

Ustvarjanje pogojev za kakovostno delo

Lansko jesen sem prevzel vodenje odbora za strokovno-medicinska vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije. Imenovanje na to mesto sem razumel kot izraz zaupanja kolegov, ki so me predlagali in tudi izvolili. Sedaj, ko pišem te vrstice, se šele zavedam, kakšno srečo sem imel ob imenovanju sodelavcev v odbor. Štirje člani so namreč ostali v odboru iz prejšnjega mandata, kar se je pokazalo kot nadvse dragocena zapuščina novemu odboru. Ob izvolitvi namreč nisem kaj prida vedel o dokaj zapleteni dejavnosti odbora za strokovno-medicinska vprašanja, kolegi iz prejšnjega mandata pa so s svojimi izkušnjami pripomogli, da je delo steklo brez večjih zastojev, ter da je bila ohranjena nepretrganost delovanja odbora. Za ta neprecenljivi prispevek se jim posebej zahvaljujem.

V čem vidim vlogo odbora za strokovno medicinska vprašanja? Odgovor: v ustvarjanju pogo-

jev za kakovostno delo zdravnikov. V tem odgovoru pa se skriva marsikaj, kar je potrebno za ohranjanje visoke kakovosti zdravniškega dela, ki je predvsem rezultat strokovne neoporečnosti, zaupanja vrednih medsebojnih odnosov in primernih materialnih pogojev za delo. Namenoma, in upam tudi upravičeno, sem na prvo mesto postavil pogoj strokovne neoporečnosti. Pri uspešnem opravljanju zdravniškega poklica ne gre brez širokega in poglobljenega poznavanja stroke. Razvoj medicine po svoji hitrosti verjetno lahko primerjamo le še z razvojem elektronske informacijske znanosti. Brez nenehnega študija in usposabljanja si danes ne moremo več predstavljati uspešnega in sodobnega zdravnika. Večina zdravnikov se tega dobro zaveda in se nenehno izpopolnjuje. Da bi zdravnike k temu vzpodbujali, je Zdravniška zbornica pooblaščenca, da količino in kakovost nenehnega izobraževanja vseh slovenskih zdravnikov tudi spremlja in nadzira. Na ta način se posredno zagotavljajo tudi materialni pogoji, ki jih morajo zagotoviti delodajalci zdravnikov. Odbor za strokovno-medicinska vprašanja Zbornice v sodelovanju z Zdravniškim društvom v ta namen podeljuje tako imenovane kreditne točke nenehnega izobraževanja, ki so eden od pogojev za podaljševanje zdravniške licence.



Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med.

Največ energije in časa člani odbora za strokovno medicinska vprašanja posvetimo reševanju pritožb naših bolnikov in njihovih svojcev. Kako porušeno je mnogokrat zaupanje v zdravnikovo delo. Zdravniki res nismo vsemogočni. Žal se prepogosto dogaja, da smo povsem nemočni. Tedaj smo nagnjeni k nedostopnosti, osornosti, včasih postanemo tudi agresivni. Prihaja do konfliktnih situacij med bolniki in njihovimi svojci ter zdravnikom, ki kljub svojim najboljšim nameram ni uspel s svojim zdravljenjem. Veliko pritožbam botrujejo takšne okoliščine. Prihajajo pa tudi pritožbe na zdravnikovo delo, ki temeljijo na sumu zdravnikovih strokovnih napak, malomarnosti in pomanjkljivem znanju. Kot organ Zdravniške zbornice mora odbor za strokovno-medicinska vprašanja vsako pritožbo najresneje obravnavati, kar je občutljivo in dolgotrajno delo. Vsaka na hitro in slabo premišljena odločitev bi samo še zmanjšala zaupanje v delo slovenskega zdravnika in prav tako v verodostojnost Zdravniške zbornice. Zavedamo se velike odgovornosti do zagotavljanja pravic našim bolnikom kot tudi do zaščite poklicne integritete naših zdravnikov. So pa žal tudi primeri, ko moramo ugotoviti, da so zdravniki ravnali proti načelom medicinske znanosti ali proti načelom medicinske etike in so s tem svojim ravnanjem povzročili škodo na bolnikovem zdravju. V takih primerih mora odbor odločati o postopku, ki ga bo uvedel proti takšnemu kolegu. Nekaterih primerov enostavno ni mogoče prezreti, ne opravičiti. S pravnimi, skrbno pretehtanimi od-

ločitvami, ki so podprte s pridobljenimi mnenji najbolj pristojnih medicinskih strokovnjakov, bomo ponovno pridobili trenutno hudo načeto zaupanje javnosti, ki nam nenehno očita nekakšno "cehovstvo" v najslabšem pomenu te besede. K sreči ugotavljam, da primerov dokazljivo napačnega ravnanja zdravnikov ni veliko. V veliki večini se pritožbe pojavljajo ob zapletih, ki se dogajajo med zdravljenjem, ki pa mu ni moč očitati odstopanja od strokovno priznanih norm. Pogosto je sprožilni mehanizem za vložitev pritožbe nesporazum med bolnikom in njegovimi svojci ter zdravnikom, kar pa nima nič opraviti s potekom samega zdravljenja. Težko bi z nekaj besedami razložili bistvo problema, ki pa bi se ga moral vsak zdravnik globoko zavedati. Lahko bi to imenovali "krizo komuniciranja", ki je še kako prisotna med našimi zdravniki. Pristen, človeško topel odnos zdravnika do bolnika, dela čudeže. Vzbuja zaupanje in razumevanje v primeru, da se v procesu zdravljenja ne izteče vse tako kot si želimo. To pa se, kot dobro vemo, zgodi kar pogosto.

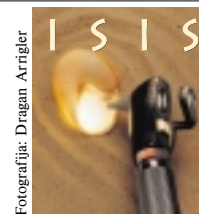
Zdravniški poklic je morda med vsemi poklici najbolj pod drobnogledom javnosti. To je do neke mere razumljivo, saj smo čuvarji zdravja, ki je, če si priznamo ali ne, največja vrednota posameznika. Prizadevajmo si, da naš poklic ne bo izgubljal na ugledu. K temu bo prispevalo tudi spoznanje, da je delo zdravnika nadzorovano in ocenjevano s strani strokovnjakov, ki imajo v zdravniškem poklicu velike izkušnje. Na tem področju vidim eno najpomembnejših vlog odbora za strokovno-medicinska vprašanja Zdravniške zbornice Slovenije. Ocenjevanje in nadzor nad kakovostjo zdravnikovega dela mora prinesiti pozitivne rezultate.

Stalno strokovno izpopolnjevanje zdravnikov pa je žal le eden od pogojev za kakovostno delo. Dandanes zdravnik ne more uspešno opravljati svojega dela le s stetoskopom in nekaj kirurškimi instrumenti. Uspešnost sodobne medicine je odvisna od cele množice tehničnih pomagala, ki niso poceni. Z eno besedo: orodje. Zdravnik ga potrebuje, če želi zdraviti na sodoben način. Seveda želi in isto od njega pričakujejo tudi njegovi bolniki. Za opremo pa vedno zmanjka denarja. Slutimo, da sredstva tudi niso najbolj smiselno porazdeljena, nekje jih primanjkuje, drugod pa se uporabljajo za nabavo opreme, ki ni nikoli povsem izrabljena. Če zahtevamo od zdravnika kakovostno delo, mu moramo zagotoviti tudi materialne pogoje. Na tem mestu prav gotovo ne mislim na povišanje plače, ampak predvsem na sodobno medicinsko opremo. Prepričan sem tudi, da bi ob splošnem pomanjkanju denarja v zdravstveni blagajni nabavi sodobne opreme morali dati prednost pred investicijami v nove bolniške objekte. Da ne bo nesporazuma. Gre le za predlog vrstnega reda.

