre za iskanje krivde, ampak samo za to, da bi se naučili, da morda pa tudi naša dejanja niso vedno najboljša in je treba izbrisati neko

ostrino. O tem nikoli ne govorimo: kako zmoremo biti samokritični in kako zmoremo tudi sebi reči: to sem naredil narobe in to hočem popraviti. Ko sem nekoč sama v nekem konfliktu rekla, da sem nekaj naredila narobe, so me ljudje gledali kot zaklani, ker preprosto niso vajeni, da človek reče: naredil sem narobe, moj cilj je, da napako popravim in gremo naprej. Popoln pa ni nihče! Zdi se mi, da se izrazito vzgajamo v individualizem in v »moj prav«. Zato odnosi niso enoznačni: nismo samo utrujeni, ni le to, da neprestano kopičimo te odnose, ampak gre za to, kdo se bo vkopal, kdo bo imel prav.

Je zadovoljstvo pri delu potrebno?

Nujno potrebno! Ko na inštitutu govorimo o zdravju delavcev, ne govorimo o somatskem zdravju, ampak jemljemo delavca kot človeka, ki je motiviran, zadovoljen, ustvarjalen, ki hoče spremembe. Pa ne gre za ustvarjalnost, kot si jo rutinsko predstavljamo, da nekdo ustvari nekaj čudovito novega. Tudi čiščenje je ustvarjalno. Opazujem gospe, ki pri nas čistijo, in vidim grozljivo velike razlike med njimi: ena je ustvarjalna, natančna, hoče spremembo, mi prinese prtiček, da bo miza lepša, druga pa je povsem malodušna in komaj naredi najnujnejše. Enako seveda velja za zdravniški ali kateri koli drug poklic. **Če je človek zadovoljen, prenaša veselje na druge in kakovost dela je boljša.** Če pa gremo v neki krog, kjer so odnosi slabi, se pogovarjajo samo o odnosih in v glavnem tako, da opravljajo, in to vedno s krivdo nekoga. Kdo je bolj kriv, ker jaz nisem kriv …

Kje se vam zdi, da delajo slovenski delodajalci največje napake?

(vzdih) Mislim, da je ena od največjih napak ignoriranje in avtoritativnost. Pri svojem delu sem bila večkrat opozorjena, da moraš za vodenje pri našem narodu imeti veliko avtoritativnosti, a s tem se ne strinjam, vsaj z obliko avtoritativnosti ne. Menim, da si avtoriteto lahko ustvariš s svojo poštenostjo, z doslednostjo in zahtevnostjo, a ne na grd način. To pomeni, da si vedno pripravljen prisluhniti človeku, da ne gledaš nanj kot na človeka službe, ampak da je tudi človek zunaj službe, celota. Najbolj pogrešam dostojanstvo. Ne glede na to, kaj delodajalec meni o človeku, ne sme nikoli in nikdar kršiti njegovega dostojanstva – to vključuje tudi to, da ga pozdravi in da ga vpraša za mnenje, vključuje pa tudi to, da mu reče: Jaz se s tabo ne strinjam. Nisem privrženka permisivnega vodenja – še vedno obstaja dolžnost in to, kar mora biti narejeno. Trdim pa, da se da to doseči brez grobih besed in brez poniževanja.

Kakšno se vam zdi vodenje v zdravstvu?

V zdravstvu imamo še več težav kot drugje, ker smo izrazito vzgojeni v hierarhiji. Prihajamo v hierarhično družbo, kjer ima nadrejeni vedno prav. V New York Timesu sem brala perfektno analizo strokovnih direktorjev pediatrije. Ugotovili so, da je tam med zaposlenimi 97 odstotkov žensk – podobno je pri nas v šolah –, ampak da so za šefe vedno izbrali moške zdravnike. Nimam nobenih težav z razlikami med spoloma, ampak v zdravstvu se postavlja hierarhija moških z avtoritativnim vodenjem. Mlajši zdravniki že vnaprej vedo, da če ne želijo težav, se bodo s šefom strinjali. Ljudje, ki so mnenjski oporečniki, so avtomatično izločeni. O tem se veliko pogovarjam z otrokoma – eden je zdravnik – in obe generaciji opažava, da to hromi ustvarjalnost v zdravstvu. V zdravstvu bi bilo veliko več ustvarjalnosti, če bi se že od študija naprej pustilo, da mladostna ustvarjalna misel poleti, če rečem malo poetično. Druga stvar pa je, da se pri zdravnikih prenaša neka generacijska avtoritativnost. Odnos, ki ga doživiš pri svojem predstojniku, preneseš na svojega naslednika in tako naprej, trpi pa predvsem tisto, česar smo žejni v zdravstvu – ustvarjalnost in drugačnost. **Zdravstvene vede so med najbolj rigidnimi, vse druge se naglo razvijajo, mi se pa držimo starega in predvsem funkcije moči.** Ta me izjemno moti.

Se vam zdi, da zaposleni v zdravstvu bolje skrbimo za svoje zdravje ali je kovačeva kobila bosa?

Ne, zelo sem prepričana, da je težav tu še več. Ko smo se v UKC Ljubljana pogovarjali o akreditaciji, sem vprašala: Poskrbeli smo za pacienta, kdaj bomo poskrbeli za delavca? Ko govorim o delavcu, mislim na vse: zdravnike, koordinatorje, vodje, sestre itd. Kdo bo torej poskrbel za nas? Pojavlja se več težav, prva že pri odločanju za zdravstveni poklic – ljudje se že takoj opredelijo za žrtve, v smislu žrtvovati se moramo za nekoga. Če zaradi tega zbolim, je to del mojega poklica. Recimo, če sem medicinska sestra in me zaradi dvigovanja bremen boli hrbtenica, bom to premagala, ker je ta bolečina del mojega poklica. Zdravniki svojo bolezen negirajo – najbolje je, da je ni, torej bomo bolni prišli na delo. Lahko tudi bolni umremo, ampak delati bomo prišli, ker smo tako vzgojeni. V svetu sicer opažam, da je ozaveščenost pri zdravstvenih delavcih vedno večja, ker preprosto vidijo, da postajajo invalidi ali da umirajo. Brala sem izredno zanimivo raziskavo o tem, kako je neki raziskovalec spremljal sprejem pacienta v urgenci. Od prihoda v urgenco do trenutka, ko so ga obdelali, je naštel 47 napak, takih, ki bi jih bilo mogoče odpraviti. Na primer, pot od čakalnice do najbližjega CT je bila preozka za nosila, pacienta so morali ali preložiti na stol in na druga nosila ali pa prepeljati po daljši poti. Potem so mu hoteli izmeriti tlak, poskusili so priklopiti napravo, pa so ugotovili, da je tu dvocevna, drugje pa enocevna. Ker je bila v izmeni nova sestra, se ni znašla tako kot so se že izurjene sestre, ki so na eni cevi naredile klemo in uporabile drugo cev. Ta je eno cev potegnila ven, kar je povzročilo vdor zraka v napravo in jo je pokvarilo. Nato je morala teči v urgenco po novo napravo. Nova težava je bil monitor, za katerega se je izkazalo, da ni kompatibilen z računalnikom in tako naprej. Ampak zakaj to pripovedujem: ko so na koncu tega dela vprašali ekipo, kakšen je bil njen delovni dan, so dobili odgovor: normalen. Potem pa so to primerjali s službo letalskih pilotov, kjer gre za podobno tveganje. Piloti bi ob takem poteku dela že 47-krat ne le poročali, ampak tudi sproti odpravljali te napake. Moje vprašanje je torej bilo: Ali ste bili pri postavljanju te urgence navzoči zdravniki in sestre, ki tam delate? Ne, ker ne utegnemo. Razumljivo je torej, da bo izgradnja take urgence zahtevala adaptacijo za adaptacijo, vse brez popravkov. Ne gre torej le za to, da smo preobremenjeni, nekaj je v naši naravi, da se nam zdi, da smo tu zato, da rešujemo svetovne probleme, ne pa da rešujemo probleme tam, kjer se da oz. da jih rešuje nekdo drug.

Zato pravijo, da je prezentizem že večji problem od absentizma?

Tako je. Pri nas je ta problem največji pri srednjih medicinskih sestrah. Ker toliko delamo bolni, se nam iz te rane izceja še nov pro-

Foto: osebni arhiv

blem. Poglejte primer: pri naših srednjih medicinskih sestrah je največji problem hrbtenica zaradi dvigovanja težkih bremen. Zato narašča število invalidov 3. kategorije, imamo jih že za celo podjetje. V tujini, kjer sem delala, so mi rekli: Če je glavni problem dvigovanje bremen, zakaj jim tega dela ne avtomatiziramo? Obstajajo dvigala, sama sem jih preizkusila, ki olajšajo to delo, ko se jih naučimo uporabljati. Ko se naučiš dvigalo uporabljati, lahko brez moči delaš tudi, če te boli hrbtenica, seveda ne moreš obdelati desetih pacientov, lahko pa zelo dobro obdelaš dva ali tri. Ko sem pri nas v domu upokojencev spraševala sestre, kako dvigujejo oskrbovance, so mi rekle, saj imamo dvigala, ampak so zunaj parkirana. To je torej en del resnice. Drugi del resnice za zdravstvene delavce, je recimo gripa. Pri nas se od 7000 ljudi proti gripi cepi 1000 ljudi. Nenehno spodbujam naš center za varstvo zdravja, da bi pripravil drugačno kampanjo za cepljenje zdravstvenih delavcev proti gripi. Splošna javnost razume, zakaj je cepljenje koristno, zdravstvenim delavcem pa moraš dokazati, da ne škoduje, ker to je zdaj glavni problem. Do zdravstvenih delavcev se s promocijskimi aktivnostmi bistveno težje pride.

Je dovolj, da človek skrbi za svoje zdravje?

Ne, ni dovolj. Tako kot pri kajenju, ko so me spraševali, s kako velikimi fonti naj napišejo na škatlico, da kajenje ubija. Še vedno se najde

odstotek ljudi, ki kadijo in mislijo, da se jim bolezen ne bo zgodila. **Eno je vedeti, drugo pa ozavestiti problem**. Tako smo pri nas zdaj uzakonili varstvo pri delu. Ampak predavanja o varovanju zdravja so premalo. Če vprašaš vesoljno slovensko ljudstvo o prehrani, bodo vsi vedeli, kaj je zdravo in kaj ni, pa bodo vseeno ob prihodu domov jedli tako, kot so navajeni. Hrana je temeljno zakoreninjena v ljudeh in spremembe se morajo zgoditi v temeljih. Zato trdimo, da vedeti ni dovolj – **promocija zdravja mora biti taka, da človek napotke uporabi na sebi**. Spremeniti je treba življenjske navade. Zato mora biti promocija zdravja v delovnih organizacijah (ali doma) način življenja.

Tudi pri nas na Golniku smo že poskušali spremeniti nekatere navade: hoteli smo se sprehajati v času malice, pa je poskus zamrl zaradi slabega občutka tistih, ki so se sprehajali, medtem ko drugi delajo? Kako preseči tako kulturo?

Tisti, ki v organizacijah skrbijo za promocijo zdravja, pravijo, da je ključno, da ne smeš nikoli odnehati. Glavni problem je trenutna vzhičenost, na primer, 30 odstotkov ljudi se prijavi, da bo hodilo s palicami, potem pa naenkrat vse odmre. Organizatorji so tako razočarani in potrti, da ne verjamejo več, da bi jim lahko kdaj uspelo. Potem tudi naslednji poskus ne uspe več. Človek, ki se tega v podjetju loti, mora biti voditelj, entuziast z veliko energijo in voljo. To je pa težko plačati. To ne sme biti človek, ki je že obremenjen z delom, dežurstvi in še s čim, potem pa mu naložiš še to. To mora biti človek, ki ima znotraj svojih sto odstotkov, polovico časa namenjenega temu, da ljudi ohranja aktivne. Te aktivnosti je treba tudi neprestano obnavljati, da so sveže in nove. Ko nekaj začne zamirati, ponudiš novost in spet in spet. In to moraš delati vsaj eno leto, da se prime, vtisne v spomin in postane rutina. Človek mora tako rekoč eno odvisnost zamenjati z novo – odvisnost posedanja zamenjati z odvisnostjo aktivnosti. Zato smo že leta 2007 razvili program Čili za delo, v katerem smo v stournem tečaju za to že izobrazili 220 ljudi, ki jih je, večinoma, izbralo vodstvo in jih sprejemajo tudi drugi zaposleni in dobro poznajo svoje podjetje. Ti ljudje dobro vedo, da je treba začeti s posnetkom stanja – organizacije so kot pacienti in diagnostika je podobna. Poslužujejo se najprej podatkov, ki so na voljo (bolniški stalež, anonimno po diagnozah, fluktuacija, invalidnost), nato pa uporabijo vprašalnik. Težko je verjeti, ampak poškodbe pri delu so v Sloveniji še vedno na prvem mestu. Sicer pa imamo module, od alkoholizma in drog prek doživetja stresa, poškodb hrbtenice, prehrane in gibanja do trpinčenja. Marsikje v podjetjih je velik problem neprimerna prehrana – ena malica ob enajstih. Prvič, zaradi različnega dela ne moremo vsi ljudje jesti enako hrano, drugič, vzgajamo debele ljudi, ki se dopoldne napokajo, potem pa imajo vsaj še en obilen obrok doma, tretjič, po malici ugotavljamo največ poškodb, ker so ljudje siti in upočasnjeni. Ali ne bi bilo bolje imeti treh manjših obrokov? Od teh 220 jih je mogoče 20 res aktivnih v svojih organizacijah in tega nimamo za neuspeh. Promocija zdravja je zelo težko delo, ker smo tako zakoreninjeni v naši vzgoji, načinu odraščanja in vrednotah, da je spreminjanje mentalitete, hranjenja, vedenja, pitja izjemno težko. Zato naš cilj ni, da predavamo, ampak da spremenimo vedenje, dihanje, življenje neke organizacije.

Se vam zdi, da sistematski zdravniški pregledi zaposlenih pomagajo?

Bila bi dvolična, če bi rekla ja. Še kot mlada zdravnica sem si, neuspešno, prizadevala, da bi z denarjem, ki ga namenjamo obdobnim pregledom, raje spremenili delovno okolje in da bi bil zdravnik, ki smo ga včasih imenovali pooblaščeni zdravnik, več navzoč v podjetju. Se pravi, da ne bi hodili na obdobne preglede, ampak bi zdravnik živel s tem podjetjem. Če sem konkretna: nekateri ljudje res potrebujejo individualni pregled in pogovor z zdravnikom in jim to gotovo pomaga. Skupina ljudi, ki naj ima preglede, pa je po mojem prepričanju majhna. Rabimo drugačen način dela. Naj vam povem danski primer: v neki tovarni res potrebujejo enega zdravnika, ampak tudi 14 psihologov. Pri nas tega razmerja gotovo ni, toda vsebina tega dela se vendarle spreminja. Pri nas je razmerje gotovo 7 proti 7. Naloga pooblaščenega zdravnika je ugotoviti, katere obremenitve so v službi tako velike, da lahko povzročijo bolezni, in kako jih preprečiti. Psihologova naloga pa je, da potem, ko te obremenitve izginejo, opazuje duševne in duhovne obremenitve in jih skuša razgraditi veliko prej, preden se pojavi somatika. Japonci zato zaposlujejo v podjetjih medicinsko sestro, ki ima široka znanja, ki vidi v skupinah, kaj se dogaja, ki organizira skupinsko reševanje konfliktov, razreši, kar lahko, ali pa pokliče zdravnika. Zanimiv je tudi angleški Telekom, kjer se je v času krize pojavil velik strah pred odpuščanjem in je bilo veliko samomorov. Tam so vzgojili delovodje, kako naj bodo pozorni na te težave in kako naj takoj poročajo do prvega psihologa in nato do zdravnika, da ni hujših zaostritev. Vidimo torej pomik v čisto preventivo. To sem zagovarjala pred desetimi leti in še vedno zagovarjam, bojim pa se, da imamo še vedno toliko klasičnih obremenjevalcev delovnega okolja, da je zdravnik specialist medicine dela nepogrešljiv. Ne strinjam se, da je ta zdravnik odmaknjen in h kateremu prihajaš enkrat na tri leta, vmes pa se nič ne dogaja.

Po tem, kar vidim in kar mi pripovedujejo delodajalci, zmanjkuje prostora za človeka, vedno več pa je prostora za človeka robota.

Zdravniki medicine dela svetujejo individualno. Ali dobi tudi delovna organizacija kakšno povratno informacijo?

Absolutno. Res pa je, da po pravilnikih in zakonodaji napišejo poročilo, če pregledajo več kot 50 delavcev. Delodajalec dobi poročilo o delazmožnosti vsakega posameznika, potem pa zdravnik napiše še svoja opažanja. Zadnje čase ljudje veliko poročajo o doživljanju trpinčenja, in to sporočimo vodstvu podjetja. V neki slovenski bolnišnici smo, recimo, opozarjali na absolutno preveliko koncentracijo neke snovi in smo jim svetovali, naj namesto 20-kilogramske doze organskega topila nabavijo majhne doze, da ne bodo ljudje trpeli zaradi tako grozljivega izhlapevanja – in nam je uspelo. Prizadevamo si torej, da naši zdravniki spoznajo konkretno delovno mesto in da tudi svetujejo.

V zadnjih letih se pri nas množijo primeri depresije. Ali je možno preveriti, da nekdo morda to diagnozo zlorablja?

