



# Pijučnik

Glasilo Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Górnik  
Junij 2017 ISSN 1580-7223

17/2

**POGOVOR:** dr. Julij Šelb, dr. med.,  
specializant klinične genetike

**V VRTINCU:** Sporne revije v znanstveni komunikaciji

**STROKOVNI MOZAIK:** Deeskalacija kot orodje za  
preprečevanje nasilnih incidentov

**DROBTINICE:** V gore poleti

# 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.**

**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:** gastrokopija, 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 prinesiti s seboj originalne posnetke preiskave na zgoščenci).

**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](mailto: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](mailto: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](http://www.klinika-golnik.si) v zavihku **zdravstvene storitve brez napotnice**.



# Kako delamo drug z drugim?

Precej napora je potrebnega, da Klinika Golnik ohrani svojo samostojnost in pot lastnega razvoja, tako kot smo si zamislili. Zunanji vplivi na poslovanje, če temu lahko tako rečem (združevanje z Bolnišnico Topolšica, ki sedaj ni več aktualno, vrsta upravnih, strokovnih in druge vrste nadzorov nad poslovanjem, aktivno sodelovanje pri oblikovanju normativov zdravniškega dela ipd.), so še vseeno manj pomembni kot to, kar se dogaja v organizaciji našega dela znotraj klinike. Kar nekajkrat z zaskrbljenostjo ugotavljam, da so osebni interesi, tudi razmišljanje nekaterih vodij, usmerjeni bolj v to, kako bodo v svojem segmentu lahko s čim manj napora oddelali vsak dan posebej v službi, pozablja pa se na vsebine, ki kliniko delajo Kliniko, na dejavnosti, ki se tukaj morajo izvajati na terciarni ravni, in na bolnike, ki jim moramo ponuditi v državi najboljše storitve na najprijaznejši način, kot se to za kliniko spodobi. Kar nekaj vas je že bilo na delavnicah, kjer se v timih pogovarjate

o karakterjih določenih oseb in njihovem načinu razmišljanja, ki ga je dobro poznati zato, da z nekom ne prideš v konflikt. Na način vodenja, ki mora biti z nekom preciznejši, detajlnejši in bolj definiran, za druge pa bolj vizionarski in usmerjen v napredek. Na teh delavnicah se naučimo, da če si z nekom v konfliktu oz. je nekdo drug v konfliktu s tabo, skupaj skoraj ne moreta najti konstruktivnih rešitev, saj bo vsak poskušal upravičiti svoje prepričanje in narediti vse, da prepričanje drugega ne bo izpeljano v praksi. Tako se zaletavamo v steno. Timski duh, kolektivnost, pripadnost in podobne vrednote, ki smo jih bili vajeni dolga desetletja v Kliniki Golnik, pa nekako hlapijo, se včasih izgubljajo tudi v preobremenjenosti, le-ta pa je velikokrat posledica neustrezne organizacije lastnega dela. Ko se vsak drugi mesec sprehajam po oddelkih in vam osebno izročim čokolado za koristen predlog, bi si tudi na področjih, ključnih za kliniko, želel več predlogov, ki jih potem lahko vključimo v svoje delovanje oz. uskladimo z delovan-



jem cele klinike. In še za konec: zunanji vplivi na poslovanje, status in delovanje klinike so manj pomembni kot to, kako si bomo delo za bolnika organizirali sami in kako bomo delali drug z drugim.

**MATJAŽ FLEŽAR**

## Vsebina

<b>Uvodnik</b>	<b>1</b>	<b>Strokovni mozaik</b>	<b>20</b>
Kako delamo drug z drugim?		Dan higijene rok – 5. maj 2017 • Predstavitev dela naših kliničnih farmacevtov na Poljskem • Medicinske sestre na 25. srečanju evropskih torakalnih kirurgov • Medijske objave (marec–maj 2017) • V laboratoriju BIO VSM v Parizu • Obiski lekarne v laboratorijih • Ko nismo omejeni z vsakdanjim načinom razmišljanja • Deeskalacija kot orodje za preprečevanje nasilnih incidentov • Skodelica dišečih antioksidantov	
<b>V vrtincu</b>	<b>2</b>	<b>Golnik smo ljudje</b>	<b>31</b>
Sporne revije v znanstveni komunikaciji • Radiološki oddelek ima nov aparat za računalniško tomografijo (CT) • Novi načini zdravljenja hude astme • Jubilejni seminar sekcije MS in ZT v pulmologiji ob 40-letnici delovanja • Kratko poročilo z Evropskega radiološkega kongresa 2017 • Dan tuberkuloze • Predstavitev člankov • Veliko zanimanja za reanimacijo • Novosti v paliativni oskrbi – poročilo s Svetovnega kongresa EAAPC v Madridu		Vikendi v gorah • Prihodi in odhodi sodelavcev • Novi obrazi: Pridružila se nam je specialistka radiologije Martina Vívoda Tomšič • Napredovanja in dosežki • Aktivne udeležbe na kongresih in seminarjih • Golniški piknik pred 30 leti • Lokalno aktualno: Kje je že 1. maj, spomin na kres na Golniku je pa še živ ...	
<b>Mislím, mislíš, mislí</b>	<b>15</b>	<b>Drobtinice</b>	<b>40</b>
Sem pri svojem delu lahko inovativen?		Knjižni namig • Novosti v knjižnici • Mira kuha: Kuharica na preizkušnji • Puščava je zelo živa • Kam na izlet: Štajerski hribi in doživljaja • V gore poleti • Zdravilni zvrarki: Regačica	
<b>Pogovor</b>	<b>16</b>		
Julij Šelb: »Genetiki se v prihodnjih letih obeta močan razcvet«			

**Glavna urednica:** Jana Bogdanovski  
**Odgovorni urednik:** Matjaž Fležar **Uredniški odbor:** Anja Blažun, Rok Cesar, Nina Karakaš, Anja Simonič, Mira Šilar, Janez Toni, Katja Vrankar, Judita Žalik **Oblikovanje:** Maja Rebov **Lektoriranje:** Jasna Zupan **Tisk:** Partner Graf zelena tiskarna d.o.o. **Naslov uredništva:** Klinika Golnik, Golnik 36, 4204 Golnik, **E-naslov:** pljucnik@klinika-golnik.si **Naklada:** 700 izvodov, issn 1580-7223, spletna izdaja issn 2463-9311. Vse pravice pridržane. Ponatis celote ali posameznih delov dovoljen samo s pisnim privoljenjem.  
**Naslovnica:** Fotografijo na naslovnici je posnela Nina Karakaš

**klinika**  
**GOLNIK**

UNIVERZITETNA KLINIKA ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO GOLNIK



# Sporne revije v znanstveni komunikaciji

Na pasti objavljanja v prosto dostopnem spletnem založništvu so doslej opozorili številni profesorji, raziskovalci in bibliotekarji. Pojav spornih revij pogojuje sistem merjenja znanstvene uspešnosti, prost dostop do revij in predvsem plačljivost objav s strani avtorjev. Sporne objave se s spleta ne brišejo in rušijo verodostojnost znanstvene komunikacije. Poglejmo problematiko spornih objav natančneje (slika 1).

Osnovni gradniki meritev uspešnosti v znanosti so meritve faktorja vpliva revij, t. i. citatni indeksi (WoS in Scopus), vključnost revij v različne podatkovne zbirke, razvrščanje znanstvenih založb in razne tipologije objav. Meritvam znanstvene uspešnosti so podvrženi profesorji in raziskovalci na univerzah in raziskovalnih inštitutih. Od te uspešnosti so odvisne njihove habilitacije v nazive in uspešnost pri pridobivanju raziskovalnih projektov.

Tradicionalni poslovni model znanstvenega publiciranja je finančno nevzdržen, saj so naročnine na znanstvene revije previsoke. Knjižnice se združujejo v konzorcije, da lahko nabavijo vsaj osnovno znanstveno periodiko. Letni profit založnikov znanstvenih revij je ca. 7 milijard ameriških dolarjev. Največje znanstvene založbe (Elsevier, Springer ...) se torej neetično okoriščajo na račun avtorjev, recenzentov in urednikov. Znanstvenoraziskovalni svet se omenjenemu modelu v zadnjem desetletju upira in zagovarja **prost dostop** do znanstvenih revij na spletu (delež tega modela danes ne presega 5 %), ki pa za svoje delovanje potrebuje vir financiranja. Tega so založbe z naročnikov preložile na avtorje, ki so za objavo članka dolžni plačati med 100 in nekaj 1000 evri. Pogosto so visoki zneski prisotni pri uglednejših revijah in so predvsem odraz povpraševanja. Avtorju je omogočen nakup objave, s čimer je koruptivnost znanstvene komunikacije dobila krila.

V zadnjem desetletju se je pojavila skupina revij, ki namerno izkoriščajo in zlorabljajo omenjeni model prostega dostopa za lasten profit in namerno ne zagotavljajo kakovosti objav. Ob razvoju znanosti posledično močno narašča število novih znanstvenih revij, med njimi tudi spornih revij. Trg, ponudba in povpraševanje torej.

Vnos objav v podatkovne zbirke naj bi zajemal tudi pregled legitimnosti objav. Ker prepoznavanje spornih objav ni vselej preprosto in včasih zahteva precej detektivske žilice, se med vnesenimi objavami pojavljajo tudi sporne objave, ki bodo zagotovo kdaj celo citirane. Kako naj nepoznavalec potem ve, kaj je sporno in kaj ne? Prepoznavanje spornih objav je pomembno tako za integriteto znanosti same kot tudi za splošno javnost, ki znanosti zaupa in seveda ne zna ločiti

zrna od plevela. Možnost sporne objave dodatno zlonamerno izkoriščajo tržniki ekološko spornih tehnologij, spornih živil itd. Znanost in družba sta ujeti v past, ki ji ne znamo ali nočemo narediti konca (zadostovala bi že ukinitvev plačljivosti objav s strani avtorjev).

## Značilnosti spornih revij

Sporne revije izdajajo neetični založniki s slabim znanstvenim namenom. Imajo več imen: predatorske, roparske, plenilske, lažne, sumljive, ugrabljene revije ... Bibliotekarji zanje uporabljajo izraz sporne revije in jih delimo na:

- plenilske (tj. revije, ki se trudijo prikazati kot ugledne, čeprav to niso) in
- lažne revije (tj. revije, ki ugrabijo identiteto neke druge, običajno ugledne revije).

Pridevnik 'sporni' se nanaša na dejstvo, da je objava v teh prosto dostopnih revijah plačljiva, meril za objavo pa ni. Njihov edini namen je dobiček, zato se sporne založbe namerno izogonejo vsem nenujnim stroškom. V objavo sprejmejo vse ali skoraj vse prejete rokopise. Navzven lahko te revije zelo dobro posnemajo delovanje legitimnih znanstvenih revij. Sporne revije ne skrbijo za arhiviranje objav, se ne ukvarjajo z vprašanjem nasprotja interesov in z raziskovalno etiko, ne preverjajo plagiatstva, ne objavljajo jasnih navodil za avtorje in recenzente, njihovi uredniški in recenzentski postopki so netransparentni ... V nobenem pogledu torej ne skrbijo za razvoj svojega znanstvenega področja.

**Običajna praksa pridobivanja rokopisov** (pa tudi urednikov in recenzentov) **pri spornih založnikih je zaporedno razpošiljanje velikega števila e-sporočil**, v katerih avtorjem obljublja hitro objavo za nižjo ceno, kot jo imajo legitime revije. Ugledne revije tekmujejo v kakovosti in ne v hitrosti in ceni objave.

Osnovna značilnost spornih revij je, da **izpustijo temeljni znanstvenega publiciranja, zunanje recenziranje**. Revije nimajo recenzentskega postopka ali pa je ta minimalen. Recenzije delujejo kot vnaprej napisana splošna pozitivna mnenja. Sporne

*Leta 2014 je bilo na spletu 8.000 spornih revij!*



Slika 1: Prikaz problematike spornih objav.

objave tako niso znanstveno evalvirane. Ugledne revije določen delež rokopisov zavrnejo, objavljeni članki morajo upoštevati neodvisna recenzentska mnenja in grede tudi skozi več revizij. Postopek zahteva določen čas in objava nikoli ni prav hitra. Druga značilnost spornih revij je, da **niso vključene v legitimitne podatkovne zbirke in citatne indekse**. Evalvacija v legitimnih zbirkah jih seveda ne zanima, nadzoru se nadvse izogibajo. Se pa lažno propagirajo z vključitvijo v te zbirke ali navajajo vključitev v namišljene podatkovne zbirke in citatne indekse podobnih imen, kot jih pozna legitimni akademski svet: Journal Impact Factor, Global Impact Factor, Index Copernicus ... Vse te namišljene zbirke na spletu resnično obstajajo kot podjetja, ki izračunavajo sporne meritve vpliva revij, ki jih sporni založniki uporabljajo ter plačujejo z namenom, da avtorje prepričajo o svoji legitimitnosti. Tretja lastnost spornih revij je, da **ne zagotavljajo objave**. V najslabšem primeru avtor plača strošek objave, do objave pa nikoli ne pride (kar je na neki način dobro, saj je objava v legitimni reviji v tem primeru še možna).

#### Obsežnost problema in prepoznavanje spornih revij

V tabeli 1 je predstavljena rast spornega založništva, ki je še vedno v velikem porastu.

Poznavanje značilnosti spornega založništva bibliotekarjem pomaga pri pripravi iskalnih strategij za učinkovitejše odkrivan-

je spornih revij. Glavnina spornih založnikov prihaja iz Indije in Azije, pa tudi iz Severne Amerike. Lokacije spornega založnika se zelo pogosto ne da določiti. Sporni založniki največ izdajajo splošne znanstvene revije, ki v znanosti že dolgo niso več vsakdanje, saj se znanost že desetletja deli na vse bolj specifična znanstvena področja. Revija »International journal of biomedicine, engineering and social sciences« nas mora odvrniti od nadaljnega preučevanja legitimitnosti revije že s samim naslovom. Čisto naravoslovje je spornim revijam najmanj podvrženo. Avtorji na področju biomedicine, strojništva, ekonomije in družbenih ved morajo biti pri izbiri revije previdnejši. Večina avtorjev, ki

**Tabela 1:** Rast števila spornih založnikov, spornih samostojnih revij in lažnih revij v letih od 2011 do 2016 po Beallu.

Leto	Število spornih založnikov	Št. spornih samostojnih revij	Št. lažnih revij
2011	18		
2013	225	126	
2015	693	507	30
2016	923	882	101

objavlja v spornih revijah, je prav tako iz Indije in Azije, pa tudi iz Afrike. Povprečna cena objave v spornih revijah je 180 ameriških dolarjev, čas od oddaje rokopisa do objave pa izjemno kratek (povprečno 2–3 mesece).

Raziskovalci seveda želijo svoje delo objaviti v legitimni reviji. V družbi znanja je raziskovalcev vse več, posledično močno narašča tudi število znanstvenih revij, teh je danes čez 100.000 – vsaj 8.000 teh je spornih (podatek za leto 2014). Številne znanstvene revije nimajo dolge tradicije in se pojavljajo v obdobju zadnjih 10 let skupaj s spornimi revijami. Kako torej ločevati ene od drugih?

Akadske ustanove, založniška združenja in komercialni ponudniki izdelujejo sezname zaupanja vrednih revij in založnikov ter sezname tistih, ki ravnajo neetično. Vsi ti sezname in sistemi pa so pristranski in pomanjkljivi, zato je potrebno preverjanje v več seznamih in zbirkah. Osnovna pripomočka za prepoznavanje spornih spletnih revij sta Beallov seznam spornih revij, ki je od januarja 2017 odstranjen s spleta, ter imenik Directory of Open Access Journals (DOAJ).

### Beallov seznam spornih revij

(<https://scholarlyoa.com/>)

Jeffrey Beall z Univerze v Koloradu v Denverju je od leta 2011 do začetka leta 2017 pripravljaj sezname možnih ali verjetno spornih prosto dostopnih znanstvenih revij. Razdelil jih je v seznam spornih založnikov in seznam spornih samostojnih revij. Vsem vključenim revijam je Beall ponudil možnost pritožbe in dokazovanja nespornosti. Kmalu je dodal še seznam lažnih revij in seznam nelegitimnih meritev faktorja vpliva revij. Seznam

*Če pa vas vabilo k oddaji rokopisa, sprejemu uredniške ali recenzentske funkcije vendarle mika in se odločite za preverjanje legitimnosti revije iz vaše e-pošte, pa sledite naslednjim korakom:*

- izločite dvomljive revije, ki izhajajo v Indiji (pazite tudi na Azijo in Severno Ameriko) in pri katerih se lokacije založnika ne da določiti;
- izločite vse revije, ki pokrivajo številna znanstvena področja hkrati;
- uporabite Beallov seznam založnikov in revij ter imenik DOAJ;
- če revija še ni izločena iz vašega izbora, kontaktirajte svojo knjižnico, ki bo preverila še bazo serijskih publikacij ISSN ter opravila še druge potrebne nadzore.

lažnih revij zajema spletno stran legitimne in spletno stran lažne revije, ki je ugrabila identiteto prve. Spletni strani sta lahko zelo podobni, zato je to vrsto spornih revij najtežje identificirati, a URL-naslava se vselej razlikujeta. Pogosta tarča so ugledne revije, ki izhajajo le v tiskani izdaji, spletna izdaja pa je lažna. 17. januarja 2017 so Bealovi izjemni sezname izginili s spleta iz nejasnih razlogov. Njegova seznama zajemata **1155 spornih založnikov s številnimi revijami in 1294 spornih samostojnih revij**. Pri izdelavi seznamov se je Beall naslanjal na merila oz. standarde znanstvenega publiciranja, ki jih je povzel po COPE, WAME, DOAJ in drugih ter ki so bili objavljeni ob seznamih. Bibliotekarji danes operiramo z Beallovimi sezname in merili z začetka leta 2017.

### Imenik Directory of Open Access Journals – DOAJ

(<https://doaj.org/>)

DOAJ navaja legitimne prosto dostopne znanstvene revije z recenzentskim postopkom ne glede na jezik ali področje znanosti. Zajema 9456 revij iz 128 držav (januar 2017). Pogoji za vpis v imenik DOAJ so: preverljivost in sledljivost osnovnih podatkov o reviji (številka ISSN, odgovorne osebe, kontakti, ime revije, faktor vpliva, vključenost v podatkovne zbirke), podatki o kakovosti in transparentnosti uredniškega in recenzentskega postopka, nadzor nad plagiaty, izjava o prostem dostopu, številka doi in metapodatki za vse objave ... Upamo, da bo DOAJ v kratkem zajel večje število legitimnih spletnih prosto dostopnih znanstvenih revij in bo ustrezno zapolnil vrzel, ki od začetka leta 2017 že nastaja z neažuriranjem Beallovega seznama.

### Drugi mednarodni in slovenski sezname in zbirke

Najzanesljivejši zbirki sta zagotovo Web of Science in Scopus. Spornih revij v teh citatnih indeksih ne bomo našli. V biomedicini lahko uporabimo tudi zbirko PubMed. Zelo dobrodošla je sveža skupna iniciativa založniških, uredniških, akademskih, raziskovalnih in drugih organizacij Think.Check.Submit. (<http://thinkchecksubmit.org/>).

Slovenski profesorji in raziskovalci so podvrženi habilitacijam slovenskih univerz in pravilom merjenja bibliografske uspešnosti ARRS. ARRS ima na svoji spletni strani nekaj redno ažuriranih seznamov, ki se jih pri izbiri revije splača uporabiti. Uporabimo lahko tudi zbirko Cobiss ali Sicris.

### Sklep

Bibliotekarji se kot podporni stebri univerz in inštitutov trudimo, da ob zahtevani učinkovitosti naši podpori lahko zaupate. Kljub temu je za oddajo rokopisa v izbrano revijo odgovoren avtor. Zato: **Think! Check! Submit!** Sporne objave se na željo avtorjev izbrišejo iz Cobissa ali pa se jim dodeli tipologija strokovni članek. V sporne revije so včasih poslani tudi zelo kakovostne slovenske objave. O tem, ali jih šteti v točkovanje ali ne, pri nas odločajo častna razsodišča.

Bližnjic do znanstvenega uspeha ni, zato so preverjene poti najboljše poti. Vabljava sporočila in ponudbe v vaši neželjeni pošti sodijo v koš. Zanimivost vašega znanstvenoraziskovalnega dela naj vam daje potrebno potrpljenje in vztrajnost za kakovostno objavo v ugledni reviji, ko bo zanjo čas.

### SAŠA ZUPANIČ

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Knjižnica, založništvo in uredništvo revije Zdravstveno varstvo ([sasa.zupanic@nijz.si](mailto:sasa.zupanic@nijz.si))

Prispevek je povzetek obsežnejšega članka z enakim naslovom, dostopnega v letošnji aprilski številki glasila Isis: <http://online.pubhtml5.com/agma/cuii/#p=21>

# Radiološki oddelek ima nov aparat za računalniško tomografijo (CT)

Med prvomajskimi prazniki se je na radiološkem oddelku dogajala velika sprememba: menjava računalniškega tomografa ali krajše CT-ja.



Ena »gasilska« pri novem CT-ju.

Klinika Golnik se zdaj ponaša z drugim tehnološko najnaprednejšim CT-jem v Sloveniji (hitrejši in nekoliko zmogljivejši stoji v SB Izola), po opremi pa se lahko primerjamo z najboljšimi v Evropi. Samo ta dva aparata pri nas, zaradi nizkih doz,

omogočata presejanje (»screening«) pljučnega raka, če se bo v Sloveniji to kdaj zgodilo.

Naš stari CT se je pričel v petek, 21. aprila, poslavljeni – opravili smo še zadnje preiskave, nato so prišli Siemensovi

mehaniki in začeli demontažo, saj je že v ponedeljek prispel novi CT-aparat.

Ker je ohišje malenkost debelejšo kot pri starem, je bilo nekaj tehničnih problemov, kako ga spraviti v prostor, kar pa so Siemensovi inženirji uspešno rešili.



*Ekipa radiološkega oddelka se posavlja od starega CT aparata.*

V ponedeljek, 8. maja, smo začeli delo. Prišel je Siemensov inštruktor Thiery iz Švice in se nam takoj priljubil s svojim izvrstnim znanjem in pristopom. Nismo si namreč niti predstavljali, da bo takšna razlika med starim in novim aparatom, Thiery pa se je resnično potrudil, da smo inženirji in zdravniki razumeli, zakaj in kako je treba vzpostaviti določen protokol preiskave.

Novi CT omogoča hitro slikanje prsnega koša v načinu »flash«, ki lahko posname celotni prsni koš v manj kot sekundi. Tudi pri uporabi običajnega načina slikanja traja ekspozicija manj kot 5 sekund. Zato je treba prilagoditi protokole, zlasti glede injekcije kontrastnega sredstva. Treba je ujeti pravi trenutek, da bo dovolj kontrastnega sredstva ravno v sistemskih ali pljučnih arterijah ali v sistemskih venah oziroma parenhimskih organih – odvisno od kliničnega vprašanja oziroma od tega, kaj hočemo prikazati. Sedaj lahko prihranimo količino

kontrastnega sredstva, vendar mora biti učinkovito uporabljeno.