Ko sem v dnevnem časopisju prebral zapis o posojilu v višini 7 milijard tolarjev, ki jih je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pred osmimi leti odobril državnemu proračunu, sem bil, milo rečeno, močno presenečen. S tem denarjem bi verjetno lahko posodobili večino medicinske opreme v državi. Če poskušam biti državotvoren, se tudi pustim prepričati, da je bilo tedaj to posojilo namenjeno najvišjim ciljem. Sedaj pa je skrajni čas, da se nam država za to plemenito dejanje oddolži ter nam in našim bolnikom nameni več denarnih sredstev, brez katerih bo medicina nujno pričela nazadovati. S tem pa si vsi skupaj žagamo vejo, na kateri še nekako vztrajamo.

Bodimo optimisti. Malodušje ne more v ničemer izboljšati razmer v zdravstvu. Potrebujemo čimveč strokovno in družbeno dejavnih kolegov, ki nam bodo v pomoč pri našem delu. Vse raznovrstne dejavnosti odbora za strokovno-medicinska vprašanja imajo v bistvu le en cilj. Prispevati k udejanjanju kakovosti delovanja slovenskih zdravnikov in jim za dosego tega cilja v okviru možnosti tudi na vseh področjih pomagati. Prepričan sem, da se večina kolegov zaveda pomembnosti tega vprašanja in tako tudi ravna. Zagotavljam v svojem imenu in v imenu članov odbora, da si bomo tudi v našem mandatu prizadevali nadaljevati načrtano pot in prispevati k ohranjanju visoke ravni slovenske medicine.

Vladislav Pegan



Vsebina

uvodnik	Vladislav Pegan	• Ustvarjanje pogojev za kakovostno delo	3
novice		•	8
fotoreportaža		• 23. IATROSSKI	28
iz glasil evropskih zbornic		•	31
aktualno	Zlatko Fras, Mojca Vrečar	• Nekatere značilnosti sprememb sistema podiplomskega usposabljanja zdravnikov in zobozdravnikov v Sloveniji	32
	Zlatko Fras, Mojca Vrečar	• Upravni odbor UEMS je zasedal septembra v Helsinkih	45
	D. Rotar Pavlič, J. Kersnik, I. Švab	• Napotitve v dejavnosti splošne medicine	48
	Katja Bolčina	• Medicinska upravičenost izpostavitve bolnika virom ionizirnega sevanja	51
	Borut Bratanič	• Končno pričetek gradnje nove Pediatrične klinike v Ljubljani	54
	M. Sedmak, G. Logar Car	• Presaditev jeter pri otroku	56
zanimivo	Romina Znoj	• Isis in staroegipčanska medicina	63
	Peter Skrabanek	• Zdravnikova odgovornost ob bolniku	64
programi strokovnih srečanj		•	69
delo Zbornice		• Zapisnik IO ZZS	99
strokovna priporočila	Tomaž Šeruga	• Endovaskularno zdravljenje anevrizem intrakranialnega ožilja	102
strokovne informacije	Božana Podrumac	• Naše izkušnje z loratadinom pri zdravljenju otrok in mladostnikov z najpogostejšimi alergijskimi boleznimi s kožno simptomatiko	104
strokovna srečanja	Jurij Dobovišek	• II. mednarodni forum o antagonizmu receptorjev angiotenzina II	106
	Bogdan Fludernik	• Poročilo s skupščine Združenja kirurgov	108



OTOSKOP

Nepogrešljiv zdravniški pripomoček, ki spremlja paciente od rojstva naprej. V splošno prakso ga je v 19. stoletju uvedel Jospeh Toynbee (1815 - 1866). Simbolno ga na sliki dopolnjuje polžja hišica, z aluzijo na polža v ušesu. Seveda luč otoskopa ni tako močna, na fotografiji smo želeli simbolno prikazati trenutek, ki omogoči postavitev diagnoze, ustrezno zdravljenje in s tem olajšanje bolečine.

Tekst in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

	Urška Lunder	• Javni forum o bolečini	111
	Janez Dolensek	• Cepiti ali ne cepiti, to bo zdaj vprašanje	114
	Breda Zakotnik	• Posvetovanje o cepljenju v Sloveniji	116
	Tomaž Čakš	• Zdravniki proti tobaku	121
	Matija Gorjanc	• Beneški implantološki karneval	122
tako mislimo	Aleksander Brunčko	• Kaj pa naše pravice?	125
odmevi	Darja Boben Bardutzky	• Pomen dobrih odnosov v zdravstvu	126
	Franc Košir	• Obračunski sistem v ambulantni ginekologiji	128
	Andrej Žmitek	• Pismo asist. mag. Andreju Marušiču, dr. med.	131
	Müller Premru in ostali	• Pojasnilo k članku "Ne odkrivajmo Amerike, ker je že odkrita"	132
	Andrej Žmavc	• "Razvoj" družinske medicine v Sloveniji	133
nove publikacije	Željko Jakelič	• Imunski sistem in odpornost	134
	Klemen Rebolj	• Skrivnost možganskega čipa	134
	Janko Kersnik	• Gorska reševalna služba	136
	Mateja Krajc	• Čas za pogovor?	137
recenzija	Andreja Kocijančič	• Alergijski rinitis pri odraslih	138
personalia		•	138
zdravniki v prostem času	Tomaž Rott	• Slapovi Iguaçu	139
koledar zdravniških srečanj		•	145
misli in mnenja uredništva	Alojz Ihan	• Ali lahko zdravnik zlorabi javnost?	162



Predpisovanje zdravil v Sloveniji v letu 2000 - konkretno

Po zgledu številnih evropskih držav so se tudi na ZZS odločili, da se bodo o predpisovanju zdravil pogovarjali z zdravniki samimi v okolju, kjer delajo. Ker so nekje morali začeti in prebiti led, so se spomnili na nas v Sevnici, majhnem kraju s specifično populacijo (trije domovi starostnikov - od tega en posebni zavod), z dvema koncesionarjema splošne/družinske medicine ter še desetimi zdravniki v zdravstvenem domu.

Mi smo pobudo sprejeli, saj smo prvič dolej pričakovali, da bomo slišali in videli kaj več od suhoparnih, a zastrašujočih številkah o številu škatlic in desetinah milijonov tolarjev, porabljenih za zdravila na naše recepte v enem letu. Tako sta nas 6. marca obiskala Jurij Fürst, dr. med., in mag. Doroteja Novak Gosarič z oddelka za zdravila centrale ZZS v Ljubljani.

Projekta obvladovanja stroškov za zdravila so se v ZZS lotili zelo resno, tako z razvrstitvami zdravil na liste, s soustvarjanjem priporočil v Racionalni farmakoterapiji ter z informatizacijo do najnižnega možnega nivoja ("Big Brother is watching"....)

Informacijski sistem ZZS je zgrajen do te mere, da omogoča evidentiranje in spremljanje predpisanih in izdanih zdravil v breme ZZS ne samo na nivoju države ali regije, danes je to mogoče na nivoju posameznega zdravnika in pa tudi na nivoju posameznega zavarovanca.

Ekipa z Jurijem Fürstom, dr. med., na čelu je najprej preučila podatke, ki so na voljo v Evropi o predpisovanju zdravil in poskušala uvesti enako metodologijo izračunavanja predpisovanja zdravil, da bi bile primerjave sploh mogoče. Uporabili so metodo definirane dnevne doze zdravila/ 1.000 prebivalcev (DDD), ki jo uporabljajo tudi druge države, katerih podatki so lažje dostopni, to pa so nekatere skandinavske države (Danska, Finska, Švedska) in nekatere vzhodnoevropske (Češka).