Spet dobro vprašanje. Ne le v zadnjih dvajsetih letih, tudi še danes prevladujejo kostno-mišične bolezni, toda v zadnjih letih izrazito prihajajo v ospredje duševne in vedenjske motnje. Raziskovalci v svetu opozarjajo, da bo depresija v naslednjem desetletju prednjačila. S tem moramo preprosto računati. Kaj se nam je torej zgodilo? Zgodila se je kriza, ki je strahotno premešala štrene tudi v zdravju. Do leta 2008 so pri nas duševne in vedenjske motnje naraščale, v letu 2009, torej v prvem letu krize, pa so padle globoko navzdol. To je že del odgovora na vprašanje o možnosti zlorabe depresije. Šlo je za padec, ki ga v 16 letih nikoli nismo videli. Tak padec vedno pomeni prezentizem. Preprosto povedano: če si se prej čutil depresivnega, si ostal doma, šel k zdravniku, dobil antidepresiv, danes pa se sprašuješ: sem žalosten, sem depresiven, ampak ali zmorem priti do službe, ker če ne bom, bom ob službo. Ljudje danes hodijo v službo tudi anksiozni in depresivni. Dobila sem analizo, katera od duševnovedenjskih motenj je najbolj padla, katera pa ne pada. Ugotovili smo, da reakcija na hud stres, za katero se skriva predvsem trpinčenje, mobing, raste. Vse drugo je šlo dol, to pa raste, kar pomeni, da nam izrazito rastejo težki primeri stresa, ker trpinčenje postaja ena od oblik odpuščanja. Opazili smo tudi, da medtem ko so bili prej ljudje zaradi depresije doma en mesec, so zdaj tri mesece. To pomeni, da posamezni primeri postanejo strahotno težki. Tega politika ne vidi. Ko imaš pacienta zaradi depresije doma tri mesece, se ne bo nikoli več vrnil na delovno mesto. Morda se bo vrnil za dan ali dva, potem pa bo spet šel v še težjo depresijo. Z dolgim staležem depresije smo začeli z invalidiziranjem. Lažji primeri depresije si še dopovejo in prihajajo v službo, naš strah pa je, da ti lažji primeri postajajo težji in končno težki. Ugotovili smo, da se v času take stiske poslabšajo tudi endogene duševne motnje, na primer shizofrenija. Zakaj se poslabšajo? Psihiatri bi bolje vedeli, ampak razlagi sta dve: ali v delovnem okolju preprosto ni več prostora za drugačnost, delovno področje se čisti, hočemo močne, mlade in krepke, kar je seveda dvorezen meč, ali pa tudi ljudje z endogeno, od znotraj povzročeno boleznijo niso več imuni na to, kar se dogaja in se njihova osnovna bolezen poslabšuje. Česar se bojimo, je torej anksioznosti in depresiji dodan strah. In to je veliko huje kot kostno-mišične bolezni.

In tudi veliko dražje …

Seveda, o tem govorijo podatki, da je število porabljenih zdravil za duševne in vedenjske motnje od leta 2008 do 2009 naraslo za 3000 receptov, da ne govorimo o tem, koliko zdravil si ljudje med seboj posojajo. To je res veriga in zato se moramo zavedati, da je zdravje vse, kar se v družbi dogaja, in da ne govorimo o mikrostiskah na družinski ravni – če en član družine ostane brez dela, potem drugi, pa sledijo otroci, se domine kar podirajo … Delodajalci so me opozorili še na eno plat depresije. Zdravniška doktrina, ki se mi zdi v redu, je, da se pošlje pacienta čim prej delat, da ga okolje ne izloči. Delodajalka mi je potožila: prišel je delat še ves bolan in nimam drugega, kot da ga pustim sedeti, nič pa ne dela. Kaj naj naredim, da se ga rešim, ker moti še druge, ker morajo drugi delati še njegovo delo, on pa je bolan in je tam. Zadeva torej ni enoznačna. V tujini in tudi pri nas v zametkih že imajo poseben tim za vračanje človeka nazaj na delovno mesto. Hudo je, če dobiš nazaj na delo človeka po treh mesecih bolniške zaradi depresije – vse okrog njega se je spremenilo, delo se je spremenilo in moraš imeti skupino, ki ga sprejme, ker on se je komaj odlepil od dna in morda vidi malo svetlobe na koncu tunela. Ne moreš ga kar takoj spet potunkati, ker je naslednji dan spet v isti kaši.

Kje je torej luč na koncu tega tunela?

Nisem sicer pesimistka po naravi, ampak zelo me je strah. Po eni strani imamo vedno več invalidov, po drugi strani invalide lahko odpuščaš, celo invalida tretje kategorije, če delodajalec ne najde primernega delovnega mesta zanj, ob čemer ni definirano, kaj pomeni ne najti primernega delovnega mesta. Moj strah je, da kopičimo skupino ljudi, ki zmorejo še veliko delati, ampak niso motivirani in so razočarani. Iz te ogromne skupine delamo socialni problem. Po tem, kar vidim in kar mi pripovedujejo delodajalci, zmanjkuje prostora za človeka, vedno več pa je prostora za človeka robota. Kaj bo, ne vem. Mi se vsekakor zelo trudimo, da bi organizacije videle v človeku človeka, imamo pa tudi ekonomiste, ki pravijo, da je napredek kot napredek izčrpan, da pa je ogromna rezerva napredka znotraj človeka. To so tiste rezerve, ki jih še lahko črpamo. Ne glede na vso tehnologijo človek lahko še vedno ogromno daje. Tudi tehnologijo je ustvaril človek in z njo upravlja. Včasih so se ljudje v tovarni srečevali, zdaj se ne srečujejo več. Zgoditi se mora neka renesansa odnosov – v podjetjih, kjer so ukinili malice, bodo morali razmišljati, kje se zdaj njihovi ljudje srečujejo. Kjer se odpravlja neposredno komunikacijo in se pogovarja predvsem po elektronski pošti, bodo morali spoznati, da vzgajajo individualiste, ki se niso sposobni prilagajati drug drugemu. Kljub vsemu smo družbena bitja.

Čuden je ta kapitalizem, ki se ga gremo zdaj v Sloveniji …

Ja, po eni strani uvažamo iz tujine načine, ki niso v skladu z našo kolektivno naravo, po drugi pa smo servilni.

Ni čudno, da moja otroka rineta ven …

A vaša tudi? Moja sta že zunaj. Za starše je to boleče, ampak ovirati jih ne moremo. Paradoksalno, ali ne? Po eni strani bi se ljudje čim prej upokojevali, po drugi strani smo fobični do drugih narodov, ki prihajajo, delovnih ljudi nam bo čez deset let zmanjkalo, gladko pa spustimo v tujino najboljše intelektualce. Pa ni problem, ker gredo ven, problem je, da jih ne bo nazaj. Pa se niti ne želijo vrniti zato, da bi zasedli delovno mesto nekoga, hočejo priti nazaj, da bi pomagali državi – tega pa ne pustimo, ker se čutimo ogrožene. To je shizofrenost naroda. Vzemite, recimo, Turke: vsak se vrne domov in vsakega lepo sprejmejo, univerze jim odprejo vrata, jih vabijo, da predavajo in podobno. Pri nas pa sem zadnjič slišala za univerzo, kjer plačujejo učitelje 130-odstotno, seveda pa ti učitelji ne zaposlijo svojega asistenta, ker bi se morali odpovedati 30 odstotkom … Morda smo res osamosvojeni, ampak smo še pri ošpicah. ■

O pozdravljanju

Vsako srečanje se začne s pozdravom. Pozdravljanje in rokovanje sta že od pradavnine osnovni človeški kretnji, ki povesta, da človek nima sovražnih namenov. Kadar dvomimo, ali pozdraviti ali ne, je bolje pozdraviti. Odzdraviti pa je obvezno.

JANA BOGDANOVSKI

Izgovora za nepozdravljanje pravzaprav ni. Nihče na svetu ni tako pomemben, prezaposlen ali utrujen, da sočloveku ne bi mogel nakloniti pozdrava. Če ste zdaj pomislili: »JAZ VEDNO pozdravim«, pomislite še enkrat … Res niste še nikoli namrščeno hiteli po hodniku in strmeli v tla, na čelu pa se vam je bleščal napis: »Pusti me pri miru«? Vedno pozdravite, ko stopite v polno čakalnico ali ko se v vas pričakujoče zagleda pacient? Pozdravite človeka, ki se mu pridružite pri čakanju na jutranji avtobus in ko vstopite v lokal, uradni prostor, manjšo trgovino ali delavnico? Vsakič pozdravite neznane ljudi v dvigalu?

Prijazen pogled, nasmeh, pozdrav

S prijaznim pozdravom pokažemo spoštovanje do sogovornika in svojo kulturno raven. Vplivamo na razpoloženje na poslovnem srečanju, sprostimo ozračje, prebijemo led in navežemo dober prvi stik. Pri pozdravu izžarevamo zadovoljstvo, dobro voljo in sa-

Medijske objave o Kliniki Golnik (september–november 2014)

JANA BOGDANOVSKI

September je bil medijsko še precej zatišen, v začetku oktobra so se objave o klinike začele množiti, konec novembra smo jih za celo obdobje beležili 88. Med njimi je bilo 41 spletnih objav, 34 v tiskanih medijih, po pet na radiu in televiziji ter tri agencijske. Med tiskanimi mediji prednjačita Delo in Gorenjski glas, pri televizijah Kanal A, od radijskih postaj pa je o kliniki največ poročal Radio Slovenija 1. Precej je bilo novic na STA in na različnih spletnih naslovih. Z zdravstveno tematiko se v medijih ukvarjajo predvsem ženske, največ so poročale Diana Zajec, Urša Trebušak, Helena Peternel Pečauer in Andreja Rebernik, bili pa smo tudi gosti radijske oddaje Ultrazvok, ki jo vodi Iztok Konc. Čedalje pogosteje se zlasti v spletnih medijih pojavljajo nepodpisani zapisi, ki pogosto (površno) povzemajo pogovore z našimi zdravniki.

V prvi polovici oktobra so medije polnile novice o Dnevu odprtih vrat laboratorijev za klinično biokemijo in hematologijo, ki smo ga dobro oglaševali tudi pri nas. Največ medijskih objav v novembru pa je zagotovo požela ustanovitev Sekcije za raka pljuč, ki sta jo od naših strokovnjakov promovirali prof. Tanja Čufer in Anja Simonič. Konec novembra je po medijih zaokrožila novica o povečanem številu bolnikov s pljučnico, o kateri je za medije spregovoril Matjaž Fležar. ■

Brihtne glave – koristni predlogi

DANICA ŠPRAJCAR

Hvala vsem, ki ste tokrat svojo idejo delili z nami. Tisti, ki boste prejeli sladko nagrado, boste lahko delili tudi to. ■

Ozn.	Prijavitelj	Opis predloga
22/14	Jana Tršan Ajda Knific	Racionalna raba kartonov za vodenje bolnikov s tumorsko diagnostiko: Z uporabo samolepilnih etiket za prvo stran se zagotovi večkratna uporaba kartonske mape.
23/14	Jana Tršan	Oznaka za dvigalo za slabo pomične bolnike v polikliniki pri izhodu v park: Na centralnem hodniku klinike naj se namesti vidna oznaka, da je z dvigalom v polikliniki možen izhod v park tudi za bolnike na sedečih vozičkih.
24/14	Kurirska služba	Dokumentacija za razrez: Nabavijo naj se uničevalci zaupne dokumentacije za administracijo na bolniških oddelkih.
25/14	Kurirska služba	Oznaka izhoda: Napis IZHOD na Bolniškem oddelku 100 naj bo nameščen na steni jedilnice.
26/14	Kurirska služba	Transportni vozički za bolnike: Dotrajane vozičke je treba nadomestiti z novimi in olajšati transport.
27/14	Katarina Pompe	Pult pri sprejemni pisarni poliklinike: Pult naj se predela tako, da bo reža za oddajo dokumentacije vidnejša.
28/14	Jana Tršan Mitja Košnik	Ambulantni kartoni za Ambulanto Ljubljana: Velikost kartonov prilagoditi velikosti kartotečnih omar in zagotoviti njihovo optimalno izrabo.
29/14	Tina Peklenik	Opozorilni napis za stopnice v tajništvu klinike: Z napisom, ki opozori na stopnice, preprečiti padce pacientov.
30/14	Mateja Srečnik	Menjava oken v Vili Triglav: Zamenjati dotrajana okna.
31/14	Silvija Plohl	Ura pregleda v odpustnem pismu: V odpustnem pismu naj bo poleg datuma navedena tudi ura, ob kateri naj se pacient zglasi na pregled.
32/14	Irena Snedic Katja Adamič	Prošnja za dopolnitev napotnice: Izdelati obrazec, s katerim se zavrne nejasna napotnica s prošnjo za dopolnitev.
33/14	Emil Marjanovič	Avtomatizirana cevna zračna pošta: Uvede naj se avtomatska cevna zračna pošta.

mozavest. Pozdravljamo tudi neznane ljudi, kadar se z njimi znajdemo v istem prostoru. Če koga v enem dnevu srečamo večkrat, ga prvič pozdravimo, ob naslednjih priložnostih pa zadošča naklon glave, prijazen nasmeh in nekaj besed. S pozdravom odpremo stik, pričnemo pogovor, spoznamo nove ljudi in izkažemo dobrodošlico, pozornost in gostoljubje.

»... DAN!«, »...ČER!«, »...BRO JUTRO!«

V službi pozdravljamo s klasičnimi dobro jutro, dober dan, dober večer ali pozdravljeni. Manj uraden je pozdrav zdravo ali živijo, ojla pa velja tistim, s katerimi smo v pristnejših odnosih. Kljub določenemu vrstnemu redu po bontonu s pozdravom ne čakamo: nič ni narobe, če s pozdravom prehitimo. Nihče nam ne bo zameril prijaznega dober dan ali živijo, smisel pozdrava se razgubi le v večji množici.

SE VRAČA NEANDERTALSKA KOMUNIKACIJA?

Slišati je, da so medosebni odnosi v kliniki čedalje slabši. Za začetek lahko proti temu pripomoremo tako, da se začnemo pri vsakem srečanju iskreno, prijazno, vljudno in spoštljivo pozdravljati. Neandertalsko čemerno renčanje ali mrmranje, gledanje mimo človeka ali v tla in namrščen obraz to gotovo ni. Kaj pa sploh tvegamo s pozdravom? Mogoče bo človek začuden, presenečen ali pa ne bo nikoli odzdravil – čisto mogoče pa je, da bo prijazno pozdravil nazaj in dobili bomo novega znanca, ki bo sčasoma postal pravi prijatelj. ■

NEPRIMERNO JE POZDRAVLJATI:

- s polnimi usti,
- brez očesnega stika,
- z rokami v žepih,
- če kadimo,
- če žvečimo žvečilni gumi.

STE VEDELI, DA:

- od 1. ure ponoči do 8. ure zjutraj pozdravljamo z dobro jutro,
- od 8. ure zjutraj do 18. ure pozimi oz. 20. ure poleti pozdravljamo z dober dan,
- od te popoldanske ure do 1. ure ponoči pa z dober večer.

Oseba, ki vstopi v prostor, pozdravi prva. Mlajša oseba pozdravi starejšo ne glede na spol, moški pozdravi damo, podrejeni pa nadrejenega in zaposleni stranko. Pozdravu dodamo ime – ljudje zelo radi slišimo svoje ime.

FOTO: CREW LABS INC.

Presoja po standardu Investors in People (Vlagatelji v ljudi)

Po treh letih veljavnosti standarda Investors in People smo imeli ponovno presojo doseganja zahtev omenjenega standarda. Presoja je potekala od 29. septembra do 2. oktobra.

ROMANA MARTINČIČ

Izvajal jo je isti presojevalec, gospod **Graham Pursey**, ki ga v naši kliniki že dobro poznamo. Gospod Pursey je izvedel 40 razgovorov z zaposlenimi. Vzorec, ki ga je izbral, je vključeval zaposlene različnih poklicnih profilov, starosti, delovne dobe v kliniki, formalnih položajev in različnih oddelkov oz. enot. Vzorec je predstavljal 8,4 odstotka vseh zaposlenih in je bil znotraj priporočenih meril standarda.

Ravno v dneh priprave tega članka, smo prejeli tudi poročilo in čestitke iz centrale Investors in People iz Velike Britanije o pozitivnih sklepih presoje in podaljšanju veljavnosti standarda. Logotip Investors in People lahko uporabljamo še nadaljnja 3 leta. Pomembnejše od uporabe logotipa so ugotovitve presoje, ki nam pokažejo področja, kjer smo v kliniki močni, in področja, kjer imamo še možnosti za nadaljnji razvoj.

Komunikacijo v smislu rednih internih sestankov (na pretežnem delu oddelkov in enot) je prepoznal kot zelo učinkovito, z vidika informiranja je izpostavil intranet in elektronsko pošto ter pohvalil Pljučnik. Tudi sestanki po oddelkih, kjer se obvešča o ciljih klinike in oddelčnih načrtih, so komunikacijsko orodje, ki zagotovo prispeva k boljšim poslovnim rezultatom. Presojevalec ugotavlja, da je izobraževanje močno povezano s cilji klinike, povedano drugače, razvoj zaposlenih se spodbuja v smeri začrtanih ciljev. Zelo je pohvalil uporabo matrik usposobljenosti oz. fleksibilnosti kot orodje, ki podpira razvojne potrebe in uspešno načrtovanje.

Zaposleni so povedali, da jih nadrejeni spodbujajo k učenju in razvoju. Presojevalec je kot primer dobre prakse izpostavil sodelovalno kulturo in »učenje drug od drugega«, v smislu mentorstva in različnih udeležb na naših seminarjih in konferencah (npr. Golniški simpozij).

Ukrepi Družini prijaznega podjetja sicer niso neposredno povezani s standardom Vlagatelji v ljudi, vsekakor ga pa podpirajo.

Zelo smiselna se mu zdi uvedba treningov in coachingov za vodilni in vodstveni kader, saj ta tako razvija svoje vodstvene spretnosti in veščine. Ugotavlja, da je tudi aktualni direktor zelo naravnan na proces vodenja in kaže močno zavzetost za stalno izboljševanje tega področja.

V razgovorih, ki sva jih imela med njegovimi odmori, je gospod Pursey večkrat poudaril, da so zaposleni ponosni, da delajo za Kliniko Golnik, so predani svoji stroki in močno osredotočeni na naše odjemalce – paciente.

V svojem poročilu predlaga področja oz. načine delovanja, ki bi pripomogli k nadaljnjemu razvoju klinike kot celote. Nekateri vodje nimajo rednih sestankov s svojim timom. Naj bo tale prispevek kot opomnik tistim vodjem, ki svojih sodelavcev ne vključujejo v pripravo načrtov in ciljev oddelka niti se o realizaciji izvedenih ciljev in nalog ne pogovarjajo na rednih sestankih. Strinjam se, da na prvi pogled lahko pomislimo, da je takšno sestankovanje izguba časa, vendar dolgoročno gledano ni tako. Sestanki morajo biti vnaprej pripravljeni, vodeni učinkovito in ciljno naravnani. Le v tem primeru so zaposleni obveščeni in vedo, kaj se od njih pričakuje.

Graditi pozitivno ozračje

V nekaterih delovnih okoljih je zaznal pomanjkanje timskega dela. Predvsem zdravniki in osebje zdravstvene nege po njegovem videnju ne sodelujejo dovolj. Treba bo preseči že pregovorni individualizem v zdravstvu in sprejeti dejstvo o sinergičnem učinku timskega dela.