Ob manjši količini prejetega kontrastnega sredstva, kar manj škoduje ledvicam, preiskovanec prejme predvsem bistveno nižjo dozo sevanja. Zaradi uporabe iterativne rekonstrukcije pri preračunavanju rezultatov dobimo kakovostnejše posnetke z bistveno nižjimi dozami kot prej, kar je zlasti pomembno pri mlajših preiskovancih. Prejete doze tako lahko v najboljšem primeru komaj za kak odstotek presežejo doze pri slikanju pljuč v dveh projekcijah. Po evropski zakonodaji bomo morali o dozah obvezno poročati od februarja 2018 dalje, prav tako bo vsak bolnik vedel, koliko sevanja je prejel pri preiskavi ter na letni ali kumulativni ravni.

Čeprav so doze sevanja nekajkrat nižje kot prej, smo radiologi s slikami izredno zadovoljni. Posnetki »visoko ločljivostnega CT« (HRCT) so tehnično bistveno boljši kot na starem aparatu.

Za naše radiološke inženirje je novi aparat prav tako velik izziv, saj imajo sedaj na izbiro številne protokole, tako da bomo vsi skupaj potrebovali nekaj časa, da bomo vse možnosti, ki jih ponuja novi CT, s pridom izkoristili.

Seveda pa bodo največ koristi od tega imeli naši pacienti. Že po prvih dneh lahko rečem, da je prikaz nekaterih anatomskih struktur natančnejši, kar nam sicer podaljša čas pisanja izvidov, vendar lahko pojasni kakšen klinični problem.

Še več časa pa bo od nas zahtevala seznanitev z računalniško obdelavo posnetkov v sistemu SyngoVia, ki nam bo sicer omogočal številne meritve – od stopnje emfizema, perfuzije do meritve rasti (ali zmanjšanja) tumorjev in bezgavk.

Čas bo pokazal, kaj smo z novim CT-jem pridobili, vendar lahko že zdaj rečem, da smo skočili vsaj stopnico višje.

**ROK CESAR**

*Foto: arhiv Klinike Golnik*



# Novi načini zdravljenja hude astme

Astma je kronična vnetna bolezen dihalnih poti. Prizadene velike in male dihalne poti, to je tiste, ki so ožje od 2 mm. V klinični praksi je pomembna pravilna postavitev diagnoze, opredelitev do možnih pridruženih bolezni, pravilno zdravljenje, ocena urejenosti astme in ukrepanje ter načrt v primeru neurejene astme. Bolniki s hudo astmo ostajajo simptomatski kljub visokim odmerkom inhalacijskih glukokortikoidov, z dolgo delujočim beta agonistom, antilevkotrienom. Pogosto potrebujejo sistemski glukokortikoid. Vizija zdravljenja težke astme stremi v smer personalizirane terapije astme. Ločiti moramo astmo, ki je za vodenje težavna, od hude astme. Bolnik ima težavno astmo, kadar je bolezen težko voditi, ker npr. ne prejema redno zdravil, kadi, ima druge neprepoznane in/ali nezdravljene bolezni, ki utegnejo astmo slabšati, ali ne zna pravilno jemati inhalacijskih zdravil. Ob hudi astmi pa bolnik ostane simptomatski kljub maksimalni zavzetosti za zdravljenje in ima prepoznane in zdravljene pridružene bolezni. Predvsem je pomembno, da diagnoza drži. Tak bolnik vedno sodi v specialistično ambulanto. Del personalizirane terapije astme predstavljajo biološka zdravila. Ni torej vseeno, kakšno vrsto astme ima bolnik. Ob hudih oblikah bolezni se namreč odločamo o vrsti biološkega zdravila.

Za zdaj sta na voljo dve biološki zdravili: omalizumab in mepolizumab.

**Omalizumab** je rekombinantno humanizirano IgG1 monoklonalno anti-IgE-protitelo. Zdravilo je rezervirano za zdravljenje hude alergijske astme. V Evropski uniji se uporablja od leta 2007. Pri nas smo začeli uvajanje zdravila oktobra 2007. V tem času smo zdravljenje uvedli pri okoli sto bolnikih. V Sloveniji za zdaj indikacijo za tovrstno zdravljenje sprejme Konzilij za obstruktivne bolezni pljuč Klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Odmerek omalizumaba se določa glede na raven celokupnega IgE (cIgE) in telesno težo bolnika. Priporočen odmerek je 0,016 mg/kg na enoto IgE. Priporočen odmerek se aplicira na 2 ali 4 tedne, odvisno od odmerka, ki ga mora bolnik prejeti. Aplicira se subkutano. Pri nas se prva aplikacija izvede med kratko bolnišnično obravnavo, vse nadaljnje pa se izvajajo v specializirani pulmološki ambulanti naše klinike. Ker smo s kolegi pulmologi v regijah, od koder bolniki prihajajo, želeli, da je bolnik zdravjen čim bližje domu, smo vzpostavili mrežo zdravljenja astme. To pomeni, da bolnik po začetem zdravljenju pri nas (ko zdravljenje po 2–3 odmerkih steče), naslednje aplikacije zdravila prejema v svoji regiji. To seveda ne pomeni, da bolnik le dobi

zdravilo, ampak da ga ekipa zdravnik-medicinska sestra tudi vodi. Ponovna presoja o indiciranosti za nadaljevanje zdravljenja poteka po 16 tednih. Ob kliničnem neuspehu ali pomembnih stranskih učinkih zdravljenje končamo. Enkrat na 6–8 mesecev bolniki prihajajo na kratek posvet v našo ambulanto, zato da ostane stik in povratna informacija o uspešnosti zdravljenja. V kliniki se tudi konzultiramo ob zapletih ali dvomih pri vodenju bolnikov.

**Mepolizumab** je humanizirano monoklonsko protitelo IgG1, kapa, ki je z veliko afiniteto usmerjen na človeški interlevkin 5 (IL-5). Ta je vpleten v nastajanje eozinofilnega vnetja. Indiciramo ga pri bolnikih z izrazito eozinofilno astmo. Tipični bolnik ima poleg eozinofilije v periferni krvi še nosne polipe in je intoleranten za aspirin in nesteroidne antirevmatike. To ni alergijska astma. Ta astma praviloma nastane v odrasli dobi in je lahko huda že od samega začetka. Bolniki za urejanje astme tipično potrebujejo sistemske glukokortikoide, s katerimi se popravi pljučna funkcija, vnetje in se zmanjšajo respiratorni simptomi. Pogosti so stranski učinki sistemskih glukokortikoidov, kot so osteoporoza, odpoved nadledvične žleze, katarakta in diabetes. Zdravilo smo začeli uporabljati aprila 2017, aplicira pa se subkutano, in sicer 100 mg enkrat na štiri tedne. Indikacijo za zdravljenje spet sprejme konzilij, pravila organizacije dela so enaka kot pri omalizumabu. Pri tem smo natančni. Za zdaj načrtujemo, da bo do avgusta zdravilo skupaj prejelo okoli 30 bolnikov, toliko jih je prepoznanih kot bolnikov z eozinofilno astmo.

Pri zdravljenju bolnikov z biološkimi zdravili je potrebna velika doslednost celotnega tima in tudi bolnika. Ta ne sme zamujati ali preskakovati aplikacije zdravil, tim pa mora bolnika dobro poznati. Pri nas je compliance za zdravljenje praktično stoodstotna, bolniki so redni. Večkrat se narobe razume in meni, da je aplikacija zdravila zgolj tehnično dejanje. V bistvu pa gre za vodenje bolnika oz. njegove bolezni. Pogosto je kaj, kar je treba »popraviti«, napisati mnenje, korigirati zdravljenje z drugimi protiastmatskimi zdravili ali korigirati zdravljenje pridruženih stanj, se pogovarjati, kaj bomo z zdravljenjem med nosečnostjo, ali se pogovarjati o osebni stiski, ki jo zaupa bolnik. To je čas in občutek za človek, ki se ga ne da meriti in ne sodi v nobeno tabelo ministrstva za zdravje. Ampak kar je. In mora biti, če želiš delati s temi bolniki.

**SABINA ŠKRGAT**

# Jubilejni seminar sekcije MS in ZT v pulmologiji ob 40-letnici delovanja



Od leve proti desni: Marjana Bratkovič, Monika Ažman, Lojzka Prestor, Andreja Peternelj, Majda Zorec de Miranda in Pavla Merše.

V začetku aprila je v Rogaški Slatini potekal jubilejni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji z naslovom **Zdravstvena nega bolnika s pljučnimi obolenji skozi čas**. Udeležili so se ga zaposlenih iz različnih slovenskih pulmoloških bolnišnic in pulmološkoambulantne dejavnosti. V sklopu seminarja so potekale tudi volitve za novo predsednico sekcije in člane izvršnega odbora, saj se izteka štiriletni mandat dosedanjemu vodstvu. V novem mandatu bo sekcijo vodila Maruša Ahačič iz Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik.

V prvem sklopu smo obravnavali **idiopatsko pljučno fibrozo in transplancijo pljuč**. Svojo zgodbo je predstavil Mirko Triller, ki diha s presajenimi pljuči. V naslednjem sklopu smo se seznanili z zdravljenjem **tuberkuloze** skozi čas.

Zdravstvena nega bolnika s tuberkulozo predstavlja medicinskim sestram poseben izziv. V soboto smo imeli sklop predstavitve redkih bolezni, alergij in okužbe.

**Hereditarni angioedem** je redka dedna bolezen, ki se kaže z epizodami otekanja. V Sloveniji je bilo leta 2016 le 23 bolnikov. Svoje izkušnje z boleznijo nam je predstavila gospa Teja Iskra.

V večernem delu prvega dne smo imeli slavnostno akademijo ob 40-letnici ustanovitve Sekcije MS in ZT v pulmologiji. Akademijo je popestrila vokalna skupina Žarek, ki deluje pri Društvu MS, B in ZT Pomurja. Na akademiji sta udeležence z vabljenimi predavanji počastili Andreja Peternelj, ki je pripravila pregled razvoja pulmološke zdravstvene nege, in Marjana Bratkovič, ki se je sprehodila skozi zgodovino strokovne sekcije. Pnevmoftiziološka sekcija je bila ustanovljena na pobudo Ele Lah in

je delovala pod okriljem Zveze medicinskih sester Slovenije. Prizadevala si je za izobraževanje medicinskih sester. Že leta 1977 je bil na pobudo članic IO strokovne sekcije na Višjo šolo za zdravstvene delavce v Ljubljani poslan dopis o odobritvi podiplomskega študija pnevmoftizioloških sester. Povezovala so se z medicinskimi sestrami bivše Jugoslavije in se udeležile prvega kongresa pnevmoftizioloških sester in tehnikov Jugoslavije, ki je bil maja 1979 v Sarajevu. Leta 1981 je bila podana utemeljitev za izvedbo specializacije iz pulmologije po končanem pripravništvu. Programi specializacije iz pnevmoftiziologije so bili potrjeni na vseh stopnjah, tako da bi se lahko specializacija izpeljala jeseni 1988. Zakaj ni bila realizirana, ni znano. V obdobju med letoma 1994 in 1997 se je Pnevmoftiziološka sekcija preimenovala v Pulmološko sekcijo medicinskih se-

# Kratko poročilo z Evropskega radiološkega kongresa 2017

Kot vsako leto je tudi letos **v začetku marca na Dunaju potekal Evropski radiološki kongres**, ki se ga je znova udeležilo veliko radiologov in radioloških inženirjev iz Slovenije. Za nas, ki prihajamo iz majhne države, je pomembno, da se srečujemo z novostmi, seveda pa tudi z vodilnimi strokovnjaki s svojega področja. Takšna srečanja nam omogočajo preverjanje pravilnosti naših postopkov, protokolov slikanja in interpretacije izvidov, hkrati pa tudi obnavljanja znanja predvsem pri obravnavi redkih bolezni.

Letošnji kongres je prinesel nekaj novosti. Prvič ni bilo oddajanja ocen predavanj, ampak je našo navzočnost zabeležil »veliki brat« – v majhnem plastičnem žetonu je bila skrita sledilna naprava, potem smo naslednji dan po elektronski pošti prejeli obvestilo, koliko kreditnih točk CME nam pripada. Res je, da nam je vse to poenostavilo urejanje evidence in zmanjšalo obseg za to potrebnih papirjev, ampak nam lahko to po drugi strani pričara temna občutke iz starejših del znanstvene fantastike. Dokler ni zlorab, je vse lepo in prav ...

Uveljavila se je nova klasifikacija pljučnih tumorjev, ki jo pri nas že uporabljamo.

Prizadetost bezgavk pri malignih boleznih še vedno ostaja velik problem. CT je nedvomno premalo občutljiva metoda, PET

in MRI pa preveč. Ogledal sem si prikaz prizadetosti bezgavk z MRI po injiciranju nanodelcev železa, ki sicer daje odlične rezultate, saj točno prikaže, kateri del bezgavke je prizadet in kateri je ohranjen, vendar ima več pomanjkljivosti. Prvi dan se pacient slika na MRI, nato mu vbrizgajo nanodelce Fe, naslednji dan pa se slikanje ponovi. Delci se počasi kopičijo v retikuloendotelnem sistemu (RES), kamor sodijo tudi bezgavke. Preparat ni registriran, izločanje je počasno in nepredvidljivo, potrebni sta dve slikanji z MRI.

Difuzijsko obteženo slikanje (DWI), ki je pred leti veliko obetalo, se v zadnjem desetletju ni toliko razvilo, da bi dalo uporabne rezultate, in je še vedno premalo specifično, čeprav vsaj toliko kot občutljiva metoda PET.

Po drugi strani se slikanje pljuč z MRI razvija v smeri ultrakratkih sekvenc, ki prikažejo bronhije do 6. generacije, tako da že skoraj dosegajo prikaz pljuč, kot je s CT. Takšni aparati bodo na voljo v razmeroma kratkem času – v 2 do 3 letih.

Na splošno se vedno več pozornosti posveča prejetim dozam, ki jih zapušča uporaba rentgenskih žarkov v medicinske namene. Več o tem pa v zapisu o našem novem CT-aparatu.

**ROK CESAR**

ster in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V 40-letnem obdobju so sekcijo vodile Ela Lah, Cilka Kavčič, Majda Zorec, Andreja Peternel, Teja Pulko, Pavla Merše, Silva Pernat, Marija Špelič in Lojzka Prestor. Vse so se trudile za strokovni razvoj medicinskih sester v pulmologiji. Izdano je bilo veliko zbornikov predavanj, od leta 2010 vsi z recenzijo. Na spletni strani Zbornice Zveze je poleg zbornikov sekcije objavljenih še sedem nacionalnih protokolov s področja pulmološke zdravstvene nege, vse z namenom širjenjem znanja med vse medicinske sestre po Sloveniji.

Na akademiji je predsednica Zbornice Zveze Monika Ažman podelila priznanji za dosežke na ožjem strokovnem področju. Komisija in izvršilni odbor sekcije sta za prvo dobitnico priznanja izbrala **Andrejo Peternel**. Delovala je v Pulmološki sekciji v več obdobjih in več

vlogah, med letoma 1978 in 1980 kot članica izvršnega odbora, v obdobjih 1982–1983, 1986–1991 in 2001–2005 kot podpredsednica ter 1983–1984 kot predsednica. Zavzemala se je za dvig ravni delovanja sekcije, predvsem za pomembno vlogo sekcije pri razvoju specifičnega področja stroke. Druga dobitnica priznanja za dosežke na ožjem strokovnem področju je **Pavla Merše**. Bila je članica izvršnega odbora Pulmološke sekcije štiri leta (1982–1986) ter v vlogi predsednice dva mandata, in sicer v obdobjih 1986–1991 in 1994–1997. Njena angažiranost je vidna v Zvezi društev medicinskih sester Slovenije kot tudi Jugoslavije.

Da je sekcija obstala in si vedno prizadevala za napredek in izobraževanje medicinskih sester v pulmologiji, so zaslužne bivše predsednice sekcije. Zato smo jim podelili zahvalo za vodenje

sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji in za doprinos k dobremu imenu Zbornice Zveze. Dobitnice zahvale so bile **Ela Lah, Cilka Kavčič, Majda Zorec de Miranda in Silva Verčko**.

Ker pa člani IO ne bi mogli dobro delovati brez podpore svojih delovnih organizacij, smo se zahvalili tudi pomočnicam direktorjev za področje zdravstvene nege za podporo pri delu v sekciji. Zahvalo so prejele **doc. dr. Saša Kadivec** (Univerzitetna klinika Golnik), **mag. Darja Kramar** (Bolnišnica Topolšica), **Metka Jamnik** (ZD Vič - Rudnik), **Simona Križ** (UKC Maribor, oddelek za pljučne bolezni), **Metka Lipič Ballgač** (SB Murska Sobota), **Emma Matevlič Mešiček** (Bolnišnica Sežana), **Simona Volf** (SB Novo Mesto) in **Robertina Benkovič** (ZD Ljubljana).

**LOJZKA PRESTOR**

# Dan tuberkuloze

Bil je zadnji marčni teden. Cvetoči zvončki na gozdnih jasah, pobočja, bela od narcis, in napeti cvetni brsti, ki se bodo vsak čas odprli, so nas opozarjali, da je pomlad že pošteno zarezala tudi v slovensko hribovje. Obenem pa je bil čas, ko smo v naši (mali) kliniki ob dnevu tuberkuloze priredili 22. slovenski posvet o obravnavi in spremljanju bolnikov s tuberkulozo (TB) in 3. mednarodni simpozij o tuberkulozi in respiratornih okužbah.

Dan tuberkuloze kot laično poimenujemo dogodek ob mednarodnem dnevu TB (to je vsako leto 24. marca) so prvič priredili v Sloveniji leta 1996, ko je bil prenovljen Nacionalni program o TB. Takrat je bilo to še enodnevno srečanje zdravstvenega osebja iz vse Slovenije, ki se ukvarja s TB, z namenom pretoka znanja, izmenjave izkušenj in s tem učinkovitejšega boja proti tej nevarni pljučni bolezni. Ker pa je pogostnost TB v zadnjih letih pri nas precej upadla in letno beležimo le še nekaj več kot sto novih primerov, smo se odločili, da simpozij naredimo mednarodni in k udeležbi povabimo še predstavnike držav iz nekdanje Jugoslavije. Tam, odvisno od države, predstavlja TB še vedno velik zdravstveni problem, na katerega pri nas nismo povsem imuni. V Sloveniji namreč velik delež TB prispevajo ljudje, ki so tako ali drugače povezani z bivšo skupno državo (delavci, priseljenci, migranti ...). Zadnja leta je navada, da se na koncu dneva predstavi zanimive posterje s praktičnimi primeri, ki lahko spodbudijo poučno debato. Letos so simpoziju pridružili še respiratorne okužbe, med katerimi so izpostavili **zunajbolnišnične pljučnice (ZBP)**, ki zaradi staranja prebivalstva in naraščanja števila



Foto: Irma Perko

kroničnih bolnikov predstavljajo veliko breme za zdravstveni sistem. Strokovnjaki na tem področju so dogodek izkoristili tudi za obnovo slovenskih smernic za obravnavo bolnikov z ZBP.

Na področju TB so letos izpostavili obravnavo bolnikov s TB, ki jemljejo biološka zdravila. **Uporaba bioloških zdravil** je v zadnjem času precej narasla. To so zdravila, ki so proizvedena s sodobnimi tehnologijami celične in molekularne biologije ter tehnologijo rekombinantnega DNK. Najpogosteje se uporabljajo rekombinatni proteini in monoklonska protitelesa. Njihova prednost je zelo usmerjeno delovanje na tarčne celice, zato ima tako zdravljenje manj neželenih učinkov. Ker pa je postopek pridobivanja tovrstnih zdravil precej drag, ta zdravila še niso vsem dostopna. Uporaba je razširjena pri zdravljenju nekaterih rakavih bolnikov, bolnikov s kožnimi, avtoimunskimi in nekaterimi kroničnimi boleznimi prebavil. Tako biološko zdravilo

je inhibitor tumor nekrotizirajočega faktorja alfa (TNF- $\alpha$ ), ki zavira fiziološke učinke TNF- $\alpha$ , ki je sicer del vnetnega odziva. S TNF- $\alpha$  zdravijo revmatoidni artritis, ankilozirajoči spondilitis, luskavico itd. Pomembno pa je, da pred uvedbo biološkega zdravila pri bolniku odkrijemo latentno TB. Ta bi se namreč med zdravljenjem zaradi poslabšanja imunskega odziva pri bolniku razvila v aktivno tuberkulozo. Če v takem primeru takoj ne ukrepamo, lahko TB povzroči celo smrt bolnika.

Naslednja poudarjena tema letos je bila **sočasna okužba bolnikov s TB in virusom HIV**. Okužba z virusom HIV v Sloveniji zadnja leta narašča. Ob tem je treba dodati, da je to verjetno posledica vse večje ozaveščenosti ljudi, ki se vse več testirajo, in tudi destigmatizacija bolezni – ob pravočasnem odkritju in zdravljenju pacienti lahko dočakajo normalno starost. V Sloveniji tako TB kot HIV za zdaj nadzorujemo, zato beležimo letno le posamezne primere koinfekcije s TB in HIV. Je pa ta tematika izredno zanimiva za države, kjer ne obvladujejo teh bolezni (nekateri države vzhodne Evrope in Afrike).

Na koncu so izvedli kratke zanimive delavnice, kjer so predstavili oskrbo pacientov s pljučnico, poudarili pomembnost vpliva predanalitskih dejavnikov na končni rezultat preiskav in prikazali primer odvzema kužnin, ki je najpomembnejše izhodišče za nadaljnjo kakovostno diagnostiko.

S kratko razpravo in izmenjavo kontaktov se je dogodek uspešno končal. Prihodnje leto pa se ob dnevu TB spet srečamo ...

**UROŠ KUZMIČ**

Foto: Sara Truden



# Predstavitev člankov

## **Dolgotrajno dopolnilno hormonsko zdravljenje bolnic z rakom dojke**

Breast. 2017 Jan 30; 32:112–118.

Extended adjuvant endocrine therapy - A standard to all or some?

**Domen Ribnikar, Berta Sousa, Tanja Čufer, Fatima Cardoso**

Rak dojke postaja vedno bolj ozdravljiva bolezen. Petletna preživetja bolnic z operabilnim rakom dojke znašajo danes okoli 90 %. Pomembno sta k temu pripomogla dobro poznavanje biologije raka dojke in učinkovita sistemska terapija.

V letošnji januarski številki priznane mednarodne revije The Breast sta dr. Domen Ribnikar z Onkološkega inštituta Ljubljana in prof. dr. Tanja Čufer v sodelovanju s kolegi iz Lizbone objavila pregleden članek o pomenu podaljšane dopolnilne hormonske terapije. V članku so prikazane prednosti in slabosti dolgotrajnega, več kot petletnega dopolnilnega hormonskega zdravljenja, podrobno so predstavljeni izsledki dosedanjih raziskav in nakažane poti raziskovanja tega področja v prihodnje.