V svojem članku v Zdravniškem vestniku št. 1/ 2001 pred mesecem dni je objavil primerjavo Slovenije med letoma 1992 in



Jurij Fürst, dr. med., in mr. pb. Doroteja Novak Gosarič

1998 ter Evropo 1998 glede na predpisana zdravila za zdravljenje bolezni srca, kjer smo videli, kje smo v svojem predpisovanju še "zadaj" za Evropo, kje pa smo pa že "pred" njo. Prikazan je bil velik porast v predpisovanju v letih od 1993 do 1994 ter umirjanje poraščanja v zadnjih letih.

Zdaj pa ima Jurij Fürst, dr. med., zbrane podatke za leto 1999 in 2000 za Slovenijo in za leto 1999 za Evropo. Najprej nas je seznanil s primerjavami po posameznih skupinah zdravil: npr. pri H₂-antagonistih predpišemo dvakrat več DDD/ 1.000 prebivalcev kot Skandinavci, pri zaviralcih protonске črpalke pa so Švedi štirikrat "razsipnejši" od nas. Dosti preveč predpišemo propulzivov (Digenol), medtem pa pri antiagregacijski terapiji "zaostajamo" skoraj za polovico za Švedi. Bistveno bolj smo previdni z relativno poceni diuretiki (tako Henleyeve zanke

kot ostalimi), zelo pa imamo radi zaviralce angiotenzinske konvertaze in kombinacije. Pri statinih smo dosegli raven Švedov. V Skandinaviji se proti osteoporozi borijo predvsem z estrogeni, pri nas pa predpišemo dosti več mnogo dražjega kalcitonina in difosfonatov. Močnejši smo pri uporabi alfa-blokatorjev za zdravljenje BHP, še vedno predpišemo ogromno benzodiazepinskih anksiolitikov, v ostalih skupinah pa pri nas, razen antibiotikov, ni več večjih odstopanj od severne Evrope.

S posebno skrbjo in analizo se je Jurij Fürst, dr. med., lotil antibiotikov, ki jih že nekaj let spremlja, ter je podrobno razčlenil naše predpisovanje za vsakega zdravnika posebej in v primerjavi tako s slovenskimi kot s skandinavskimi povprečji. "Zanimivi" in zgovorni so bili tako grafikoni o številu škatel antibiotikov/ 1.000 pogojno opredeljenih

oseb, še bolj pa razčlenitve razmerij med penicilinom V, amoksicilinom, antistafilokoknimi atb, kombinacijo amoksicilina z zaviralci betalaktamaz, cefalosporini ter ostalimi - kinoloni, antimikotiki (sistemskimi), makrolidi (novejšimi).

Posebno so bili ti podatki različni od skandinavskih glede na uporabo kombinacije amoksicilina s klavulansko kislino proti osnovnim penicilinom, ter novejših makrolidov in zanimivi predvsem skozi prizmo razvijanja odpornosti posameznih mikroorganizmov na pogosto uporabljane antibiotike.

Seveda smo o tem tudi že prej dosti slišali, tudi od Jurija Fürsta, dr. med., (iz njegovih člankov v ZV in prispevkov v Racionalni farmakoterapiji), vendar je poseben strelitveni efekt prav gotovo močan ob pogledu na svoj, z inicialkami imena označen stolpec v grafikonu v primerjavi z drugimi zdravniki, s slovenskim povprečjem in s predpisovalnimi navadami v Skandinaviji.

Prikazano je spodbudilo živahno razpravo med gosti (strokovnjakoma za zdravila ZZZS, ter direktorjem in finančnim vodjo z območne enote ZZZS) ter gostitelji (zdravniki ZD Sevnica in obema koncesionarjema splošne/družinske medicine). Razprava je potekala tako o načinu teh pogovorov (kar bo gotovo v pomoč oddelku za zdravila ZZZS v pripravljanju in načrtovanju prihodnjih srečanj z zdravniki po Sloveniji), kot o izsledkih, rezultatih, o dvomih, izkušnjah in

težavah predpisovalcev zdravil, o pritiskih in "frontalnem napadu" farmacevtske industrije na zdravnike, o nadaljevanju predpisovanja na predlog specialistov sekundarnega nivoja in še in še.

Nakazali smo nekaj rešitev za zmanjševanje pritiska in dostopnosti pacientov do zdravnika na primarni ravni (participacija pri obiskih in tudi pri zdravlilih). Tudi o pravih obveznega zdravstvenega zavarovanja smo se pogovarjali in o členu, da moramo vedno najprej predpisati najcenejšo paralelo nekega zdravila, ko se ceniki kar naprej spreminjajo. Da bi se izognili kaznim in sankcioniranju zdravnikov, ki se ne bodo držali pravil OZZ, s katerimi nas je (znane in zloglasne delikvente - milionarje - povečevalce stroškov - predpisovalce zdravil) poskušal malo zastrašiti, ali pa vendarle le obrzdati našo "razsipnost z zdravili in s staleži" direktor posavske enote ZZZS, smo zdravniki predlagali generično predpisovanje, kot ga poznajo tudi na zahodu.

Pred leti, pred uvedbo obveznega sekundarijata, smo zdravniki prišli s fakultete s polno glavo generičnih imen zdravil, brez da bi znali nekaj več kot pet specialitet na pamet, potem pa smo si hitro vtepli v glavo tristo imen zdravil in na generična imena čimprej pozabili. Temu bi se z generičnim predpisovanjem prav tako izognili.

S tem bi odgovornost za iskanje cenejše paralele prevladali na farmacevta, podatke o tem, katero paralelo predpisanega generič-

nega zdravila pa je zavarovanec v resnici dobil, pa bo prav kmalu mogoče prebrati na kartici zdravstvenega zavarovanja. In kaj bodo potem počele sicer prijazne in atraktivne, a vendarle mnogokrat utrujajoče farmacevtske predstavnice, ki nas vsakodnevno "obletavajo" z najbolj svežimi izsledki najnovejših in najbolj objektivnih svetovih raziskav o njihovem najboljšem zdravilu? Nič, obletavale bodo farmacevte v lekarnah, če bo farmacevtski lobi kaj takega, kot je generično predpisovanje, dopustil.

(No, za pravo resnico o generičnem predpisovanju zdravil npr. v Angliji je potrebno dodati še naslednje: če zdravniki v neki praksi dosežejo določen procent generičnega predpisovanja, na primer 40 odstotkov receptov, jim zdravstvene oblasti kar konkreten del doseženega prihranka povrnejo - ne morejo si sicer izplačati denarja, lahko pa ga uporabijo za izboljšave npr. tehnične opremljenosti svoje prakse itd. Mi bomo najbrž zadovoljni samo z nekaznovanostjo, kajne?)

S srečanjem z vodjo oddelka za zdravila ZZZS nismo rešili problema predpisovanja zdravil v Sloveniji, prav gotovo pa nam je Jurij Fürst, dr. med., postavil nekaj ogledal, ki si jih sedaj obračamo tako in drugače, da bomo znali (in hoteli?) sami pri sebi in svojem delu nekoliko "našpiciti peresa".

Če je bil namen "obiska" iz oddelka za zdravila dosežen, ne vem. Tole je prvi hohov, karavana gre (baje) dalje...

Dušan Senica



Ivana Jelovčan, dr. med., Alenka Krenčič Zagode, dr. med., Ana Slapšak Gorišek, dr. med., dr. Stanislav Čuber, direktor ZZZS Krško, mag. Tanja Mlakar, finančni vodja enote ZZZS Krško.



Alojz Stopar, dr. med., Irena Kolman Krapež, dr. med., Jurij Pesjak ml., dr. med., Božidar Groboljšek, dr. med., Vesna Bovcon Papič, dr. stom., in Željko Halapitja, dr. med., direktor ZD Sevnica.

Podiplomsko izobraževanje - predavalnice ali delavnice?