Presojevalec predlaga ponovno uvedbo izobraževanj in usposabljanj iz vodstvenih veščin in pogovore v fokusnih skupinah o pristopih v vodenju, o vedenju vodij ipd. Pomembna njegova ugotovitev je, da smo v kliniki bolj nagnjeni k t. i. negativnemu vodenju kot k pozitivnemu, kar pomeni, da gradimo na negativnih pristopih, npr. opozarjamo na napake in prej vidimo negativne stvari kot

Graham Pursey in prevajalka Meta Kožuh sta znala sprostiti vsakega sogovornika. Foto: J. Bogdanovski

pozitivne. Prav je, da poskušamo negativnosti odpravljati, z motivacijskega vidika bi bilo prav tudi, da pri našem delu vidimo pozitivne stvari, jih pohvalimo in izpostavimo. Tako se začne gradnja pozitivnega ozračja.

Šibki smo pri dajanju povratnih informacij v zvezi z delom. Nekateri zaposleni so izpostavili, da je edina povratna informacija, tista, ki jo dobijo na rednem letnem razgovoru z vodjo. Dobro opravljeno delo zaradi znanih razlogov ne moremo finančno nagraditi, lahko pa ga prepoznamo, cenimo in tudi pohvalimo.

Manj pozitivne ugotovitve in predlogi dodajo presoji dodano vrednost, saj so nam podlaga za prihodnje spremembe in izboljšave. Od nas samih je odvisno, koliko smo jih pripravljeni sprejeti in iti po poti nadaljnjega razvoja ali pa preprosto reči: »Tako smo stvari počeli od nekdaj.« Moj komentar na takšen pogled je, da *status quo* ne prinaša pozitivnih rezultatov. ■

Pohvala in zahvala

Po dveh operacijah, ki sta potekali na ORL v Ljubljani, sem bil zaradi neodkrite bolezni oziroma neodkritega vzroka obolele bezgavke na levem delu vratu, ob čemer so bili vsi izvidi glede rakavosti na srečo negativni, poslan na preiskave v Kliniko Golnik. Tja sem prvič prišel 7. oktobra, nato še enkrat, potem pa so me poklicali na nekajdnevno bivanje na Golniku, kjer so odkrili tuberkulozo bezgavk. Nisem preveč podkovan v medicini in si nisem predstavljal, kaj to v resnici pomeni. V Kliniki Golnik sem bil hospitaliziran od 13. do 20. oktobra 2014.

Na ORL sem bil sprejet in obravnavan izredno lepo in moram se zahvaliti zelo požrtvovalnemu, marljivemu strokovnjaku asist. mag. Aleksandru Aničinu, dr. med., ki se je trudil za ureditev mojega zdravja. Tudi na Golniku, kamor sem bil napoten in kjer so specializirani za tuberkulozo in druge bolezni, sem naletel na prijazen sprejem. Čeprav se moram zahvaliti in pohvaliti prav vse osebje od zdravnikov do čistilk – vsi so pridni, delovni, marljivi –, se moram posebej zahvaliti gospe zdravnici Petri Svetina, dr. med., spec. interne medicine, ki je tako vestno poskrbela za moj sprejem za enotedensko bivanje v bolnišnici in za prijazen odpust iz nje. Lepa hvala vsem omenjenim in v obeh bolnišnicah. Pred časom sem že omenil v reviji Interno, da sem odšel v pokoj po 40-letnem delu, od tega kar devet let v tujini v Afriki (Gvineja, Kenija, Tanzanija), Aziji (Nepal, Pakistan, Malezija, Indonezija idr.), Oceanija (Nova Zelandija, Filipini idr.). Videl sem uboštvo po svetu, tudi bolnišnice v katastrofalnem stanju, zato sem že izrazil veliko zadovoljstvo z našim zdravstvom, ki je na žalost večkrat po nepotrebnem kritizirano. Zelo mi je žal, da živim v tako lepi deželi s tako prijaznimi in delovnimi medicinskimi delavci v bolnišnicah, kot sta Klinika Golnik in ORL v KC Ljubljani, hkrati pa imamo med vladajočimi, posebno med poslanci v DZ in seveda v sami vladi, toliko balastnih ljudi, ki bi jih z lahkoto zmanjšali vsaj za polovico. Denar bi dali zdravstvu, ki je zapostavljeno in vsekakor zelo koristno. Neproduktivno govoričenje posebno v DZ ne prinaša nikakršnega blagostanja, v zdravstvu pa se trudijo vsakemu pacientu pomagati k boljšemu zdravju in marljivo delajo v korist vsega prebivalstva Slovenije. Ne recite, da mešam politiko z zdravstvom, to so dejstva, in vlada RS bi morala malo razmisliti in podpreti zdravstvo. Če so kakšne napake npr. pri nabavah zdravil, opreme ali česa podobnega, jih je pač treba odpraviti, vendar je zdravstvo daleč pred vsemi, zato naj mu politika prisluhne in mu pomaga. Nimam prostora, da bi se še bolj razpisal, zato še enkrat pohvala in zahvala za vse, kar ste dobrega naredili zame, tako tudi za vse druge, ki so na zdravljenju pri vas.

Na Golniku sem bil na zdravljenju tuberkuloze bezgavk na Bolniškem oddelku 700 in moram še dodatno pohvaliti kakovost in količino hrane, ki je za te vrste bolezni prav gotovo potrebna.

Želel bi, da mojo pohvalo in zahvalo objavite v reviji *Pljučnik*, internem glasilu Golnika, in tudi v reviji *Interno*, ki izhaja v KC Ljubljani, ker bi želel, da pohvalo in zahvalo preberejo prav vsi, ki delajo v obeh zdravstvenih ustanovah, ker si ju zaslužijo vsi. ■

Silvan Štokelj, Ljubljana

Kaj izbrati in kako brati deklaracije na izdelkih

Si predstavljate, kako je bilo, ko še ni bilo zaščitnih pripomočkov, katerih uporaba se danes zdi popolnoma samoumevna, in ko brez pomisleka sežemo v škatlo z zaščitnimi rokavicami za enkratno uporabo ter si jih nadenemo. Enkrat, dvakrat, večkrat ... Na razpolago imamo zaščitne, sterilne, več vrst in velikosti. Če je treba, si nadenemo zaščitno masko ali respirator, haljo in kapo … Na razpolago imamo perilo, zaščitne komprese, sterilne, nesterilne, preklane ali navadne ...

TATJANA KOSTEN

Pravilnik o označevanju vrednosti živil (Uredba (ES) št. 1137/2008 in nova Uredba (EU) št. 1169/2011 o zagotavljanju informacij potrošnikom) določa pravila za označevanje hranilnih vrednosti živil. Hranilna vrednost je označena na nalepki in vsebuje podatek o energijski vrednosti (v kcal ali kJ) in vsebnost hranilnih snovi: beljakovin, ogljikovih hidratih, maščob, vlaknin, natrija, vitaminov in mineralov. Označevanje hranilne vrednost ni obvezno. Kadar je na izdelku ali pri predstavljanju in oglaševanju navedena zdravstvena trditev, mora imeti izdelek označeno hranilno vrednost živila. Podatki o hranilni vrednosti morajo biti navedeni na 100 g ali 100 ml živila.

Takšne so zahteve pravilnika. Kako pa naj se zdaj znajde potrošnik v poplavi različnih izdelkov in reklam, ki nas vsakodnevno bombardirajo, kaj je zdravo, kaj je koristno? Smernice zdrave prehrane nam zapovedujejo, naj uživamo živila z nižjim odstotkom maščobe, brez dodanega sladkorja, z manj soli in z veliko prehranskih vlaknin. In kako naj ta priporočila upoštevamo, ko se odpravljamo v trgovino po nakupih živil, ko se kot potrošniki znajdemo pred dilemo, kako izbrati ustrezen izdelek? Potrošniške organizacije si prizadevajo za sprejem prehranskega semaforja, ki bo nam olajšal izbiro živil. Prehranski semafor je jasna in pregledna prehranska tabela v obliki barvno kodiranih hranil. Zveza potrošnikov Slovenije (ZPS) je izdala brošurico Prehranski semafor. Po sistemu semaforja z rdečo označimo, kar je nezdravo, z rumeno, kar je še sprejemljivo, in z zeleno, kar je zdravo.

Spletna aplikacija je dostopna na spletni strani Veš, kaj ješ (www.veskajjes.si), ki jo podpira tudi Ministrstvo za zdravje. Potro-

šniki tam lahko poiščejo podrobne informacije o tem, kako zdrav (glede vsebnosti maščob, sladkorjev in prehranskih vlaknin) je določen proizvod. Potrošniške organizacije si prizadevajo, da bi bil prehranski semafor zapovedan zapis na embalaži vseh predpakiranih živil, temu pa seveda nasprotujejo prehranski lobiji.

Na primer jogurtov imamo celo vrsto, eni so »lahki« s samo 0,1 % maščobe, na etiketah je narisano sadje, ki ga jogurt vsebuje, da je okus »dober«, mora imeti dodanih cel kup aditivov. Kaj naj sedaj izbere potrošnik? Zdravo zeleno, manj zdravo oranžno ali »okusno« nezdravo alternativo? Pa lahko razberemo, kaj je zdravo zeleno, samo z deklaracije?

Treba je preveriti vsebnost in pri tem si lahko pomagamo s semaforčkom. Če pogledamo primer sadnega jogurta, ugotovimo, da ima dvakrat rumeno luč, in sicer pri vsebnosti nasičenih maščobnih kislin in vsebnosti sladkorja.

Ko pogledamo ostale sadne jogurte, ugotovimo, da skoraj vsem zasveti oranžna luč pri vsebnosti sladkorja, vsebnost nasičenih maščob je zelena pri jogurtih z manj maščobami.

In kaj sedaj? Seveda je pametno, da čim večkrat posegamo po izdelkih z nižjimi vrednostmi sladkorja, kakršni so navadni jogurti z manj maščobami. Dodamo jim sveže sadje in tako izboljšamo okus ter dobimo domač sadni jogurt.

Drugi primer so žita za zajtrk. Tudi misli (če izberete tele) za zajtrk s čokolado so vse prej kot zdrav zajtrk, saj vsebujejo preveč sladkorja. Sodijo med sladice, ki naj bi jih uživali poredko.

In kakšna je zdrava zelena izbira? Navadni jogurt z manj maščobami, ki mu lahko dodamo navadne ovsene kosmiče, narezano sezonsko sadje in žličko medu, kakšen lešnik, oreh – in zdrav zajtrk je tu. Na začetku se nam bo zdelo, da je takšna izbira v primerjavi s sadnim jogurtom in čokoladnimi kosmiči neprimerno slabšega okusa, ker tu ni dodanih aditivov in sladkorjev, ki nam dajo okus, barvo. Ko se bodo naše brbončice navadile, nam bo čisto všeč in bomo s takšno izbiro naredili nekaj za svoje zdravje. Velja poskusiti.

Maščobe	Malo	2,5 g/100 g
Nasičene maščobne kisline	Srednje	2,2 g/100 g
Sladkor	Srednje	8,9 g/100 g
Sol (natrij x 2,5)	Malo	0,1 g/100 g

Na sliki je primer sadnega jogurta MU, extra jogurt, višnja, Vir: www.veskajjes.si, 18.11. 2014.

Maščobe	Srednje	11,9 g/100 g
Nasičene maščobne kisline	Srednje	4,9 g/100 g
Sladkor	Veliko	22,7 g/100 g
Sol (natrij x 2,5)	Srednje	0,25 g/100 g

Primer žita za zajtrk Dr. Oetker, misli s čokolado, klasik (Vir: www.veskajjes.si, 18. 11. 2014)

Viri:

Pravilnik o označevanju hranilne vrednosti živil (Uradni list RS, št. 60/02, 117/02, 42/03, 121/04, 81/07, 87/09, uradno prečiščeno besedilo)

Uredbo (EU) št. 1169/2011 o zagotavljanju informacij potrošnikom.

Uredba (ES) št. 1137/2008 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 22. oktobra 2008 o prilagoditvi nekaterih aktov, UL L št. 311 z dne 21. 11. 2008.

Mmm, diši … po začimbah!

To, da zgodovino pišejo zmagovalci in da je bolj luknjasta kot cedilo, ve danes vsak, ki vsaj malo razmišlja. Sem in tja se najde celo kdo, ki o tem javno razpravlja in piše. Jasno je, čeprav še vedno ni uradno priznano, da egipčanskih piramid niso gradili šibki in slabo hranjeni delavci, da Amerike ni odkril Krištof Kolumb in da Leonardo da Vinci ni prvi seciral mrličev.

JANA BOGDANOVSKI

Različni viri razkrivajo, da so ljudje pred 5000 leti gradili dovolj velike ladje, da so prepluli oceane, risali natančne zemljevide, ki kažejo, da so vedeli, da je zemlja okrogla, uporabljali namakalne sisteme, trgovali z drugimi narodi in plačevali z denarjem ter toliko razvili medicino, da so poznali anestetike, katetre, operacije na možganih in vpliv začimb na posamezne človeške organe. Obstajajo dokumentirani dokazi, da je med Azijo in Afriko potekala trgovina z začimbami že 3000 let pred našim štetjem. Sumerska, egipčanska, kitajska in indijska kultura so zelo dobro poznale začimbe in trgovale z njimi. Pred svileno potjo je med Indijo in Zanzibarjem potekala cimetova pot, imenovana po najbolj iskanem blagu tistega časa. Zdravje mornarjev je bilo zaradi uporabe ingverja, ki je odlično sredstvo proti slabosti in morski bolezni, poleg tega pa še naravni antibiotik in antiseptik, veliko boljše kot zdravje Portugalcev in Špancev v 15. stoletju. V kitajskih religioznih obredih, zdravljenju in prehrani so dobro vedeli, zakaj uporabljajo ingver, kardamom in kurkumo. Babilonski kralji so na svojih vrtovih gojili žafran, timijan in koriander, asirski kralj Asurbanipal pa je v svoji knjižnici hranil več kot 30.000 glinenih ploščic z opisi 250 začimbnic in zdravilnih rastlin. Pri Egipčanih so začimbe tlakovale pot v onostranstvo, podobno so bile spremljevalke na zadnji poti Indijancev, Vikingov in Indijcev. Tudi srednjeveško krščanstvo jih je uporabljalo

Če vas napenjajo:

- stročnice, jih kuhajte z lovorjevim listom, proti koncu pa dodajte še šetraj, majaron, baziliko, meto, timijan ali čili;
- zeljevke, uporabite kumino, poleg tega pa še baziliko, cimet, čili, janež, klinčke ali koriandrova semena;
- buče, jih uživajte z janežem, koprcem in komarčkom;
- kruh, ga pecite brez kvasa, z dodatkom janeža, kumine, kopra, koriandra in komarčka;
- kumare, postanejo lažje prebavljive s ščepcem koprca, šetraja ali pastinaka.

Kako dosežemo harmonijo okusov?

Večina sodobne hrane pusti naše brbončice nezadovoljene – hrane pogoltnemo več, vendar nas ne osreči. Okusi pa so veliko več kot le gurmanski užitek – uskladiti okuse pomeni nežno pobožati organe, na katere izbrani okus deluje. Ajurveda in tradicionalna kitajska medicina ločita šest okusov, ki jih vse potrebujemo za pomiritev lakote, čutov in uma: sladko, kislo, slano, pekoče, trpko in grenko.

Ajurveda pravi, da je tudi družba hrana. Družbo si izbiramo tako kot hrano – uravnovešeno in prijetno.

Foto: commons.wikimedia.org

za zadnje maziljenje, ležati v vonju začimb pa je takrat pomenilo »bivati v svetlobi«. Rimljani so za seboj pustili celo knjigovodske listine, ki kažejo, da so rimski vojaki pri osvajanju severnoevropskih dežel s seboj nosili tudi poper, katerega cena je bila takrat podobna ceni zlata danes. Starodavna indijska medicina ajurveda večinoma sloni na pravilni uporabi začimb, modrost naših keltskih prednikov in njihovih Druidov pa se je žal prenašala le ustno – vseeno vemo, da so verjeli, da »zemlja diha«, in oblikovali še danes znani drevesni horoskop. Države Bližnjega in Daljnega vzhoda so bile v srednjem veku v primerjavi z Evropo tehnološko superiorne, v sirski knjigi začimb iz 5. stoletja pa izvemo za neverjetne recepte in uporabo začimb v zdravstvene namene, ki so se v Evropi ohranili kvečjemu v kakšni samostanski knjižnici. S prihodom učenih Arabcev je uporaba začimb dobila znanstveno podlago, veliko zapisov o njih pa nam je zapustila tudi sveta Hildegarda, ki je živela v 11. stoletju. V s kugo okuženem 14. stoletju so v Evropi Židje zbolevali manj kot drugi ljudje, predvsem zaradi boljše higiene in uporabe zdravilnih zelišč. Po kugi so se v Evropi začimbe vrnile predvsem v kuhinjo, modre žene (zeliščarke in zdravilke), ki so, recimo, znale prekiniti nezaželeno nosečnost s peteršiljevimi semeni, pa je Cerkev začela pošiljati na grmado. Lov na čarovnice je vrhunec dosegel v 17. stoletju, ko so se celo francoski gurmani odločili, da je varneje kuhati brez začimb, ki so nenadoma postale znak dobrega okusa in nič več.

Danes pri nas komaj še (poznamo in) uporabljamo začimbe in zelišča, namesto njih nam trgovci ponujajo umetno narejene prehranske dodatke, ki morda vsebujejo podobne koristne učinkovine, primanjkuje pa jim naravnega sonca, svetlobe, energije in valovanja. Naravne arome je ceneje zamenjati z umetnimi, konzerviranje živil pa so večinoma prevzeli kemični dodatki. In to kljub temu da so začimbe zaradi masovne plantažne pridelave in strojnega obdelovanja cenejše (in slabše kakovosti) kot kdaj koli.

Bazilika, ki potrebuje le vlago in toploto in uspeva tudi na okenski polici, je od pradavnine opisana kot »kraljevo zelišče«. Starogrška beseda »bazileus« pomeni kralj. Indijci so jo posvetili Višnuju in Krišni, po Kristusovem vstajenju pa je zrasla okrog njegovega groba. Najbolj svete krščanske cerkve se imenujejo bazilike. Kdo je dobil ime po kom?

Dva grama cimeta vsebujeta več antioksidantov kot pol kilograma dušenega brokolija in 15 gramov peteršilja vsebuje toliko oksidantov kot dve jabolki.

Vir in priporočeno branje:

LONČAR, Sanja; TOPOLOVEC, Sabina; KOČEVAR FETAH Marija; BAĆAC, Nadja; ŠČEPEC REŠITVE, Zamolčane zdravilne moči začimb; projekt Skupaj za zdravje človeka in narave, 2011, Ljubljana. ■

Od samokolnice do invalidskega vozička

Različne vrste vozičkov vsak dan potiskamo pred sabo, opremljene z različnim materialom, in večkrat se pošalimo, da je bil izumitelj kolesc res velik izumitelj, saj nam je olajšal delo. Eden izmed nepogrešljivih pripomočkov pri prevozu bolnikov je zagotovo invalidski voziček ali voziček za gibalno ovirane osebe, ki jih dnevno uporabljamo za prevoz bolnikov.