Članek je lep primer dobrega sodelovanja med centri v Sloveniji in tudi sodelovanja s tujimi centri, kot je center Champalimaud v Lizboni, kar edino lahko prinese zdravnikom in znanstvenikom vrhunsko znanje in objave v pomembnih mednarodnih revijah, bolnikom pa najboljšo možno oskrbo.

**DOMEN RIBNIKAR, TANJA ČUFER**

## **Srpski arhiv za celokupno lekarstvo 2017.**

Online First: February 24, 2017, doi:10.2298/

SARH160307032K

Benefits of venom immunotherapy: how soon can they be expected

**Kadivec S, Košnik M**

Alergijske reakcije na vboj insektov so urgentna stanja, ki jih lahko preprečimo s specifično imunoterapijo (SIT). Njen glavni cilj je preprečiti smrtne primere ali življenjsko ogrožujoče situacije. Cilj raziskave je bil osvetliti obdobje uporabe SIT in določiti število izrednih dogodkov, ki bi jih lahko preprečili. Pregledali smo zdravstveno dokumentacijo bolnikov, ki so začeli z uporabo SIT med letoma 2010 in 2014. Izračunali smo stroške zdravljenja reakcije na insekte. V skupini 514 bolnikov je bil strošek zdravljenja izvorne reakcije  $180,4 \pm 166,8$  eur. Skupno 195 bolnikov je doživelo 446 pikov v času SIT. 86,3 % teh bolnikov ni imelo reakcije na pik in samo en bolnik je razvil hujšo obliko reakcije (III. stopnja po Muellerju). V prvem letu od uvedbe SIT so insekti pičili skupno 20,4 % bolnikov in 57 % bolnikov v 5 letih. Izdatki za obdobje petih let so 2.886 evrov na bolnika, kar v povprečju ustreza 16 zdravljenjem nujnih primerov sistemskih reakcij.

**SAŠA KADIVEC, MITJA KOŠNIK**

## **LOJZKA PRESTOR, prejemnica zlatega znaka Zbornice medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije**

Lojzka Prestor je v Kliniki Golnik zaposlena od leta 1984. Svojo profesionalno pot je oblikovala na več različnih oddelkih znotraj klinike. Pri svojem delu ima veliko energije za uvajanje novosti, spodbuja k raziskovanju in strokovnemu napredku v ožjem in širšem multidisciplinarnem timu. Zdravstvenovzgojno delo s kroničnimi pljučnimi bolniki je njena stalnica, izvajala je Šolo tuberkuloze, Šolo za trajno zdravljenje s kisikom na domu in pripomogla h kakovostni in varni obravnavi, večji poučenosti in obveščenosti bolnikov. Priprava strokovnih prispevkov in predstavitev dobre klinične prakse je za Lojzko ena od najpomembnejših nalog pri delu in razvoju.

Lojzka je bila pobudnica kontinuiranega monitoriranja pacientov na NIMV, na njeno pobudo so uvedli Šolo za pripravo pacienta na neinvazivno mehanično ventilacijo na domu. V okviru izboljšanja kakovosti zdravstvene nege v Bolnišnici Golnik – KOPA je sodelovala v krožku za informiranje.

Od leta 2005 je predstavnica Klinike Golnik v Izvršilnem odboru Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji, ki jo je med letoma 2009 in 2017 tudi vodila. Lojzka



*Lojzka med delom na oddelku.*

skrbi, da bo znanje zbrano v zbornikih, ki jih je uredila, na voljo čim širši strokovni javnosti.

S svojimi prispevki je veliko pripomogla k prepoznavnosti in ugledu zdravstvene nege ter medicinskih sester, zato ji je Zbornica medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 12. maja 2017 podelila častno priznanje zlati znak.

Lojzka, čestitamo!  
**MARUŠA AHAČIČ**

# Veliko zanimanja za reanimacijo



Strokovna delavnica temeljnih postopkov oživljanja je namenjena zaposlenim v zdravstveni negi, da bi pridobili znanja s področja življenjsko ogroženega pacienta, reanimacije in izboljšanja varnosti pacientov. Obravnavana vsebina strokovnega izobraževanja je pritegnila kar nekaj udeležencev z različnih bolniških oddelkov in diagnostičnih enot Klinike Golnik.

Program za učno delavnico je bil zasnovan praktično in teoretično.

Pozornost smo dali presoji stanja zavesti pacienta: ABCDE-pristop in temeljni postopki oživljanja. Naučili smo se, kdaj in kako je treba sprožiti reanimacijski klic. Zelo natančno smo si pogledali opremljenost reanimacijskega vozička.

V osrednjem delu so se udeleženci delavnice praktično preizkusili v izvajanju temeljnih postopkov oživljanja in spoznali osnove monitoringa med reanimacijo. Udeleženci so se naučili pravilne uporabe ročnega dihalnega balona (AMBU) in uporabe laringoskopa. Predstavljena je bila aspiracija skozi endotrahealni tubus, kanilo, nos in usta in pripomočki za pritrditev endotrahealnega tubusa. Spoznali so uporabo I-gela in ustno-žrelnih tubusov. Predstavljene so bile posebnosti pri reanimaciji otrok in enote, kjer se nahajajo pripomočki za reanimacijo otrok.

Pred koncem izobraževanja je bila izvedena simulacija reanimacije na bolniškem oddelku, udeleženci so lahko podali kritična mnenja o poteku reanimacije.

Vsebine temeljnih postopkov oživljanja so obvezna vsebina za medicinske sestre za obnavljanje licence. Ker vemo, da je takšno izobraževanje vsakih sedem let veliko premalo, smo na Golniku organizirali takšno delavnico. Imamo ambiciozen cilj, da gre vsaka medicinska sestra v delavnico vsako leto. Interaktivno delo v delavnicah, ob izkazanem velikem zanimanju, nedvomno potrjuje, da si take oblike izobraževanja udeleženci želijo in ga potrebujejo.

Prvo delavnico smo izvedli 24. februarja, drugo pa 16. junija v Vurnikovi predavalnici. Zanimanje je veliko tudi med nezdravstvenim kadrom.

**ANTON JUSTIN**

## Nova vitrina na ogled

V glavnem hodniku pred stopnicami, ki vodijo v tajništvo, smo v neizkoriščeno nišo postavili novo omaro s stekleno vitrino. Vanjo smo razstavili številna odlikovanja, ki jih je v dolgoletni karieri za svoje strokovne dosežke dobil slovenski fiziolog **Jože Milič - Emili**. Profesor Milič, ki je bil kot fiziolog napora in pozneje raziskovalec fiziologije dihanja mentor nekaterim našim pulmologom, se je udeleževal tudi Golniškega simpozija in prihajal na kongrese, čeprav že dolgo živi v kanadskem Montrealu. Kot redni, izredni in gostujoči profesor je predaval na številnih uglednih univerzah po svetu in prejel več kot 30 priznanj, ki so zdaj razstavljena v Kliniki Golnik. Je tudi dopisni član Slovenske akademije znanosti in umetnosti ter avtor ali soavtor nekaj knjig in več kot 400 člankov v revijah z recenzijo. Prof. Milič je bil tudi kandidat za Nobelovo nagrado.

»Ponosni smo, da njegovo delo in priznanja lahko pokažemo pred vrati

evropsko znanega in največjega laboratorija za preučevanje delovanja pljuč v Sloveniji,« je ob razstavi zapisal direktor naše klinike Matjaž Fležar.

Vabljeni, da se za hip ustavite pred vitrino in si jo ogledate.

**J. B.**



Foto: M. Fležar

# Novosti v paliativni oskrbi – poročilo s Svetovnega kongresa EAPC v Madridu

Vsaki dve leti Svetovni kongres paliativne oskrbe ponudi nove izsledke raziskav, trende v razvoju in evropske smernice za delo na različnih področjih. Tokrat se nas je več kot 2700 delegatov zbralo v Madridu. Navdušila nas je španska gostoljubnost, predvsem pa nov veter v razumevanju odgovornosti za razvijanje paliativne oskrbe v novi paradigmi: new public health – novo javno zdravje. Ampak najprej o naših prispevkih.



*Golniške udeležence na svetovnem kongresu paliativne oskrbe v Madridu*

Golniška raziskovalna skupina v projektu ACTION je predstavila svoje izsledke izkušenj učiteljev poučevanja vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe (VNO) v šestih EU-državah na posterju (Hana, Polona, Anja in Maja), Urška pa je imela predavanje o procesu oblikovanja orodij za merjenje zvestobe izbranemu komunikacijskem modelu Respecting Choices v intervenciji z bolniki v šestih sodelujočih državah, skupaj s predstavitvijo prvih vmesnih rezultatov.

S posterjem so Hana, Polona in Anja predstavile izkušnje in spoznanja učiteljev v projektu ACTION glede procesa izobraževanja in treninga modela VNO. V projektu ACTION namreč vrednotimo učinek VNO na kakovost življenja in simptome pri bolnikih z napredovalim rakom. Za vnaprejšnje načrtovanje po

modelu Respecting Choices je bilo treba izobraziti več deset pomočnikov (fasilitatorjev) za dvajset bolnišnic v vseh sodelujočih državah. Zato sta se po dva člana raziskovalnega tima udeležila certificiranega izpopolnjevanja za učitelje v ZDA, nato pa sta po daljšem času vaj in izpopolnjevanj ter usklajevanj izvedla izobraževanje pomočnikov VNO za sodelujoče bolnišnice v svoji državi. V dveh fokusnih skupinah so učitelji iz šestih držav izpovedali svoje izkušnje ter osvetlili vidike, ki so jih med izobraževanjem podprli oziroma dodatno obremenili. Izkušnjo ocenjujejo kot dobro, kljub temu da se niso zavedali, kaj vključitev v tak obsežen projekt prinaša ter koliko časa in truda zahteva. Navajali so posebnosti v procesu prilagajanja modela specifičnim kulturnim, kliničnim in praktičnim kontekstom v svoji državi in sprotne poenotenje sprememb (npr. prevod, pravni in etični vidik, različnost v odprtosti ljudi za pogovor o načrtovanju oskrbe in drugo). Hkrati jim je projekt ob pridobivanju bogatih izkušenj predstavljal priložnosti za osebno rast. Poster predstavlja skupno prizadevanje vseh vpletenih, to so avtorice in udeleženci študije, ki smo ga s svojimi prispevki, mnenji in predlogi gradili in nadgrajevali do končnega izdelka. Na steni kongresa je poster zares zaživel, avtorice smo z mimoidočimi, ki so izrazili interes, pokomentirale samo študijo in razdelile kopije posterja.

V ustni predstavitvi v zelo dobro obiskani sekciji Etične dileme je Urška predstavila proces priprave orodij za oceno zvestobe komunikacijskega modela VNO med intervencijo, kot je bilo predvideno v protokolu ACTION. To je bil kompleksen zalogaj. V slovenskem timu smo po poglobljenem pregledu literature in z dodatnim inovativnim pristopom za naše specifične potrebe osnovali sistem ocenjevanja z vprašalniki, ki so se prilegali modelu Respecting Choices in z njimi zajemali tako strukturo (kvantitativni del) kot oceno procesa vnaprejšnjega načrtovanja (kvalitativni del). Oblikovali smo matriko za poročanje in priložnik za delo ocenjevalcev v mednarodnem kontekstu. Organizirali smo skupno učenje za ocenjevalce in pilotni preizkus avdioposnetka vnaprejšnjega načrtovanja, ki smo ga z bolnikom, angleškim priseljencem v Prekmurju, izpeljali v angleščini. Prvi vmesni rezultati zvestobe izbranemu komunikacijskemu modelu so zelo spodbudni, saj skupni povprečni rezultat za vseh šest držav presega prag 80-odstotne zvestobe za strukturalni del, kot ga določa avtor modela in je bil 85-odstoten. Kvalitativni del različnih vidikov ocene zvestobe je v povprečju dosegel oceno dobro, od možnih petih ocen po Likertovi lestvici. Nekateri pomočniki VNO so ob nižjih ocenah prejeli dodatno učenje in nasvete. Ob koncu

vključevanja bolnikov v raziskavi konec leta 2017 bo izvedena še zadnja ocena zvestobe programu.

### **Kaj pa bolniki s KOPB in njihovo mesto v paliativni oskrbi?**

Avstralski in britanski znanstveniki (Currow in Johnson, 2017) so izpostavili oteženo dihanje kot simptom, o katerem se premalo poroča, ki se ga ne prepozna ustrezno, bolniki pa zanj pogosto ne dobijo primerne zdravljenja. V luči teh problemov so predstavili implikacije za **nov klinični sindrom oteženega dihanja** (ang. *New clinical syndrome of chronic breathlessness*), ki so ga s pomočjo sodelovanja večjega števila mednarodnih strokovnjakov opredelili kot oteženo dihanje, ki vztraja navkljub optimalnemu zdravljenju osnovne patofiziologije in rezultira v težavah v vsakodnevnem funkcioniranju. Prepoznavanje novega sindroma bi lahko izboljšalo klinično delo, usmerilo raziskave, opolnomočilo bolnike in njihove bližnje ter spodbudilo razvoj primernih intervencij.

Britanski raziskovalci (Farquhar in dr., 2017) so v okviru študije, v kateri je 18 mesecev sodelovalo 500 bolnikov in svojcev, prav tako pa tudi zdravstveni delavci, predstavili šest priporočil za **izboljšanje oskrbe bolnikov z napredovalo kronično obstruktivno pljučno boleznijo**. Le-ta so: 1. prenehati se osredotočati na težavnost postavljanja prognoze in nepredvidljivost poteka bolezni kot oviri pri naslavljanju potreb bolnikov; 2. omogočiti na bolnika usmerjeno oskrbo v okviru obstoječih služb; 3. s primerno empirično podprtimi orodji in pristopi prepoznavati ter se odzivati na bolnikove potrebe po podpori; 4. s primerno empirično podprtimi orodji ter pristopi prepoznavati in podpirati potrebe bolnikovih bližnjih; prepoznavati in obravnavati psihološke težave bolnika in njegovih bližnjih; 6. spremeniti družbene poglede na razumevanje KOPB, oteženega dihanja, paliativne oskrbe ter podpore bolnikovim bližnjim.

Belgijske raziskovalce (Scheerens in dr., 2017) so zanimali **pogostost in čas napotitve bolnikov s KOPB v paliativno oskrbo, razlogi za njihovo ne vključitev ter drugi kazalci oskrbe ob koncu življenja v primerjavi z bolniki s pljučnim rakom**. Med bolniki s pljučnim rakom jih je bilo 55 % vključenih v paliativno oskrbo, med bolniki s KOPB pa 23 %. Medtem ko so bili bolniki s pljučnim rakom v povprečju v paliativno oskrbo vključeni 17 dni pred smrtjo, so bili bolniki s KOPB vključeni šele 6 dni pred smrtjo. Zdravniki, ki bolnikov s KOPB niso napotili v paliativno oskrbo, so za 36 % bolnikov s KOPB povedali, da zanje paliativna oskrba ni bila smiselna, enako so menili le za 18 % bolnikov s pljučnim rakom. Zdravniki so smrti bolnikov s KOPB tudi pogosteje opisali kot nenadne ter nepričakovane, cilji zdravljenja pa so bili v zadnjih tednih življenja manj pogosteje kot pri bolnikih s pljučnim rakom usmerjeni na udobje in kakovost življenja. Rezultati kažejo, da so potrebe bolnikov s KOPB po paliativni oskrbi v primerjavi z bolniki s pljučnim rakom naslovljene neenakovredno. Pomembno je zgodaj vključevati bolnike s KOPB v paliativno oskrbo ter jim približati prednosti in smisel paliativne oskrbe že v zgodnejših obdobjih bolezni.

Ob le manjšem številu intervencijskih študij v paliativni oskrbi so se švicarski raziskovalci (Weber in dr., 2017) spraševali, **ali lahko zgodnje vključevanje bolnikov v specialistično paliativno oskrbo omeji napotitve na oddelke za intenzivno ter urgentno zdravljenje oziroma hospitalizacije pri bolnikih z resno ter zelo resno stopnjo KOPB**. Izkazalo se je, da ni pomembne razlike med obema skupinama v številu sprejemov v bolnišnico, na intenzivni ali urgentni oddelki. Obe skupini bolnikov sta izkazovali pomembno izboljšanje kakovosti življenja po 3 in 6 mesecih od vključitve. Prav tako ni bilo vpliva zgodnje paliativne oskrbe na razpoloženje ter anksioznost in uporabo antibiotikov,

višje pa je bilo število izpolnenih dokumentov v sklopu vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe. Čeprav rezultati te študije ne potrjujejo učinkovitosti zgodnje paliativne oskrbe za bolnike z napredovalim KOPB, pa omogočajo smernice za razvoj nadaljnjih intervencij na področju paliativne oskrbe pri teh bolnikih.

Britanska študija (Gardener in dr., 2017) je želela razviti **podporno orodje za oceno potreb bolnikov z napredovalim KOPB** (t. i. orodje SNAP). Takšno orodje bi bolnikom omogočilo, da v pogovoru s svojim zdravnikom prepoznajo ter izrazijo svoje potrebe po podpori. Orodje je v pomoč zdravnikom, da pacien-te povprašajo, ali potrebujejo več podpore v okviru različnih področij potreb, npr. vedeti, kaj lahko pričakujejo v prihodnosti, kakšno podporo potrebujejo njihovi bližnji. Ustvarjalci bodo orodje predstavili javnosti v prihodnjih mesecih tega leta.

### **Na kongresu nas je prevzelo ...**

Nekaj značilnih trendov se je pokazalo v programu kongresa. Veliko pozornost s paralelno sekcijo predavanj so prejeli najstarejši v paliativni oskrbi, kjer so raziskave pokazale, da potrebujejo znatne prilagoditve v zdravstvenem sistemu in želijo sodelovati o svoji oskrbi ob koncu življenja. Podobno je veliko novih raziskav tudi na področju napredovale demence in paliativne oskrbe. Prvič smo v živo prisluhnili izkušnjam vključevanja v paliativno oskrbo oseb z motnjami v duševnem razvoju, ki na pravi način naslovljeni prav tako lahko sodelujejo pri vnaprejšnjem načrtovanju njihove oskrbe. Vnaprejšnje načrtovanje oskrbe je bila zelo močno raziskovana tematika, v programu celo prisotna vse tri dni in z vseh možnih vidikov in skupin ljudi. V Nemčiji in Španiji jim je uspelo vnaprejšnje načrtovanje vpeljati v zdravstveni sistem kot denarno ovrednoteno storitev in v prihodnje želijo množično izvajati izobraževanja za podporo v takih pogovorih. Predstavljene so bile smernice EAPC za vnaprejšnje načrtovanje, ki nam vsem pomagajo pospešiti ozaveščanje, izobraževanje in implementacijo procesov odločanja o sebi vnaprej, ko še ni napredovale bolezni ali velike verjetnosti smrtnega izida. Vse to napeljuje na novo zavedanje, da so za čas napredovale neozdravljive bolezni potrebne priprave prav vseh nas že zgodaj, najbolje v času brez bolezni. Poročali so o inovativnih rešitvah zamisli, da smo kot skupnost vsi odgovorni za paliativno oskrbo, ne le zdravstveni delavci in vlade. Slišali smo o »sočutnih mestih«, kjer se z novimi aktivnostmi gradi sočutno povezovanje med ljudmi in gradnja solidarnosti v družbi. Vsaka skupnost ima svoje potrebe in te naj se izrazijo v vsej pisanosti, ne le po nareku zdravstvenega sistema in politike. Z veliko radovednostjo pričakujemo izsledke tako zasnovanih družb – v Stockholmu, Sevilji, v več angleških mestih in v Kanadi.

Med sodelujočimi je bilo nekaj manj udeležencev vzhodnoevropskih držav kot v preteklosti in s tem manj prispevkov iz tega dela Evrope. Po drugi strani pa je bilo večje zastopstvo bogatejših držav, ki s podporo ogromnih denarnih sredstev in visoko usposobljenih raziskovalnih centrov sodelujejo v velikih mednarodnih projektih, zato se nekako prepad med vzhodom in zahodom v Evropi še pogloblja. Zaznati je bilo tudi več udeležencev azijskih držav, kjer paliativna oskrba zelo strmo napreduje in se izvajajo mnoge raziskave, razvoj paliativne oskrbe v nekaterih afriških državah pa je požel še posebno občudovanje. Organizatorji kongresa so bili prav v tem poudarjanju podpore Afriki izjemno inovativni. V ugandskem hospicu so naročili lične torbice iz blaga za kongresne materiale. Poslikane so bile ročno z značilnimi afriškimi vzorci.

**ANJA SIMONIČ, URŠKA LUNDER, HANA KODBA ČEH, POLONA OZBIČ**



# Sem pri svojem delu lahko inovativen?

Inovativnost je navdih, inovativnost je kultura, ki jo gojimo in negujemo ter se z njo vsak dan poslovno in osebno razvijamo. Vemo, da se v gospodarstvu vsakodnevno razvijajo različne inovacije, ki velikokrat pomenijo velike denarne in časovne prihranke pri delu. Kako pa je z inovacijami v zdravstvu ali natančneje – pri našem vsakodnevnem delu? Smo lahko inovativni, se naša inovativnost spodbuja, je cenjena?



## **Marsel Bratuša, dipl. inž. lab. biomed.**

Inovativnost na mojem delovnem mestu? Zanimivo področje. Zaposlen sem v Laboratoriju za klinično biokemijo in hematologijo, kjer se vsakodnevno spopadamo z napredkom v tehnologiji in izboljšavami analitskih metod. Velik vpliv na naše delo ima razvoj računalništva in informacijskih sistemov, brez katerih ne zmoremo več delovati. V poplavi ponudbe raznih računalniških orodij je izziv najti orodje, ki ti bo pomagalo in izboljšalo delovni proces. Inovativnost pa je ključna pri optimizaciji in razvoju uporabe orodij, saj je treba videti večjo sliko in bližnjice, ki jih morda drugi ne vidijo. Inovativnost je pri nas zelo dobrodošla in cenjena, saj večkrat olajša zapletene postopke. Včasih je edino težje prepričati sodelavce, da jim bo novost olajšala delo, saj je v startu lažje delati po ustaljenem načinu kot pa poskusiti nekaj novega. Glede na to, da smo v hitro napredujoči in razvijajoči se stroki, bo inovativnost vedno del našega dela. Upamo lahko le, da bo še naprej spodbujana.



## **Tina Gogova, dipl. med. sestra**

Inovativnost je v svetu zelo cenjena, tudi v Sloveniji se vedno bolj spodbuja zaposlene, da so inovativni pri svojem delu. Osebno menim, da so inovacije v zdravstvu nujno potrebne, saj lahko poleg znanja le s pomočjo ustvarjalnosti odkrivamo nove ravni kakovosti svojega dela. Brez inovacij ne bi bilo napredka. Menim, da naša klinika spodbuja zaposlene, da razmišljajo o tem, kaj je treba spremeniti za blaginjo naših pacientov, nas samih ali procesa našega dela. Morda pa bi se morali nekoliko bolj naučiti izluščiti dobro idejo v množici idej in prepoznati zaposlene, ki na isto stvar gledajo drugače kot vsi ostali. Le tako bi bil zaposleni, ki je sposoben razmišljati zunaj okvirjev, lahko resnično inovativen ne samo z idejo, ampak tudi z njeno izvedbo.