Izobraževanje po diplomi je - z vidika vzdrževanja licence - obveznost. Vendar za vsakogar od nas gotovo predstavlja tudi druge stvari: utrjevanje znanja, pridobivanje samozavesti, identificiranje s kolegi, dokazovanje znanja...

Nihče od nas se ne more udeležiti vseh srečanj, simpozijev ali predavanj, ki bi se jih rad. Razlogov je več: finančni (nedvomno), časovni (zagotovo) in osebni (pogosto). Pacienti nimajo pravega razumevanja za naše odsotnosti v zvezi z izobraževanjem. Predobro poznam izraze na njihovih obrazih, ko sestra pojasni, da je kolega ali kolegica na seminarju, na predavanjih itd.

Pred leti sem prebrala pismo bralca, ki sam sicer ni zdravnik, je pa bentil čez prenizke plače zdravnikov. Napisal je, da se zdravnikom zagotovo izplača npr. polaganje ploščic v popoldanskem času, saj je to delo dosti bolje plačano kot njihovo delo. Potem so pa utrujeni in nerazpoloženi za lastno delo. On da bi raje videl, da bi njegov zdravnik v popoldanskem

času počival in v miru prebral kak strokovni članek - in bi potem znal več in bolje zdraviti... Ta gospod je zagotovo unicum...

Kakorkoli že, svoja izobraževanja smo prisiljeni skrbno izbirati. Katera torej?

Interaktivnost se v izobraževanju nasploh pojavlja vse pogosteje. Pomeni dejavno sodelovanje poslušalstva. Praktično utrjevanje in preverjanje znanja. In besedo "lectures" (predavanje) v tujini pogosto nadomesti beseda "workshop" (delavnica). V Sloveniji je nekaj tradicionalnih srečanj, ki prirejajo delavnice ne le za zdravnike, temveč tudi za medicinske sestre. Vsi smo navdušeni nad urgentno medicino (je letos ne bo?), podobni so Novakovi dnevi za ginekologe, sestre in babice, že osemindvajsetič pa srečanje delovnih skupin v osnovnem zdravstvu prirejajo tudi združenje zdravnikov splošne medicine, Inštitut za varovanje zdravja in Katedra za družinsko medicino (omenjam le nekatera srečanja). Slednje združuje tako predavanja kot praktične vaje. Letošnje sre-

čanje skupin v osnovnem zdravstvu prinaša nekaj zanimivih tem: zdravniki se bodo lahko praktično preizkusili v ortopedskem statusu, pregledu kolena, ponovili pregled dojke na modelu, reševali primere predpisovanje nadomestne hormonske terapije.

Sestre in zdravstveni tehniki bodo lahko osvežili večšine merjenja krvnega tlaka (posebni računalniški program z zvočno demonstracijo), svetovanje bolniku z metabolično motnjo, nega golenje razjede z uporabo sodobnih prevezilnih materialov, svetovanja in izobraževanja bolnikov pri osteoporozi, predsednica bo predstavila tudi Društvo bolnikov z osteoporozo.

Teoretični del srečanja bodo obravnavala področja ortopedije in revmatologije, ginekologije z endokrinologijo in otorinolaringologije.

Organizatorji in predavatelji se bomo potrudili, da bo srečanje prijetno in koristno. ■

Nena Kopčavar Guček



zdravnik.net - Moje zdravje na internetu

sredstvo razširjanja medicinskih informacij slovenskim prebivalcem.

www.zdravnik.net smo javnosti odprli 5. marca letos. Nudi dnevno sveže novice s področij medicine in zdravja, aktualno mesečno temo, opise bolezni ter diagnostičnih postopkov, konference z odgovori zdravnikov ter druge raznovrstne medicinske prispevke. Vsebino smo prilagodili tudi uporabnikom dlančnikov, ki lahko vsebino spremljajo preko protokola AvantGo.

Odziv obiskovalcev je zelo vzpodbuden, saj je stran v prvem tednu obiskalo okoli 3.000 ljudi, kar je za slovenski prostor vsekakor zelo ugoden rezultat. Tudi strokovna javnost je projektu naklonjena, k sodelovanju smo pritegnili več zdravnikov, ki bodo našo vsebino še obogatili. To kaže na potrebo po tovrstnem spletnem središču v slovenskem prostoru, saj je skrb za zdravje med prebivalstvom vedno bolj prisotna in tudi informacije o medicini in zdravju so vedno bolj iskane.

Aktualne vsebine tekočega meseca so alergijske bilezni dihal, forumi, ki med drugim pokrivajo področja potovalne medicine, aidsa in virusa HIV, revmatologije, ortopedije in rehabilitacijske medicine. Za temi temami pa se skriva še naša obširna zbirka opisov bolezni ter diagnostičnih postopkov, druge mesečne teme, raznovrstni članki in zdravjemetri - spletne aplikacije, ki omogočajo enostaven izračun telesne teže, gestacijske starosti ter datuma rojstva ali tveganja za aterosklerozo.

Naš glavni cilj je vsakodnevno dograjevanje strani z svežimi in kakovostnimi informacijami. To je vsekakor ena temeljnih zakonitosti, ki jih je treba upoštevati, da stran ostane aktualna in vedno znova obiskana. Med naše največje izzive spada iz-

gradnja kakovostne konferenčne mreže, s katero bomo ljudem ponudili hitre in strokovne odgovore na njihova vprašanja. Za delovanje takšnih konferenc je neobhodno sodelovanje specialistov in specializantov različnih medicinskih področij, kar za naš, trenutno finančno nepodprt projekt, predstavlja problem. Optimizem pa nam je že v prvih dneh javnega delovanja vlilo kar nekaj strokovnjakov, ki so nam na našo prošnjo ali celo prostovoljno ponudili svojo pomoč. Njim in tudi Vam, ki boste v prihodnosti pripravljeni sodelovati z nami, se priporočamo in lepo zahvaljujemo.

Vabljeni vsi, da si stran ogledate na naslovu www.zdravnik.net ali z nami vzpostavite stik preko elektronske pošte na naslovu podpora@zdravnik.net. Veseli bomo vsakršnih kritik in komentarjev.

Amadej Lah

Ideja o spletnem medicinskem informacijskem središču se je porodila decembra leta 1999 v manjšem krogu študentov medicine. Zgraditi spletno središče z medicinskimi informacijami za laike se nam je nemudoma zdel velik izziv.

Internet je bil naši študentski generaciji vedno blizu. Verjetno smo prva generacija, ki je internet nepogrešljivo uporabljala pri študiju. Večina le kot orodje, nekateri pa smo postali njegov del in dejavno sodelovali v njegovem razvoju. Tako smo se doobra spoznali z medicinsko informatiko in nabrali mnogo koristnih izkušenj. Izdelali smo več spletnih predstavitev raznih inštitutov, predstavitev organizacij ter njihovih projektov.

Sprva smo pri projektu sodelovali Borut Gubina, Bruno Lah in Amadej Lah, kasneje pa so se nam pridružili še drugi, med njimi tudi Tomaž Malovrh in Mateja Marc. Povezali smo se v društvo z imenom Društvo za internet, zdravje in medicino.