KATJA VRANKAR

Gibalno oviranim osebam služi kot sredstvo za premagovanje razdalje. Nezmožnost gibanja s hojo tudi ob uporabi pripomočkov za pomoč pri hoji je znak za uporabo vozička. Od kognitivne sposobnosti, splošne kondicije ter moči in spretnosti rok je odvisno, ali bo posameznik voziček uporabljal samostojno, ga poganjal s pogonskimi telesi, s pomočjo elektromotorja ali pa ga bo v vozičku poganjala druga oseba (Vute, 1999).

Pripomočki gibalno oviranih oseb se povezujejo s tehnološkim napredkom v zadnjih desetletjih in manj znano je, da je svoj voziček imel že Žiga Zois. V obdobju Žige Zoisa (1747–1819) vozičkov seveda še zdaleč niso imeli vsi, ki niso mogli hoditi. Prvi voziček v Evropi so najverjetneje napravili za kralja Filipa II. (1527–1598), pod katerim je Španija doživela vrhunec svoje imperialne moči. Čeprav se je Filip II. že takrat premikal tako, da se je poganjal z rokami, medtem ko so noge lahko mirovale, so revnejše prenašali **štuporamo ali v samokolnicah** še nekaj časa po smrti Žige Zoisa. Žiga Zois je bil rojen 23. novembra 1747 v Trstu. Bil je **vsestranski človek**. Skonstruiral je svoj **invalidski voziček**, ki mu je kljub hudi bolezni omogočal gibanje. To je bilo okoli leta 1790 in pripomoček je bil za svoje obdobje **zelo napreden**, saj je bil voziček, pri katerem je uporabnik poganjal velika zadnja kolesa, patentiran šele leta 1869. Zoisove zdravstvene težave so se začele med potovanjem po Evropi leta 1780, ko je zbolel za protinom. Voziček je stalno uporabljal od 50. leta starosti; z njim se je premikal po svojem domu, danes imenovanem Zoisova palača, ki stoji ob Ljubljanici, na koncu Zoisove ceste. ■

Žiga Zois na vozičku, Vir: http://www.hefajst.si/vozicek-zige-zoisa/
Vute, R.(1999). Izziv drugačnosti v športu. Ljubljana; Debora

Lizbona: svetovni psihoonkološki kongres

V drugi polovici oktobra sem za teden dni odpotovala v Lizbono na svetovni psihoonkološki kongres. V Lizboni sem si predvsem želela novih znanj in veščin v okviru dveh dnevov delavnic, seveda pa tudi stika s sodelavci drugod po svetu in njihovimi kliničnimi izkušnjami ter najnovejšimi raziskovalnimi spoznanji.

ANJA SIMONIČ

Prvič sem ga obiskala leta 2006 v Benetkah in Ferrari v Italiji, kjer sem bila navdušena nad predstavljenimi vsebinami, ki so bile zadetek v polno glede na moje takratno delo z bolniki s pljučnim rakom. Po osmih letih je bilo število obiskovalcev kongresa sicer manjše, vendar je bilo med njimi še vedno čutiti veliko predanosti razvijanju področja psihosocialne oskrbe bolnikov z rakom. Še posebej sem se razveselila srečanja z Barryjem Bultzem, vodjo Oddelka za psihosocialno oskrbo na onkološki kliniki Tom Baker Cancer Center v Calgaryju, kjer sem opravljala del svoje kliničnopsihološke specializacije. Barry je ravno končeval dveletno predsednikovanje Mednarodnemu združenju za psihoonkologijo (IPOSu). Nisem pa pričakovala, da bom srečala tudi Johna Robinsona, mojega neposrednega kliničnega mentorja v Calgaryju, kar je bilo res lepo presenečenje. Imela sem privilegij, da sem lahko ves teden bivala pri dragi prijateljici Maji Furlan, psihologinji, ki je pod mojim mentorstvom na Golniku opravljala pripravništvo, sedaj pa kot raziskovalka sodeluje s Kliniko Golnik pri evropskem projektu ACTION. Majo je ljubezen pred dvema letoma odpeljala na Portugalsko. Z možem Brunom Britom, ki je prav tako klinični psiholog, smo skupaj preživeli poln in prijeten teden (bolj jutra in večere), v katerem so se temperature gibale tudi do 30 stopnji, tako da sem nenadejano imela še izlet v pravo poletje. V nadaljevanju bom izpostavila nekaj vsebinskih utrinkov s kongresa.

Obiskala sem dve delavnici z naslovoma V družino usmerjena terapija (Family grief focused therapy) in V čustva usmerjena terapija (Emotion focused therapy). Še posebej me je navdušila prva, ker je bila zelo praktično zasnovana. Vodil jo je avstralski psihiater David Kissane. V družino usmerjena terapija je namenjena družinam (v katerih družinski član zboli za rakom), ki so v obdobju paliativne oskrbe prepoznane kot tvegane za razvoj težav v procesu žalovanja. Spoznali smo značilnosti dveh vrst družin, katerih člani se zmorejo dobro spoprijemati z boleznijo ter spremembami, ki jih le-ta prinese v družino. Gre za t. i. **podporne družine**, v katerih so družinski člani drug drugemu med seboj v podporo, kjer med njimi prevladuje kohezivnost in ki zmorejo dobro izpeljati proces žalovanja (teh naj bi bilo približno dobra tretjina). Sem spadajo tudi **družine, v katerih so konflikti**, vendar jih družinski člani zmorejo uspešno reševati. Te družine so odprte do različnosti med svojimi družinskimi člani, obenem pa se zmorejo dobro prilagoditi na posledice bolezni (teh naj bi bilo približno 20 %). Ta dva tipa družin ne potrebujeta strokovne pomoči. Več pozornosti smo na delavnici posvetili družinam, ki imajo več težav ob spoprijemanju z boleznijo in ki ob tem potrebujejo strokovno pomoč. Sem spadajo t. i. **družine z zmernimi težavami**, ki funkcionirajo včasih bolje, drugič slabše (teh naj bi bilo 20 do 33 %). V skupino družin, ki so opredeljene kot disfunkcionalne, spadajo **slabovoljne in čemerne družine**, v katerih so jeza in druga neprijetna čustva potlačena, stiska in depresivnost pa visoka (teh je 9 do 18 %). V tej skupini so tudi **sovražne ali hostilne družine**, v katerih so družinski člani med seboj pogosto v konfliktih, ne da bi jih zmogli ali znali uspešno reševati. Za te družine je značilna visoka stopnja kaotičnosti (teh družin je od 6 do 12 %). Delavnica je bila zastavljena tako, da smo v praksi v igrah vlog spoznali več primerov disfunkcionalnih družin. Vsi smo bili večkrat v vlogi terapevta in tudi v vlogi bolnika ali svojca. Moram priznati, da je bilo oboje težko, a zelo poučno. Največ pozornosti smo posvetili treningu t. i. krožnih vprašanj, s katerimi terapevt dobi informacije o medosebnih odnosih v družini, za razliko od linearnih vprašanj, ki smo jih iz svoje vsakodnevne prakse z bolniki najbolj vajeni in ki so usmerjena individualno v bolnika ali svojca.

Peniche, Foto: osebni arhiv Maje Furlan

Zelo mi je v spominu ostal simpozij, ki ga je na temo **raka v starosti, družine, kulture in komunikacije** vodila priznana izraelska psihoonkologinja Lea Baider. Povedala je zgodbo o svoji pacientki, starejši gospe, ki je zbolela za rakom dojke. Kljub zatipani bulici v dojki približno leto dni ni poiskala zdravljenja. Ob vključitvi v zdravstveno obravnavo je sprejela samo protibolečinsko zdravljenje, vse ostalo pa zavrnila. Njen mož je v mladosti prestal nacistično taborišče, v katerem je izgubil vso svojo družino. Imela sta hčerko in šest vnukov. Gospa od zdravstvenih delavcev ni želela slišati realnih informacij o svoji prognozi. Lea je štirim predavateljem ter terapevtom iz različnih koncev sveta in tudi različnih terapevtskih usmeritev (eksistencialistične, družinske itn.) vnaprej poslala primer opisane pacientke in njene družine ter jih prosila za razmišljanja o njih ter o predlogih, kako voditi obravnavo s takšno družino. Ob koncu je Lea povedala, da se je vsak od družinskih članov s situacijo spoprijel na svoj način, ki je bil konstruktiven, vendar se je žal zgodila huda tragedija. V bombnem napadu sta umrla pacientkina hčerka in vnuk, teden dni za njima pa pacientka. Mene, prepričana pa sem, da tudi druge poslušalce, je zgodba zelo pretresla. Jasno sem se zavedela razlik med državami, v katerih živimo in delamo tudi v smislu osnovne varnosti življenja. Boleče je bilo začutiti izjemno tragedijo družine, katere družinski člani so prestali nacistično taborišče in vse življenje nosili s seboj to hudo travmo. Zavedela sem se tudi terapevtkinih izgub, ki jih je doživela ob spremljanju te družine.

Glede na starostno obdobje, v katerem smo, ko npr. zbolimo za rakom, imamo lahko različne želje in cilje glede življenja, zdravljenja itd. Lodovico Balducci, predstavnik Mednarodne zveze za geriatrično onkologijo, je izpostavil **staranje kot zelo heterogen proces**. Poudaril je, da določiti osebi biološko starost ni nekaj enostavnega, saj so med posamezniki enake starosti lahko v biološki starosti razlike tudi v intervalu 15 let. Povedal je, da starostniki z rakom kot prednostno nalogo ocenjujejo svoje funkcioniranje, in sicer splošni funkcionalni status ter kognitivno funkcioniranje. Opozoril je, da zdravljenje s kemoterapijo lahko vpliva na hitrost kognitivnega procesiranja glede na kognitivno rezervo posamezne osebe. Izpostavil je, da se geriatrija v smislu iskanja poti, kako primerno naslavljati starejšo generacijo bolnikov z rakom, lahko veliko nauči od pediatrije.

Kanadčanka Carmen Loiselle je raziskovala **stališča in želje pacientov glede pridobivanja informacij o bolezni ter zdravljenju**. Medtem ko so se dosedanji pristopi osredotočali na dihotomijo med bolniki v smislu »iskalci informacij« in »izogibajoči se informacijam«, so rezultati študije, ki jo je predstavila, izpostavili, da je prihodnost v individualiziranem pristopu. Rezultati so pokazali, da lahko bolnike z rakom v grobem razdelimo v pet skupin: raziskovalci (3,9 %), iskalci (52 %), usmerjeni v pridobivanje informacij s pomočjo mreže ljudi (5,5 %), usmerjeni v pridobivanje informacij mimogrede (24 %), izogibajoči se (13 %). Pri iskalcih je upad največji po 55. letu starosti. Izogibajoči se so najpogosteje v skupini najmlajših in najstarejših bolnikov. Že tako zanimive podatke so popestrili še dokazi, da se opisane skupine med boleznijo in zdravljenjem spreminjajo, so dinamične, kar pomeni, da bi v skladu s tem morali svoj pristop do bolnikov prilagajati tudi zdravstveni delavci.

Še nekaj dragocenih informacij, ki sem si jih zabeležila med predavanji: Danec Christoph Johanssen, ki je prejel nagrado za življenjske

dosežke na področju psihoonkologije, je poudaril, da mu je zelo blizu stališče, da um ne povzroča raka. Poudaril je komorbidnost pri bolnikih z rakom ter izziv, kako v tem kontekstu integrirati njihovo oskrbo. Izpostavil je **raziskovanje nove paradigme za »follow up managment«**, rekoč, da se tumorji ne razvijajo po gregorijanskem koledarju, temveč imajo svojo dinamiko. Avstralka Phyllis Butow je poudarila, da **tega, kaj in koliko si kdo želi vedeti o svoji prognozi, ne moremo soditi samo po kulturi, iz katere prihaja**. V avstralski raziskavi so bolniki najbolje ocenili zdravnike, ki so bili pri svojem sporočanju prognoze eksplicitni, vendar ohrabrujoči. O vplivu poznavanja prognoze bolezni s strani družine na družinsko funkcioniranje primerni podatki še ne obstajajo. Kanadčan Barry Bultz je poudaril, da **lahko nekaj počnemo samo s tistim, kar tudi izmerimo**. To ni bistveno samo za spremljanje stiske, temveč predvsem za to, da lahko v zvezi z njo delujemo, jo naslovimo, obravnavamo. Japonec Keishi Uemura je predstavil **razlike med skupino bolnikov z rakom, ki imajo shizofrenijo, ter skupino bolnikov z rakom brez te bolezni**. Osebe s shizofrenijo, ki so zbolele za rakom, so v primerjavi s kontrolno skupino, ki je do diagnoze potrebovala v povprečju 45 dni, za to potrebovale v povprečju kar 75 dni. Pokazale so se tudi očitne razlike v prognozi oziroma preživetju teh bolnikov: bolniki s shizofrenijo: 25,4 meseca, bolniki brez shizofrenije: 62 mesecev. Američanka Maureen Rigney iz Lung Cancer Alliance je predstavila izsledke raziskave, v kateri so spraševali strokovnjake, ki v ZDA, Veliki Britaniji in Avstraliji vodijo **skupine za bolnike s pljučnim rakom in njihove svojce**, kateri **dejavniki prispevajo k uspešnemu delovanju** skupin.

Ujela sem tudi nekaj **vročih kostanjev za raziskovanje na področju psihoonkologije**: socialne neenakosti pri preživelih po raku, opazovanje raka kot »socialno nalezljive bolezni, ki okuži okolje v bolnikovem življenju«, navigacija bolnikov s pljučnim rakom v nižjih socialnih razredih, vloga svojcev v času prehoda med enoto paliativne oskrbe in domačim okoljem (Christoph Johanssen), geriatrična populacija, genetika, socialna izolacija, motnje spanja (Matthew Loscalzo).

Na plenarnih zasedanjih smo imeli ob 30-letnici psihoonkologije priložnost spoznati vse dosedanje predsednike IPOS-a, ki so se v svojih predstavitvah sprehodili skozi glavne naloge in aktualne teme iz obdobij svojega predsednikovanja. Spoznali smo razvoj psihoonkologije po posameznih celinah. V okviru evropskega prostora je nova predsednica IPOS-a klinična psihologinja Lucia Travado izpostavila skupni cilj Portugalske in Slovenije, oblikovan v času slovenskega predsedovanja Evropski uniji leta 2008, ko je bila kot prednostna naloga zdravstvene politike izpostavljeno zmanjševanje bremena raka. Poučila sem se, da ima samo 12 od 27 držav članic Evropske unije proračun za psihosocialno oskrbo bolnikov z rakom in samo pet držav članic oblikovan sistem certificiranja na področju psihoonkologije. Evropski projekt, ki je potekal v obdobju med letoma 2008 in 2013 je pokazal, da smernice na področju izboljševanja psihosocialne oskrbe ter komunikacijskih veščin med zdravstvenimi delavci niso zadovoljivo promovirane v južno- ter vzhodnoevropskih državah. Na **sestanku federacije sodelujočih držav pri Mednarodnem združenju za psihoonkologijo** sem kot predstavnica Slovenije (natančneje Sekcije za psihosocialno onkologijo in paliativno oskrbo pri Zbornici kliničnih psihologov Slovenije) še jasneje zaznala ogromne razlike med državami v razvoju in ureditvi psihoonkologije. Vzpostavila sem stike s kolegi iz Gradca v Avstriji, s kolegico iz Malte in kolegom iz Ferrare v Italiji z namenom, da bi se sosednje države bolj povezovale med seboj pri organizaciji izobraževanja s področja psihoonkologije.

Še nekaj uporabnih povezav:

Smernice Ameriškega združenja klinične onkologije (ASCO) glede presejalnih postopkov, ocenjevanja in obravnave simptomov anksioznosti in depresivnosti pri odraslih bolnikih z rakom:

http://jco.ascopubs.org/content/early/2014/04/09/JCO.2013.52.4611.abstract

Klinične smernice za obravnavo trpljenja pri bolnikih z rakom:

http://guidelines.canceraustralia.gov.au/guidelines/suffering/ch01.php

Avstralske smernice za komuniciranje o prognozi in dilemah ob zadnjem obdobju življenja z odraslimi z neozdravljivo življenjsko ogrožajočo boleznijo:

https://www.mja.com.au/journal/2007/186/12/clinical-practice-guidelines-communicating-prognosis-and-end-life-issues-adults

P.S.: Ker sem članek o svojem obisku svetovnega psihoonkološkega kongresa v Lizboni obljubila tudi uredniškima ekipama revije Okno pri Društvu onkoloških bolnikov in revije Klip pri Zbornici kliničnih psihologov, na tem mestu izjavljam, da bom v drugih dveh prispevkih spremenila vsaj dve povedi. ■

Zahvala

Spoštovani doc. dr. Matjaž Fležar, kako zelo hitro je leto naokoli! Pa smo se spet srečali: vi in vaša ekipa z nami, mi, upokojenci, z vami, in mi, upokojenci z drugimi upokojenci. Tradicija res nekaj velja!

Prav je, da se vam in vašim sodelavcem, ki nam ta srečanja omogočite, zahvalimo. Iskrena hvala!

Vsako leto izvemo kaj novega in vsako leto je malo drugače. Letošnje srečanje je bilo še posebej prijetno. Vaša gesta, ko ste se rokovali z vsakim od nas in z vsakim spregovorili nekaj besed, nam je ostala v lepem spominu.

Zelo nas je navdušila pobuda o sodelovanju pri obnovitvi parka. Golniški park je bil res nekaj lepega. Vsi se vaši pobudi ne bodo mogli odzvati. Tisti pa, ki se bomo lahko, bomo to storili z veseljem, če nas boste povabili k sodelovanju.

Želimo si, da bi tradicija in naša srečanja še dolgo hodili z roko v roki, mi pa bomo z veseljem usmerili svoj korak na Golnik, v »našo« bolnišnico. Vam osebno želimo veliko uspeha pri vodenju klinike. Veliko uspeha želimo tudi vašim sodelavcem.

Veselimo se ponovnega srečanja! ■

Cveta Weisseisen, Golnik

V Rimu o tuberkulozi

V Rimu je bilo 4. in 5. julija letos svetovno srečanje "Towards the Elimination of Tuberculosis (TB) in Countries with Low Incidence of Disease", ki sta ga organizirali ERS in WHO in kamor smo bili povabljeni predstavniki iz držav, kjer je pogostnost tuberkuloze nizka.