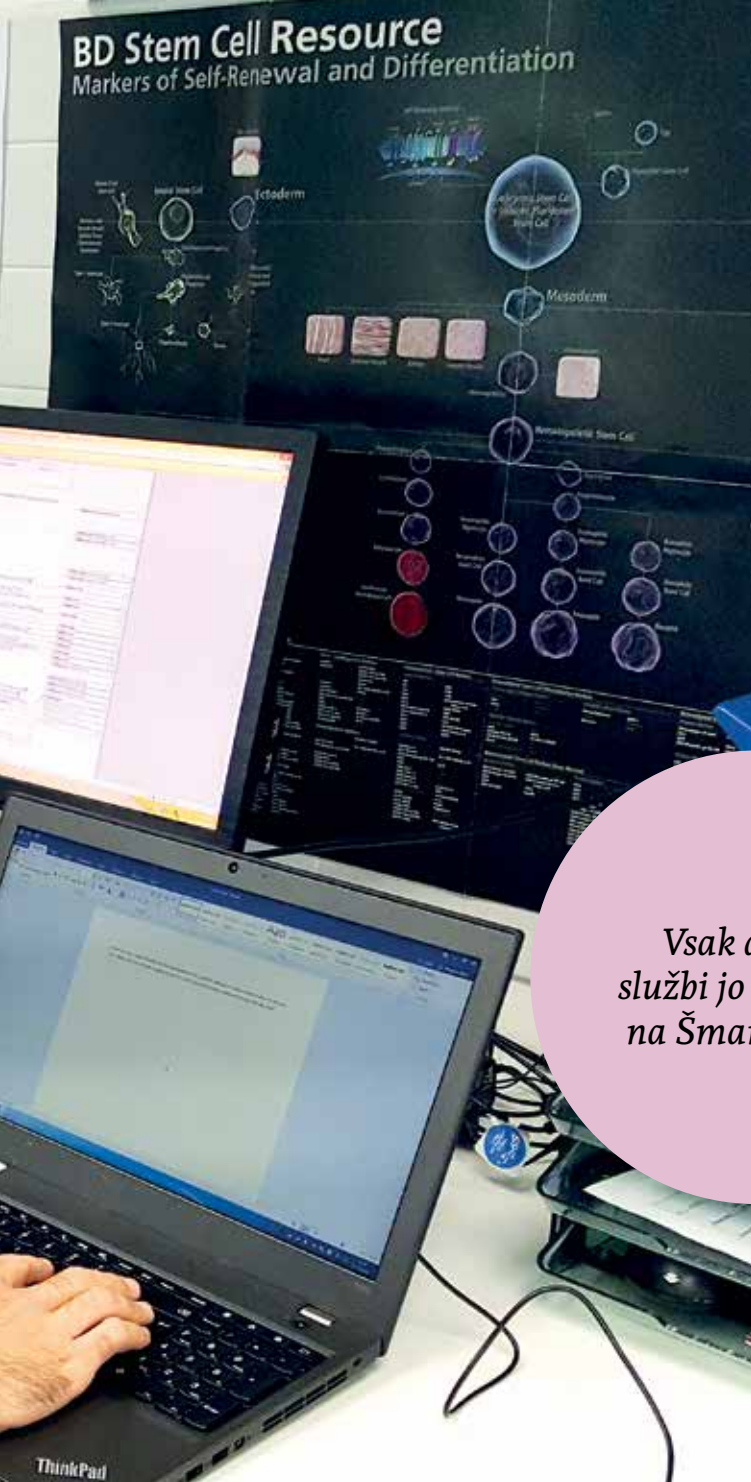
## **NINA KARAKAŠ**

*Foto: N. Karakaš*



# Genetiki se v prihodnjih letih obeta močan razcvet

Pogovor z dr. Julijem Šelbom, dr. med., specializantom klinične genetike, novopečenim doktorjem znanosti, ki ga sodelavci opišejo s pridevniki: sproščen, ustrežljiv, razmišljujoč, trmast, prikupno zmeden, pa še kaj bi se našlo ...



*Vsak dan po službi jo mahnem na Šmarno goro.*

**Julij, predlagam, da pogovora ne začneva s suhoparnimi podatki v smislu, od kod si ... Za začetek nam povej, zakaj se vsak dan odpraviš na Šmarno goro?**

Prav, pa začniva malo bolj nekonvencionalno (smeh). Torej, kdor me pozna, ve, da se skoraj vsak dan po službi odpravim na Šmarno goro. V bistvu sem začel pred približno tremi leti, ko sem preživel čustveno zelo zahtevno obdobje svojega življenja in mi je z vsakodnevnimi pohodi na Šmarno goro uspelo ohraniti notranji mir. Po tem pa je stvar prerasla v navado, ki jo zdaj kar dosledno ohranjam. Najverjetneje tudi zaradi osebnostne strukture, saj nimam preveč rad vznemirjenj ter novih, nepoznatih stvari ... Tako jo mahnem vsak dan na Šmarno goro, ki se prav nič ne spreminja (smeh).

**So pohodi edina športna aktivnost, ki jo vzdržuješ? Spomnim se, da si na našem zadnjem laboratorijskem izletu omenjal veslanje ...**

Ja, načeloma samo hodim; med vikendi tudi kam drugam, ne samo na Šmarno goro (smeh). V osnovni šoli sem sicer treniral veslanje, vendar nisem bil preveč uspešen, zato sem ob prehodu v gimnazijo ukvarjanje z njim opustil. Včasih smo s prijatelji odigrali kak nogomet, vendar v zadnjem času tudi tega ne počnemo več. Tako da, ja, predvsem hodim.

**Če že omenjava laboratorijsko druženje, pa še razloživa, kako si pravzaprav zašel med zaposlene Laboratorija za klinično imunologijo in molekularno genetiko?**

Hm. Torej, bil sem mladi raziskovalec pri prof. Košniku, ko sem nato enkrat šefu (prof. Korošču, op. a.) pomagal pri neki statistični analizi, saj mi je bila v prvem letu doktorskega študija statistika zelo pri srcu in tudi kar dobro mi je šla (smeh). Potem se je to sodelovanje še okrepilo pa tudi vzdušje v laboratoriju mi je bilo po godu in, poglejte me, sedaj sem tu (smeh).

**Prihod v kliniko je bil torej prvotno povezan z interno medicino?**

Ja. Vaje iz interne medicine v 6. letniku sem opravljal na Golniku. Prav tako sem izpit iz interne medicine opravljal tu, pri prof. Košniku. Ko sva se po izpitu pogovarjala, kaj in kako bi nadaljeval poklicno pot, in ker sem imel takrat ambicije študij nadaljevati na elektro-računalniškem faksu, me je povabil, da bi prišel na Golnik in postal mladi raziskovalec pod njegovim mentorstvom na področju telemedicine. To sem tudi naredil, a bil sem mladi raziskovalec na področju alergologije. Sem se pa sčasoma naučil programirati in naredil sem aplikacijo e-kronična urtikarija, ki jo sedaj alergenim na Golniku uporablja za vodenje bolnikov s kronično urtikarijo (v aplikacijo je prijavljenih že okoli 150 bolnikov ter okoli 15 zdravstvenih delavcev; bolniki so približno 12.000-krat izpolnili vprašalnik UAS7).

**So te v študij usmerili starši, ki so tudi iz zdravniške stroke? Če lahko omenim: mama in oče sta anesteziologa. Imaš pa še dve sestri, starejša je psihiatrinja, mlajša pa inženirka gozdarstva.**

Res je, prihajam iz zdravniške družine. Seveda ob starših zdravnikih postane medicina del vsakdanjika vseh družinskih članov. Ampak mene je kar aktivno v medicino usmerjal oče. Po končani gimnaziji sem želel na kak bolj tehnični faks (fizika/računalništvo/elektrotehnika), vendar me je oče prepričal, da sem šel poizkusit na medicino. Ker mi je šlo v redu in so mi bile stvari zanimive, sem vztrajal in sedaj sem tu – kot zdravnik se ukvarjam z bolj tehničnimi vidiki medicine (smeh). Moram reči, da mi glede na sedanjo situacijo ni prav nič žal. Če pa že omenjaš mojo družino, smo kar povezani. Kljub razliki v letih smo si s sestrama zelo blizu, in ker imam še eno nečakinjo in tri nečake, ki so mi

prav tako močno pri srcu, jima dostikrat priskočim na pomoč pri varstvu.

**Specializacijo internistične onkologije si zamenjal za specializacijo genetike. Zakaj taka odločitev?**

Res je, na začetku sem bil specializant internistične onkologije. Zamenjava z genetiko je bila splet okoliščin in zanimanja, saj je Karmen Meško Meglič, ki je bila predvidena za golniško genetičarko,

opustila specializacijo in se je posledično odprlo prosto mesto. Genetika je

tudi izmed vseh vej medicine najprimernejša za uporabo znanja programiranja in statistike pa tudi v raziskovalnem smislu je to kar zanimiva specializacija.

**Od genetike si veliko obetaš, so pa tudi pričakovanja klinikov in laboratorija enako velika. Prvi te bodo želeli ob sebi na vizitah, da boš svetoval in predlagal možnosti diagnostike, drugi pa bomo nestrpno pričakovali ideje za vpeljavo novih diagnostičnih prijemov, s katerimi bomo čim prej in čim boljše pripomogli h končni diagnozi?**

Se strinjam. Že zdaj imamo enkrat na mesec genetski konzilij, na katerem obdelamo vse zanimive primere, pri katerih sumimo, da bi lahko imeli genetsko ozadje. Po koncu specializacije bom imel genetsko ambulanto, kjer bom svetoval bolnikom z genetskimi boleznimi. Genetiki se v naslednjih letih obeta močan razcvet, zato bomo videli, kaj bo prinesla prihodnost. Upam, da bom izpolnil pričakovanja.

**Končna diagnoza, ki temelji na genetskih ugotovitvah, je lahko včasih zelo neugodna. Kako se pripravljaš na sodelovanje pri razlagi izvida in genetskem svetovanju?**

Z genetskimi posveti bom šele začel, tako da se lahko slišiva čez nekaj mesecev, ko bom lahko postregel tudi s praktičnimi izkušnjami (smeh). Nekaj jih pa vseeno že nabiram s sodelovanjem v mednarodni kontroli kakovosti za testiranje cistične fibroze. Ampak, ja, genetske diagnoze so težke, obremenjujejoče tako za posameznika, ki diagnozo dobi, kot tudi za razširjeno družino, tako da je podajanje diagnoze in obravnava takega bolnika kompleksna, po navadi v sodelovanju s strokovnjaki iz drugih področij (klinični psiholog, psihiater ...).

**Mnogim v kliniki si že sedaj v veliko pomoč. Delaš pravzaprav cele dneve in noči, da nam olajšaš obdelovanje različnih podatkov, tudi rezultatov »ngs«. Od kod in kdaj torej želja po programiranju?**

Programiranje je zelo zanimiva mešanica kreativnosti (saj si v virtualni resničnosti lahko ustvariš kar koli si zamisliš) in logike (ukazi, kako računal-

Po koncu specializacije bom imel genetsko ambulanto, kjer bom svetoval bolnikom z genetskimi boleznimi.



niku naročiti, da naredi to, kar si si zamislil). Mislim, da bi zbudilo zanimanje v vsakem posamezniku, ki bi se ga lotil. Tako je bilo tudi pri meni, čeprav, preden sem začel programirati, nisem vedel veliko o računalništvu/informatiki. Ko pa sem napisal svoj prvi program (naučil sem se ga prek videopredavanj na spletni platformi Coursera) in opazil, kaj vse mi programiranje omogoča, sem bil takoj zasvojen (smeh). Zdaj sem mnenja, da bi bilo treba, takoj za angleščino, kot drugi tuji jezik v šoli učiti javo (programski jezik op. a.).



V družbi prijateljev: »A imamo še za zadnjo kavo?«



*Dobro vzdušje ni vezano samo na laboratorijske prostore ...*

raziskovalec, ko sem pridobil ogromno koristnih znanj, pa do zagovora doktorata v angleščini pred mednarodno komisijo zelo pozitivna in bi jo takoj še enkrat ponovil (kljub temu da se na medicinski fakulteti govori, da je takoj po faksu smiselno iti na specializacijo in da se ti pozicija mladega raziskovalca ne izplača).

***Do poletja si si zadal še eno težko nalogo ...***

Ja, mednarodni izpit iz alergologije, ki bo potekal na kongresu EAACI 17. junija v Helsinkih (v času izida Pljučnika je Julij izpit že opravil, samo rezultata še ni vedel, op. ur.). Tako da držimo pesti (kisel nasmešek), da mi bo uspelo, saj je stvar precej obsežna, hkrati pa nimam nobenih praktičnih izkušenj, zaradi česar je učenje toliko bolj abstraktno in mi posledično vzame več časa.

***Na žalost ima dan samo 24 ur. Ti ostane kakšna ura za druženje s prijatelji?***

Mi, vendar bolj malo (nasmeh). Se pa dobimo na kakšni pijači v mestu, pozimi gremo radi smučat, če je priložnost, pa obiščemo še kakšen kraj, kjer se da kaj lepega videti. Nazadnje smo uživali v Rimu.

***Si že izkoristil lanski dopust?***



*Včasih sem tudi v vlogi varuha; z nečakom Anđražem v Motovunu.*

***Nedavno si zagovarjal »mednarodni« doktorat pred komisijo, katere član je bil prof. Werner Aberer iz Univerzitetne klinike za dermatologijo in venerologijo iz Gradca ...***

Drži, pred kratkim sem postal dvojni doktor (smeh). Moram reči, da je bila celotna izkušnja doktorata od dejstva, da sem bil dve leti mladi

Ne, ga imam še kar nekaj (smeh).

***Julij potem pa kar pohiti, ker čas neusmiljeno teče in konec junija bo prepozno za lanski dopust. Pa srečno v Helsinkih!***

**MIRA ŠILAR**

*Foto: osebni arhiv Julija Šelba*

# Dan higiene rok – 5. maj 2017

Dan higiene rok že tradicionalno po vsem svetu poteka 5. maja. Svetovna zdravstvena organizacija vsako leto pripravi zanimivo in aktualno vodilo in številna gradiva o obravnavani tematiki – vedno pa je v ospredju pomembnost izvajanja higiene (razkuževanja) rok.



Foto: Marko Delbello Ocepek



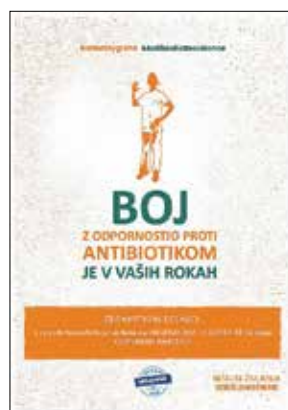
Foto: M. Novak

Zdravstvene ustanove lahko aktualno vodilo sprejmejo, imajo pa seveda možnost organizirati dan higiene rok na osnovi svojih načel, glede na potrebe, ki se med letom izkažejo za pomembne in jih je treba še bolj izpostaviti. Prav tako ni nujno, da je dan higiene rok prav 5. maja, čeprav so akcije na ta dan bolj odmevne – po želji dan higiene rok lahko izvajajo/mo tudi kadar koli mislimo, da je to potrebno in zaželeno. Če se zdravstvena ustanova odloči sodelovati s celotnim motom in aktivnostmi, ki jih ponuja Svetovna zdravstvena organizacija, se prijavi, lahko pa svoje aktivnosti tudi brez prijave dokumentira in jih deli na različnih družabnih omrežjih prek povezav #handhygiene ali #antibiotikoresistance. Tudi bolnišnična higiena izstopa iz dobe dinosavrov, se modernizira in koraka z roko v roki z modernimi tehnologijami (da pritegne in prepriča tudi mlajše), zato Svetovna zdravstvena organizacija ponuja »selfie board«, na katerega se zapiše poljubno sporočilo, s katerim se oseba fotografira (naredi selfi) in ga deli na prej omenjenih povezavah.

Osnovni moto dneva higiene rok je že leta »Varuj življenja – razkuži si roke!«, k temu pa vsako leto, kot že rečeno, dodajo še v določeno aktivnost bolj usmerjeno vodilo. Tako je bilo udarno geslo 5. maja 2017 »Boj z odpornostjo proti antibiotikom je v vaših rokah« (»Fight antibiotic resistance – it's in your hands«). V letošnjem letu je gradivo Nacionalni inštitut za javno zdravje prevedel tudi v slovenščino. Enega od opomnikov lahko vidite priloženega. Namenjen je zdravstvenim delavcem kot izvajalcem storitev, izdelanih pa je še več opomnikov – za različne profile

zaposlenih v zdravstvu in za tiste, ki s svojim delom ali pa zgledom lahko vplivajo na ustreznost razkuževanja rok.

Tudi v Kliniki Golnik se vsako leto spomnimo tega dne, enkrat z opomniki, drugič z anketami, vse večkrat pa s stojnico, kjer promoviramo pomembnost razkuževanja rok. Na stojnici poleg zaposlenih želimo v razkuževanje rok vključiti tudi bolnike ter obiskovalce in jih ozaveščati o pomembnosti te tematike ter o tem, da lahko sami aktivno vplivajo na ustreznost obravnave tako, da si med bivanjem v bolnišnici razkužujejo roke, ali morda celo o tem, da, če želijo, lahko na higieno rok opozorijo zaposlene. Z bolniki in obiskovalci smo



Vir za promocijsko gradivo: NIJZ.

prijetno poklepetali, jim razložili pomembnost razkuževanja, ogledali so si promocijske videe, ki so se na zaslonu ponavljali ves čas delavnice. Večina bolnikov in svojcev se razkuževanja v zdravstvenih ustanovah že poslužuje, zato smo njihovo znanje nadgradili še s pravilno izvedbo razkuževanja.

V treh urah nas je obiskalo več kot 80 zaposlenih, bolnikov in obiskovalcev. Na ta dan je Klinika Golnik gostila tudi 120 dijakov srednje zdravstvene in kozmetične šole iz Prekmurja, zato smo prikaz razkuževanja rok z najpomembnejšimi informacijami in preizkus razkuževanja pripravili tudi za njih.

Z izvajanjem higiene rok smo aktivni deležniki pri preprečevanju prenosa okužb in zagotavljanja varnega bivanja v zdravstveni ustanovi tako bolnikom kot zaposlenim. Zato se bomo v naslednjem letu dneva higijene rok 5. maja spomnili z aktivnostmi na stojnici, kamor že vnaprej vabimo čim večje število zaposlenih. Do tedaj pa si lahko med počitnicami krajšate čas z branjem knjige Čiste roke rešujejo življenja, ki je od letošnjega leta prevedena tudi v slovenščino.

**MOJCA NOVAK**

# Predstavitev dela naših kliničnih farmacevtov na Poljskem



*Nekaj poveš z besedami, nekaj s kretnjami ...*

Leta 2013 je našo lekarno obiskala poljska študentka farmacije Kamilla Urbanczyk, ki je želela pridobivati izkušnje na področju klinične farmacije. Klinična farmacija na Poljskem namreč ni razvita toliko kot pri nas, pravzaprav tam trenutno nihče ne deluje kot klinični farmacevt. Situacija na Poljskem je zelo podobna, kot je bila v Sloveniji na prehodno tisočletje.

V letošnjem aprilu so v Vroclavu – da bi promovirali klinično farmacijo – organizirali kongres in strokovni publikli predstavili prednosti pri obravnavi bolnikov, če je vanjo vključen klinični farmacevt. Organizacijo simpozija je vodila prav študentka, ki je bila pred štirimi leti

v okviru mednarodne izmenjave študentov farmacije v naši kliniki. Presenečen in hkrati počaščen sem se počutil, ker je za predstavitev okolja, kjer je ta poklic vpeljan, zaprosila Kliniko Golnik.

Kongres je bil prvi korak v smeri k prepoznavnosti in uvajanju klinične farmacije na Poljskem. Zvrstilo se je večje število predavateljev: rektor univerze v Vroclavu, direktorji bolnišnic, predstojniki kateder različnih fakultet, predsednik Evropske zveze onkoloških farmacevtov in drugi, ki so utemeljevali smiselnost navzočnosti farmacevta na oddelku. Moja predstavitev je bila zelo zanimiva, saj je edina prikazovala prakso. Prve prošnje po izobraževanju



kolegów iz Poljske v naši kliniki so že prišle. Obisk Poljske mi je ponovno pokazal razliko med iskanjem izgovorov in vztrajnostjo in tudi ponos, da nam je vsem skupaj uspel izjemno velik korak pri uvajanju klinične farmacije v obravnavo bolnikov, ki je za nas redno delo, drugje pa v tem trenutku žal še želja za prihodnost.

Poleg kongresa so si gostitelji vzeli čas in mi v nočnem potepu razkazali tudi staro mestno jedro, ki je res navdušujoče. Za kaj več pa bo potreben obisk Vroclava v prihodnosti!

**JANEZ TONI**

*Foto: osebni arhiv*

# Medicinske sestre na 25. srečanju evropskih torakalnih kirurgov

V Innsbrucku je med 28. in 31. majem potekal simpozij evropskih torakalnih kirurgov. Srečanja smo se udeležile Eva Markič, Nuša Mrak in Jana Šubic, zaposlene na intenzivnem oddelku. Program za medicinske sestre se je začel v ponedeljek, 29. maja.

Najprej je bila predstavljena stigma bolnikov s pljučnim rakom, ki pri njih povzroča strah in sram. Prav tako vpliva na zdravljenje bolezni, saj pacienti zaradi stigme odlašajo z obiskom zdravnika in začetkom zdravljenja bolezni. Najpogostejša stigma pri pljučnem raku je dejstvo, da so ga pacienti dobili, ker so kadili, čeprav so v resnici živeli zdravo in niso nikoli kadili. Predavateljica je sklenila, da bi bilo treba ljudi poučevati o bolezni in s tem zmanjšati stopnjo stigmatizacije ter spodbuditi k hitrejšemu obisku zdravnika, ko se pojavijo znaki bolezni.

Zanimivo je bilo predavanje o podpori pacientov z rakom, in sicer s pogovorom s prostovoljci, ki so to bolezen že premagali. Pacienti z rakom se z njimi lažje pogovarjajo, saj so prostovoljci

imeli podobne izkušnje in so sami bolezen preživeli in jo premagali. Z njimi se lahko bolj povežejo, dobijo upanje in razumevanje in se tako lažje soočajo z boleznijo.

Predstavljene so bile prednosti in slabosti Video-Assisted Thoracoscopic Surgery (VATS). Prednosti so predvsem v zmanjšani umrljivosti in bolečini po operaciji. Zmanjša se tudi ležalna doba v bolnišnici. Ker pa so ljudje zelo hitro odpuščeni, moramo biti pozorni na to, da jih pri odpustu dobro poučimo, se pogovorimo in jim damo navodila za domov.