Naša vizija je bila izdelava spletnega medicinskega središča, ki bi uporabnikom nudilo strokovne in aktualne informacije s področja medicine in zdravja. Delovalo bi kot dodaten način obveščanja in dopolnilno

Sodnomedicinski izvedenec

*Za vse sem slep in gluha,
resnica mi je kruh.*

*(Epigram iz zapuščine
prof. dr. Ivana F. Lenarta)*

Evropska direktiva: identifikacijski podatki pri izdaji medicinskih pripomočkov zaradi sledljivosti izdelkov

V skladu s pravilnikom o medicinskih pripomočkih (Ur. l. RS št. 82/00) je izdelovalec medicinskega pripomočka (sem spadajo seveda tudi zobozdravstveni fiksni ali snemni protetični nadomestki) dolžan za izključnega uporabnika izdati izjavo s podatki o uporabniku (ime in priimek). Ne glede na to, da nas sekcija zobotehnikov in inženirjev zobne protetike pri GZS opozarja, da zobozdravstvenih pripomočkov, ki jih izdelujejo člani sekcije v zobotehničnih laboratorijih ni mogoče označiti na samem izdelku, pa je tu **evropska direktiva** (aneks VIII, evropska direktiva 93/42 o medicinskih pripomočkih) tista, ki nas obvezuje, da vo-

dimo podatke o tehniku - laboratoriju, zobozdravstveni ordinaciji - zobozdravniku in materialu, ki ga uporabljamo. Ker tega ne moremo registrirati na izdelku, moramo skrbeti za dokumentacijo, kjer morajo biti dokumentirani podatki o uporabniku in izvajalcu.

Na podlagi navedenega nas Gospodarska zbornica Slovenije prijazno naproša, da obvestimo vse člane Zdravniške zbornice Slovenije, ki so naročniki storitev in izdelkov v zobotehničnih laboratorijih, da ob naročilu navedejo tudi nedvoumne identifikacijske podatke o pacientu (**nikakor pa ne priimek!!** - Zakon o varstvu osebnih podatkov),

ki bo lahko omogočil sledljivost izdelka v skladu z veljavno zakonodajo.

Zdravniška zbornica Slovenije - odbor za zobozdravstvo - je že pred časom založil zobozdravstveno kartoteko, ki že sedaj upošteva to in tudi naslednje zahteve evropske skupnosti. Obrazec nosi oznako OZK - 08-2000, protetična priloga. Kartoteka je zamišljena tako, da jo vsak terapevt sam prikroji po svojih potrebah. Trenutno lahko nabavite kartoteko z vsemi prilogami pri Zdravniški zbornici Slovenije, DZS pa se dogovarja z ZZS za njeno trženje.

Nasvet: čimprej se lotimo stvari, ki so nam zoprne, a neizbežne. ■

IME PACIENTA
za hitro ugotavljanje
identifikacije pacienta-interno
(Francka, Lojze)

Ime terapevta

Naslov ordinacije

ZOBODZDRAVSTVENA KARTOTEKA

PROTETIČNA PRILOGA II KAPITULNI STORITVE

Zobozdravstvena ordinacija: _____ Zdravniški laboratorij: _____

Zdravnik: _____ Zdravnik: _____

NACRT PROTETIČNEGA DELA: Zdravniško, zgornji/zadnji, vrsta in material protetičnega izdelka, barva, šifra, prostorični ris:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Kol.	Šifra	Tučka	Komentar	Stanje

Pacient: M 2
 Datum: _____
 Polič: _____
 Barva: _____
 Posebnosti: _____
 Krvna: _____

DATUM	NAROČENA DELOVNA FAZA	DATUM DOSTAVE	LIRA DOSTAVE	CENA STORITVE

Priloga pripravil: _____ Izdala in založila Zdravniška zbornica Slovenije

08- 021-08 2000

ŠT. KARTOTEKE XXXXX

Naziv laboratorija

Ime tehnika;
tudi podizvajalci
morajo biti
navedeni

Št. obrazca:
OZK-08-2000

Ali je res potreben enotedenski seminar iz varstva pred ionizirnim sevanjem, ki ga prireja Zavod za varstvo pri delu

Odbor za zobozdravstvo pri ZZS je na svojem 4. sestanku dne 24.01.2001 obravnaval vprašanje opravljanja obveznega **enotedenskega** seminarja iz varstva pred ionizirnim sevanjem, ki ga vsakih pet let prireja ZVD in je **obvezen** tudi za zobozdravnike, ki imajo v svojih ordinacijah RTG-aparat.

Vsebina seminarja: osnove sevanja, biološki učinki sevanja, nadzor kakovosti v rentgenski diagnostiki, delo z odprtimi viri sevanja, zaščita pred sevanji, shranjevanje in predelava rentgenskih odpadkov, sevanje v življenjskem okolju, dekontaminacija in naloge strokovnih oseb na področju zaščite pred sevanji. Vse to so znanja, ki jih študenti stomatologije pridobijo med študijem in sicer pri predmetih fizika, biokemija in splošna in stomatološka radiologija. Vsakih pet let ZVD vabi na obvezen enotedenski seminar od ponedeljka do petka od 9.00 h do približno 14.00 h.

Menimo, da se vedenje o rentgenskem sevanju in njegovem vplivu na okolje in človeški organizem v zadnjih letih ni toliko spremenilo, da bi zobozdravniki morali vsakih pet let na enotedenski izpopolnjevalni tečaj. Spremenile pa so se aparature in pojavi- le so se nove tehnologije. Aparature so vsako leto bolj varne, manjše je sevanje, manjša je nevarnost škodljivega sevanja in enostavnejše so za uporabo.

ZVD opravlja redne **preventivne preglede aparatur** vsako leto tako, da strokovna oseba lahko hitro ugotovi vsako nepravilnost ali dotrajanost aparatov. (Kot zanimivost: tehnični pregled avtomobilov po novem opravljamo vsake tri leta do določene starosti avta, kasneje pa so pregledi pogostejši.)

Namen **dozimetrične kontrole** je ugotavljanje ustreznosti zaščite pred ionizirnim sevanjem. Zakonodajca predpisuje, da mora vsak delavec, ki dela na območju ionizirnega sevanja, nositi osebni dozimeter, s katerim merimo efektivno dozo.

ZVD redno in sistematično kontrolira

osebne dozimetre in vsak uporabnik prejme rezultate mesečne dozimetrije, kjer je navedena tudi letna doza v tekočem letu in skupna doza, odkar uporabnik dela z viri ionizirnega sevanja.

ZVD opravlja tudi obvezne **letne zdravniške preglede** pri vseh, ki delajo z viri ionizirnega sevanja, pa do sedaj še v nobenem letnem poročilu nismo zasledili bolezenskih sprememb zaradi dela z zobnimi RTG aparati.

Odbor za zobozdravstvo je o vsem tem obvestil ZVD. Skladno z določbami obeh zakonov ter obeh pravilnikov (*Zakon o varstvu pred ionizirnim sevanjem in posebnih varnostnih ukrepih pri uporabi jedrske energije Ur. list SFRJ št. 40/1986 in Pravilnik o strokovni izobrazbi, zdravstvenih pogojih in o zdravstvenih pregledih oseb, ki smejo delati z*

viri ionizirnih sevanj, Ur. list SFRJ št. 40/1986) odbor meni, da morajo imeti zobozdravniki, ki delajo z viri ionizirnih sevanj in so jim s tem vsaj deloma izpostavljeni, opravljen tečaj in izpit iz varstva pred ionizirnimi sevanji. Ugotavlja tudi, da obstaja dovolj trdnih argumentov za opustitev obnavljanja znanja in rednih enotedenskih seminarjev z izpitom vsakih pet let. Prav tako odbor predlaga, da ZVD že sedaj preuči zastarele pravilnike še iz SFRJ, jih posodobi in uskladi s podobnimi, ki jih uporabljajo v EU.

Odbor za zobozdravstvo predlaga, da je izpit iz varstva pred ionizirnimi sevanji, ki ga je zobozdravnik opravil pri ZVD, trajen. V tem smislu je ZZS poslala dopis na ZVD.

Sledil je naslednji odgovor. ■

Pismo Zavoda za varstvo pri delu d.o.o.

Izobraževanje iz varstva pred ionizirnimi sevanji

Spoštovani,
dne 16. 2. 2001 smo prejeli vaš dopis številka 01 1/01 z dne 7. 2. 2001, v katerem nas sprašujete o smiselnosti izobraževanja na področju varstva pred ionizirnimi sevanji ter tudi o ostalih ukrepih varstva pred ionizirnimi sevanji, ki jih opravlja naš zavod.