PETRA SVETINA

Foto: www.tbcoalition.eu

Na srečanju predstavnikov 33 držav z nizko pogostnostjo (10 primerov in manj /100.000 prebivalcev) smo skupaj s predstavniki ERS in WHO pripravili izhodišča, s katerimi želimo v prihodnje doseči zastavljene cilje – 10 primerov TB/milijon prebivalcev do leta 2035 in 1 primer/milijon prebivalcev do leta 2050. V izhodiščih je poleg dosedanjih ukrepov predvsem poudarek na preprečevanju obolevnosti pri osebah, ki sodijo v ogrožene skupine prebivalstva z ugotavljanjem okuženosti z *M. tuberculosis* ter preventivnim zdravljenjem okuženih oseb. V nekaterih državah z nizko pogostnostjo (tudi v Sloveniji) se že izvajajo ti ukrepi. Vendar vsi ne bodo zadostovali, da se dosežejo zgoraj omenjeni zastavljeni cilji v državah z nizko pogostnostjo, predvsem zaradi problemov, kot so:

- države z nizko pogostnostjo niso izolirane; v bližnji in širši okolici imamo območja, kjer je TB še vedno pogosta;
- vedno večji problem postaja pojavljanje TB z zelo odpornimi sevi mikobakterij tuberkuloze (ti MDR-TB in XDR-TB);
- porast migracije ljudi z območij z visoko pogostnostjo TB in odpornimi oblikami TB;
- naraščanje pogostnosti okuženih s HIV, ki še dodatno vpliva na možnost porasta TB;
- porast pogostnosti TB v velikih mestih v državah z nizko pogostnostjo;
- porast brezposelnosti prebivalstva, brezdomstvo, porast deleža uživalcev nedovoljenih drog, slabša prehranjenost, naraščanje deleža starejše populacije …;
- privatizacija zdravstva, slabša ekonomska situacija.

Slovenija je država, ki je v zadnjih dvajsetih letih veliko naredila pri nadzoru epidemije TB v državi, rezultat tega je stalen upad pogostnosti TB. V vseh ogroženih skupinah prebivalstva pojavljanje TB upada, razen blag porast TB pri priseljencih, ki smo ga opazili v zadnjih letih in ki je posledica večjega deleža priseljencev iz držav z višjo pogostnostjo TB ter njihovega slabšega ekonomskega stanja. V Sloveniji že od leta 2000 testiramo osebe, ki so bile v stiku z bolniki s TB glede morebitne bolezni oziroma okužbe. Redno testiramo tudi osebe iz drugih ogroženih skupin (osebe, okužene z virusom HIV; bolnike, ki so na terapiji z zdravili, ki zmanjšujejo odpornost; bolnike pred transplantacijo organov). V prihodnje želimo uvesti redna testiranja dodatnih ogroženih skupin prebivalstva, kot so zdravstveni delavci, starostniki v negovalnih ustanovah, bolniki z določenimi kroničnimi boleznimi, priseljenci, zaporniki in brezdomci po zavetiščih.

V letu 2013 je bila pogostnost TB v Sloveniji 6,7 primera/100.000 prebivalcev in je najnižja v Sloveniji do zdaj. Kljub stalnemu upadu pojava TB v državi je treba stalno in skrbno izvajati vse ukrepe za preprečevanje širjenja okužbe z mikobakterijo tuberkuloze, pravočasno odkrivati nove primere bolezni, pravilno zdraviti v zato ustrezno opremljenih ustanovah z usposobljenim kadrom, kjer se izvajajo vsi ukrepi aerogene izolacije, imeti moramo nemoteno preskrbo s protituberkuloznimi zdravili ter redno izobraževati zdravstvene delavce. Za izvajanje vseh zgoraj naštetih nalog in dosego ciljev, ki so predvideni v prihodnje, pa ni dovolj le strokovnost, temveč tudi ekonomska podpora Nacionalnemu programu za TB v Sloveniji in vsem, ki se ukvarjamo s to dejavnostjo. ■

Študijski obisk Univerze v Southamptonu

Od nekdaj je bila moja želja obiskati raziskovalni center v tujini. Po tem, ko sem že pozabila na svojo željo, sem pred dvema letoma zaslutila, da je mogoče vredno še enkrat poskusiti.

MIHAELA ZIDARN

Priprave na trimesečni delovni obisk so se začele. Za to, da imaš lahko v Veliki Britaniji kakršen koli stik z bolniki, je treba opraviti registracijo General medical council (GMC), za kar je treba pripraviti obsežen kupček dokumentov. Zahtevajo seveda diplomo medicinske fakultete, pa tudi potrdilo Ministrstva za zdravje, da je diploma prava, in še sodni prevod obeh dokumentov itd. Do lanskega leta za zdravnike iz Evropske unije niso zahtevali formalnega potrdila o znanju angleščine. V letošnjem letu pa so dodali tudi to. Na forumu sem prebrala mnenje, da tudi mnogo diplomantom angleških univerz ne bi uspelo opraviti izpita angleščine na takšni ravni, kot ga zahteva GMC. Kopije zbranih dokumentov je bilo treba najprej poslati po pošti. Ko so vse pregledali, pa je bilo treba originalne dokumente tudi osebno predložiti. Zaslišanje pri uslužbencu je resen in formalen postopek, pri katerem ponovno zelo natančno preverijo vse papirje. Celoten postopek potrditve zdravniškega dovoljenja za delo ustvari že precej stroškov in traja okoli pol leta.
Naslednji preskusni kamen je iskanje stanovanja. Za najem stanovanja prek agencije je minimalna doba pogodbe šest mesecev. Po mnogo urah brskanja po spletu, elektronskih sporočilih in telefonskih pogovorih ter iskanju raznoraznih poznanstev mi je nekaj tednov pred odhodom le uspelo najti agencijo, ki je bila pripravljena skleniti trimesečno najemno pogodbo. Vendar se je žal izkazalo, da so standardi bivanja v Veliki Britaniji bistveno slabši, kot smo jih navajeni doma. Za za naše razmere nezaslišano visoko ceno sem dobila stanovanje čisto ob nočnem lokalu, za katerega je lastnik trdil, da je očiščeno in brezhibno, jaz pa se s tem nikakor nisem mogla strinjati …

Angleži so vljudni in prijazni

V General Hospitalu, kjer deluje medicinska fakulteta, me je sprejel profesor Ratko Djukanović. Moj mentor pa je bil profesor Peter Howarth. Administrativna vojna urejanja papirjev se je končala šele en mesec po prihodu. Bolnišnica namreč zahteva še dodatna dokazila: o nekaznovanju, o bivališču v Angliji, o cepljenjih … Že pred prihodom smo se dogovorili o mojem projektu. Na že zbranih vzorcih induciranih izmečkov sem določala prisotnost proteina FKBP51, za katerega je znano, da je povezan z jemanjem kortikosteroidov. Najprej so me naučili tehnike imunohistokemije. Pred začetkom dela sem imela na štirih različnih mestih tudi individualni pouk o varnosti pri delu. V začetku je bila moja učiteljica Helen ves čas z mano, pa tudi ko sem se že osamosvojila pri delu, je bila vedno na voljo za vprašanja. Pri delu sem opazila, da so Angleži veliko vljudnejši in prijaznejši med seboj in tudi do obiskovalcev, ki jih je ogromno iz vseh delov sveta. Čeprav nisem imela do tega obiska skoraj nobenih izkušenj z laboratorijskim delom, ni nihče od zaposlenih, s katerimi sem delala, pokazal niti najmanjšega znaka nejevolje ali nepripravljenosti za delo, za sodelovanje … Po barvanju citospinov se je začel zahtevnejši del štetja celic in opredeljevanja obstoja iskanega proteina. Sčasoma sem se navadila več ur zapored zreti v mikroskop, kar se mi je na začetku zdelo povsem nemogoče.

Pridružila sem se tudi delu v ambulanti. Oba profesorja imata dvakrat na teden štiriurno ambulanto. Southampton je terciarni referenčni center za težke bolezni dihalnih poti, tako da so v njihovih ambulantah res samo bolniki s težko astmo in problematičnim kroničnim kašljem. Bolniki s pljučnimi boleznimi se obravnavajo večinoma ambulantno, tudi pri zahtevnejši diagnostiki (npr. bronhoskopija). Ob poslabšanju npr. KOPB se zdravijo na akutnem oddelku.
Prostori za bolnike, ki sodelujejo v akademskih raziskavah, so povsem ločeni od drugih oddelkov in ambulant. Celoten raziskovalni center obsega šest nadstropij, kjer so laboratoriji in sobe raziskovalcev. Na voljo je neverjetna oprema, ki se ves čas prenavlja in

Pred ladjo, s katero je Nelson premagal Napoleona pri Trafalgarju. Foto: osebni arhiv

dopolnjuje. Laboratoriji so polni mladih ljudi, pa tudi izkušenih »lab managerjev«, ki skrbijo za varnost in red. Sobe za raziskovalce so pravi čebelnjaki. V največji skupni sobi, ki so mi jo pokazali, dela 50 ljudi. Pisarniška oprema je precej neugledna, tudi sobe profesorjev so majhne in skromno opremljene. Vsak dobi mizo, ki je krajša od enega metra, in stol pa seveda računalnik, ki je ves čas mojega obiska brezhibno delal, čeprav je bil že v letih in ga je pred mano uporabljalo že veliko raziskovalcev. V nekaterih skupnih sobah zasedeš tisti prostor, ki je ta dan prost, in mesta sploh niso vnaprej določena. Moja prva ocena je bila, da je intelektualno zahtevno delo povsem nemogoče v takem okolju. Vendar razen nekaj vljudnostnih fraz dopoldne ob prihodu in zvečer pred odhodom nihče ne klepeta, tako da okolje sploh ni moteče. Moji sosedje v delovni sobi so bili iz Romunije, Poljske, Španije, Italije, Koreje, Nizozemske in ZDA. Ves čas je dostopna računalniška spletna podpora in vsi programi. Tudi knjižnica je organizirana tako, da do večine člankov lahko dostopaš na spletu. Če kateri od člankov ni tako dostopen, pa ti ga organizirajo od drugod. Ves čas je na voljo knjižničar za spletni klepet, če se pri čem ne znajdeš. Vse te funkcije so omogočene z istim geslom tudi od doma. Zaposlenim v raziskovalnem centru ni treba na nikakršen način beležiti navzočnosti, sami se odločajo, kdaj in koliko bodo delali od doma. Pomemben je samo rezultat, ko je projekta konec. Zaposlitve so vezane na projekte, na posameznem projektu dela več raziskovalnih skupin iz različnih področji, ki povezujejo znanja. Naučili so me, da je v znanosti ključno sodelovanje. Raziskovalne skupine imajo redne tedenske sestanke. Predstavitve so bile kratke, razprave pa intenzivne, poglobljene, večina navzočih na sestanku je dodala svoj prispevek v razpravi.

Sicer pa se je Anglija precej spremenila, od takrat ko sem jo prvič obiskala. V spominu mi je ostala podoba čudovitih, brezhibno urejenih parkov v Cambridgeu, kjer ljudje posedajo po travi … Ob tokratnem obisku pa sem videla tudi parke, polne praznih pločevink piva in živahnih skupin pivcev. Šoferji so bili včasih zelo obzirni; vedno so ustavili takoj, ko si se približal prehodu za pešce, nikoli ni bilo slišati hupanja … Tudi to se je povsem spremenilo. V nekaterih delih Anglije živi ogromno priseljencev, za London sem zasledila podatek, da je samo še vsak tretji prebivalec Anglež. Verjetno je tudi to pomemben razlog za spremembe. V storitvenem sektorju skoraj ne slišiš več angleščine brez tujega naglasa. Ohranilo pa se je vljudnejše komuniciranje, značilno za Angleže, ki je lahko včasih tudi moteče in zavajajoče. Če želiš kar koli urediti, včasih naletiš samo na cel seznam prijaznih vljudnostnih fraz, ki žal nimajo nobene vsebine.

Delovno okolje je pri nas lepše

Med svojim trimesečnim obiskom nisem na delovnem mestu nikoli opazila povzdigovanja glasu, čustvenih izbruhov, očitkov, tega, da bi kdo »znorel« … Pripravljenost za delo in tudi za pomoč in sodelovanje z drugimi je bistveno drugačna. In to je nekaj, kar bi si vsekakor želela tudi v svojem delovnem okolju. Presenetilo me je pa dejstvo, da so nekatere stvari pri nas vsaj na videz bolje ureje-

Posedanje na travi, zelo angleško. Foto: osebni arhiv

ne. Delovno okolje je pri nas lepše pa tudi čistejše in bolj urejeno. Pri kliničnem delu nisem opazila dramatičnih razlik pri obravnavi bolnikov, na znanstveno-raziskovalnem področju pa so razmere popolnoma drugačne, tako glede časa, denarja, opreme, pa tudi odnosa do dela. Gostitelj in ustanova, ki jo vodi, sta presegla moja pričakovanja.

Mr. Darcy in angleško vreme

Anglija je seveda zanimiva tudi po turistični plati. Zame je največja znamenitost Anglije Jane Austen, njeni romani in nadaljevanke ter filmi, ki so bili posneti po teh romanih. Jane je živela v okrožju Hampshire, nekaj časa tudi v Southamptonu. Vrhunec njenega najpopularnejšega romana se dogaja, ko gre Elizabeth s teto in stricem na izlet k jezerom in tam sreča Mr. Darcyja … Tako smo se tudi mi neki petek namenili proti jezerom. Žal nismo imeli več tednov časa za potovanje s kočijo, vendar je tudi pot z avtom trajala precej dlje, kot pravi garmin, pa bistveno bolj pusta je bila. Opazovali smo predvsem to, da od severa do juga Anglije avtomobili stojijo v strnjeni koloni, čeprav smo potovali po tripasovni avtocesti. V naši smeri je bilo prometa sicer nekoliko manj, pa vseeno preveč. To poletje je bilo vreme v Angliji neverjetno, tako da dežja skoraj nismo videli, pri jezerih, na severu Anglije, pa smo le doživeli pravo angleško vreme. Ko smo bili enkrat že tako daleč, smo se odpeljali še v Edinburgh, kjer je vsako leto avgusta festival Fringe pa uradni Edinburški mednarodni festival pa vsak večer na gradu »military tattoo« … Skratka avgusta je mesto hiperaktivno in preplavljeno z obiskovalci. Trenutno moj najljubši pisatelj Alexander Mc Call Smith živi v Edinburgu. Najslavnejša je njegova Prva damska detektivska agencija, ki se dogaja v Bocvani. Tudi sicer piše knjige v nadaljevanjih. Dve od teh zgodb v nadaljevanjih se dogajata v Edinburgu, tako da sem imela občutek, da mesto že poznam. Obiskali smo Cumberland bar, kjer se dobivajo junaki iz serije knjig 44 Scotland street. Poleg Bertija je eden od junakov teh zgodb tudi pes Cyril, ki mu lastnik v pubu ob večerih privošči svojo porcijo piva. In res je v pubu poleg zbrane družbe ležal točno tak pes, kot je knjižni junak Cyril. Komaj sem se zadržala, da nisem zacvililа od presenečenja, ko sem ga zagledala. Zato mi ni uspelo pogledati, ali ima res zlati zob in ali bi tudi meni pomežiknil. Hčeri pa sta si Edinburg pogledali po poteh Harryja Potterja. JK Rowling je v kavarni The Elefant house začela pisati čarovniške prigode in je dobivala navdih tudi na ozkih uličicah starega mesta.

Blizu Southamptona je staro vojaško pristanišče Portsmouth, kjer se dogaja del zgodbe v romanu Mansfield park, tako da je bil obisk nujen. V zgodovinskem delu pristanišča je na ogled skoraj 250 let stara lesena jadrnica HMS Victory, s katero je Nelson premagal Napoleona pri Trafalgarju. Dovoljen je tudi ogled notranjosti, ki je ohranjena v nespremenjeni obliki in z vso opremo. Označen je prostor, kjer je obležal v bitki smrtno ranjeni Nelson. Ladja ima še vedno tudi kapitana in posadko. Čeprav zdaj stoji na suhem, pravijo da ima še vedno funkcijo v upravljanju pristanišča. Vsekakor je prava lepotica, vredna ogleda. Očitno je bila za model tudi ustvarjalcem filma Pirati s Karibov. ■

NA PREPIHU – Dan odprtih vrat Laboratorija za klinično biokemijo in hematologijo

NINA KARAKAŠ

Slovensko združenje za klinično kemijo in laboratorijsko medicino je 2. oktobra organiziralo Dan klinične kemije in laboratorijske medicine. Takrat je 35 klinično-kemijskih laboratorijev v različnih krajih po Sloveniji odprlo svoja vrata, da širši javnosti predstavimo svoje delo in njegov pomen pri obravnavi bolnikov. Kljub temu da rezultati laboratorijskih preiskav prispevajo visok delež pri odločitvah o diagnozi in zdravljenju posamezne bolezni, se namreč še vedno prepogosto dogaja, da naše delo ostaja neprepoznano.

Pri zasnovi in organizaciji dogodka smo se trudili in sodelovali vsi zaposleni, in bolj ko se je bližala predvidena ura ogleda, bolj nas je skrbelo, ali se bo sploh kdo pojavil na zbornem mestu. Glede na to, da smo dogodek organizirali prvič, niti približno nismo vedeli, kaj naj pričakujemo … In odvalil se nam je kamen od srca, ko nas je pričakalo veliko »radovedneže«. Hvaležni smo vsem sodelavkam, sodelavcem in zunanjim obiskovalcem, ki so se odzvali povabilu in si vzeli čas za ogled našega laboratorija, pokazali zanimanje za naše delo ter se na kratko podružili z nami.

Mnenja udeležencev

Jana Bogdanovski (odnosi z javnostmi)

Dan odprtih vrat LKBH je bil odlična priložnost za spoznavanje laboratorijskega dela, ki se mi zdi tako daleč kot Amerika, in za

Na ogledu laboratorija. Foto: N. Karakaš

spoznavanje sodelavcev, s katerimi se sicer samo pozdravimo, ko se srečamo na hodniku. Bil je dobro organiziran, z odlično, kratko in jedrnato uvodno predstavitvijo, s prijaznim vodenjem nasmejanih sodelavcev mimo zapletenih naprav in z nebolečim pikom pri odvzemu krvi tistim, ki smo si upali na pregled glukoze v krvi. Naj postane tradicionalen, pa ga bomo prihodnje leto še malo bolj oglaševali in pritegnili še več obiskovalcev. Pa mogoče tudi spodbuda za druge oddelke, da bi kdaj odprli svoja vrata. Vsako delo spoštujemo, tisto, ki ga poznamo, pa še bolj.