Spoznavali smo pomembnost inhalacijske terapije in fizioterapije (dihalnih vaj) po operaciji pljuč. Zanimiva je bila razvijajoča se mobilna aplikacija, ki ljudi pripravlja in daje navodila za operacijo.

V torek, 30. maja, smo nato obiskali Innsbruško bolnišnico in si ogledali oddelek kirurgije in operacijske prostore ter heliport.

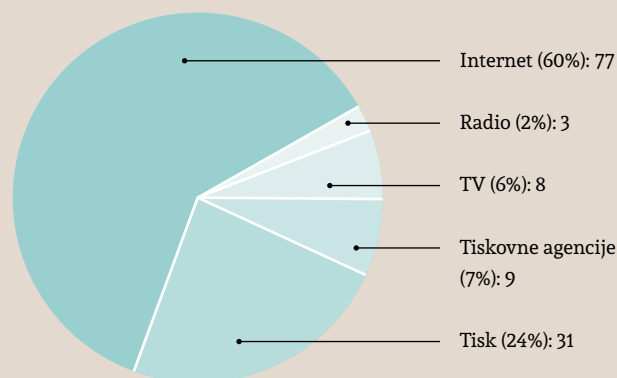
**EVA MARKIČ**

## Medijske objave (marec–maj 2017)

Od začetka letošnjega marca do konca maja se je naša klinika v medijih pojavila 128-krat. Največ objav (68) je bilo aprila, marca 40 in maja 20. Zakaj največ aprila? Ker so takrat mediji na veliko razpravljali o reševanju Bolnišnice Topolšica. Še vedno in zmeraj bolj prevladujejo spletne objave.

Marčevske teme so pokrili predvsem naši specialisti Nissera Bajrovič in Mitja Košnik na temo senenega nahoda in drugih alergij, prof. Tanja Čufer glede pojavnosti in zdravljenja raka in Petra Svetina, ki je ob svetovnem dnevu tuberkuloze spregovorila o tej bolezni.

Aprila je Mihaela Zidarn pojasnjevala problematiko nove tobačne zakonodaje, o prvi šoli za učitelje učenja pravilne uporabe vdihovalnikov pa je govoril Matjaž Fležar. Alergije so bile še vedno aktualne – o reševanju težav pri senenem nahodu je tokrat govoril Renato Eržen. Mediji so se na široko razgovorili o reševanju težav Bolnišnice Topolšica, vendar so s tem v zvezi nehali omenjati možno združitev z našo kliniko.



Maja je postalo aktualno e-naročanje – za mnenje po prvih tednih izkušenj so vprašali tudi nas. Ob svetovnem dnevu astme je to bolezen podrobno in v več medijih razložila Sabina Škrgat. Mediji so povzeli tudi novico o naložbi v obnovo našega Laboratorija za mikobakterije.

**JANA BOGDANOVSKI**



# V laboratoriju BIO VSM v Parizu



V obiskanem laboratoriju na dan obdelajo okrog dva tisoč različnih bioloških vzorcev. Foto: N. Karakaš

Kakovostni laboratorijski izvidi in s tem varnost pacientov sta osnovna cilja delovanja medicinskega laboratorija. Obvladovanje kakovosti je eno od pomembnih področij dela v laboratoriju. Rezultat vsake preiskave oziroma vsak izdan izvid je podprt s kontrolo kakovosti analitske faze dela v laboratoriju, s čimer preverjamo ustreznost delovanja analizatorjev, reagentov, kalibracij, s katerimi je bila določena preiskava izvedena. V Laboratoriju za klinično biokemijo in hematologijo izvajamo 123 različnih preiskav. Za vse preiskave izvajamo tako notranje kot zunanje kontrole kakovosti. Redno spremljamo primerljivost preiskav, izvedenih na različnih analizatorjih. Za vse preiskave imamo določeno merilno negotovost, ki jo tudi redno spremljamo. Ustreznost izvedbe preiskav redno vrednotimo z doseganjem analitičnih ciljev, ki smo si jih postavili glede na mednarodne strokovne smernice. Načrtovanje

kakovosti, ki temelji na obvladovanju velikega števila podatkov, rezultatov kontrol kakovosti in njihovih statističnih obdelav, je vse prej kot enostavno, zato je bila potreba po programskih rešitvah, ki uporabniku omogočajo informacijsko podporo pri tem, vedno večja. Naš laboratorij je bil med prvimi, ki se je odločil za celovito vpljavo tovrstne programske rešitve v svoje delo. Implementacija programske rešitve, povezava z analizatorji, nastavitve lastnih ciljnih vrednosti kontrol kakovosti, nastavitve pravil za sprejem kontrol kakovosti na osnovi postavljenih analitičnih ciljev ter usposabljanje zaposlenih za vsakodnevno uporabo programske opreme je terjalo veliko zavzetosti in znanja zaposlenih. Da bi o programu in možnostih, ki jih ponuja, dobili čim več dodatnih uporabnih informacij, smo marca obiskali Laboratorij BIO VSM v Parizu, ki ta program uporablja že nekaj let. Laboratorij je eden od najboljših

v Franciji in je nastal po uzakonitvi obvezne akreditacije francoskih medicinskih laboratorijev po mednarodnem standardu ISO 15189, z združitvijo 15 manjših laboratorijev v enega s satelitskimi odzemnimi mesti. Laboratorij je že akreditiran za večino svoje dejavnosti.

Po ogledu laboratorija je bil preostanek dneva namenjen predstavitvi njihovih rešitev in izkušenj na področju zagotavljanja kakovosti in načinu uporabe programske rešitve Unity Realtime ter izmenjavi informacij. Naši gostitelji so se potrudili, da smo se pri njih dobro počutili in resnično dobili vse potrebne podatke za uspešno uporabo programa. Eden od razlogov za naše zadovoljstvo pa je bila tudi ugotovitev, da je naš laboratorij, čeprav manjši, skoraj v vseh segmentih dela primerljiv z obiskanim.

**PIKA MEŠKO BRGULJAN**

# Obiski lekarne v laboratorijih



Živimo na obisku v laboratoriju, zagotovo obrestuje. Vsak laboratorij (med pisanjem nam je uspelo obiskati Laboratorij za citologijo in patologijo in Laboratorij za klinično biokemijo in hematologijo, dogovorjeni pa smo tudi z ostalimi) nas je zelo prijazno sprejel. Razkazali so nam prostore, opremo in opisali način dela. Prav tako so zelo jasno predstavili, kakšne so posledice, če je material dostavljen v neprimernih razmerah (npr. material namesto pri – 20 stopinjah Celzija prispe na sobni temperaturi), in namen uporabe pogostih reagentov, ki jih laboratoriji naročajo iz lekarne. Za nas so pripravili posamezne reagente in dobili smo možnost vsaj okvirno spoznati delo v laboratoriju. No, brez skrbi, nihče iz lekarne ne bo pregledoval hematoloških razmazov ali pisal citološkega izvida ☺.

V imenu lekarniškega osebja bi se rad zahvalil vsem laboratorijem, ki so se zelo prijazno odzvali na našo prošnjo, in hkrati vse vabim, da se ob priložnosti oglosite v lekarni.

**JANEZ TONI**

*Foto: E. Stariha*

Da bi še izboljšali sodelovanje lekarne in laboratorijev, smo se odločili, da bo osebje lekarne, predvsem tisto, ki sodeluje pri naročanju in dostavi materiala v laboratorije, obiskalo vse naše laboratorije.

Tako bo glas na drugi strani slušalke ali pa ime v nazivu pošiljatelja dobilo tudi obraz in stisk roke.

Vsi imamo precej dela, vendar se urica, ki si jo vsi težko utrgamo in jo pre-

# Ko nismo omejeni z vsakdanjim načinom razmišljanja

OZNAKA	PRIJAVITELJ	OPIS PREDLOGA
2/17	Mira Šilar	Obrazec za naročanje V obrazec INP 17/0041 naj se doda rubrika za serijsko številko.
3/17	Maja Mali Katarina Pompe	Pult za izpolnjevanje obrazcev Nasproti sprejemne pisarne na polikliniki namestiti pult za izpolnjevanje obrazcev.
4/17	Anja Simonič	Ure v Kliniki Golnik Pravilno/enako naj se nastavijo vse ure v Kliniki Golnik.
5/17	Janez Toni	Promocija zdravja Ob dvigalih namestiti spodbude za uporabo stopnic.

DANICA ŠPRAJCAR

## Drobne luči

*Nikoli nismo sami  
ali čisto v temi,  
povsod okrog nas  
se prižigajo drobne luči.*

*Prijazen pozdrav in nasmeh,  
spodbudna beseda  
in topel pogled.  
Da kdo ne omahne,  
ponujena roka  
in kdaj se odpro  
tudi zaklenjena vrata.*

*Naši prijatelji,  
naši sosede  
in še mnogo neznanih ljudi  
si v srcih prižiga  
drobne luči.*

**TEREZIJA POTOVAR**

Terezija Potovar je bila od 1970 do 2001 internistka na Golniku in je avtorica več pesniških zbirk.



# Deeskalacija kot orodje za preprečevanje nasilnih incidentov



Agitacija je akutna situacija, ki zahteva takojšnje ukrepanje. Tradicionalne metode za obvladovanje agitacije, kot sta oviranje in aplikacija terapije proti volji, so nadomestile metode z večjim poudarkom na nerestriktivnih ukrepih. V praksi strokovnjaki ugotavljajo, da omenjeni ukrepi ob ustrezni uporabi prinašajo zelo dobre rezultate. V novem pristopu se k agitiranemu pacientu pristopa v treh korakih. Prvi korak je verbalna interakcija, s katero vzpostavimo odnos ter poizkušamo pridobiti sodelovanje v interakciji. Uporabimo deeskalacijo kot orodje za zmanjševanje agitacije. Deeskalacija pomaga pacientu toliko zmanjšati agitacijo, da postane aktiven, sodelujoč partner pri zdravljenju.

V situacijah z agitiranim pacientom je treba slediti štirim ciljem:

1. zagotavljanje varnosti pacienta, osebja in obiskovalcev,
2. pomoč pacientu pri obvladovanju čustev ne glede na stisko ter pomoč pri prevzemu nadzora nad vedenjem,
3. izogibanje uporabi sile,
4. izogibanje intervencijam, ki bi pri pacientu stopnjevale agitacijo.

Agitacija je vedenjski sindrom, ki je povezan z različnimi čustvi. Največkrat je povezan z motorično vznemirjenostjo pacienta in se kaže z nemirnim tresenjem nog, nemirnimi rokami, puljenjem las, oblačil ali predmetov. Pri pacientu lahko sproži ponavljajoče se misli, ki se kažejo v izgovarjanju enih in istih stavkov, kot so na primer: Moram domov, moram domov ... Prav tako je povečana odzivnost na dražljaje. Agitacija se stopnjuje iz strahu v anksioznost v visoko anksioznost v agitacijo in se nadaljuje v agresijo.

V tradicionalnih metodah preprečevanja agitacije so pacienti največkrat v podrejenem položaju, medtem ko je cilj sodobnih pristopov pripeljati pacienta, da z znižanjem agitacije s sodelovanjem in pomočjo strokovnjaka pomiri sam sebe. Deeskalacija

pacienta je oblika zdravljenja, v kateri se je pacient sposoben obvladati.

## SMERNICE ZA DEESKALACIJO

Prvo pravilo uporabe deeskalacijskih tehnik je, da se strokovnjak, ki jih uporablja, ob tem počuti varnega. Tehnike ne morejo biti učinkovite, če se izvajalec počuti preveč ogroženega oziroma ob agitiranem pacientu pokaže preveč čustev. Varnost izvajalca je prvi korak k varnosti pacienta.

## DESET PRAVIL ZA UPORABO DEESKALACIJSKIH TEHNIK

### 1. Upoštevajte svoj in pacientov osebni prostor

Kadar se približujete agitiranemu pacientu, je treba ohraniti vsaj za dve dolžini rok prostora med izvajalcem in pacientom. Dodatni prostor omogoča izvajalcu, da se ob napadu ali udarcu umakne, prav tako pa omogoča tako izvajalcu kot pacientu, da zapusti prostor. Čeprav ne želimo, da pacient zapusti prostor, je zelo pomembno, da vidi izhod; tako se ne počuti stisnjeneza v kot. Pri neupoštevanju osebnega prostora se največkrat pacienti s predhodno travmo hospitalizacije proti volji, brezdolci in pacienti s spolno zlorabo v otroštvu počutijo ogrožene, ranljive in ponižane, kar poveča tveganje za pojavnost nasilnih dejanj.

### 2. Ne bodite provokativni

Izvajalec mora z neverbalno komunikacijo pacientu sporočiti, da ga ne ogroža.

- Roke naj bodo vidne in ne stisnjene v pest. Skrite roke pomenijo skrito orožje.
- Zaprta govorica telesa, prekrizane roke, obračanje stran od pacienta lahko povzročijo eskalacijo.
- Kolena izvajalca morajo biti rahlo pokrčena, nikoli ne smete stati frontalno pred pacientom, frontalni pristop največkrat izzove ogroženost pacienta in posledično nasilen odziv.
- Čezmerno strmenje z neposrednim očesnim kontaktom lahko izzove eskalacijo.
- Neverbalna komunikacija se mora ujemat z verbalno, saj to daje pacientu občutek iskrenosti izvajalca.
- Ne izpodbijajte pacientovih besed, ne bodite žaljivi.

### 3. Vzpostavite verbalni kontakt

Deeskalacijo naj vedno začne, vodi in konča ena oseba. Menjavanje izvajalcev je že samo po sebi moteče, še bolj pa je moteče za agitirane paciente. Kadar ena oseba izvaja deeskalacijo, je druga dolžna zagotoviti obveščanje dodatnega osebja, če deeskalacija ne bi bila uspešna. Ob uporabi deeskalacijskih tehnik se je treba zavedati tudi okolice. Treba je preprečiti, da v prostor med izvajanjem tehnik ne vstopajo drugi pacienti ter osebje, ki ne ve, kaj se v prostoru dogaja. Vse to lahko še dodatno vznemiri pacienta.

#### Priporočila pri verbalni interakciji:

- Najboljša strategija je biti vljuden.
- Pacientu se predstavite in povejte, kaj počnete.
- Pacientu večkrat ponovite, da mu ne boste škodili, da ste tukaj, da mu pomagata, da je v bolnišnici v varnem okolju.
- Povprašajte pacienta po imenu.
- Situacijsko se je treba prilagoditi, kako boste naslavljali pacienta; v nekaterih primerih lahko formalni odnos pomeni vzvišenost, pokroviteljstvo, kar lahko poslabša situacijo.
- Z vprašanjem, kako naj ga naslavljate, lahko pacientu sporočate, da je za vas pomemben, pacient pridobi občutek, da ima nekaj nadzora nas situacijo.

## 4. Bodite kratki

Bodite kratki in jedrnat, preobširne informacije lahko še poslabšajo agitacijo pacienta. Uporabljajte kratke stavke, preproste besede. Pacientu dajte čas za procesiranje podatkov, ponavljanje je ključ, da pacient razume, kaj mu želimo povedati. Nikoli ne zahtevajte, vedno dajte na izbiro.

## 5. Prepoznajte želje in občutke

Pacienta vprašajte po njegovih željah. Na primer: Želim vedeti, zakaj ste prišli po pomoč? Tudi če so želje neuresničljive, odgovorite: Čeprav vam tega ne morem zagotoviti, želim vedeti, kaj si želite, mogoče vam lahko kako pomagam. Prav empatična vprašanja omogočajo hitro zniževanje agitacije.

Bodite pozorni tudi na nepomembne stvari, o katerih govori pacient, bodite pozorni na njegovo govorico telesa. To vam bo pomagalo prepoznati želje in potrebe pacienta.

## 6. Pazljivo poslušajte, kaj vam pacient govori

Aktivno poslušajte. Z verbalno in neverbalno komunikacijo je treba sporočiti pacientu, da mu zagotavljamo pozornost. Kot poslušalec je najboljšo ponoviti zahtevo; stavke začenjajte z izjavo: Povejte mi, ali vam jaz lahko pomagam pri ...

Kar seveda ne pomeni, da se s pacientom strinjate, ampak da razumete, kaj vam želi povedati.

Pacienta je treba poslušati po načelih Millerjevega zakona, ki pravi, da če želimo razumeti, kaj nam druga oseba želi povedati, moramo domnevati, da je to res, in si to tudi predstavljati. Predstava, kako bi se sami počutili v takšni situaciji, zmanjša obsojanje, pacient dobi občutek, da izvajalca zanima, kaj govori, kar bistveno izboljša odnos s pacientom. Na primer če so vzrok pacientove agitacije blodnje, zaradi katerih je prepričan, da mu sosetje namerno škodijo, je lahko izhodna točka pogovora, s katerim ga vključite v interakcijo, z vprašanji, zakaj mu škodujejo, kako mu škodujejo, kako bi lahko skupaj rešili ta problem. S sodelovanjem v pogovoru bo pacient dobil občutek, da mu želite pomagati, ne škodovati, kar bo znižalo agitacijo.

## 7. Strinjajte se, da se ne strinjate

Obstajajo trije načini strinjanja s pacientom:

- Strinjanje z resnico.
- Strinjanje z načeli, npr. pacientu, agitiranem zaradi tega, kako so z njim ravnali policisti, izvajalec lahko odgovori: Strinjam se, da bi vsi morali biti obravnavani enako in spoštljivo.
- Strinjanje z možnostmi, npr. s pacientom, agitiranim zaradi dolgega čakanja na pregled pri zdravniku, se lahko strinjate z odgovorom: Verjetno so tudi drugi pacienti vznemirjeni, ker je tako dolga čakalna doba.

Zlato pravilo, kadar se resnično ne morete strinjati s pacientom, je, da se strinjate, da se ne strinjate.

## 8. Postavite meje in jih opredelite

Pomembno je, da je pacient jasno seznanjen s sprejemljivim vedenjem. Povejte pacientu, da je v vaši ustanovi toleranca do nasilja ničelna. Nekatera vedenja, kot je na primer udarjanje v steno, udarec v inventar, ne pomeni nujno indikacije za uporabo posebnega varovalnega ukrepa. Da poškodovanje drugih ali sebe ni sprejemljivo vedenje. Pojasnite tudi naslednje ukrepe, tudi asistenco policije, če je treba, vendar to povejte kot dejstvo, ne kot grožnjo. Posledice razložite spoštljivo. Če pacient izvajalca ogroža in je njegovo vedenje zastrašujoče, ogrožajoče, to pacientu povejte.

## 9. Naučite pacienta, kako vzpostavi nadzor nad svojim vedenjem

Ko se enkrat vzpostavi terapevtski odnos s pacientom, ko je pacient sposoben obvladati svoje vedenje, se začne faza soočanja. Pacienta lahko povabite, da se usede, poveste, da ga težko poslušate, če je ob tem agresiven. Umirjeno poveste na primer: Stavim, da bi lažje razumel, če bi mi mirno povedali svoje pomisleke ...

## 10. Ponudba izbire

Pacientu ponudite izbiro, ki je močno orodje za zmanjševanje agitacije. Izbira je eden redkih virov za krepitev moči pacienta, ki je prepričan, da je nasilno dejanje njegov edini izhod. Da bi se izognili nasilnemu dejanju, je treba brez oklevanja, samozavestno predlagati alternativo nasilju. Na oddelkih pod posebnim nadzorom so navadno zahteve, ki lahko zmanjšajo agitacijo, povezane s telefonskimi klici, kajenjem. Vendar se je treba zavedati, da pacientu ne smemo obljubiti nečesa, česar ne moremo izpolniti.

Ponudba izbire je potrebna tudi pri izbiri zdravil. Čas je ključnega pomena, ne smete hiteti z aplikacijo zdravil, vendar aplikacije tudi ne odložite, kadar se za to odločite.

### Strategije za lažje sprejemanje terapije/tehnike prepričevanja

- Povprašajte pacienta za nasvet. (Kaj vam pomaga/kaj vam je že pomagalo v podobnih situacijah?)
- Postavite stališča. (Res mislim, da bi potrebovali malo zdravil.)
- Prepričajte. (Vidim, v kako težki situaciji ste. Nihče vam ne pomaga. Rad bi vam pomagal. Pripravili vam bomo zdravila, ki vam bodo pomagala, ničesar se ne bojte. Če boste imeli kakršne koli pomisleke, povejte, poizkušali vam bomo pomagati.)
- Moral bom vztrajati (korekcija ZADNJA MOŽNOST).

### URBAN BOLE, dipl. zn.

Urban Bole je član delovne skupine za nenasilje pri Zbornici zdravstvene in babiške nege

# Telovadba v kuhinji

Marca je Sodexo organiziral izobraževanje o zdravju na delovnem mestu. V vsaki kuhinji je ekipa določila promotorja zdravja, ki je na tem izobraževanju pridobil znanje, kako okrepiti in ohranjati telesno in duševno zdravje s pomočjo fizioterapevta. V naši kuhinji sva zaradi velike skupine kar dve promotorki, in sicer Mihaela Padar Mužan in jaz. Najina naloga je, da

zaposlene vsak dan navdušiva, da med delovnim časom poskrbijo za svoje telo. Ker je delo v kuhinji fizično naporno, so naše vaje prilagajene ramenskem obroču, rokam, hrbtu in zaradi dvigovanja bremen tudi kolenom. Čas za našo vadbo je po podelitvi zajtrka, preden se proces v kuhinji nadaljuje. Zaposleni so navdušeni, saj je počutje po vadbi res prijetno, pro-

blem je samo na začetku vadbe, ko so še sredi dela in iščejo izgovore, na koncu pa so res zadovoljni. Naš namen je, da bi sodelavce z vajami spodbudili, da v prostem času še sami naredijo nekaj za svoje telo. Tudi vam želimo, da se organizirate in na delovnem mestu sprostite telo.

### SIMONA BERTONCELJ

Foto: J. Bogdanovski



# Skodelica dišečih antioksidantov



Najtipičnejše slovensko jutro se začne z budilko ob pre-zgodnji uri in s skodelico dišeče kave. Kava je v naše vsakodnevno življenje vpletena tako globoko, da ji običajno niti ne namenimo preveč pozornosti – ne koliko kave pravzaprav stresemo v skodelico vrele vode, ne kakšnega okusa je brez mleka in sladkorja, ki ga pogosto dodajamo. Obstaja le kot del naše rutine in sredstvo, da se približno zbudeni odpravimo na delo. Kako pa je pravzaprav prišla do nas in kako dobra je za naše zdravje?

**Etiopska legenda** odkritje kave pripisuje kozam oziroma njihovem pastirju. Zgodba pripoveduje, da je pastir opazil nenavadno živahnost in nespečnost svojih koz, ko so te pojedle jagode z bližnjega grma. O tem je potožil menihom iz tamkajšnjega samostana in ti so se odločili iz jagod narediti si napitek ter odkrili, da jih le-ta lažje ohranja budne med večernimi in nočnimi molitvami.