Osnova za našo dejavnost so zakoni in pravilniki, ki jih sami navajate v dopisu, zato jih na tem mestu ne bomo ponavljali. Na vsa vaša vprašanja odgovarjamo v nadaljevanju.

Izobraževanje

Eden od osnovnih dejavnikov varstva

pred ionizirnimi sevanji je prav ustrezno znanje delavcev in tistih, ki prihajajo v območje ionizirnih sevanj o nevarnostih in tveganju za zdravje povezanimi z izpostavljenosti ionizirnemu sevanju. Vsako leto se v svetu zgodi več 10 nesreč z viri ionizirnih sevanj in posledice za zdravje poškodovanih v teh nesrečah so običajno hude. Razlogi za te nesreče so v 75 odstotkih nezadostno znanje in usposobljenost osebja, ki dela z viri ionizirnih sevanj.

Prvi razlog, da je zakonodajalec predpisal redno obnavljanje znanja, je, na žalost, človeška pozabljivost. Pri varstvu pred se-

vani si napak ne smemo privoščiti, saj ima skoraj vsaka lahko usodne posledice.

Drugi razlog so nenehna nova spoznanja na področju škodljivih učinkov ionizirnega sevanja in s tem povezani vedno novi zaščitni ukrepi. Eden od primerov je zmanjševanje največje dovoljene učinkovite letne doze, ki jo sme prejeti delavec z viri ionizirnih sevanj: v zadnjih 50 letih se je zmanjšala iz 150 mSv na 20 mSv. Poleg tega se nenehno pojavljajo nove tehnologije, ki jih sproti vključujemo v naša predavanja. Podobno, verjamemo, tudi zobozdravniki nenehno dopolnjujete in nadgrajujete strokovno znanje, a ob tem ne pozabljate na osnovna znanja.

Pri RTG-diagnostiki nikakor ne smemo pozabiti na paciente, saj so ti tisti, ki so neprimerno bolj obremenjeni kot osebje. Prav zdravnik stomatolog je odgovoren za odločitev o preiskavi, o njeni izvedbi ter s tem tudi za dozo, ki jo prejme pacient. Za vse to pa je potrebno določeno znanje o upravičenosti in optimizaciji rentgenskih posegov. Prepričani smo, da študentje stomatologije med študijem ne pridobijo vsega znanja o varstvu pred ionizirnimi sevanji, ki jih navajate v svojem dopisu, saj npr. strokovnega izraza "rentgenski odpadki" strokovna javnost ne pozna.

Pregledi RTG-aparatur

Zakonodaja predpisuje redni letni ali polletni pregled vseh virov ionizirnih sevanj, tudi zobnih RTG-aparatur. Rezultate vsakega pregleda dobi uporabnik RTG-aparata in zdravstveni inšpektorat RS v obliki po-

ročila. Konec leta ZVD izdela letno poročilo, ki ga dostavi zdravstvenemu inšpektoratu in upravi RS za jedrsko varnost. Podatke obravnava tudi državni zbor RS.

V kolikor vas zanima stanje kakovosti zobnih RTG-aparatur v Sloveniji in jih od zgoraj navedenih virov ne morete dobiti, smo vam z veseljem pripravljene posredovati vse podatke in informacije o tej tematiki.

Dozimetrična kontrola

Zakonodaja predpisuje, da mora vsak delavec, ki dela v območju ionizirnega sevanja nositi osebni dozimeter, s katerim merimo učinkovito dozo. Namen osebne dozimetrije je ugotavljanje ustreznosti zaščite pred ionizirnim sevanjem. Zaradi različnih tehničnih ali človeških faktorjev lahko pride do napak v zaščiti ali do kršenja delovnih postopkov, ki zagotavljajo, da so doze tako nizke kot določa načelo ALARA (As Low As Reasonably Achievable).

Rezultate dozimetrije ZVD vsak mesec pošlje uporabniku in Zdravstvenemu inšpektoratu RS. Vaša trditev, da "še noben uporabnik RTG-aparature ni dobil obvestila, da je bilo namerjeno povečano sevanje", ni resnična. Najprej bi se morali odločiti, kaj je to "povečano" sevanje.

Vsak uporabnik prejme rezultate mesečne dozimetrije, kjer je navedena tudi letna doza v tekočem letu in skupna doza odkar uporabnik dela z viri ionizirnih sevanj. Uporabnik tako dobi vse podatke o obsevanju zaradi svojega dela.

Predlog

Odbor za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije predlaga, da zdravniki znanje iz varstva pred ionizirnimi sevanji (radiologi, kirurgi...) opravljajo le enkrat.

Naše strokovno mnenje je, da enkratno opravljanje preizkusa znanja nikakor ne zadoštuje za kontinuirano in kakovostno varstvo pred ionizirnimi sevanji.

Seminarji, ki jih izvajamo na ZVD iz varstva pred ionizirnimi sevanji res trajajo en teden, vendar so slušatelji razdeljeni v različne skupine in ne poslušajo vseh predavanj. Zobozdravniki so, recimo, na predavanjih prisotni 3 dni. Ker se zavedamo, da odsotnost iz ordinacije pomeni določeno težavo in motnjo v delovnem procesu, smo v letu 2000 izven rednega delovnega časa organizirali dva specialistična tečaja za delavce, ki delajo z zobnim RTG. S to prakso smo pripravljene nadaljevati, vendar pa moramo imeti dovolj slušateljev (vsaj 20).

Obenem bomo v pripravi novih pravilnikov predvideli t. i. obnovitvene tečaje, ki bodo krajši in bodo le nadgrajevali že pridobljeno znanje na osnovnem tečaju, ki ga bo zdravnik opravljal le enkrat.

Upamo, da se strinjate z našo strokovno obrazložitvijo, ki gre v prid varovanja zdravlja pacientov in zdravnikov. ■

Pripravi:

mag. Gregor Omahen, univ. dipl. fiz.

Predstojnik CETVS:

mag. Miran Kanduč, univ. dipl. fiz.

Direktor: mag. Marko Miš, univ. dipl. psih.

Ginekolog

Za dva skrbim
in poskrbim.

(Epigram iz zapuščine
prof. dr. Ivana F. Lenarta)

Zasebna zobna ordinacija Renata Ambrožič Čop, dr. stom., vabi k sodelovanju

zobozdravnika

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta stomatološke smeri,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Delovno razmerje bomo sklenili za določen čas s poskusnim delom.

Za informacije pokličite 04 57 25 950.

Vaše pisne vloge s priloženimi dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov:
Renata Ambrožič Čop, dr. stom., Prešernova 52, 4260 Bled.

Razstava akvarelov Zdenke Vinšek v Kliničnem centru

Na stenah razstavišča v Kliničnem centru so razstavljeni akvareli Zdenke Vinšek, rojene Faganel. Otvoritev razstave 6. marca je v sodelovanju s Kulturno-umetniškimi društvom Kliničnega centra in Medicinske fakultete pripravila razstavljalica sama s svojimi prijatelji. Radi so se odzvali njenemu vabilu in jo tako s kulturnim programom pospremili k naslednji uspeli prireditvi.

Zdenka Vinšek je po poklicu vzgojiteljica predšolskih otrok in se z likovnim ustvarjanjem ukvarja že vse življenje. Dolgo časa ji je zadostovalo delo z otroci v vrtcu Mladi rod v Ljubljani, kjer je tudi sedaj še vedno zaposlena kot pomočnica ravnateljice. Leta 1997 pa je začela intenzivno ljubiteljsko delati tudi zase. Postala je članica Društva likovnih samorastnikov Ljubljana in Zveze društev likovnih samorastnikov Slovenija, pa tudi KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher v Ljubljani. Svoj

prosti čas najraje posveti svojim slikam, umakne se v svet barv. Najljubša tehnika ji je akvarel. Moč za ustvarjanje najde v naravi, v stari, zlasti kamniti arhitekturi, od koder je zaslediti v njenih delih največ motivov. Sodelovala je na mnogih razstavah ex tempore, na likovnih delavnicah in na skupinskih razstavah v različnih krajih po Sloveniji in v tujini. Pripravila je že 24 samostojnih razstav svojih del. Prejela je več priznanj, eno najljubših ji je priznanje za razstavljanje na Kulturnih dnevih slovenskih vrtcev aprila 2000.