Darja Brus (tajnica namestnika direktorja za upravno in poslovno področje)

Še sreča, da obstajajo dnevi odprtih vrat, da smo videli, kje ta vrata sploh so, kdo jih vsak dan odpira in kaj se za temi vrati dogaja. Na koncu smo bili še nagrajeni z mini vbodom v prst ter s »ta pravim« izvidom, ki ima v ozadju certifikat.

Janez Hostnik (direktor Domela, d. o. o., PE Laboratorijski sistemi)

Za dan odprtih vrat sem izvedel v članku, objavljenem v Gorenjskem glasu. Dogodek se mi je zdel zanimiv, zato sem se odločil, da se ga udeležim. K odločitvi mi je pomagala radovednost, kako potekajo analize krvi in urina, ki smo jim občasno podvrženi vsi, in zanimanje, s kakšno laboratorijsko opremo se to izvaja. To slednje je pogojeno z mojo poklicno dejavnostjo, saj delam v podjetju Domel, d. o. o., PE Laboratorijski sistemi, ki proizvaja laboratorijske naprave.

Iz uvodne predstavitve sem razbral, da ni nič prepuščeno naključju in s tem možnosti za nastanek napake, ampak je sistem od prispetja vzorca v laboratorij do končnega izvida postavljen in se resnično izvaja na podlagi mednarodnih in nacionalnih standardov.

Čistoča in urejenost delovnega okolja je na zavidljivi ravni. Sami analizni postopki so zaradi uporabe najnovejših analizatorjev, v katere so integrirani računalniško vodeni elementi robotike in senzorike, časovno krajši in natančnejši. Zanimivo je opažanje, da je klasičnih preiskav z mikroskopom vedno manj. Vsa ta moderna oprema pa je samo en pogoj za uspešno delo laboratorija. Strokovna usposobljenost in timsko delo celotnega osebja daje ustrezno kakovost rezultatom analiz.

Na koncu smo si kot primer analize, za katero smo dobili uraden izvid, dali izmeriti krvni sladkor. Ogled smo končali v sejni sobi laboratorija, kjer smo si »sladkorno sliko« malo popravili s piškoti in kozarcem soka.

Osebju laboratorija želim uspešno delo tudi v prihodnje!

Irma Perko (zaposlena v Laboratoriju za mikobakterije)

Na Golniku sem zaposlena dve leti in do sedaj še nisem imela prave možnosti, da bi bolje spoznala ostale laboratorije. Zato sem z veseljem izkoristila Dan odprtih vrat Laboratorija za klinično biokemijo in hematologijo. Zelo mi je bila všeč že sama urejenost laboratorija in naprednost v smislu opreme in aparatov pa tudi sam dogodek je bil zelo strokovno in profesionalno organiziran. Menim, da so taki dnevi zelo koristni, saj lahko spoznaš tako delovanje laboratorija kot tudi zaposlene, in bila bi vesela, če bi bilo takih dogodkov več. ■

Temu se reče veselje do dela :-). Foto: N. Karakaš

Biokemija mi je usojena

Alenka Fležar Bratuša, laboratorijska tehnica

NINA KARAKAŠ

Če bi morala poiskati besedo, ki najbolje opisuje Alenkino službovanje na Golniku, bi ta bila »pestro«. Morda bi bila ta pestrost za marsikoga med nami težko sprejemljiva, njej pa je, glede na značaj, zagotovo pisana na kožo.

Alenkina zgodba z Golnikom se je začela že pri njenih 16 letih, ko je kot dijakinja programa laboratorijski tehnik Srednje šole za farmacijo in zdravstvo med poletjem opravljala počitniško delo v Laboratoriju za tuberkulozo. Prvo srečanje z delovnim okoljem je nanjo naredilo zelo dober vtis. Poleg tega da je bilo delo zanimivo, se spomni predvsem prijetnega sprejema in toplih odnosov znotraj laboratorija. Kot golniška štipendistka je v 4. letniku prakso opravljala v Biokemičnem laboratoriju. Ker ji tovrstno delo ni ravno najbolj »ležalo«, si je za prihodnost želela, da bi se lahko zaposlila v katerem od ostalih laboratorijev.

Pravi, da je bil to največji razlog, da 1. septembra leta 1980, v službo, ki jo je dobila ravno v Biokemičnem laboratoriju, ni odkorakala s takim veseljem kot bi sicer, ampak sta ji kolektiv in delo hitro prirasla k srcu. Vmes je bila sicer za eno leto še enkrat »posojena« Laboratoriju za tuberkulozo, potem pa se je spet vrnila. Večja prelomnica je bilo leto 2006, ko se je prijavila na interni razpis za študijsko sestro v novoustanovljenem Oddelku za raziskovalno delo. Delo s pacienti jo je namreč vedno veselilo in v menjavi delovnega okolja je videla nov izziv. Ji je izziv predstavljala tudi menjava šefa, ki je bil sedaj obenem tudi njen mož? Po glasnem smehu, ki je mimogrede njen zaščitni znak (njen prvi šef, gospod Matjaž Bizjak, ji jih je večkrat »napel«, da se jo sliši do lekarne – včasih je bila v prostorih, kjer je sedaj del prostorov Laboratorija za citologijo), pravi, da se v službi to sploh ni opazilo. Kako je bilo potem doma, sem jo pa pozabila vprašati …

Nekaj časa je bila tudi v vlogi dvojne agentke, saj je poleg dela na raziskovalnem oddelku še vedno dežurala v Laboratoriju za klinično biokemijo in hematologijo – vse, dokler je sodelavci tam niso bili pripravljeni spustiti iz rok. Ji je pa, kot sama pravi, delo v golniški biokemiji očitno usojeno, saj jo razmere (kadrovske, organizacijske ..) vedno znova vračajo na »mesto zločina«.

Glede na to, da je imela priložnost delati že veliko stvari, vseeno z lahkoto izpostavi dve, ki sta ji najbolj pri srcu: delo v hematologiji, predvsem mikroskopiranje krvnih celic, in delo s »študijskimi« pacienti – enostavno zato, ker ima ona rada njih in oni radi njo.

Kdo bi si mislil, da je pregled urinskega sedimenta lahko tako zabaven! Foto: N. Karakaš

Je kdaj razmišljala o tem, da bi zapustila Golnik? Ja, tudi to jo je že prešinilo. Celo službo je že dobila v škofjeloškem zdravstvenem domu, a je bila vez z Golnikom premočna, da bi zmogla narediti odločilni korak.

Kaj pa razlika med Golnikom nekoč in Golnikom danes? Modernizacija in avtomatizacija procesov pri laboratorijskem delu je stvari vsekakor obrnila na boljše, odnosi in vzdušje v kliniki … no, ja, tukaj pa se tudi ona z veliko nostalgijo spominja dobrih starih časov. Časov, ko je bila naša klinika družini in zaposlenim prijazno podjetje (seveda brez certifikata) in ko bi pri presoji standarda Vlagatelji v ljudi z lahkoto osvojili tri zvezdice. In še nekaj je, kar Alenki veliko pomeni … hrana. Zato brez omembe stare golniške kuhinje ne gre. Morda jo najbolje opiše, ko pove, da je bil občutek, ko si šel na malico, približno enak tistemu, ko greš na kosilo k svoji babici: prijaznost in nadvse okusna hrana, ki jo je seveda na krožniku ogromno … saj veste, da otrok po naključju ne bo ostal lačen. ■

Prihodi in odhodi sodelavcev

Obdobje september – november 2014

TATJANA KRISTANC

Prihodi novih sodelavcev

Ime in priimek	Prihod	Delovno mesto	Oddelek
Andreja KNAVS	1. 9. 2014	Srednja medicinska sestra v negovalni enoti	Bolniški oddelek 100
Tatjana BIJELIĆ	1. 9. 2014	Srednja medicinska sestra v negovalni enoti	Bolniški oddelek 300
Manca DEŽMAN, dr. med.	1. 9. 2014	Zdravnica brez specializacije/zdravnik po opravljenem sekundariatu	Bolniški oddelek 100
Tjaša HOČEVAR	3. 9. 2014	Srednja medicinska sestra v negovalni enoti – PRIPRAVNICA	Bolniški oddelek 600
Anka ŽNIDARŠIČ	5. 9. 2014	Zdravstvena administratorka V (III)	Centralna administracija
Mojca ARTENJAK	15. 9. 2014	Zdravstvena administratorka V (I)	Pulmološko-alergološka ambulanta Ljubljana
Frenk VALJAVEC	16. 9. 2014	Analitik v laboratorijski medicini III – PRIPRAVNIK	Laboratorij za klinično biokemijo in hematologijo
Eva MARKIČ, dipl. m. s.	22. 9. 2014	Diplomirana medicinska sestra v intenzivni terapiji I, II	Oddelek za intenzivno nego in terapijo
asist. dr. Nataša ŠKOFIC, dr. med., spec.	1. 10. 2014	Zdravnica specialistka V/VI PPD3	Bolniški oddelek 600
Mitja KOŠEC	8. 10. 2014	Srednji zdravstvenik v negovalni enoti	Oddelek za intenzivno nego in terapijo
Branka ČERV	1. 11. 2014	Svetovalka z zdravstveni negi	Oddelek za raziskovalno delo
Blaž ŽAKELJ	11. 11. 2014	Srednji zdravstvenik v negovalni enoti – PRIPRAVNIK	Oddelek za intenzivno nego in terapijo
Maruša RAVNIK	17. 11. 2014	Analitičarka v laboratorijski medicini III – PRIPRAVNICA	Laboratorij za respiratorno mikrobiologijo

Odhodi sodelavcev

Ime in priimek	Prihod	Odhod	Delovno mesto	Oddelek
Lilijana SEVER	24. 11. 1975	13. 9. 2014	Zdravstvena administratorka V (I)	Pulmološko-alergološka ambulanta Ljubljana
Dejan DOBERŠEK	1. 8. 2006	14. 9. 2014	Diplomirani zdravstvenik v intenzivni terapiji III	Oddelek za intenzivno nego in terapijo
Nina ČELESNIK SMODIŠ, univ. dipl. mikrobiol.	1. 2. 2009	30. 9. 2014	Analitičarka v laboratorijski medicini III	Laboratorij za klinično imunologijo in molekularno genetiko
Klavdija STARE, mag. farm.	3. 4. 2013	3. 10. 2014	Farmacevtka III	Lekarna
Maša ŠTRUKELJ, dipl. fiziot.	16. 9. 2013	15. 10. 2014	Fizioterapevtka II (negovalna enota, diagnostična enota)	Oddelek za fizioterapijo in respiratorno rehabilitacijo
dr. Karmen MEŠKO MEGLIČ, dr. med.	1. 11. 2009	24. 10. 2014	Zdravnica specializantka III	Laboratorij za klinično imunologijo in molekularno genetiko
Mateja PRUNK, dipl. inž. lab. biomed.	25. 2. 2014	31. 10. 2014	Inženirka laboratorijske biomedicine III – PRIPRAVNICA	Laboratorij za mikobakterije
Justina PETERČIČ	1. 6. 1976	9. 11. 2014	Strežnica I	Čistilni servis
Tina OBLAK VLAŠIČ, dipl. inž. radiol. tehnol.	10. 2. 2014	9. 11. 2014	Radiološka inženirka III – PRIPRAVNIK	Oddelek za radiologijo
Judit STOKIĆ, inž.	15. 3. 1976	14. 11. 2014	Inženirka laboratorijske biomedicine I	Laboratorij za respiratorno mikrobiologijo

Napredovanja in dosežki

Mag. Francu Šifrerju, dr. med., spec., je minister za zdravje podelil naziv primarij.

Čestitamo! ■

Pogrejem se z zelenim čajem

ANJA SIMONIČ

Foto: osebni arhiv

Težko opišem svoj tipični delovni dan, saj se mi zdi, da je prav vsak nekoliko drugačen. No, v letu dni, odkar sem kot klinična psihologinja po končani specializaciji polno nazaj na Golniku, tudi moji dnevi in z njimi kliničnopsihološka služba sčasoma vendarle že dobivajo določeno strukturo in s tem predvidljivejšo dinamiko. Navadno delo s pacienti začenjam ob 8. uri in veliko mi pomeni, ko mi uspe priti v službo vsaj približno pol ure pred tem, da se lahko v miru pripravim na začetek novega delovnega dne. Še bolj bi mi ustrezalo, ko bi zmogla priti ob zgodnejši uri, saj jutra doživljam kot najbolj umirjena in mojo koncentracijo ter energijo na vrhuncu. Če mi čas dopušča, se pogrejem z zelenim čajem. Takrat tudi najlažje počnem tisto, kar mi sicer jemlje največ časa, a si ga za to še vedno načrtujem premalo, to je pisanje kliničnopsiholoških poročil. Če me ob osmih še ne čaka prva obravnava, potem navadno vedno na hitro preletim elektronsko pošto. Nemalokrat je le-te zelo veliko in imam obdobja, ko me vse obveznosti (v pomembnem delu me namreč tudi e-pošta seznanja z njimi) kar malo preplavijo in se ne znajdem najbolje med njimi, drugič mi spet uspeva, da se ne pustim kar tako zmesti in zmorem ažurno odgovarjati ter opraviti naloženo.

Ponedeljke imam skoraj v celoti rezervirane za ambulantne paciente. Mobilni telefon takrat utišam, da se lahko čim bolj posvetim vsakemu posamezniku. Skoraj vsi ambulantni pacienti prihajajo na psihoterapevtsko obravnavo, nekateri tedensko, drugi na 14 dni, nekateri tudi redkeje. Terapevtska obravnava traja navadno od 50 minut do ene ure. V redni psihoterapevtski obravnavi imam npr. paciente, ki so psihološko pomoč sprva poiskali ali bili nanjo napoteni zaradi previsoke telesne teže, ki pa se je sčasoma pokazala le kot simptom, v ozadju katerega so druge dolgotrajne in globoko zasidrane težave (s samopodobo, v odnosih z drugimi, nemalokrat s koreninami v travmatičnem otroštvu). Kar nekaj mojih pacientov ima težave s spoprijemanjem s svojo boleznijo, kar se lahko kaže kot nesodelovanje pri zdravljenju ali npr. kot panični napadi (ko je tesnoba premeščena stran od resničnega vira). Drugi spet prihajajo zaradi težav ali zapletov v procesu žalovanja po izgubi bližnjega zaradi posledic bolezni.

Čas od 10. do 12. ure imam rezerviran za kliničnopsihološki pregled (večinoma za oceno psihološkega ozadja pri pacientih z motnjami spanja, previsoko telesno težo ali diabetesom). Navadno ga izpeljem v treh delih, pri čemer je tretje srečanje namenjeno povratni informaciji pacientu. Po uvodnem intervjuju uporabim nekatere kliničnopsihološke instrumente za oceno razpoloženja, mišljenja, osebnosti itn. Razumeti kompleksen svet »čustvenega« in »psiho-

loškega« pri svojih pacientih ter to razumevanje v obliki poročila prevesti v jezik, ki ga bodo razumeli bolnik in njegov zdravnik ali zdravniki, ni enostavno in je zame še daleč od rutine. Ob torkih, sredah in četrtkih sprejemam nekatere ambulantne paciente, večinoma pa sem na razpolago za bolnišnične. Pogosto me pokličejo na različne oddelke v naši bolnišnici za oceno stiske ali razpoloženja, zaradi težav z oteženim dihanjem, motivacije za hujšanje, sodelovanja pri uporabi neinvazivne mehanske ventilacije oziroma za podporo ali razbremenitev ob sporočanju slabe novice oziroma soočanju z boleznijo, kot je pljučni rak, KOPB ali katera redkejša pljučna bolezen. Če so bolniki v dovolj dobri telesni kondiciji, potem obravnava poteka pri meni, v moji sobi med oddelkoma 100 in 200, sicer pa bolnika obiščem na oddelku. Če je le mogoče, se dogovorim z medicinskimi sestrami za prosto sobo ali ambulanto na oddelku, če ne gre drugače (če je bolnik preveč bolan oziroma bi ga premestitev v drug prostor izčrpala), se z bolnikom srečam v njegovi bolniški sobi, kjer pa je zasebnost ob morebitni navzočnosti drugih bolnikov vedno lahko le delna. Še vedno se nisem navadila na vse mogoče zaplete, ki se pojavljajo ob tem. Včasih so takšne okoliščine zame celo bolj moteče kot za bolnika. Zelo cenim medicinske sestre in zdravnike, ki se prilagodijo, če sem po naključju v času vizite ali nege pri katerem od njihovih pacientov.

Ker se vključujem v delo s pacienti, obravnavanimi na različnih oddelkih oziroma v ambulantah, sem navzoča tudi na nekaterih timskih sestankih, kjer se skupaj z drugimi člani tima pogovorimo o posameznem bolniku in delu z njim ter njegovo družino. Petke pogosto načrtujem nekoliko preveč ambiciozno, saj jih poskušam rezervirati za najrazličnejše druge obveznosti: za to, da končam kliničnopsihološka poročila, vnesem nekatere storitve v Birpis, za delo pri evropskem projektu ACTION o vnaprejšnjem načrtovanju oskrbe pri bolnikih z rakom, za delo pri raziskovalnem projektu o žalovanju moških, za pripravo na redno mesečno supervizijo (v resnici to vedno počnem doma ob večerih) itn. Priprave na predavanja na različnih seminarjih, šolah, sodelovanje pri strokovnih sekcijah, pisanje različnih strokovnih prispevkov sicer niso vsa del neposredne službene obveznosti, vendar jih sama tako doživljam in so obdobja, ko mi to vzame precej časa. Vsak dan se potrudim iti na malico, čeprav sem med bolj izbirčnimi odjemalci golniške kuhinje. Le tako lahko namreč ohranim dovolj energije do konca delovnega dne. Glavni vir moje energije je seveda zadovoljstvo ob tem, ko končam določeno delo in obveznosti, predvsem pa, ko opazim napredek pri svojih pacientih oziroma sami podelijo z menoj svoje doživljanje, da jim je bila psihološka obravnava v pomoč. Moje delo je po naravi večinoma naravnano na dolgi rok, zato včasih zavidam zdravnikom, ko s predpisanim zdravilom lahko npr. pomagajo odvzeti bolečino svojemu pacientu. Vožnja v Ljubljano mi pomaga preklopiti iz delovnega v prosti čas, vendar včasih odnesem paciente in njihove zgodbe pa tudi kakšne druge stresne situacije v službi s seboj domov, včasih tudi v spanje, nemalokrat se z njimi doma tudi konkretno ukvarjam, saj se vedno mudi s kakšnim poročilom ali prispevkom. Trudim se, da bi bilo tega čim manj in da bi lahko prihajala v službo čim bolje spočita in motivirana za delo, saj psihološko delo z bolniki od mene zahteva polno navzočnost in osredotočenost. ■

Novi obrazi

Marsel Bratuša

Delam v: Laboratoriju za klinično biokemijo in hematologijo.