Znanje o jagodah in kavnih zrnih se je iz Etiopije najprej razširilo na Arabski polotok in od tam po celem svetu. Do 15. stoletja so **v Arabiji** že imeli plantaže kave, do 16. stoletja pa se je gojenje razširilo tudi **v Perzijo, Egipt, Sirijo in Turčijo**. Kava je svoje mesto imela v domovih ljudi pa tudi v javnih kavarnah, t. i. qahveh khaneh, ki so se pojavile v mestih Bližnjega vzhoda. Sčasoma so postale pomemben del družbenega dogajanja ter center izmenjavanja informacij med učenjaki, zaradi česar so jim pravili kar »šole za modre« (angl. »Schools for the Wise«).

**V Evropo** si je kava utrla pot s popotniki, ki so nazaj domov prinesli zgodbe o nenavadnem črnem napitku z vzhoda. Tu so jo ljudje sprva z nezaupanjem in strahom označili za »**hudičev grenki izum**« in je bila v 16. in 17. stoletju v različnih delih Evrope celo prepovedana. Kljub vsemu je prevzela Evropo in pri zajtrku kmalu nadomestila takratna napitka – pivo in vino. S kolonizacijo novega sveta je kava našla svojo pot tudi **v Ameriko**.

Skupaj z navdušenjem je hitro naraslo povpraševanje. Kavno seme so v Evropo prvič pripeljali Nizozemci v drugi polovici 17. stoletja. Leta 1714 je župan Amsterdama sadiko kavovca kot darilo podaril francoskemu kralju Ludviku XIV. »Potomci« te sadike so vsi nasadi kave v Karibih, Južni in Srednji Ameriki.

Kava si je svojo pot utrla v vse države sveta, skoraj v vsaki državi pa je tudi doživela nekatere spremembe v pripravi. Nam najbolj poznana priprava **turške kave**, pri kateri za eno osebo v džezvo stresemo dve čajni žlički fino mlete kave in zavremo, še zdaleč ni edini način. Italijani kavno fino zmeljejo in nato v kavnem aparatu pod pritiskom devetih barov vodo spustijo skozi 7 gramov dobro potlačene kave, samega napitka pa ne sme biti več kot 30 ml. Tako dobimo vsem dobro znani **espresso** (največji greh v svetu kave je espressu reči eKpresso), ki ga lahko s pravilno spenjenim mlekom spremenimo v **cappuccino**. Najobičajnejša domača priprava kave v Italiji je s kafetjero, v kateri se voda pod pritiskom približno dveh barov dvigne skozi mleto kavo. Američani so si svojo kavo poenostavili na avtomatske kavne aparate, s katerimi dobijo t. i. **filter kavo**. Francozi so za pripravo kave izumili svojo napravo, imenovano **french press**, kjer v valjasti posodi 7 gramov srednje mlete kave zalijejo z 200 ml vroče vode ter nato s tesnjenim pokrovom ločijo napitek od usedline. Načinov priprave je veliko in se razlikujejo od države do države ter od enega ljubitelja kave do drugega.

Kava pa ni le pomemben del naše kulinarike. Raziskave nakazujejo tudi njen pozitiven učinek na naše zdravje. Poleg pričakovanega dviga energije, zaradi katerega jo navadno pijemo, raziskovalci po svetu poročajo o njenih varovalnih učinkih pri razvoju diabetesa tipa 2, pitje kave zmanjšuje verjetnost za razvoj parkinsonove in alzheimerjeve bolezni ter znižuje verjetnost za razvoj depresije. Rezultati italijanske raziskave

nakazujejo, da tri skodelice kave na dan zmanjšajo verjetnost raka na jetrih za polovico ter znižajo verjetnost drugih jetrnih obolenj. Zmerno pitje kave naj bi zmanjšalo tudi verjetnost srčnega popuščanja. Poleg najbolj poznane psihoaktivne substance, ki jo vsebuje kava – kofeina, napitek iz kavnih zrn vsebuje tudi vitamin B2, vitamin B5, magnezij, kalij in antioksidante. Vse te ugotovitve zagotovo pomirijo marsikaterega pivca kave, vendar ni vse tako preprosto. Prevelika količina kave lahko povzroči nemirnost, hitrejše bitje srca, zaspanost in razdražljivost, na daljši rok lahko celo osteoporozo in visok krvni pritisk. Zapriseženi ljubitelji kave lahko brez svoje dnevne doze zaradi znakov odtegnitve dobijo glavobol. Ker je že od samega tipa kavnih zrn do načina praženja in priprave odvisno, koliko kofeina bo na koncu imela naša skodelica kave, je pomembno, da **kavo uživamo v zmernih količinah** in je to le pika na i v našem zdravem življenjskem slogu.

V našem življenju pa kava igra še eno zelo pomembno vlogo. **Združuje ljudi.** Zagotovo vsaj enkrat v tednu nekemu rečemo »Greš na kavo?« ali pa »Res bi bilo lepo, če bi se dobili na kavi«. Z vsemi pozitivnimi učinki, ki jih ima kava na naše zdravje, lahko sedaj brez zadržkov pokličete prijatelje in jih povabite na skodelico kave.

**MAJA URBANC**



## Pri prvem zvončku na pohodu po Poti treh zvonov

*Sončen dan, prijetna družba sodelavcev, ravno prav hoje, postanki s spodbudnimi verzmi Toneta Pavčka in okusna večerja v parku – je sploh lahko še lepše?*

Foto: Lojze Markič





## Od blizu: Gregor Zihlerl

– nadaljevanje  
Med Golnikom in gorami

Gregor nam je v prejšnji številki Pljučnika obljubil, da bo z nami delil še kakšnega od svojih podvigov. Postavljen je bil pred težko nalogo, da izbere tiste, ki so se mu zaradi tega ali onega razloga še posebej zasidrali v srce. Ne glede na njegovo izbiro verjamem, da je pred nami zanimivo branje, ob katerem bodo le redki ostali ravnodušni.

**NINA KARAKAŠ**

# Vikendi v gorah

## **GORNIŠKA TURA PO ZAVAROVANIH PLEZALNIH POTEH**

### **Kamniško-Savinjskih Alp**

30. 7. 2016 – Tura z veliko začetnico

Se sprašujete, zakaj sem turo tako poimenoval. Ko boste prebrali, vam bo jasno.

Med delovnim tednom se že kujejo novi načrti. Po preteklem vikendu in turi na Kokrsko in Jezersko Kočno nameravam tokrat prehoditi/preplezati nekaj mogočnega nad Jezerskim. Vremenska napoved je več kot odlična in ležati doma bi bil greh. Z Lidijo (večino visokogorskih tur v letu 2016 sva prehodila in preplezala skupaj) se odločiva, da bodo tokrat »padle« zloglasne Rinke. Tura bo dolga, saj so Rinke kar štiri. Opreme je veliko, nahrbtniki so veliki in težki.

Sobota. Vikend, namenjen počitku. Res je, a pri meni na drugačen način. Namesto da bi spal, budilka zvonil ob 4.15. Zunaj se že dani. Obljubil sem, da ne bom zamujal, zato sem ob 5.30 že v Preddvoru, pobrem Lidijo in šibava dalje po dolini Kokre do Ravenske Kočne na Jezerskem, kjer je najino izhodišče. Prvi sončni žarki že obsijejo mogočne gore in ponudijo res prečudovit razgled. Ob 6.30 start proti Kranjski koči na Ledinah. Sprva po gozdni poti, ki se kmalu zamenja s skalo, pred nama so že prvi klini in jeklenice. Uspešno se povzpneva čez njega ter hitro prispeva do kočice, pred katero naju pričaka oskrbnik Franc. Ves navdušen razlaga o sončnem vzhodu izza Jezerskega sedla. Ravno takrat se pokaže prvi sončni žarek, pogled je fantastičen. Razloživa mu načrt za svojo turo, ampak po njegovih predlogih se ta krepko podaljša. Zakaj pa ne, dan je dolg, pripravljenost pa tudi kar dobra. Možakar te gore res dobro pozna. Zaželi nama srečno in že šibava naprej. Povzpneva se čez ledenik pod Skuto, kjer je bilo včasih možno smučati tudi v poletnih mesecih. Danes je ledenika le še za vzorec, ker so zime milejše. Nato se vse skupaj postavi zelo pokonci in skalni odseki postajajo čedalje zahtevnejši, tj. bolj izpostavljeni, vseskozi naju spremljajo jeklenice. Pot postane zelo zahtevna in pod vrhom adrenalin dela na polno. Opazim,

da se Lidiji zatresejo kolena, malo jo spodbudim in kmalu doseževa svoj prvi dvatisočak, Koroško Rinko (2433 m). Spet tisti trenutek, ko občutkov enostavno ne moreš opisati. Ne zadržujeva se preveč, pot je še dolga. Nadaljujema spust na drugo stran gore. Takrat se zgodi tisto, o čemer sem pisal zgoraj. Dva gornika nad nama se obnašata, kot da sta sama na gori, skale letijo na vse strani in ena od njih skoraj zadene Lidijo. V zadnjem trenutku se odmakne. Ne želim razmišljati, kakšne bi lahko bile posledice. Pomislim, da morava čim prej zbežati iz te vpadnice. Povzpneva se na Štajersko Rinko (2374 m), izpustiva Malo Rinko in nato strmo navzgor, brez večjih težav na Kranjsko Rinko (2453 m). Ta gora se mi je posebno vtisnila v spomin, žal s slabo novico. O tem kasneje. Sledi daljši postanek in nato se začne podaljšana tura, ki jo je predlagal Franc. Spust na višino nekje 2100 m in naprej proti steni že dolgo težko pričakovane Skute. Pot spet postane zelo zahtevna (zavarovana plezalna). Ne povzroča nama večjih težav, le noge so nekoliko utrujene, saj se vzpenjava že proti četrtemu dvatisočaku. Srečava še skupinico, ki sestopa. V njej je moški, vidno utrujen in jeklenice so mu zelo odveč. Takšne situacije so zelo neprijetne. Kmalu zagledava vrh, še nekaj minut in končno ga doseževa. Skuta (2532 m). Z eno besedo – fantazija. Čas je za malico, nato pa spust pod Dolgim hrbtom (2473 m) do Mlinarskega sedla (2332 m), od koder se že vidi najino izhodišče in s tem tudi cilj, ampak do tam je še dobre tri ure. Sestop je zahteven, preko jeklenic, z zelo krušljivimi skalnimi odseki, noge pa utrujene, kar zahteva še dodatno previdnost. Prispeva do Češke kočice in nato samo še strma gozdna pot do avta. Ko se ozreva nazaj, s pogledom na osvojeno pot ter vse te dvatisočake, zbirava občutke, kako bi to opisala, ampak samo strmiva. Pot, ki je trajala natanko 12 ur, je za nama, z občutki, ki se jih ne da opisati.

Omenjal sem Turo z veliko začetnico. Dolžan sem še pojasnilo. Ko sem prišel domov in pospravil vso opremo, sem prižgal novice in videl naslov na zaslону: »Pri padcu na Kranjski Rinko umrla planinka«. Takrat me je stisnilo, razmišljal sem ... Še pred



Zgoraj: Bivak pod Skuto (2070m)  
 Spodaj: Sončni vzhod na Storžiču (2031m)  
 Na sosednji strani: Rjavina (2532m)

nekaj urami sem bil tam na gori, vse tako lepo, potem pa ta tragična novica. Naše poti so lahko zelo lepe in uspešne, ampak en sam trenutek nam lahko vse spremeni ...

### **GORSKI TEK**

14. 9. 2016 – Krog nad dolino Vrat

Za večino čisto navadna septembrska sredo, kar pa ne velja zame. Kot vsako leto ob tem času sem na letnem dopustu. Te



proste dneve namenim izključno gorskim podvigom. Zakaj? Iz več razlogov. Vsa ta množica ljudi, ki v zadnjem času oblega gore, se z njih umakne, vročina popusti, resda so dnevi krajši, a gorski svet v tem času ponuja najlepše razglede. Idealen čas za hitre vzpone. Takšne, kot je bil ta.

Budilka zazvoni. 4.00. Težko je, ampak treba je vstati, drugače ne bo nič od dneva. Vremenska napoved je odlična, vsaj za dopoldanski čas, kar mi daje še dodaten zagon ob tako zgodnji uri. Stvari si pripravim že prejšnji dan, predvsem veliko tekočine, tako da zjutraj le nekaj pojem, še enkrat preverim vreme in malo pred peto startam proti dolini Vrat. Seveda je tura pripravljena že pred tem. Slaba ura vožnje in ob 6.00 sem na parkirišču, ki je že dokaj oblegano za sredino septembra. Pozen sem, večina je že uro pred mano. Hitro se preobujem v tekaške čevlje (za gorski tek), zapnem tisti mini nahrbtnik, pograbil palice in stečem proti Aljaževemu domu. Start na višini 1015 m. Prvi koraki so vedno težki, a se hitro ogrejem. Pri »Aljažu« zavijem desno proti Škrlatici in Dolkovi špici, ki je tudi današnji moj najvišji vrh z 2591 m. Pot se hitro postavi pokonci in srčni utrip narašča. Nekoliko je še temačno, a gre brez lučke. Občasno se zasliši kakšen čuden zvok iz gozda. Ne oziram se preveč na to, sem že v svojem svetu in se osredotočam na pot. Če je bilo pri avtu še malo hladno, me tu prav nič več ne zebe. Hitro se vzpenjam in po dobrih 15 minutah se mi odprejo pogledi na s soncem obsijane najvišje vrhove Julijskih Alp. Takrat dobim dodatno moč, ki jo prispeva narava. Pot se še naprej strmo vzpenja, ampak ni počitka. Zelo hitro dohitim že prve pohodnike, na hitro kakšno rečemo, nekaj požirkov vode in pospešim dalje. V dobri uri dosežem prvo pomembnejšo točko svoje poti, bivak na Rušju (1980 m). Tam dohitim dva prijatelja, ki sta startala krepko pred mano, in slišim seveda znane besede: »Ti si nor!«. Čas je za prvo energijsko ploščico. Ne izgubljam preveč časa in odtečem dalje. Pot se nekoliko položi in me vodi naprej

po kraškem svetu, polnem razpok, brez s čudovitimi razgledi. Seveda to ne traja dolgo, hitro se pričnem spet vzpenjati proti vrhu prvega današnjega dvatisočaka. Strmo je, zato odložim palice in naprej še malo poplezam. Nekaj čez 8. uro sem na vrhu Dolkove špice. Kar pomeni 2 uri in 15 min vzpona. Je kar letelo, ja ... Verjamem, da težko razumete, kaj je tukaj užitek, ampak meni daje to posebne občutke. Na vrhu posnamem nekaj fotografij ter hitro proti dolini, a le do višine nekje 2100 m. Tam se pot obrne in naprej proti drugemu dvatisočaku, ki ga skupaj s sestopom z Dolkove špice dosežem v dobri uri. To je Križ s svojimi 2410 m. Ustavi me skupinica pohodnikov, s katero delim svoje izkušnje in pokažem nekaj poti, saj sem tu hodil že večkrat. Ob poti nas pozdravi nekaj zelo prikupnih gamsov, se spodobi, ko pa sem ravno v zaletu na tretji dvatisočak v tem dnevu, in sicer Bovški Gamsovec. Stenar moram zaradi pomanjkanja vode, žal, izpustiti. Spustim se na Dovška vrata (2180 m) in nato še zadnjič gor, v 45 minutah sem na vrhu Bovškega Gamsovca z višino (2392 m). Razgledi so fantastični. Preveč se ne zadržujem, ker me čaka še dolga pot čez Luknjo (1758 m) nazaj v dolino Vrat. Sestop opravih ekspresno, saj so razmere za spust po melišču idealne. V dolini se čas ustavi, trije dvatisočaki – 5 ur in 15 min za skoraj 2100 višinskih metrov vzpona. Takrat me prevzame občutek navdušenja in cilj je dosežen. Pot je bila dolga in naporna, a hkrati tako posebna. Občutek je fantastičen.

#### **LEDNA TURA (ALPINIZEM)**

28. 1. 2017 – Drugi slap v Krnici

Četrtekovi večeri so rezervirani za predavanja na Alpinističnem odseku Kranj. Že pred tem se z Romanom (soplezalcem) domoniva, da po predavanjih izberemo sobotno turo. Dogovorimo se, da se gre v slap. Izbira ture v tem času ni težka, saj je večina

slapov dobro narejenih in informacij o tem kar veliko. Odločimo se za Drugi slap v Krnici. Zakaj govorim v množini? Ker se nama kot druga naveza pridružita še Bojana in Robi, prav tako člana odseka. Potem pa spet tisto, kar je za večino najtežje, ura odhoda. Izberemo za ta čas dokaj zgodnjo.

V soboto ob 5.30, ko se večina stiska pod toplimi odejami, zbor pri Mercatorju na Kokrici in že se peljemo proti Vršiču. V slabi uri parkiramo levo ob cesti malo pod tretjo serpentino, parkirišče prazno, kar je dober znak. Rana ura, zlata ura. Natovorimo se z vso opremo in po cca. 15 minutah hoje (»ob prijetnih – 14 °C«) pridemo pod slap. Še vedno zelo temačno, ampak počasi se opremimo in ob prvem svitu se Roman že poda v prvi raztežaj. Led je odličen in hitro napreduje. Kmalu sem na vrsti jaz, ves premražen, ampak po nekaj udarcih s cepinom mraza ne čutim več. Takoj za mano se poda še druga naveza. Prvi raztežaj je hitro mimo. Takrat pa se pod slapom začnejo zbirati plezalci, zato se kar hitro podamo naprej. V drugem raztežaju je plezanje nekoliko lažje, nato sledi najtežji del slapu, zavesa, ki je dokaj dobro narejena, in še nekaj manjših strmejših skokov. Tudi te uspešno prelezamo, ampak padajoči koščki ledu Bojano malo poškodujejo. Počeno ustnico uspešno saniramo. Že smo pred zadnjim raztežajem, kjer nas v začetku spet pričaka nekaj lažjega plezanja, na koncu pa še dva pokončnejša skoka. In smo na vrhu s prekrasnim razgledom na celotno dolino Krnice, s pogledom na Špik in Škrlatico.

Sledi še »abzajl« (spust po vrvi), ki nam vzame kar nekaj časa, saj se nas na vrhu nabere kar nekaj. Za hitrejši spust združimo moči in čez celotni slap potegnemo vrvi ter si s tem skrajšamo čakanje. Imam čast, da slap zapustim zadnji. Še en super izkoriščen dan.

**GREGOR ZIHERL**

Foto: osebni arhiv



Na letošnjem DM teku je med drugimi tekačicami z Golnika tekla tudi Maja Mali. Foto: osebni arhiv



## Prvi tečaj uporabe vdihovalnikov in pršilnikov

Sredi maja so trije golniški strokovnjaki, zdravnik **Matjaž Fležar**, farmacevtka **Tina Morgan** in medicinska sestra **Barbara Benedik**, izvedli prvi »Train the trainer« – tečaj pravilne uporabe vdihovalnikov in pršilnikov, ki jih uporabljajo pljučni bolniki za lajšanje težav. Tečaja se je udeležilo 11 diplomiranih medicinskih sester, zdravnic in dve farmacevtki iz vse Slovenije, ki v svojih delovnih okoljih učijo pravilno uporabo omenjenih pripomočkov izvajalce, ki so v neposrednem stiku z bolniki. Udeleženske so po uvodnem teoretičnem delu opravile tudi praktični preizkus, prejele diplomu in dobile v uporabo stojala s plačbo vdihovalniki, ki jih bodo uporabljale pri prenašanju pridobljenega znanja.

**J. B.**

Foto: J. Bogdanovski



# Prihodi in odhodi sodelavcev

## PRIHODI IN ODHODI SODELAVCEV V OBDOBJU 1. 3. 2017 DO 31. 5. 2017

### Prihodi novih sodelavcev

Ime in priimek	Prihod	Delovno mesto	Oddelek
doc. dr. Mirjana RAJER, dr. med., spec.	1. 3. 2017	Zdravnica specialistka V/VI PPD 3	Enota za internistično onkologijo
Monika TOLAR	1. 3. 2017	Srednja medicinska sestra v negovalni enoti	Bolniški oddelek 600
Sara TRUDEN, dipl. mikrobiol.	6. 3. 2017	Analitičarka v nacionalnem laboratoriju III	Laboratorij za mikobakterije
Katja TERSEGLAV, dipl. m. s.	9. 3. 2017	Diplomirana medicinska sestra v negovalni enoti	Oddelek za kardiovaskularno funkcijsko diagnostiko
Anja LEBAR	1. 4. 2017	Zdravstvena administratorica V (III)	Centralna administracija
Anja OPARA	1. 4. 2017	Srednja medicinska sestra v negovalni enoti	Bolniški oddelek 300
Petra LORBER, dr. med., spec.	1. 4. 2017	Zdravnica specialistka V/VI PPD 3	bolniški oddelek 700
Jelena PRAŠČEVIČ, dipl. m. s.	2. 4. 2017	Diplomirana medicinska sestra v negovalni enoti	Oddelek za intenzivno nego in terapijo
Tomaž SKUŠEK, dipl. zn.	3. 4. 2017	Diplomirani zdravstvenik v negovalni enoti	Negovalni oddelek
Jaka OBLAK	3. 4. 2017	Srednji zdravstvenik v negovalni enoti	Bolniški oddelek 600
Semir LEMEŠ, dipl. zn.	3. 4. 2017	Diplomirani zdravstvenik v negovalni enoti	Oddelek za intenzivno nego in terapijo
Dragana VUČENOVIČ	11.04.2017	Telefonistka – receptorka IV	Informacije - telefonisti
Boris ŠIMBERA, dipl. zn.	18. 4. 2017	Diplomirani zdravstvenik v negovalni enoti	Bolniški oddelek 600
Ana KOLENKO, dr. med.	1. 5. 2017	Zdravnica specializantka III	Bolniški oddelek 700
Nina LAZAR	8. 5. 2017	Farmaceutvska tehničarica III – pripravnica	Lekarna
Mira PODRAŠČANIN	8. 5. 2017	Strežnica II (III)	Čistilni servis
Ljilja GABERC	8. 5. 2017	Strežnica II (III)	Čistilni servis
Nina BREGAR, dipl. ekon.	10. 5. 2017	Strokovna sodelavka za ekonomsko področje VI/1 (I)	Finančno-računovodski oddelek
Mirjam Julija BERTONCELJ	18. 5. 2017	Zdravstvena administratorica V (III)	Centralna administracija
Petra ŠTER PAGON	22. 5. 2017	Zdravstvena administratorica V (III)	Centralna administracija

### Odhodi sodelavcev

Ime in priimek	Prihod	Odhod	Delovno mesto	Oddelek
Špela SAJKO, univ. dipl. biol., spec.	5. 12. 2016	4. 3. 2017	Medicinski biokemik specialist III	Laboratorij za klinično biokemijo in hematologijo
Ines BLAŽ, dipl. biol.	14. 6. 2016	13. 3. 2017	Zdravstveni sodelavec II - pripravnik	Laboratorij za klinično imunologijo in molekularno genetiko
Amra KAPETANOVIČ, dipl. m. s.	1. 4. 2007	19. 3. 2017	Diplomirana medicinska sestra v negovalni enoti	Bolniški oddelek 600
Ana SAJOVIC, dipl. m. s.	9. 11. 2015	30. 3. 2017	Diplomirana medicinska sestra v negovalni enoti	Pnevmološko alergološka ambulanta Golnik
Barbara DRENIK	10. 7. 2007	5. 4. 2017	Srednja medicinska sestra v negovalni enoti	Bolniški oddelek 600
Urška LONGAR	1. 7. 2015	10. 4. 2017	Telefonistka – receptorka IV	Informacije – telefonisti

Monika TOLAR	1. 3. 2017	12. 4. 2017	Srednja medicinska sestra v negovalni enoti	Bolniški oddelek 600
Nina LOGAR	1. 12. 1999	23. 4. 2017	Srednja medicinska sestra v negovalni enoti	Bolniški oddelek 600
Jelena KOVAČEVIĆ, dr. med., spec.	1. 4. 2010	30. 4. 2017	Zdravnica specialistka V/VI	Laboratorij za klinično imunologijo in molekularno genetiko
Rok ŽNIDARŠIČ	2. 11. 2016	2. 5. 2017	Farmaceutski tehnik III – pripravnik	Lekarna
Mira PODRAŠČANIN	8. 5. 2017	9. 5. 2017	Strežnica II (III)	Čistilni servis
Andreja KUCHAR, dipl. ekon.	18. 5. 2009	14. 5. 2017	Strokovna sodelavka za ekonomsko področje VII/1 (I)	Finančno-računovodski oddelek
Tadeja ČEMAŽAR	18. 7. 2005	17. 5. 2017	Srednja medicinska sestra v negovalni enoti	Bolniški oddelek 600
Sandro PETEROVIĆ	3. 2. 2003	28. 5. 2017	Srednji zdravstvenik v urgentni dejavnosti	Sprejemna ambulanta Golnik

## TATJANA KRISTANC



## Novi obrazi: Pridružila se nam je specialistka radiologije **Martina Vivoda Tomšič**

Preden sem prišla na Golnik, sem: opravljala specializacijo na UKCL.