Za razstavo v Kliničnem centru je slikarka pripravila dela zadnjega obdobja, 25 slik iz let 1999 in 2000. Razstavljeni so akvareli prostranih pejsažev, kamnitih gorskih grebenov, praznih istrskih ulic in starih kamnitih vodnjakov. O njenih delih je prof. Mirko Juteršek, likovni kritik, zapisal: "Tematsko še posebno zanimivo je v slikarstvu Vinškove krajinska motivika s kamnitimi oziro-

ma skalnatimi useki, pogledi na kamnite stene... Njena odlika je v sposobnosti discipliniranega opazovanja doživetega - tako skalnatih vrhov kot občasno magičnih efektov skrivnostne narave."

Polona Škodič, likovni kritik in umetnostni zgodovinar pa o slikarki piše: "Vsaka podoba zaživi na slikah kot enkratno doživetje trenutka ali kot plod dolgih ur opazovanja in razmišljanja. Slike izžarevajo toplino in čustveno neposrednost. V kamnu - skalnatih obalah morja, v kamnitih skladih, stenah, zidovih, v grobih amorfnih oblikah, zatopljena v opazovanje, odkriva oblike življenja. Zdenko Vinšek priteguje skozi stoletja klesan kamen - tako kraška, primorska, kot druga tipična arhitektura... na ta način slikarka odkriva neločljivost človeka z naravo kot prisposodbo večnega krogotoka življenja...".

Na otvoritvi razstave so Zdenko Vinšek spremljali njeni prijatelji. Tako na odru kot



Zdenki Vinšek se je s šopkom zabvalil bolnik



Umetnica poklanja svoje delo prijatelju Marku Okornu

tudi v avditoriju. Stik med razstavljavko, nastopajočimi in občinstvom je bil neposreden, pristen. Dramski igralec Marko Okorn, ki ga mnogi poznamo z malih zaslonov kot soigralca Naceta Simončiča v oddaji Radovedni Taček, je prvič nastopil v Kliničnem centru. Prebral je izbrane pesmi Zdenke Vinšek. Res je! Čas najde tudi za besedno pesniško izražanje, njeni verzi so impresije najglobljih izpovedi. Glasbeni program sta pripravili prijateljici flavistka Dolores Evačič in saksofonistka Katarina Vertin. Obe sta študentki, končali sta glasbeno šolo, še vedno pa se z glasbo ljubiteljsko ukvarjata kot članici pihalnega orkestra. Njun glasbeni program je živo dopolnjeval izraznost likovnih del. Besede in glasba so odmevali v praznih istrskih ulicah, med starimi kamnitimi vodnjaki, v prostranih pejsažih razstavljenih likovnih del.

Ob koncu kulturnega programa se je razstavljavki zahvalil Jano Milkovič, tudi sam



Zdenka Vinšek: Trta (akvarel) z razstave v Kliničnem centru

slikar. Prijatelja se že dolgo poznata z likovnih srečanj in se vedno veselita ponovnega snidenja. Za to lepo prireditev se je nastopajočim zahvalila tudi umetnica. Nastopajočim je podarila svoje akvarele. Sliko je podarila tudi Gastroenterološki kliniki Kliničnega centra v Ljubljani in se na ta način zahvalila za skrb, ki so jo njenemu pokojnemu očetu nudili zaposleni.

Prireditev se je tako zaključila. Toda ne še dokončno. Pristopila je prijateljica Zdenke Vinšek, obiskovalka Slavica Antonič, pravi "knjižni molj". Prevzeta od lepih in toplih misli, ki so krasile to prireditev, je tudi sama želela prebrati pesem. Ob Slovenskem kulturnem prazniku, v času tedna knjige jo je naključno prejela od neznanke pred ljubljansko Namom. S to pesmijo nam je želela sporočiti, da se moramo zavedati vrednosti in lepote tega življenja. Kar je gotovo tudi namen umetniškega ustvarjanja. ■

Tatjana Praprotnik

Spominska plošča Edmundu Kovačiču, dr. med.

Minilo je leto od smrti priljubljenega in zaslužnega zdravnika nevropsihiatra Edmonda Kovačiča, dr. med., iz Tolmina.

Ob obletnici njegove smrti 8. februarja 2001 so mu na Zdravstvenem domu v Tolminu odkrili spominsko ploščo. Kako zelo je bil priljubljen in kako zelo nam manjka, je izpričala s svojo udeležbo ob odkritju velika množica ljudi, njegovih bolnikov, prijateljev in kolegov.

Slavnostni govor je imela Miranda Leban, dr. med.: "Edmond Kovačič, dr. med., je bil svetovljan našega časa. Spoznal je dobršen del sveta in številne ljudi. Imel je vrsto možnosti za akademski uspeh, toda ob vsem tem je zmagala navezanost na domači kraj.

Na Tolminsko je prišel ob začetku vojne l. 1941. Takrat štiriletnega dečka so starši skupaj s sestrico zaupali v oskrbo stari mami in tetam v Poljubinju. Leto za tem so se zaradi težkih razmer v Trziču, Kovačičevem rojstnem kraju, preselili tudi starši. Že v najnežnejših otroških letih mu je bila zadana težka preizkušnja: izgubil je mamo, ki je zaradi sodelovanja s partizani umrla v taborišču. Ta izguba mu je vse življenje predstavljala odprto rano. Zavetje in dom so mu tako še naprej nudili stric, tete in stara mama v Poljubinju, vasi, kamor se je zmeraj rad vračal.

Življenje in delo na kmetiji sta Kovačičevi osebnosti vtisnila pomemben pečat; za vedno vezan na domačo zemljo je znal čutiti s preprostim človekom. Ko se je po opravljeni diplomii l. 1962 vrnil v Ljubljano, se je že kot mlad zdravnik zaradi svoje človečnosti priljubil pacientom. Vsakdo je bil deležen njegove pozornosti, močnega stiska roke in vprašanja: "Kako si?"

Prijateljstva, sklenjena v času študija in kasnejše specializacije, so bila pristna in trdna, zato so mu vse življenje s specialističnim centrom ohranjal zvezo. Le-to je marsikdaj uporabil, da je svojega pacienta kar se da hitro usmeril na potrebne preiskave ali zdravljenje.

Novo poglavje njegovega življenja je predstavljalo delo na Stari Gori. Z osebjem bolnišnice za invalidno mladino in osebjem

oddelka ortopedije je delal v sožitju, ki ga je osebnostno in tudi strokovno navdihovalo in vzpodbujalo. V tem času je opravil specializacijo nevropsihiatrije, na žalost pa ni uspel prodreti s svojimi idejami o ustanovitvi nevrološkega oddelka v regionalni bolnišnici. Njegova tedanja vizionarska misel se je uresničila čez 20 let. Splet okoliščin je nam, Tolmincem, vrnil našega zdravnika, ki je poleg dela v splošni praksi opravljal tudi konziliarno specialistično dejavnost. Tako kot je negoval stik prijateljstva, je še naprej ohranjal stike s Staro Goro in občasno pomagal pri delu.