Preden sem prišel na Golnik, sem delal v Diagnostičnem laboratoriju Zdravstvenega doma Ormož.

Moje lastnosti: Sodelavke pravijo, da sem zabaven, natančen, govorim nerazumljiv jezik (prleški), naporen, dokler ne spijem jutranje kave …

Pri mojem delu me veseli: dinamičnost in raznolikost dela, ki ga še dodatno popestrijo zanimivi in zabavni sodelavci.

V prostem času se rad ukvarjam s športom (tenis, tek, nogomet ipd.), pogledam kak dober film/serijo ali odigram partijo taroka.

Ne maram: pritoževanja.

Najljubša hrana je zagotovo domač jabolčni štrudl, takoj za njim pa francoski rogljiček.

Knjige zelo redko berem, ampak če bi izbral najljubšo, bi verjetno zbral katero od Tolkienovih del (Gospodar prstanov, Hobit, Silmarillion).

Če se moram odločiti za samo en **najljubši film**, bi izbral Gladiatorja, drugače je seznam zelo dolg.

Baterije si napolnim z druženjem s kolegi ali obiskom domače Prlekije.

Posebnega življenjskega vodila nimam, se pa oklepam pregovora »what doesn't kill you, makes you stronger«. ■

Pripravljalnica na upokojitev

Zrem skozi okno. Dežuje. Neprestano, tretji, četrti, peti dan. Voda nosi s seboj odmrlo jesensko listje in odteka in se izteka v bližnji kanal. Podobno kot življenje. Z vso navlako, ki se je nabrala z leti. Življenjska moč počasi pojenjuje. Upočasniš se in prešine te, da ni nobene spodbude od zunaj. Je bilo tako že prej ali z leti postajaš bolj občutljiv, ranljiv? Je občutek dokazovanja do zadnjega atoma posledica delovnih navad, ambicioznosti ali samo želja, da pokažeš, da še zmoreš? Bi bilo lahko tudi drugače, denimo, če bi uvedli pripravljalnico na upokojitev. Veliko šolo, če že imajo v vrtcih malo šolo. Prehodno obdobje. Kdo ve …
Dež je ponehal, sonce kuka izza oblakov. Na »Živjo, kako dobro zgledaš; kdaj greš pa v penzijo?« odgovarjam, da še ne grem. Čaka me delo. Ampak nekaj, nekaj pa se spreminja, približno v tem stilu, kot je opisala Meryl Streep:
»Za nekatere stvari nimam več potrpljenja, pa ne zaradi tega, ker bi postala arogantna, temveč preprosto zato, ker sem dosegla točko v življenju, ko nočem več zapravljati časa za stvari, ki mi niso všeč ali ki me prizadenejo. Nimam več potrpljenja za cinizem, čezmerni kriticizem ali vsakršno čezmerno zahtevnost. Izgubila sem voljo, da bi ugajala vsem tistim, ki me ne marajo, da bi ljubila vse tiste, ki me ne ljubijo, in da bi se smejala vsem tistim, ki se nočejo nasmehniti meni.«
M. Š.

Povabilo Uredniškega odbora k sodelovanju

Člani uredniškega odbora se trudimo ohranjati zanimive stalne rubrike Pljučnika in dodajati nove, trendovske. Želimo pripraviti Pljučnik, ki ga boste z veseljem vzeli v roke in ga ponudili v branje tudi drugim. Predvsem pa si želimo še več vašega **sodelovanja** in tudi **kritičnega odziva**.

Ponujamo izziv:
v Pljučniku 2015 bi radi vpeljali novo rubriko, v kateri bi trije ali več zaposlenih izrazili svoje mnenje na isto zastavljeno aktualno vprašanje. Na primer:
Ali se vam zdi, da bi morali ukiniti novoletne zabave, piknike in podobna srečanja ali jih ohranjati se naprej?

ali pa
Homeopatija in druga podobna alternativna zdravljenja se vse bolj pojavljajo in uveljavljajo. Se vam zdi to primerno?

Se kdo javi?
V pričakovanju prijav (jana.bogdanovski@klinika-golnik.si) in predlogov vas prisrčno pozdravlja
UO PLJUČNIKA

Fotografije za sprostitev

Renato Chiappolini je mlad golniški pacient, ki se ljubiteljsko ukvarja s fotografijo. Pa ne kakršno koli. Modeli, recimo dekleta v kopalkah, pravi, ga za zdaj (še) ne zanimajo, očarajo ga predvsem narava in abstraktni motivi. Začel je pravzaprav po naključju, med sprehodom s prijatelji po ljubljanskem Tivoliju, ko je naredil nekaj fotografij z mobilnikom. Sam je zaznal veselje do fotografiranja, prijatelji pa njegov talent. Začel je s prvimi poskusi, se učil s spleta in počasi napredoval, tudi s pomočjo čedalje boljših fotoaparatov, čeprav o tistih najdražjih sploh ne razmišlja. Svojega fotografskega idola nima, ker je dobrih fotografov ogromno. V letošnji spomladanski številki Pljučnika smo že objavili njegovo črno-belo fotografijo oddelčnega hodnika. Črno-bele fotografije, sploh tiste s starinsko patino, ga privlačijo, čeprav ima rad tudi žive barve. Vse njegove fotografije so tako umetniško obdelane, da človek ne ve, ali gleda fotografijo, sliko na platnu, olje ali kaj podobnega. Njegovo ustvarjanje je tako rekoč multimedijsko, letos predvsem v smeri rahlo obarvane starinske črno-bele umetniške fotografije.
Izbor njegovih abstraktnih fotografij visi v sobi za pogovore na Bolniškem oddelku 200. Po posvetu z našo psihologinjo Anjo Simonič

se je odločil za tri fotografije v hladnih, pomirjujočih tonih, tri fotografije v živahnejših, toplejših barvah in še tri, na katerih se prepletajo barve in linije.
J. B.

Če z Golnika kdo ponaša se, da ve
kaj ambulanta je Ljubljana,
če pravi, da pozna,
da tam je bil pregledan
ali pa se naročil,
da je tam krožil, delal,
lahko preveriš ga
s kratkim vprašanjem:
Ali veš, kdo je **Lilijana**?!

Potem bo vedel, da je Lili ta,
ki za vse izvide ve,
kje so, in tudi to,
kako doseči,
da zdravniki jih takoj napišejo.
Bo vedel za neutrudni duh,
ki kot kraški veter Lili žene,
da ves Birpis, Medo in omare obide,
vse prebere in najde
tudi arheološke izvide.
A tudi vedel bo,
da če izgubil kakšno je dokumentacijo,
naj raje skrije se
globoko pod zemljo
in čaka,
da nevihta puščavska gre mimo,
da strele v Lilijinih očeh se pomirijo.

A vsi, ki delali smo z njo,
poznamo tudi to,
kako za pravičen svet
Lilijana bi borila se,
za lačne, mačke, revne, pse,
za sirote in zatiranje umetnike …
Vse te krivice Lili bi rešila,
za vse nesrečnike se potegnila.
Z zelenim čajem vse zalila
pri jutranjem bi raportu.

In sedaj v ljubljanski ambulanti
ob koncu dneva,
ko se vrvež umiri
in čistilka vse luči pogasne,
spomin zasluti tvoj parfum ...
oči zelenih soj ...
prgišče biserov smeha
iz pisarne se zakotali ...
in vemo: Lili, to si ti.

Mariana Paula Rezelj

Na poslovilni zabavi je bilo ... zabavno! Foto: osebni arhiv

Pp
V Pljučniku novica:
V Ljubljani Lilijana Sever straši!
Zato, da ne postaneš hrana za rumeni tisk:
Lili pridi na obisk.

Toliko drugi o Lili, kaj pa je po nekaj tednih pokoja povedala sama?
»Počutim se super, vsak dan si vzamem čas zase, hodim na sprehode, veliko berem in predvsem razmišljam o naslednjem popotovanju. Vse prav lepo pozdravljam!«

Nikolina Rozman

Moj hobi: ustvarjanje

Ste že slišali, prebrali, zasledili besede ali izraze, kot so »papirčkanje«, »nakitkanje«, »štampiljkanje«, »servietkanje«? To so besede, ki jih razumemo predvsem v svetu ustvarjanja.

BARBARA KEJŽAR

Rada imam vse, kar je povezano s kreativnostjo in ustvarjanjem. Prvič sem se v tem, mogoče čudnem ali čudežnem svetu znašla pred približno 13 leti, ko sem sina peljala na prvo ustvarjalno delavnico za otroke, na kateri s(m)o otroci izdelovali male »živalice« iz kosmatenih žičk. Spomin je še vedno živ. Verjetno zato, ker me je ustvarjanje prevzelo. Sin je kmalu zapustil ta fantazijski svet, jaz pa sem ostala, a zdaj obiskujem samo še delavnice za odrasle. Se mi zdi, da le tako pridobiš osnovna znanja in tehnike, ki jih je ogromno.

Na kratko vam še predstavim, kaj pomeni zgoraj omenjeno izrazoslovje.

»Papirčkanje« je izdelovanje voščilnic iz papirja in raznih dodatkov za različne priložnosti (rojstni dan, rojstvo, obletnice, praznike, razne priložnosti). »Štampiljkanje« je del papirčkanja, kjer s pomočjo različnih štampiljk pričaramo lepe motive za različne izdelke.

»Nakitkanje« je izdelovanje nakita iz fimo, pardo mase, »shrink« (skrčljive) folije. Zelo rada tudi »nakvačkam« kakšno ogrlico iz perlic.

»Servietkanje« je tehnika, ki se lahko uporablja tako pri izdelovanju voščilnic kot nakita. Precej pogosto se ta tehnika uporablja na lesenih in steklenih izdelkih.

Skratka, ustvarjanje je moj najljubši hobi. Ko ustvarjam, pozabim na čas, na skrbi. Preprosto odplavam v svoj domišljijski svet, kjer se mi dogaja. Večkrat se zgodi, da ima dan premalo ur. ■

Foto: J. Bogdanovski

Foto: osebni arhiv

Zdravilni zvarki za majhne in velike

Ingver

KATJA VRANKAR

Ingver se kot začimba uporablja že najmanj 3000 let. Nepogrešljiv je pri pripravi orientalskih, azijskih in indijskih jedi. Pogosto se uporablja za pripravo sladic in pijač. Poleg tega da je priljubljena začimba, ingver v sebi skriva tudi številne zdravilne lastnosti. Za peko se uporablja v mleti obliki in poskrbi za edinstveno pikantno citronasto aromo ingverjevih piškotov in drugega peciva. Pozimi nas bo čaj z rezinami svežega ingverja lepo pogrel.

Ingver je korenika pravega ingverja, rastline, ki raste v tropskem in subtropskih pasovih. Korenike zrastejo do velikosti 20 cm, uporabljajo pa se v kulinariki in zdravilstvu.
Ingver slovi kot **najmočnejši rastlinski antioksidant**. Pomaga pri zniževanju telesne temperature, slabi prebavi, driski, zgagi, bruhanju, glavobolu ter preprečevanju slabosti med potovanjem. Spodbuja krvni obtok in sprošča ožilje, zmanjšuje holesterol in ima antiseptične lastnosti (pomaga tudi pri vnetem grlu).

Ingver je najbolj mnogostranska začimbna rastlina, saj njene korenike uporabljamo sveže, posušene, zmlete, vložene ali kandirane
Sveži ingver je s svojim pekočim in rahlo pikantnim okusom ter polno, toplo in osvežujočo aromo nepogrešljiv pri pripravi številnih pikantnih azijskih jedi. Uporablja se nastrgan, sesekljan, narezan na rezine ali rezance, za močnejši okus pa se v jedi lahko dodaja tudi svež
Ingverjev sok dobimo tako, da svežo koreniko olupimo in na drobno nastrgamo ali pa zmeljemo v kuhinjskem strojčku (bolje se zmelje, če dodamo malo vode). Iz ingverjeve kaše nato s pomočjo gaze iztisnemo sok, ki ga uporabljamo za pripravo omak, marinad ali pijač. Ingver v prahu je ena od sestavin začimbne mešanice za medenjake, ki v prazničnih dneh z znanim vonjem odišavijo naš dom.

Kandiran ingver

Sestavine: 350 g svežega ingverja, 225 g sladkorja, 120 ml vode, sladkor v prahu za posip
Ingver operemo. Na kuhalnik pristavimo kozico in vanjo dodamo ingver ter toliko vode, da ga popolnoma prekrije. Vodo zavremo, znižamo temperaturo in kuhamo na zmerni temperaturi še 15 minut. Ingver odcedimo, ga olupimo in narežemo na manjše kocke.

V drugi kozici zmešamo 120 ml vode in sladkor. Kozico pristavimo na kuhalnik in zmes segrejemo. Mešamo toliko časa, da se sladkor raztopi, nato pa na zmerni temperaturi med nenehnim mešanjem kuhamo še 15 minut, da v kozici nastane sladkorni sirup.
V kozico s sirupom stresemo ingverjeve kocke in kar največ znižamo temperaturo. Vsebino kozice dobro premešamo. Na nizki temperaturi kuhamo toliko časa, dokler ingver ne posrka vsega sirupa (približno 10 minut). Med kuhanjem večkrat premešamo. Ingverjeve kocke stresemo na papir za peko, da se ohladijo. Nato jih potresemo s sladkorjem v prahu in premešamo, da se sladkor oprime kock z vseh strani.
Kocke lahko takoj postrežemo ali pa jih spravimo v tesno zaprt kozarec, v katerem bodo ostale okusne še dolgo časa, če jih prej ne najde kakšen sladkosnednež!

Vir: http://okusno.je/recept/kandiran-ingver

Praznični božično-novoletni čas

»Srečno novo leto, srečno novo leto in obilo zdravja« bo odmevalo ves december. Na stojnicah bo dišalo po kuhančkih, doma se bodo pekle potice in kolački. Vse, kar premoremo najboljšega, se bo znašlo na slovesno pogrnjeni mizi in prisedli bodo naši najdražji pa sorodniki in prijatelji.

MIRA ŠILAR

Praznični čas je tudi čas, ko pogledamo v prihodnost in se ozremo v preteklost. Za mano je že kar nekaj novih let, zato bi vam rada zaupala nekaj spominov. Vurnikova stavba, pred prenovo imenovana Kulturni dom, je pred mnogo leti gostila zaposlene in nastopajoče ob različnih priložnostih: dnevu žena, novem letu, dnevu republike in še kakšen dogodek bi se našel. Ladko Korošec je zapel skupaj s Slovenskim oktetom, Polona Vetrih je zabavala, kot to le ona zna, in premalo prostora je, da bi naštela vse. Praznovanja so bila skromna, a skrbno načrtovana in zaposleni smo se jih vnaprej veselili. Prav vsak si je vzel čas, da je postal za trenutek, razbremenjen nekaterih vsakdanjih obveznosti, in se poveselil s sodelavci. Novoletna srečanja v manjšem obsegu še vedno prirejamo. Udeležujmo se jih z željami po druženju, zabavanju, sprostitvi …

Za **2015** pa:
Povaljajte se v sneg,
skrijte sončni kristal v dlani,
zapišite nagajivo zimsko misel
in narišite smeh na obraz vam dragih ljudi –
vse to počnite te praznične dni!

Foto: M. Šilar

Pecivo Judit

Recept mi je dala sodelavka, ki se ravno odpravlja v pokoj. Pecivo je tako slastno, da si po prvem grižljaju želiš, da ga nikoli ne bi zmanjkalo.

Za oblate potrebujemo:
3 beljake,
12 dag sladkorja,
1 vaniljev sladkor,
15 dag zmletih orehov.

Za nadev potrebujemo:
3 rumenjake,
5 dag sladkorja v prahu,
10 dag masla,
1 vaniljev puding,
2 dl mleka.

Čokoladni liker

Zelo star, enostaven recept za gosto, sladko čokoladno pijačo, ki jo tradicionalno naredim ob tem času.
Potrebujem:
1 l mleka,
10 dag dobre čokolade v prahu,
10 dag kakava v prahu,
7 dag vaniljevega sladkorja,
1 kg navadnega sladkorja.
Vse skupaj zavremo in kuhamo še 5 minut, da se sladkor raztopi. Ohladimo in dodamo 0,5 l ruma. ■

Delitev dobre laboratorijske prakse – tokrat malo drugače

LABORATORIJSKI SODELAVCI

Judit se je tokrat smejalo še malo bolj kot po navadi. Foto: D. Lužnik

Oktobrsko laboratorijsko predavanje na temo »Delitev dobre laboratorijske prakse« nam bo zagotovo ostalo v spominu dlje časa kot ostala naša predavanja. Za to je poskrbela predavateljica Judit Stokič, ki nas je lepo presenetila s praktičnim prikazom osnov dobre laboratorijske prakse in nas prijetno opomnila, da občasno, sproščeno druženje s sodelavci pri tem igra zelo pomembno vlogo.

Draga Judit, najlepša hvala za lepo pripravljeno in izvedeno predavanje ter veeeeeeliko brezskrbnih dni v penzjonu!!! ■

Zahvala pozitivno naravnanemu in profesionalnemu osebju Bolniškega oddelka 700 – izolacija v Kliniki Golnik.

Dobro zdravje je prijetnejše tistim, ki so ozdraveli po hudi bolezni, kakor tistim, ki niso bili nikoli bolni.
Cicero

Misel, da se zdravja zavemo šele takrat, ko ga izgubimo, sem občutila tudi na svoji koži. 19. septembra 2014 sem bila sprejeta v bolnišnično oskrbo. Sprva je bil zame velik šok: diagnoza bolezni, nenadoma v bolniški postelji, bolniška pižama . . . Nato pa sem se s pomočjo zelo prijaznih bolniških sester hitro privadila bolnišničnim dnem.

Ob tej priložnosti bi se rada iskreno zahvalila zdravnici za vso strokovno usposobljenost, sestram za ves trud, skrb, sočutnost in človeško toplino ter hvala čistilkam za izredno čistočo. Kljub mojemu večkratnemu slabemu počutju so zdravnik in sestre hitro in razumevajoče ukrepali ter dan in noč skrbeli za moje počutje. Pohvale tudi za lepo urejene bolniške prostore. Tako so moji dnevi hitro minili; zdravljenje sem končala 4. novembra 2014.

Še enkrat najlepša zahvala in pohvala celotnemu osebju Bolniškega oddelka 700 za prijazne nasmehe in tople besede, saj ste mi s tem zagotovo pripomogli k boljšemu in hitrejšemu okrevanju.