Moje lastnosti: proaktivna, natančna, nepotrpežljiva z ljudmi, ki dolgovežijo.

Pri mojem delu me veseli: spodbudno delovno okolje, raziskovanje in vpeljevanje novih tehnik slikanja.

V prostem času: preživljam ga v naravi – ukvarjam se s cestnim kolesarjenjem in daljinskim plavanjem.

Ne maram: zavajanja in dvoličnosti.

Najljubša hrana, knjiga, film: knjigi G. Orwella 1984 in Živalska farma, filma Matrica in Eternal Sunshine of the Spotless Mind. Baterije si napolnim: na dopustu.

Morda končna misel: Life is like riding a bicycle. To keep your balance, you must keep moving. A. Einstein

## Napredovanja in dosežki

**Nina Turnšek Hitij, dr. med.**, je 9. marca 2017 opravila specialistični izpit iz internistične onkologije in pridobila naslov **specialistka internistične onkologije**.

**Asist. dr. Matejo Marc Malovrh, dr. med., spec.**, je senat Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, 21. novembra 2016 izvolil v naziv **docentka** za področje interne medicine.

**Julij Šelb, dr. med.**, je 17. marca 2017 na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani uspešno končal univerzitetni doktorski študij 3. stopnje biomedicina, medicina/klinična usmeritev in zagovarjal doktorsko delo ter pridobil akademski naslov **doktor znanosti**.

**Čestitamo!**

# Aktivne udeležbe na kongresih in seminarjih

## SEZNAM AKTIVNIH UDELEŽB NA KONGRESIH IN SEMINARJIH ZA OBDOBJE FEBRUAR 2017 - MAJ 2017

Datum izobraževanja	Naziv izobraževanja	Udeležene izobraževanja	Kraj izobraževanja
5. 3. – 6. 3. 2017	International Symposium Zagreb	Mihaela Zidarn	Zagreb
7. 3. – 8. 3. 2017	Semmelweis conference on Infection Control	Viktorija Tomič	Budimpešta
10. 3. – 11. 3. 2017	7. simpozij sekcije kliničnih farmacevtov	Tina Morgan, Maja Jošt	Moravske Toplice
10. 3. 2017	Tečaj dodatnih postopkov oživljanja	Luka Camlek	Jesenice
10. 3. – 11. 3. 2017	Simpozij Življenje brez glavobola	Kristina Zihel	Ljubljana
23. 3. – 24. 3. 2017	3. mednarodni simpozij o tuberkulozi in respiratornih okužbah	Barbara Zadnik	Golnik
29. 3. – 1. 4. 2017	Tečaj torakoskopije	Aleš Rozman	Eskisehir
1. 4. 2017	Pulmološka sekcija	Petra Svetina, Peter Kopač,	Ljubljana
5. 4. – 9. 4. 2017	Sleep and breathing Marseille	Kristina Zihel	Marseille
6. 4. 2017	Hand Hygiene Days Slovenia	Viktorija Tomič	Ljubljana
6. 4. 2017	Alergo šola	Mihaela Zidarn, Sabina Škr gat	Kranjska Gora
7. 4. – 8. 4. 2017	Zdravstvena nega bolnika s pljučnimi obolenji skozi čas	Jana Tršan, Barbka Štalc, Barbara Zadnik, Avrea Šuntar Erjavšek, Janez Toni, Nissera Bajrovič	Rogaška Slatina
12. 4. – 13. 4. 2017	2nd SEE Joint Meeting of Thoracic Anesthesiologists and Surgeons	Jernej Sitar	Ljubljana
13. 4. 2017	Toralna kirurgija	Sabina Škr gat	Ljubljana
20. 4. – 22. 4. 2017	International scientific conference with master-class	Aleš Rozman	Moskva
21. 4. – 23. 4. 2017	Clinical pharmacy Poland	Janez Toni	Vroclav
21. 4. – 25. 4. 2017	ECCMID - Streptococcus pneumoniae presence in patients with AECOPD	Dane Lužnik, Maruša Ravnik, Sandra Ažman, Sara Truden	Dunaj
22. 4. 2017	Onkološka zdravstvena nega včeraj, danes, jutri	Mojca Novak	Otočec
22. 4. 2017	Alergo šola	Peter Kopač, Mira Šilar	Ljubljana
26. 4. – 29. 4. 2017	Skin allergy meeting	Mojca Bizjak	Zurich
27. 4. – 30. 4. 2017	ECBIP - Evropski kongres bronhologije in interventne pulmologije	Aleš Rozman	Beograd
4. 5. – 8. 5. 2017	ELCC (European Lung Cancer Conference)	Tanja Čufer, Mile Kovačević	Ženeva
11. 5. – 13. 5. 2017	Simpozij ob 42. skupščini SFD	Janez Toni, Tina Morgan	Portorož
11. 5. – 13. 5. 2017	Kongres Alpe Adria	Petra Svetina, Sabina Škr gat, Katarina Osolnik, Katja Adamič, Mateja Marc Malovrh	Peč
17. 5. – 21. 5. 2017	EAPC 2017 - 15. svetovni kongres paliativne oskrbe	Urška Lunder, Polona Ozbič, Anja Simonič, Hana Kodba Čeh	Madrid
22. 5. 2017	Evropska šola o bolečini pri raku, predavanje »Dealing with cancer.«	Anja Simonič	Maribor
22. 5. 2017	Regional Biocamp	Tanja Čufer	Ljubljana
25. 5. – 26. 5. 2017	Astma šola	Robert Marčun, Mihaela Zidarn, Barbka Štalc, Katarina Osolnik, Eva Topole	Kranjska Gora
26. 5. – 30. 5. 2017	Kongres ESHG 2017	Matija Rijavec, Julij Šelb	Kopenhagen
27. 5. 2017	Kardiološki bolnik in pridružene bolezni, Sekcija MS in ZT v kardiologiji in angiologiji	Mojca Novak, Petra Svetina	Šmarješke Toplice

ROMANA BAJŽELJ

# Golniški piknik pred 30 leti



Obujamo spomine za vse, ki so že upokojeni in z veseljem prebirajo Pljučnik, in za vse, ki niso imeli priložnosti udeležiti se pravih golniških piknikov. Pred tridesetimi leti se nismo vprašali, ali bi šli na piknik, ampak smo bili žalostni, če smo med piknikom dežurali in smo druženje zamudili. Jedača in pijača sta bili v »drugem planu«. Najprej so se odvijale športne igre, kaj igre, prave borbe, kot je razvidno s fotografij.

Predstavnice zdravstvene nege Manja Travnikar, laboratorija Ivica Dolen (žal obe pokojni), kurirske službe Gospava Petrovski in druge niso bile gonilna sila samo na delovnem področju, ampak tudi v vlečenju vrvi. Nasproti jim, v potu svojih obrazov, stojijo golniški fantje ☺. (foto: 1)

Janez Mali, kuharska moč (takrat je bila kuhinja še v domeni bolnišnice), in takoj za njim Zvone Kremžar, pomoč iz skladišča, pod budnim nadzorom sestre Marize Seražin. Ne zdi se ravno, da zmagujejo, a ne? (foto: 2)

Pri vlečenju vrvi, nogometu, rokometu, tenisu in drugem nasprotniki, v kuhinji pa dobri sodelavci in prijatelji: Nikola Stojanović, poznavalec žara, in zvesti pomočnici iz lekarne Cilka Bradač in Tončka Makovšek. Ja, včasih nismo najemali drugih, ampak smo sami pekli čevapčiče in ražnjiče in še kaj ... (foto: 3)

Da je minilo že 30 let, bi presodili samo po frizuri, takrat je bila namreč moderna »trajna«, sicer pa je Alenka še vedno mladenka ... (foto: 4)

## ALENKA FLEŽAR IN MIRA ŠILAR

Fotografije: golniški arhiv





## Kje je že 1. maj, spomin na kres na Golniku je pa še živ ...



Foto: Dušan Stanjko

### Kliniko zasedli dijaki

Petega maja se je k nam na obisk pripeljalo 120 dijakov drugega letnika Srednje zdravstvene šole Murska Sobota. V dveh skupinah so si v spremstvu Andreje Knavs in Anžeta Knifca ogledali kliniko, naši strokovnjaki pa so jim predstavili poklic, za katerega se usposablajo, glavne značilnosti KOPB, zdravstveno oskrbo bolnikov s tuberkulozo in paliativno obravnavo.

**J. B.**

Foto: J. Bogdanovski



# Knjižni namig



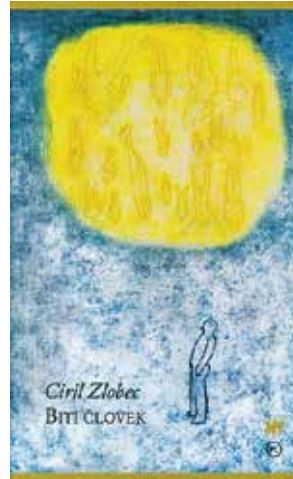
Roman Gorana Vojnovića **FIGA** vas ne bo pustil hladne. Velja omeniti, da je avtor že dvakrat prejel nagrado kresnik za najboljši roman preteklega leta. Središče romana je zgodba, razpeta čez tri generacije, ki jo po smrti Aleksandra Đorđevića pripoveduje njegov 30- in nekajletni vnuk Jadran. Pri tem neprestano prehaja iz vsevednosti v notranji monolog pa v dialoge, opise razpoloženj in razmišljanja drugih. Njegovo življenje je zaznamovalo soočenje z minevanji in odhajaji njegovih bližnjih. Z brskanjem po

preteklosti poskuša razumeti sebe in najti smisel svoji prihodnosti. Rdeča nit je ljubezen, ker »... je vse iz ljubezni. Le ljubezen ni iz ljubezni.« Figa je roman, ki v bralca pusti sledi.



Na slovenski trg je prišla knjiga, ki združuje kar dve zgodbi izjemnega islandskega pisatelja SJÓNA, ki je za svoja dela prejel številne nagrade. Novela **MODRA LISICA** je ena izmed njiju in je prejela nagrado nordic council literature prize. Zgodba govori o zavrnjeni mongoloidni deklici Abbi z downovim sindromom. Po naključju jo najde, reši in posvoji Fridrik. Modra lisica je tudi zgodba o lovcu, ki trmasto zasleduje lisičko. Avtor piše v izjemno liričnem jeziku, naj

omenim, da med drugim piše tudi besedila za najpopularnejšo islandsko pevko Björk.



Kot »obvezno branje« želim izpostaviti dve ganljivi pesniški zbirki Cirila Zlobca, ki ti zlezeta pod kožo. **BITI ČLOVEK** je zbirka, ki odpira vrata v razmišljanje, kako pravzaprav je biti človek, kako »biti tu in zdaj med vsemi sam«. Avtor nam seveda ne ponudi odgovora, razkriva pa nam globine svojega doživljanja. Posvečena je pokojni hčerki in pokojnemu sinu. »O bog, kako sta vsa še v meni«, pravi pesnik in oče, ki »še stiska v srcu svojo uporno pest«, »zmag ne slavi, poražen se ne vda«.

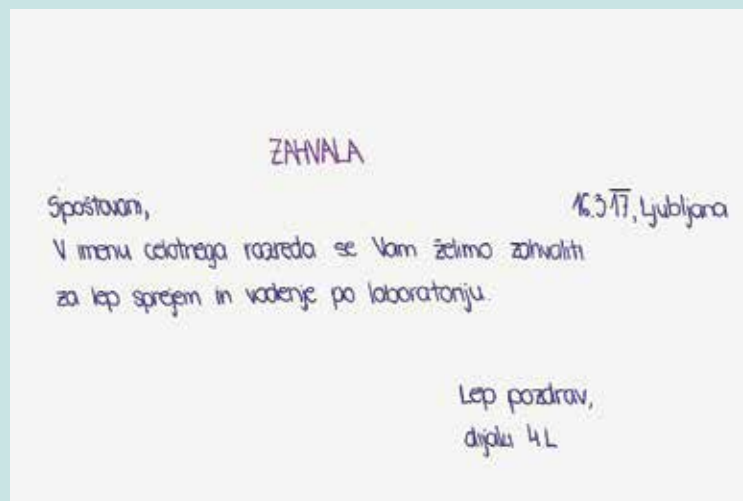
Druga pesniška zbirka z naslovom **LJUBEZEN – ČUDEŽ DUŠE IN TELES** je v celoti posvečena ljubezni. Avtor razkriva svoje dožemanje ljubezni v njenih številnih izrazih – od igrive zaljubljenosti do »dvoedine« ljubezni do žene, od ljubezni do bližnjih prijateljev pa do ljubezni do (pokojnih) otrok. Zbirka je opremljena tudi s čudovitimi risbami akademske slikarke Metke Krašovec, ki se krasno prepletajo s poezijo.



**HANA KODBA ČEH**

## Obisk dijakov 4. letnika Srednje šole za farmacijo, kozmetiko in zdravstvo – program tehnik laboratorijske biomedicine

Letni obisk dijakov 4. letnika Srednje šole za farmacijo, kozmetiko in zdravstvo, ki se izobražujejo za poklic tehnika laboratorijske biomedicine, je postal že kar stalnica v naši kliniki. Navadno nas prosijo za ogled vsaj dveh ali treh medicinskih laboratorijev in tudi letos je bilo tako. Predstavili smo jim delo v Laboratoriju za respiratorno mikrobiologijo, v Laboratoriju za citologijo in patologijo ter v Laboratoriju za klinično biokemijo in hematologijo. Organizacijo ogledov se vedno potrudimo izpeljati tako, da z njimi čim



# Novosti v knjižnici

## STROKOVNO (IZBOR)

- Calonje, E. (ed.). *McKee's pathology of the skin*. 4th ed. Edinburgh, 2012
- deGroot, A. C.: *Patch testing: test concentrations and vehicles for 4350 chemicals*. 3rd ed. Wapserveen, 2008
- Erozan, Y. S. et al. *Pulmonary cytopathology (e-vir)*. 2nd ed. New York, 2014
- *Global tuberculosis report 2016*. Geneva, 2016
- Košnik, M., Marčun, R. (ur.). *Omalizumab: vse, kar ste želeli vedeti, pa si niste upali vprašati: zbornik sestanka*, Ljubljana, 6. maj 2016. Golnik, 2016
- Kraigher, A. (ur.) et al. *Cepljenje in cepiva – dobre prakse varnega cepljenja*. Ljubljana, 2011
- Marinček Garič, G. (ur.). *Aktualno!: onkološke teme in dileme: zbornik predavanj*. Ljubljana, 2016
- Moore, G. E. et al. *ACSM's exercise management for persons with chronic diseases and disabilities*. 4th ed. Champaign, 2016
- Noffsinger, A. E. (ed.). *Fenoglio-Preiser's gastrointestinal pathology*. 4th ed. Philadelphia, 2017
- Novakovič, S. (ur.) et al. *Preprečevanje raka: dejstva, ki jih mora vedeti zdravstveni delavec: zbornik predavanj: 28. onkološki vikend*, Ljubljana, 4. december 2015. Ljubljana, 2015
- Ochoa, P. S.: *Concepts in sterile preparations and aseptic techniques*. Burlington, 2015
- Popper, H. *Pathology of lung disease (e-vir)*. Berlin, 2017
- *Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi »ranljivih« skupin in orodja za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*. Ljubljana, 2016
- Svetina, P. (ur.) et al. *3. mednarodni simpozij o tuberkulozi in respiratornih okužbah in 22. slovenski posvet o obravnavi in*

spremljanju bolnikov s tuberkulozo: zbornik predavanj, Golnik, marec 2017. Golnik, 2017

- Taylor, J. (ed.) et al. *Potential and possibility: rehabilitation at end of life*. München, 2013
- Tramšek, D. *Vpliv ambrozije na zdravje (diplomsko delo)*. Maribor, 2014
- Zander, D. S. (ed.) et al. *Pulmonary pathology*. 2nd ed. Philadelphia, 2018
- *Zbornik 23. srečanja Slovenskega in Hrvaškega združenja za intenzivno medicino*, Maribor, 27.–28. januar 2017. Maribor, 2017
- *Zbornik prispevkov: 68. Tavčarjevi dnevi*, Ljubljana, 10.–12. november 2016. Ljubljana, 2016
- Wick, M. R. (ed.) et al. *Silverberg's principles and practice of surgical pathology and cytopathology*. 5th ed. Cambridge, 2015
- Wilson, T. A.: *Respiratory mechanics (e-vir)*. Basel, 2016

## LEPOSLOVJE (IZBOR)

- Potokar, T. *Rumen cvet*
- Kerouac, J. *Na cesti*
- Tavčar, I. *Visoška kronika*
- MacCabe, P. *Mesarček*
- Kampusch, N. *3096 dni*
- Doxiades, A. K. *Stric Petros in Goldbachova domneva*

Vabljeni!



manj zmotimo potek dela v laboratorijih, hkrati pa dijakom pokažemo in povemo kar največ o strokovnem in praktičnem vidiku svojega dela. Nemalokrat skupaj ugotovimo, da se praktični pouk v šoli in resnični potek dela v praksi kar precej razlikujeta. Tukaj mislim predvsem na uporabo različnih metod, opremljenost laboratorijev z aparaturami in analizatorji ter na samo dinamiko dela, ki je v »ta zaresnem« laboratoriju veliko večja. Pri vsem tem pa nam je vedno v veliko veselje, kadar dijaki s pozornim poslušanjem in z različnimi vprašanji pokažejo zanimanje za naše delo. In povsem mogoče je, da bo ravno to delo enkrat v prihodnosti postalo tudi njihova vsakodnevna obveznost in s kančkom entuziazma tudi zanimiv strokovni izziv.

**NINA KARAKAŠ**

*Utrinek iz Laboratorija za klinično biokemijo in hematologijo. Foto: arhiv LKBH*



# Kuharica na preizkušnji



»A ti res sama skuhaš jedi, o katerih pišeš?« so me zadnjič pobarali moji kolegi iz uredniškega odbora Pljučnika. »Res!« sem odvrnila, pa ni zadostovalo. »Pa

nam dokaži,« so predlagali in se ponudili v pomoč. Pred vami je dokazno gradivo, fotozgodba z zanimivim koncem ...

## MIRA ŠILAR



Aha, ste radovedni, kaj ustvarjava?

Joj, meni že sedaj diši!!!



Ojoj, tega divjega riža je dovolj za celo bolnico ...

Kakšna škoda, da sem šla že prej na malico.

Nina, pohiti, meni se že sline cedi! Pečena zelenjava na mesu, mmm ...

Punce, zdi se, da imam prekratko roko za selfije, aja, sebke, ha ha ...



Sem prav uganila? To je recept iz 4. številke 2016, a ne?

Njami, maskarponove kocke: še dobro da nisem zamudila ...



Za konec pa dokaz: moški ima vedno zadnjo besedo!!!

## Pistacijeva torta z marcipanom in belo čokolado



### **BISKVIT** (pekač s premerom 22-24 cm)

200 g oluščениh nesoljenih pistacij  
6 žlic mleka  
100 g sladkorja  
2 vaniljeva sladkorja  
4 žlice koruznega škroba  
1 pecilni prašek

### **NADEV**

200 g bele čokolade  
500 ml sladke smetane  
6 lističev želatine  
100 g marcipana

**Priprava:** Pred pripravo biskvita pistacijo blanširamo, da odstranimo tanko rjavo lupinico. V vrelo vodo stresemo pistacije in jih kuhamo tri minute. Nato vodo odlijemo in na oreščke nalijemo hladno vodo. Odcedimo in odstranimo rjavo lupino (drgnemo jo med prsti ali z dvema krpama). Olupljeno pistacijo stresemo v multipraktik, dodamo še sladkor in meljemo tako dolgo, da dobimo homogeno pasto.

Rumenjake ločimo od beljakov. Rumenjake in vaniljev sladkor penasto stepemo. Dodamo mleko. Posebej zmešamo škrob in pecilni prašek ter ju presejemo in vmešamo v rumenjake. Nato vmešamo še pistacijo. Na koncu na rahlo vmešamo sneg beljakov. Pripravljeno biskvitno maso razdelimo na dva enaka dela. Vsak del mase pečemo v namaščenem pekaču v vnaprej ogreti pečici na 180 °C 10–12 minut.

Za pripravo nadeva v kozico zlijemo 1 dl sladke smetane in v njej na blagem ognju raztopimo belo čokolado. Liste želatine namočimo v hladno vodo, odcedimo in primešamo stopljeni čokoladi. Čokolado ohladimo do mlačnega, medtem pa preostalo smetano stepemo do čvrstega. V mlačno čokolado zmešamo manjši del stepene smetane, nato dodamo še preostali del in dobro premešamo. Marcipan razvaljamo v krog z enakim premerom kot pekač.