R.

Noč čarovnic

Noč čarovnic (znana tudi po angleškem izrazu halloween) je praznik, ki ga predvsem v zahodnem svetu praznujejo v noči med 31. oktobrom in 1. novembrom. V resnici predstavlja okrajšavo za »All Hallow's Eve« oziroma »Hallow Eve« (večer vseh svetih oziroma večer pred vsemi svetimi). Slavi se predvsem v angleško govorečem svetu, na primer na Irskem, v ZDA, Kanadi, Angliji, Avstraliji in na Novi Zelandiji. Ustreza nekako katoliškemu prazniku vseh svetih. V teh deželah se po običaju otroci preoblečejo v različne kostume (po navadi čarovnice in pošasti) in hodijo od vrat do vrat, kjer prosijo za sladkarije. Zelo priljubljen običaj za noč čarovnic je izrezovanje buče, v katero se vstavi sveča.

Jaz sem se odločila, da halloween naredim kar doma. Imam 8 let staro hčerko, ki sem ji obljubila, da ji pomagam pri pripravah in da lahko povabi prijatelje na skupno zabavo. Najprej sva pri stari mami vzeli okoli 15 kozarcev za vlaganje, da sva jih doma lepo porisali, pobarvali, nato sva iskali razne buče, velike, majhne, rumene in zelene. Ker pa je to čarovniški praznik, sva si zamislili, da bi lahko imeli tudi razne »grde« maske, svetleče lampijončke, čarovniške sladice, čarovniške napitke z bomboni v obliki prstov, zob, oči, itd. Našla sem tudi čarovniško glasbo in suhi led (da se bo kadilo iz buč), da je bilo ozračje še bolj čarovniško. Poglejte sliko!

ULA ŠMIT

Foto: osebni arhiv

Foto: J. Bogdanovski

Pajek sreče za Marto

Takole je član uredniškega odbora Pljučnika Janez Toni čestital Marti Maček Pelc za najboljšo poletno fotografijo pajčevine, ki smo jo objavili v prejšnji številki. Marta, naj ti pajek na verižici prinese še dodatno srečo v življenju!

J. B.

Gorenjci na Ljubljanskem maratonu

Foto: osebni arhiv

Avgusta smo Aleša, Tina, Goran in Grega na internem portalu prebrali vabilo k sodelovanju na Ljubljanskem maratonu. DMSBZT Gorenjske naj bi svojim članom plačal štartnino, tako da se nam pravim Gorenjcem in Gorenjcem po duši ni bilo težko odločiti in smo se prijavili.

Sledili so meseci in dnevi treninga, eni smo trenirali več, drugi manj, tekli tudi na poti iz službe, spodbujali drug drugega in naposled bili bolj ali manj pripravljeni na velik dan.

S Tino sva tekla na 21 km prvič, Aleša se je preizkusila že drugič, Grega, stari tekaški maček, pa je tekel na 10 km.

26. oktobra zjutraj sva se s Tino z navijači odpravila proti Ljubljani, kjer nas je dočakala Aleša. Grega, ki je tekel na 10 km, je že opravil preizkušnjo, a nas je počakal in nam zaželel srečo.

Ob pol enajstih je bil štart polmaratona. Aleša je pritekla prva v cilj, za njo Tina, malo za Tino pa še jaz.

Veseli smo bili, da nam je uspelo in se hkrati veselimo novih podvigov.

GORAN GRUIĆ

Martinovanje naših upokojencev

»A letos se bomo pa srečali prav na martinovo? Super, se bomo lahko hvalili, da smo martinovali!«

Besedilo in fotografije:
JANA BOGDANOVSKI

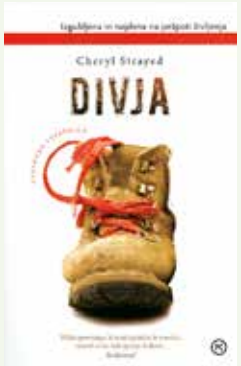
Letošnje srečanje golniških upokojencev je minilo v sproščenem in veselem razpoloženju, kot smo ga že vajeni iz prejšnjih let. Morda tudi malo zato, ker je bilo ravno na martinovo. Štirje od šestih novoupokojenih, ki so vsi delali na Golniku več kot četrt stoletja, so z nasmehom sprejeli golniški zlatnik in cvet iz rok direktorja in vodje ERLD in prav tako z nasmehom poslušali nekaj hudomušnih besed na svoj račun, ki so jih prispevali njihovi najbližji sodelavci. Za kulturno poslastico pred skupnim kosilom in obujanjem spominov je tokrat poskrbel Dekliški pevski zbor Gimnazije Kranj pod vodstvom zborovodje Marjete Oblak. Več kot trideset deklet je s svojo mladostno svežino in z ubranimi glasovi kar razsvetlilo našo obednico ter nam zapelo nekaj lepih pesmi. Pospremili smo jih z velikim aplavzom, potem pa se je začelo martinovanje … ■

Knjižni namig

»So ljudje, ki berejo, in so tisti drugi. Ali je nekdo bralec ali nebralec – to si hitro opazil. Med ljudmi ni bilo večje razlike od te.« (Pascal Mercier)

MIRA ŠILAR

Pascal Mercier v romanu **Nočni vlak v Lizbono** poseže v utečeno, suhoparno življenje 56-letnega filologa in predavatelja na bernski gimnaziji Raimunda Gregoriusa. Napoti ga po zapisih iz knjige Zlatorez besed v Lizbono na nenavadno raziskovanje tamkaj živečega in že preminulega Amadeua. Kako se križajo poti vpletenih v zgodbo in kakšna je vloga skrivnostne, lepe dame, ki na prvi strani romana stoji na mostu in gleda v deročo vodo (le zakaj?), izveste, če se posvetite branju. Knjigo priporočam vsem, ki si vzamete malo več časa za branje in razmišljanje: »Če je tako, da lahko izživimo le majhen del tega, kar je v nas – *kaj se zgodi s preostalim? / Se drugim tudi tako dogaja: da se v svoji zunanjosti ne prepoznajo? / Od tisoč izkustev, ki jih doživimo, ubesedimo kvečjemu eno, in še to zgolj po naključju in brez pozornosti, ki si jo zasluži. Med vsemi nemimi izkustvi so skrita tista, ki neopažena dajejo našemu življenju njegovo obliko, njegovo barvo in melodijo.«*



Drugo branje, bolj trendovsko, je napisala **Cheryl Strayed**. Glavni naslov knjige je **Divja**, podnaslov pa *Izgubljena in najdena na pešpoti življenja*. Avtobiografski zapis mladega, dvaindvajsetletnega dekleta nas seznani z izgubo njene najdražje osebe, mame. Žalost je neizmerna, sledi razkroj celotne družine, beg v opoj mamil in iskanje poti iz začaranega kroga nemoči. Ali je »svet, ki je širok pol metra in dolg 4300 kilometrov«, tisto, kar bo rešilo Cheryl? Ji bo 1800 kilometrov v treh mesecih prehojene poti s hudo ranjenimi nogami, razcefranimi nohti in veliko pretežkim nahrbtnikom, ki ga je poimenovala Pošast, pomagalo nazaj v »normalno« življenje? Prekrasna narava, čudoviti ljudje in močna volja so zdravila, ki na Pacifiški gorski pešpoti delujejo čudežno. Zgodba se ravnokar preliva v film z Reese Witherspoon v glavni vlogi, in če ste občudovalci Oprah Winfrey, **še podatek, da je knjigo prebrala kar trikrat**. ■

Logarska dolina

Nekoč, že dolgo je tega, je živel v Logarski dolini pravi zmaj. Kar naprej je bil lačen in še izbirčen povrhu. Najrajši se je sladkal s solčavskimi dekleti, in ko je ostala samo še grajska hči, je graščak objavil, da tistemu, ki ubije zmaja, da v zakon svojo edinko. Prvi se je podal v boj grajski hlapec in zmaju odsekal stransko glavo. Kaj več mu ni uspelo. Ranjeni zmaj ga je požrl s kostmi vred, tako kot drvarja, ki se je naslednji ojunačil in zmaju odbil drugo stransko glavo. Nazadnje se je podal v boj še pastir. Lačnemu zmaju je pripravil past v obliki vola, ki ga je poprej zvito napolnil z živim apnom. Oj, kako je bil zmaj žejen, ko je vola požrl. Popil je vso hladno jezersko vodo in umrl, pastir pa se je poročil z mlado grajsko deklico. Ne verjamete? Ja, potem pa kar na izlet v Logarsko, da se na lastne oči prepričate, da jezera ni več …

MIRA ŠILAR

V Logarsko dolino vodi več poti, in če vas zanima samo cilj, potem se odpravite po avtocesti proti Mariboru do izvoza Logarska dolina in naprej mimo Mozirja naravnost v Logarsko. Če pa ste zvedavi in si radi ogledujete zanimivosti ob poti, vam predlagam, da se odpeljete mimo Kranja v smeri Jezersko. Tam se ustavite ob jezeru, se malo sprehodite in si privoščite dobro kavico s smetano. Če vam ostane od sendviča kakšna drobtinica, jo vrzite račkam, ki se oglašajo ob bregu jezera. Potem pa naprej na Jezerski vrh do mejnega prehoda z Avstrijo. Po Avstriji se ne boste vozili dolgo, saj morate kmalu mimo Pavličevega sedla nazaj v Slovenijo. Ampak na Pavličevem sedlu le izstopite iz avta in se razglejte naokoli. Mogoče naletite na prijaznega gozdarja, ki vam bo popestril izlet z gozdarskimi prigodami. Če ga ne bo v bližini, nič hudega, kratek sprehod vas bo popeljal do zdravilnih rožic, ki jih nujno potrebujete za pripravo zdravilnih čajev. Ko bodo udarile zoprne zimske viroze, boste lahko udarili nazaj. Ura teče, nič ne reče, ne zadržujte se predolgo. Čaka vas še kar nekaj prijetnih opravkov, zato v avto pa naravnost v Logarsko.

Ja, na vhodu v Logarsko vas bo osebje informacijskega centra prijazno ustavilo. Če plačate, lahko odpeljete naprej, sicer pa pot pod noge. Tega vam sicer ne priporočam, ker ste še daleč od cilja; 7 km je dolga dolina, zato raje plačajte vstopnino. Sedem evrov (se ponavljajo te sedmice, pravljična dežela, ni kaj) na osebni avto bodo namenili za varovanje naravne in kulturne dediščine, za delovanje nadzorno-informacijske službe, urejanje komunalne in turistične infrastrukture in še za marsikaj.

Končno vstopimo v najlepši krajinski park v osrčju Kamniško-Savinjskih Alp, iz katerega vodijo izletniške poti tudi do 2000 m in

Orlovo gnezdo omogoča čudovit razgled, slap Rinka pa prijetno osvežitev v poletnih dneh. Foto: M. Šilar

Bonton v Krajinskem parku Logarska dolina

Sožitje med človekom in naravo ohranja lepote Logarske doline. Foto: M. Šilar

več visokih vrhov: Krofička, Ojstrica, Planjava, Brana, Turska gora. Pravijo, da sta se tradicija in narava tukaj uskladili. Da bo tako tudi ostalo, je treba spoštovati navedeni bonton:

Avto parkiramo pred penzionom Na razpotju in odkorakamo mimo Pravljičnega gozda, proti cilju: 4 km oddaljenemu slapu Rinka. Narava je prečudovita, zrak prijeten. Hodimo po travniku, zavijemo v gozd, večkrat prečkamo suho strugo, ki jo sicer napolnijo hudourniki, postojimo pred oglarsko bajto in si ogledamo leseno rižo za spravilo lesa. Nadaljujemo do planšarije Logarski kot, ki mami z bogato ponudbo slastnih jedi. Na jedilniku so jelenova juha, žganci, kislo mleko, malinove palačinke, mmmm. Dobro podprti z lahkoto napredujemo v družbi drugih pohodnikov, kolesarjev, alpinistov in družin z majhnimi otroki do enega od najvišjih prosto padajočih slapov Rinka. Preden se predamo osvežujočemu pršenju, zavijemo še po neštetih stopnicah v planinski dom Orlovo gnezdo. Na fotografiji se vidi, da je objekt zelo poseben in ponuja prekrasen razgled na slap in dolino.

Pot bi lahko nadaljevali proti dobro znani botanični oazi Okrešelj, a nam zmanjkuje časa, zato: »Log, Plest in Kot, trije sestavni deli Logarske doline, ki ste nas danes očarali, še se bomo videli.«

Nazaj proti Kranju hitimo po drugi poti mimo Luč, Podvolovljeka, Črnivca, Gornjega Gradu in Kamnika. Še postanek za slovo in načrt za naslednji potep.

Naj sklenem v upanju, da bo Pljučnik v vaših rokah še pred 28. 12. 2014 in si boste lahko ta dan vzeli čas za nočni pohod z baklami do Rinke v Logarski dolini. ■

Viri:

Pravljica o zmaju v Logarski dolini je bila izdana v zbirki Palček v čedri, leta 1959.

http://sl.wikipedia.org/

http://www.logarska-dolina.si/

Pljučnikovo razvedrilo

„Šef, že dvajset let delam pri vas in ves čas delam za tri. Ali mi res ne bi mogli povišati plače?“
„Ne, ampak povejte mi imena tiste dvojice, namesto katerih delate, pa ju bom postavil na cesto!“

V psihiatrovo ordinacijo vstopi možakar in reče:
„Bog mi je rekel, da sem jaz Napoleon!“
„Ni res!“ se zasliši iz čakalnice. „Nič mu nisem rekel!“

Lekarnar reče: „Tukaj imaš zdravilo za očeta. Pred uporabo ga je treba dobro pretresti.“
„Ne bo šlo.“
„Zakaj ne?“
„Oče ima skoraj 100 kilogramov.“

Mlad, še neizkušen lekarnar ima stalne probleme pri prodaji zdravil in šef mu zagrozi, da ga bo odpustil, če se bo to nadaljevalo. Tako nekega dne vstopi v lekarno starejši moški in prosi za sirup proti kašlju. Mladenič brska med zdravili, a ne najde nič primernega. Končno se odloči in mu da sirup za odvajanje. Starček odide, takoj za tem pa šef stopi do novinca.
»Zakaj si mu prodal odvajalo namesto sirupa za kašelj?«
»Verjemite mi šef, ko bo spil žličko odvajala, si ne bo več upal kašljati!«

1	2							3
								4
		3	4	5	6	7		
						4		
		8	3	9	2	1		
		6						
		1	2	7	5	3		
8								
7							6	5

»Zakaj hodiš s pomočjo palic?«
»Prometna nesreča.«
»Ali res ne moreš brez njih?«
»Zdravnik pravi, da lahko, odvetnik pa trdi, da ne morem.« ■

VIR: HTTP://WWW.NAJ-VICI.COM/?CAT=10&PAGED=3

Zahvala donatorjem

K uspešnemu delovanju Klinike Golnik so pripomogli tudi donatorji, ki so nam v zadnjih dveh letih podarili sredstva ali denarna nakazila. Vsem se iskreno zahvaljujemo in si želimo nadaljnjega sodelovanja, posebej pa omenjamo tiste, ki so donirali več kot 1.999 evrov..

Hvala, ker nam pomagate.

PULMODATA
Profesionalna medicinska oprema

TEHNOOPTIKA

medias international

KOROŠEC
elektroinstalacije in telekomunikacije
www.el-korosec.si info@el-korosec.si

triglav

ŠTEMPIHAR TRANSPORT
www.stempihar-trans.si

Zdravstvene storitve brez napotnice

Klinika Golnik je specializirana za diagnostiko in zdravljenje pljučnih bolezni, alergij in drugih internističnih bolezni. Poleg storitev javnega zdravstva v kliniki opravljamo tudi zdravstvene storitve brez napotnice na številnih poročjih, vrhunsko diagnostiko in program preventivnih specialističnih pregledov. V sodobno opremljenih ambulantah in laboratorijih Klinike Golnik delajo vrhunski strokovnjaki, ki obvladajo diagnostiko in zdravljenje, se nenehno izobražujejo in sodelujejo v raziskovalno-izobraževalni dejavnosti. Izbirate lahko med paketnimi preventivnimi pregledi, posameznimi pregledi zaradi določene bolezni ali določenimi preiskavami.

klinika GOLNIK
UNIVERZITETNA KLINIKA ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK

Pulmologija: diagnostika kašlja, težkega dihanja, drugo mnenje o diagnozah, kot je astma ipd., preiskave delovanja pljuč (diagnostiko astme lahko izvajamo že pri petletnih otrocih), globinsko slikanje pljuč (CT), preiskave pljučnega raka, poklicne bolezni pljuč, redke pljučne bolezni (cistična fibroza, sarkoidoza, intersticijske pljučne bolezni), motnje dihanja med spanjem (diagnostika in zdravljenje).

Alergologija: kožni vbodni testi v ambulanti in provokacijski testi na bolniškem oddelku (cvetni prah, hišni prah, piki žuželk, hrana in zdravila), koprivnica ali urtikarija, drugo mnenje.

Endoskopija: gastroskopija, kolonoskopija, bronhoskopija (lahko z uporabo sedacije).

Kardiologija: ultrazvok srca, 24-urni EKG (Holter), 24-urno merjenje krvnega tlaka, obremenilno testiranje, ultrazvok vratnih žil.

Radiološka diagnostika: diagnostične preiskave (CT, HRCT, RTG, ultrazvok itd.), ponovna ocena drugje narejenih radioloških preiskav (v tem primeru mora bolnik prinesti s seboj originalne posnetke preiskave na zgoščenki).

Onkologija: rak torakalnih organov, drugo mnenje.

Preventivna pregleda:

- osnovni – preiskave krvi in urina, EKG, rentgenska slika pljuč, meritev pljučne funkcije, test alergije in tumorski markerji;
- celoviti – poleg osnovnega vključuje še ultrazvočni pregled srca, vratnih arterij in trebuha, obremenitveno testiranje in merjenje kostne gostote.

Storitev brez napotnice v celoti plačate sami.

Za pregled ali zdravljenje brez napotnice nam pišite na e-naslov breznapotnice@klinika-golnik.si ali pokličite na številko **04/256 95 60.**

Klinika je bolnikom prijazna tudi po udobnosti namestitve. Če prihajate od daleč, vam lahko zagotovimo bivanje v bližini klinike. Rezervacijo uredite pri **Majdi Pušavec** na e-naslovu majda.pusavec@klinika-golnik.si ali pokličite na številko **04/256 91 19.**

Cenik zdravstvenih storitev, podrobnejše informacije in zloženke so objavljeni na spletni strani www.klinika-golnik.si v zavihku **zdravstvene storitve brez napotnice**.