Prvi biskvit položimo na podstavek za torto in ga navlažimo z mlekem (po želji lahko namesto mleka uporabimo rum, liker ...). Čezenj postavimo tortni obroč. Namažemo polovico nadeva, na katerega položimo razvaljan marcipan. Nato namažemo še preostanek kreme in jo pokrijemo z drugim biskvitom. Torto postavimo v hladilnik za šest ur. Po končanem hlajenju jo po želji okrasimo. (sam sem zgornji del premazal s stepeno smetano in posul s suhimi lističi vrtnic in vijolicami s sladkorjem)

## Odličen piščančji kari z basmatijem



### **KARI**

čebula  
1 strok česna  
3 žlice karija v prahu  
1 čajna žlička:  
mletega cimeta  
mlete paprike  
naribanega svežega ingverja  
sladkorja  
1/2 čajne žličke mletih klinčkov  
piščančje meso, narezano na koščke (prib. 0,5 kg)  
navadni tekoči jogurt (prib. 200 ml)  
pločevinka kokosovega mleka  
žlica paradižnikove mezge  
olje  
limona

### **RIŽ BASMATI**

250 g basmatija  
2 žlici oljčnega olja  
nasekljan peteršilj  
sol, poper

**Priprava:** Na olju rahlo prepražimo drobno nasekljano čebulo in česen, da se zmehčata. Dodamo kari, cimet, papriko, ingver, sladkor, lovor in klinčke. Premešamo in pražimo približno dve minuti. Dodamo narezanega piščanca in ga na rahlo popečemo. Nato dodamo jogurt, kokosovo mleko in paradižnikovo mezgo. Kuhamo na blagem ognju približno 30 minut.

Basmati pripravimo tako, da riž za 30 minut namočimo v mrzli vodi. Odcedimo ga, damo v lonec in prelijemo s 300 ml mrzle vode, dobro ga solimo ter zavremo. Ko voda z rižem zavre, lonec pokrijemo s pokrovko in na nizki temperaturi kuhamo 10 minut. Med kuhanjem riža ne mešamo! Nato lonec odstavimo in ga pustimo stati še 5 minut. Lonec odkrijemo, na riž stresemo peteršilj, malo popra, olje. Vse na rahlo premešamo z vilicami.

Riž in piščančji kari serviramo na krožnik in pokapljamo z limonovim sokom.

### **ROK KOGOVŠEK**

Foto: R. Kogovšek

# Puščava je zelo živa



Maroko, marec 2017, Sahara v jugovzhodnem delu proti alžirski meji. Pohod po puščavi, občutje njene čudovite prostranosti, tišine, polne zvokov narave – ptičjega petja, šuma vetra in premikanja sipin, doživetje preprostosti življenja, utrujanje telesa ob sočasnem počitku uma. Vstajanje ob zori, meditacija na mrzlem pesku ob sončnem vzhodu, nato večurna hoja – leva, desna, korak za korakom, občutki se čistijo, zmanjkuje prostora za misli, nepomembnosti vsakdana izgubljajo moč in ostajajo v pesku. Še pogovor utihne, hoja zavzame večji del bivanja, duh počiva v

občudovanju narave, skarabejev in plazilcev pod nogami, redkih cvetlic, grmov in dreves, divjih kamel v daljavi, daljave same ... Zajtrk brez pomislekov o zdravi prehrani, kosilo brez štetja kalorij, večerja brez slabe vesti, večerna meditacija s pogledom, uprtim v sončni zahod, nato trdno prespana noč pod bleščečimi zvezdami.

Raj na zemlji? Zagotovo. Ampak imamo ga tudi doma ...

**JANA BOGDANOVSKI**

*Foto: Ana Mikoš*

## Kako je nastala puščava

*Pred davnimi časi je Bog zaskrbljeno opazoval zemljane, ki so se vsak dan bolj prepirali in čedalje manj živeli v harmoniji. Pa jim je rekel: za vsak prepir bom na zemljo vrgel drobec peska in svet se bo začel spreminjati v puščavo. Zemljani so se samo posmehnili – še dolgo dolgo bo trajalo, da bo iz drobca peska nastala puščava – in se prepirali čedalje bolj. Tako je nastala puščava in zmeraj bolj se širi ...*

*Berberski viski – sladek zeleni čaj z veliko mete.*



*Nepopisen občutek svobode in prostranosti.*



*Ponosna hči puščave – in ponižna jaz.*



*Levo: Lepotička.*

# Štajerski hribi in doživetja

»Slovenija, od kod lepote tvoje?« so Avseniki že s svojo glasbo občudovali lepote naše majhne, a zelo raznolike in pisane deželice. Da je res tako, dokazuje tudi dobro uro in pol vožnje iz Ljubljane oddaljen štajerski kotiček pod Donačko goro – Rogatec. Kljub svoji majhnosti predstavlja stičišče zgodovine in odlično izhodišče za lepo preživet dan v naravi.

Tukaj se nahaja največji muzej na prostem v Sloveniji, Muzej na prostem Rogatec, ki nas s svojimi izvirnimi stavbami in rekonstrukcijami obrtniških ter gospodarskih objektov popelje v življenje in delo kmetov in obrtnikov iz 19. ter vse do sredine 20. stoletja. Prvotna ideja muzeja je bila ohranitev rojstne hiše pesnika Jožeta Šmita kot primer subpanonskega tipa hiše, iz česar pa se je na koncu razvila prava mala vasica objektov, med katerimi se lahko po mili volji sprehajamo in do potankosti raziskujemo njihovo notranjost.

## **Hramucl, toplar in lodn**

Tradicionalna stanovanjska hiša 19. stoletja je bila v celoti zgrajena iz lesa in pokrita s slamo. Tla so bila ilovnata, stene prav tako ometane z ilovico in pobeljene z apnom. Ogleđamo si lahko skromno

opremljeno notranjost s tradicionalno razporeditvijo prostorov. Vhodna veža ali *lojpa* vodi naravnost v črno kuhinjo (zakaj črna? – pomislite, s čim so ometane stene); desno se nahajata dnevni prostor, imenovan hiša, kjer najdemo toplo staro krušno peč, ter manjša soba ali štiblc, kjer stana na majhni in nič kaj prijetno trdi žimnici spala gospodar in njegova žena. Levo od *lojpe* se nahaja še dekliška soba ali *hiška* ter shramba ali *hramucl*. Stranišča takrat pač ni bilo v hiši, temveč je bilo treba tudi sredi noči ali sredi najhujše zime ven iz hiše na štrbunk na potrebo. Hudomušne pripovedi pravijo, da gospodar škripajočih vhodnih vrat nalašč ni namazal, saj je tako vedno slišal, kdaj je katera od hčera ponoči odšla iz hiše na stranišče in ali se je potem tudi vrnila spat ☺.

Urejena kamnita potka v muzeju na prostem nas popelje še na ogled gospodarskega objekta ali štale, svinjaka ali štaluncev, čebelnjaka, kovačije in vodnjaka štepih *na čapljo*, iz katerega lahko poskusite zajeti vedro vode. Seveda pa kot se za takratne čase spodobi, v muzeju na ogled ne manjka niti simbol kmetije: dvojni kozolec ali *toplar*. Ljudje so ga uporabljali predvsem za spravilo in

sušenje sena ter drugih poljskih pridelkov ali posameznih orodij. Ker pa se na kmetih vseh dobrin ni dalo pridelati in izdelati je v muzeju na ogled *lodn* ali trgovina na drobno. Ime izhaja iz nemške besede *der Laden*, ki pomeni trgovina in predstavlja trgovino z mešanim blagom, kjer se je dalo dobiti stvari za vsakodnevne potrebe: od vžigalic, soli, moke, sladkorja, olja, kisa, petroleja do poljedelskega orodja, posode, obutve ... Da pa si v muzeju ne bi samo ogledovali objektov in si le predstavljali življenja nekoč, se lahko v številnih etnoloških delavnicah, ki tam potekajo, tudi sami preizkusite na primer v peki kruha v krušni peči, v pletenju košar iz ličja ali šibja, v hoji na hoduljah, v ročnem tkanju in še bi lahko naštevali.

## **Tudi plemiška kuhinja je bila črna**

Od preprostega kmečkega življenja pa k plemičem in graščakom. Nad srednjeveškim trgom leži dvorec Strmol, prvič omenjen leta 1436, ko so celjski grofje Jakobu Strmolškemu iz Cerkelj na Gorenjskem podelili stolp pri Rogatcu. Kasneje so prvotni stolp dozidali in nastal je dvorec (nazadnje obnovljen leta 2013), ob obisku katerega se nas dotakne pridih

Desno: Dvorec Strmol, arhiv Zavoda za kulturo, turizem in razvoj Rogatec

Na sosednji strani zgoraj: Muzej na prostem Rogatec z Donačko goro v ozadju, foto: Tomo Jeseničnik

Na sosednji strani spodaj: Toplar, foto: Tomo Jeseničnik







baročnih struktur, fresk in poslikav. V danes ohranjeni stavbi dvorca je bilo v 19. in začetku 20. stoletja okrajno sodišče, o čemer pričajo ohranjene ječe. Sicer se danes v kompleksu nahajajo obnovljena grajska kapela, posvečena sv. Vincenciju Ferrerskemu, ter mala in velika dvorana, obe klasicistično poslikani in namenjeni strokovnim ter poslovnim srečanjem (tudi poročnim obredom). Na ogled je rekonstruirana značilna grajska črna kuhinja z odprtim kamnitim ognjiščem in zidano napo. Dvorec Strmol ima grajsko restavracijo in pivnico, kjer se lahko okrepčamo s kapljico rujnega, v prostorih

dvorca pa so vse leto na ogled številne razstave tujih in domačih umetnikov.

Po dvorcu Strmol se imenuje tudi Konjenski klub Strmol, ki se nahaja v neposredni bližini muzeja na prostem. Tukaj pridejo na račun vsi ljubitelji konj, saj je rekreacijsko jezdenje v neokrnjeni naravi prav posebno doživetje. Za vse ostale športne oziroma bolj pohodniške navdušence je obvezen vzpon na 884 m visok vrh štajerskega Triglava ali že omenjene Donačke gore. Z vrha se nam odpre čudoviti razgled na Haloze, Dravsko in Ptujsko polje, Hrvaško Zagorje in Posotelje. Če imamo srečo in na nebu ni prav

nobenega oblčka, naš pogled seže vse do Blatnega jezera na Madžarskem. Od Rudijevega doma, ki se nahaja pod goro in kjer se lahko okrepčamo z okusnim domačim kosilom, do vrha gore vodi urejena planinska pot, strmo in zavito speljana med koreninami zavarovanega bukovega pragozda. Ravno ta je posebnost Donačke gore, saj gre za 27 ha velik naravni rezervat, ki je kot pragozd zavarovan od leta 1965. V Sloveniji so le trije bukovi gozdovi s pragozdnim značajem. Rudijev dom je dostopen tudi po asfaltirani vijugasti cesti, ki se strmo vzpenja nad gričevnato pokrajino in vrh Donačke gore je od tam dosežen le v dobre pol ure hoje navkreber. Gora je znana tudi po rastlinskih posebnostih, ki jih drugje ni – na njenih skalnih stenah in policah prisojne strani se v Sloveniji namreč skriva edino nahajališče juvanovega netreska.

Za konec še namig ob poti: če vam čas dopušča, se je vredno ustaviti v tretjem največjem mestu in raziskati Stari grad Celje. Z razgledne grajske ploščadi se nam odpre čudovit razgled na mesto Celje, reko Savinjo in okoliške hribe. Druga postojanka je le nekaj kilometrov stran od Rogatca, to je priljubljeno zdravilišče Rogiška Slatina, kjer lahko ob sončnem vremenu pohajamo med urejenimi, pisanimi gredicami in si v bližnji kavarni na terasi privoščimo kozarček zdravilnega donata.

**ROMANA VANTUR**

*Foto: R. Vantur*



# V gore poleti

Pred vami, drage bralke in bralci Pljučnika, je drugi prispevek na temo obiska hribov in gorskega sveta. Na prvi prispevek, ki je bil objavljen v decembrski številki 2016, je bilo največ odzivov na stavek, da alkohol pozimi ne sodi v gore. Naj poudarim, da enako velja poleti, ko je nevarnost podhladitve v gorah presenetljivo velika, morebiti celo večja kot pozimi.



Jesensko popoldne pod vrhom Skute v Kamniških Alpah.  
Foto: osebni arhiv

Z alkoholom je povezan tudi nočni počitek – verjetno se marsikdo spomni, kako nelagodno se je počutil v koči, kamor je prišel uživati gorski mir, v spodnjih prostorih pa so odmevali alkoholni kriki.

V poletnih mesecih, ko je v dolini krepko čez 30 stopinj, se zrak v gorah lahko izjemno hitro ohladi, lahko tudi sneži. Med starejšimi alpinisti je dobro poznan primer, ko je zaradi podhladitve in izčrpanosti tik pod robom stene preminil par vrhunskih alpinistov, saj ga je poleti zajelo neurje s snegom. Torej, prvo pravilo (poleg tega, da alkohol ne sodi v gore) je, da imamo vedno s seboj kakšno toplo oblačilo, kapo in rokavice. Tudi če bo zaradi tega nahrbtnik nekaj gramov težji in bolj napihnjen, boste ob

iskanju koč v hladnem večeru ali ob morebitnem poslabšanju vremena zelo veseli, da jih imate s seboj. Ne spreglejte opozorila vremenoslovcev o morebitnih nevihtah. Če ste nekje na poti do koč ali bivaka, boste naravne sile dojeli kot zlovešče, iz zavetja tople koč ali zaščitite bivaka pa boste lahko očarani nad močjo narave.

Zelo veliko nesreč se v gorskem svetu poleti zgodi zaradi zdrsov. Sneg, čeprav ga je bilo v letošnji zimi žal malo, ostaja v senčnih delih lahko dolgo v poletje. Ob prečkanju snežnih jezikov se navadno nihče ne ukvarja s tem, kaj se bo zgodilo, če morda zdrsne. Žal se takšni zdrsi pogosto končajo s posredovanjem gorske reševalne službe. Po uradno do-

stopnih podatkih Gorske reševalne zveze Slovenije je zdrs daleč najpogostejši vzrok nesreč v gorskem svetu; kar 25 % nesreč v letu 2016 pripišemo zdrsu. Tako pridemo do naslednjih dveh pripomočkov, ki sodita v nahrbtnik, to so dereze in cepin, ki so vsaj pri obisku visokogorja nujni. Za določene poti, sploh za zavarovane z jeklenicami, je nujna uporaba gorniške čelade. Kamen nam, če nimamo čelade, na glavo namreč pade samo enkrat.

## 112

Obvezni so še zadostna količina izotonične tekočine, kapa s šiltom, krema za sončenje in sončna očala, saj je sončno sevanje v gorah večje kot v dolini. Informacije o poti pridobimo iz ustrezne literatur, dobro se je o predvideni poti (trajanje, zahtevnost itd.) pogovoriti s kom, ki je tam že hodil. Ob morebitnem komentarju »To je čist izi« bodite previdni, saj je lahko sogovornik neprimerno bolj izkušen in se raje pozanimajte še pri kom drugem.

Še priporočilo o uporabi palic: paščke uporabljamo samo pri hoji navkreber, pri hoji navzdol pa roke vzamemo iz paščkov. Zakaj? Če pademo in imamo roke v paščkih, nam bo palica potegnila roko s seboj, z veliko verjetnostjo to pomeni pod nas, in ko bomo s težo telesa padli na to roko oziroma palico, bo roka zlomljena.

Če ste v gorah zašli, se poškodovali oziroma imate težave – nikakor ne odlašajte s klicem na 112. Bolje poklicati prej kot kasneje. Hoja v gore je odmik od ponorelega dolinskega sveta, za marsikoga tudi športni podvig, priložnost za druženje, meditacija ali vsakega malo. Brez skrbi, tudi če se ne počutimo dobro, bodo gore še vedno počakale na naslednjo priložnost. Pa srečno in upam, da se vidimo kje višje!

**JANEZ TONI**

# Regačica

Če v slabi stvari vidimo kanček dobrega, lahko tudi nadležni plevel postane okusna solatka.



Regačico pozna vsak vrtnar. Spomladi požene med prvimi rastlinami na vrtu in uspeva do pozne jeseni, v skalnjakih, na cvetličnih gredicah, skratka povsod tam, kjer si je ne želimo. Med odstranjevanjem plevela ostanejo v zemlji koreninice, ki se rade trgajo in tudi v najslabših razmerah spet poženejo novo rastlino.

Regačica spodbuja našo prebavo in presnovo, deluje razkuževalno in spodbujevalno. Spodbuja izločanje vode in učinkuje poživilno. Nabiramo zaprte listke, s stebelci vred. Nabiramo lahko tudi stebelne poganjke pa tudi že razvite liste. Z vsemi deli rastline se lahko kulinarčno poigramo.

Najbolje je rastlino uživati presno, lahko tudi kuhano, uporabimo jo kot zelenjavo za juho, pripravimo jo kot špinačo ali

solato. Njen okus spominja na korenje. Lahko pa jo dobro posušimo in shranimo v zaprtih kozarcih.

Poleg obilo vitamina C in A vsebuje veliko rudninskih snovi in mikroelementov, čreslovine, grenčine. Vsekakor vsebuje veliko več vitaminov in rudninskih snovi kot zelenjava, med katero raste.

## **CAPRESE Z REGAČICO**

Caprese je vrsta solatke in v njeni domovini, italijanski pokrajini Campania, jo ponudijo kot predjed ali samostojno poletno jed. Tradicionalni recept predpisuje baziliko, ki jo lahko zamenjamo z regačico.

## **Sestavine za 4 solatke:**

8 manjših paradižnikov

4 mocarele  
pest mladih poganjkov regačice  
sol in sveže mleti poper  
nekaj kapljic deviškega oljčnega olja  
1 dl limoninega soka

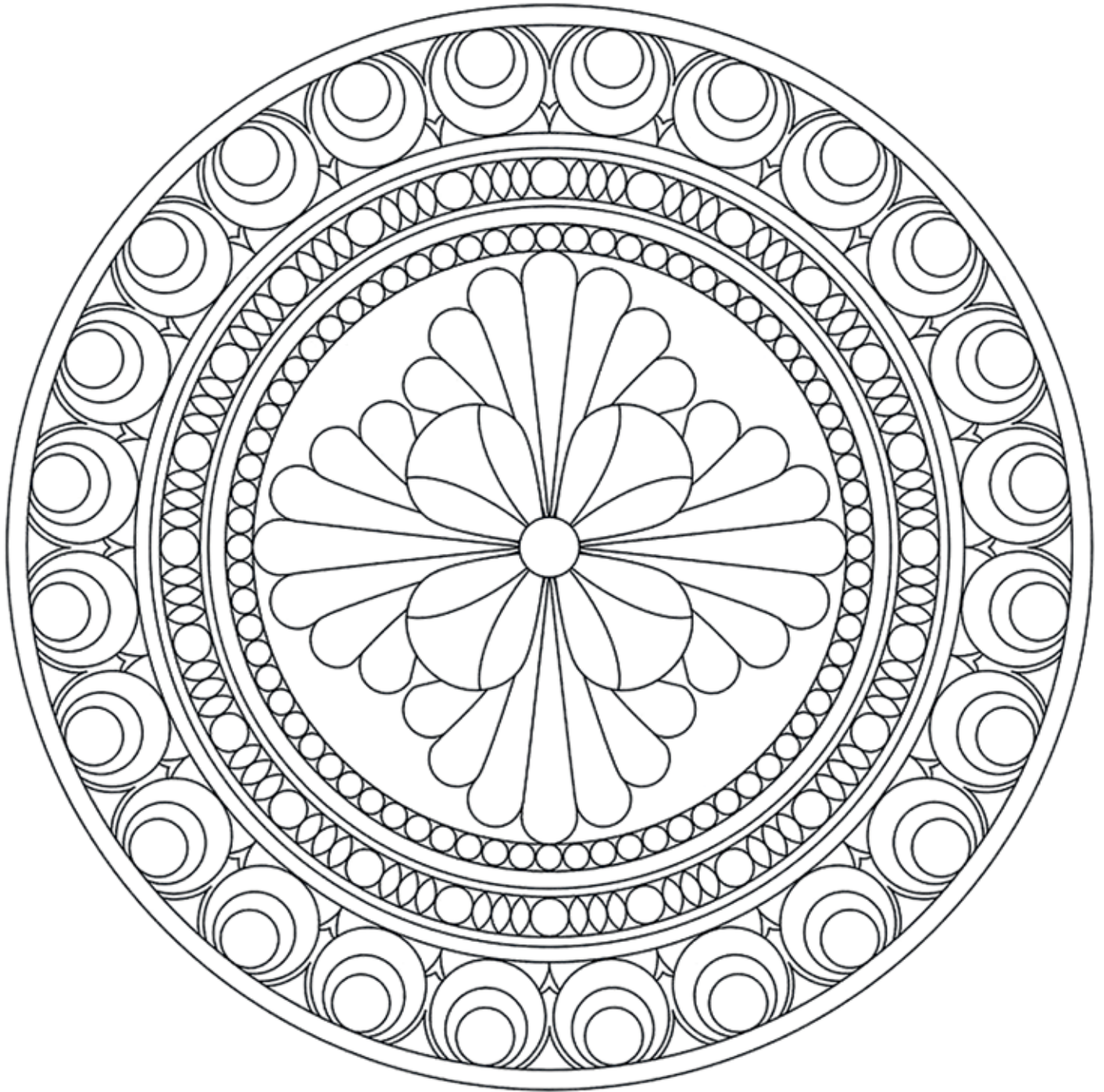
## **Priprava:**

Opran paradižnik in mocarelo narežemo na tanke rezine in zložimo na krožnik. Okrasimo z regačico, posolimo in popopravimo ter pokapljamo z dobrim oljem.

## **KATJA VRANKAR**

Foto: K. Vrankar

**Vir:** Katja Mrzel, <https://www.aktivni.si/prehrana/zdrava-prehrana/regacica-spodbuja-prebavo-in-presnovo/>



**Poiščite svoje središče, poiščite mir ...  
in pobarvajte mandalo**

Tisti, ki so posvetili življenje raziskovanju bogate zakladnice mandal, so ugotovili, da imajo nesporen vpliv na mentalno zdravje človeka. Predstavljajo idealno sredstvo za meditacijo. Popolna simetrija in harmonija simbolizirata enost in celino, ki se začne v eni točki v središču kroga. Iz točke se vse rodi. Iz nje izhajajo koncentrični krogi, simboli premikanja, ki se skladno širijo v neskončnost. Obenem je zakon središča mir. Zato vsi vedno iščemo središče. Svoje središče. Iščemo lastno harmonijo in mir.

Švicarski psiholog Carl G. Jung, (rojen julija 1875, umrl junija 1961) ustanovitelj analitične psihologije, je v prakso s psihoterapijo uspešno vključil delo z mandalami. Način risanja mandal se je naučil v Indiji, ko je na enem od svojih potovanj študiral vzhodno filozofijo. Sprva ni razumel pomena mandale, ki ga ima ta na človekovo psiho.

Ko jih je začel čez nekaj časa risati, se je pogosto spraševal, kam vodi ta proces. Kakšen cilj ima? Iz lastne izkušnje je vedel, da ne sme izbrati cilja, ki se mu zdi znan, in da potrebuje čas in potrpljenje. Dobro se je zavedal, da mora opustiti idejo o nadrejenem položaju ega.

Vir: <https://www.mandala.si/jung.html>