Edmond Kovačič, dr. med., ni bil samo zdravnik. Bil je tudi politik in vizionar, ki je s svojo vztrajnostjo, klenostjo in trmo znal prepričati ministre, da statistični podatki tolminske občine predstavljajo ljudi, ki zaradi razpršenosti po hribovitem območju živijo v posebnih razmerah. Da bi bili zaradi oddaljenosti deležni vsaj približno enakovredne pomoči, se je po njegovi zaslugi mreža zdravstvene oskrbe lahko kadrovsko okrepila, delo ambulant pa prilagodilo zahtevnemu terenu. Poleg tega je bil ZD Tolmin med prvimi zavodi v Sloveniji, ki so pričeli izvajati projekt nujenja nujne medicinske pomoči. Sodobnejšo opremo in nova reševalna vozila je bilo mogoče nabaviti zaradi dobrih odnosov s številnimi sponzorji.

Največji izziv pa mu je pomenila temeljita prenova zdravstvenega doma. Obstoječe zgradbe, ki so jih z velikim naporom zgradili njegovi predhodniki so bile dotrajane in niso več ustrezale novim potrebam. Ob velikem osebnem angažiranju je nesoglasja in nerazumevanja uspel zgladiti do te mere, da je prenova hitro in nemoteno stekla.

Njegova delovna vnaša z upokojitvijo ni mirovala. Še naprej si je preko svoje funkcije v občinskem svetu

prizadeval za nadaljevanje prenove ZD, hkrati pa mu je nov izziv pomenila ideja o izgradnji varovanih stanovanj za ostarele.

Za svoje delo je Kovačič prejel številna priznanja, med katerimi sta mu največ pomenili imenovanje za častnega člana Slovenskega zdravniškega društva in priznanje občine Tolmin. Kljub vsemu je ostajal skromen, skoraj asketski. Prav tak je ostal do zadnjega v svoji kratki in kruti boleznii. Nismo imeli niti časa ne priložnosti, da bi se mu zahvalili, mu še enkrat stisnili dlan in mu morda olajšali stisko.

Spominska plošča, ki jo danes odkrivamo, predstavlja samo kamenček v mozaiku zahvale za vse, kar je za nas naredil Edmond Kovačič, dr. med.

Ostajajo dejanja, ostaja spomin, ostaja ime, ki je predstavljalo naprežanje za boljši jutri Tolmincev. Ime, ki bo tudi v prihodnje dajalo večjo možnost mladim ljudem z željo po napredovanju... Predvsem pa vsem nam zdravstvenim delavcem, ustanoviteljem zdravstvenega doma in tudi politikom predstavlja zgled in obvezo, da se njegovo delo nadaljuje."

Organizatorji postavitve obeležja želijo v prihodnosti ustanoviti pri Zdravstvenem domu Tolmin poseben sklad za pomoč tolminskim študentom, ki naj bi se imenoval Sklad dr. Edmonda Kovačiča. ■

Anton Prijatelj



Foto: Leo Cabarija

Mi v Ga-Pa

Iz Garmisch-Partenkirchna se je vrnilo majhno, a izredno uspešno moštvo slovenskih zdravnikov, ki se je udeležilo 27. svetovnega smučarskega prvenstva zdravnikov. Najuspešnejša je bila Romana Pintar Hafner, ki vodi zasebno splošno ambulanto v Škofji Loki, saj je osvojila vse, kar je bilo

mogoče osvojiti: zlato v slalomu, veleslalomu in super-G. Franci Koglot, kirurg iz Nove Gorice, je osvojil bron v slalomu in veleslalomu v svoji starostni kategoriji. Od dvojčkov zasebnih stomatologov iz Ljubljane je bil uspešnejši Sandi z bronom v slalomu. Mladostni Gorenjec, upokojeni Ciril

Pleško, pa si je priboril bronasto odličje v najhitrejši disciplini super-G.

Slovenci predstavnikov v snow-boardu nismo imeli. Sicer pa so bili najuspešnejši Nemci, sledili so Avstrijci pred Slovenci in Italijani.

fk



Nosilci medalj v Ga-Pa, z leve: Franci Koglot, Romana Pintar Hafner in Sandi Troba.



Okrepljeno moštvo slovenskih zdravnikov v Ga-Pa. Prvi z desne je g. Hafner, ki nam je s številnimi pripombami odlično pripravil smuči.



Po tekmi v super-G, Aleš Troba (5. mesto) in Franci Koglot (5. mesto) (z leve)



Zugspitze, 2.964 m, nad Garmisch-Partenkirchnom

Jubilejni, 20. memorial Toma Krasnova, dr. stom.

9. državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v košarki

Ko je na zaključni slovesnosti uradni povezovalc, Rado Časl prebral življenjepis pokojnega kolega Toma Krasnova, sem se v duhu Izgubljenega časa Marcela Prousta spominjal prvega memoriala, v Mariboru 1981, ki smo se ga udeležili kot golobrado moštvo, kateremu so Zdravniki-Prijatelji dodelili kar zapisnikarji tekme.

Največ zaslug za omenjeno srečanje imajo kolegi iz Maribora, kot moštvo Zdravstvo - Maribor, ki so tradicionalno srečanje med Mariborom in Ljubljano spremenili v turnir in ga poimenovali po tragično preminulemu kolegu zobozdravniku.

Memoriali so bili športni, košarkaški, iz ziv zato smo se po Mariboru vrsto let srečevali še v Ljubljani, Tolminu, Novi Gorici, Kopru, Celju in Šmarjeških Toplicah. Sprva so bila srečanja na ljubiteljsko-rekreativni ravni, kasneje že na amaterski, končno pa celo na polprofesionalnem športnem in organizacijskem nivoju. Srečanja so bila delež-

na manj medijske pozornosti in sponzorske pomoči, zato je bila vsaka organizacija toliko bolj zahtevna in prizadevna. Vsi organizatorji so se poleg tekmovalnega dela, potrudili tudi za prijetno druženje, tako da ni bilo bojazni da bi prenehali z memorialnimi srečanji, kar je največkrat njihova usoda.

Jubilejni 20. memorial, oziroma državno prvenstvo v košarki so organizirali kolegi s Primorske v slovenskem dantejevem mestu Tolminu pod vodstvom kolega Vladimirja Valentinuzzi, dr. med., odličnega košarkarja in že večkratnega organizatorja. Največ uspeha je imela ekipa Radiologi-Kodak, ki je v finalu premagala ekipo Zdravniki-Prijatelji in tako osvojila prehodni pokal.

Na svečani slovesnosti nam je ubrano družbo delala tolminska godba na pihala, ganljivo pa je bilo srečanje s starši pokojnega kolega, ki so vsako leto častni gostje in zmagovalno ekipo nagradijo s knjižnim darilom.

Po dvajsetih letih druženja se čuti menja-

va generacij. Starejša in utrujena moštvo nadomeščajo mlajši kolegi in to izvrstni košarkarji. Spominsko srečanje, ki je tudi hkrati državno prvenstvo v košarki, predstavlja paradno dobre in domiselne košarke, sicer pa je bila zdravniška reprezentanca Slovenije že trikrat prvak v košarki na svetovnih igrah.

Na zaključni slovesnosti so bile podeljene spominske značke kolegom, ki so bili dejavni vsa ta leta in so sredi sedemdesetih let kot študentje Medicinske fakultete bili udarna ekipa na Univerzi v Ljubljani. Jubilejni memorial je simbolično predstavljal vabilo in predajo organizacij mlajšim kolegom, ki se naloge niso ustrašili in določili, da bo v letu 2001 državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v košarki oziroma memorial Toma Krasnova v športnem mestu Celje.

Čestitke državni reprezentanci za osvojena vsa prva mesta na Svetovnih igrah in športni pozdrav!

Bine Stritar



Člani moštva Zdravniki-Prijatelji po finalu in tudi člani zdravniške reprezentance, z leve: Matjaž Bunc (predsednik košarkaške sekcije), Oskar Zupanc (podpredsednik športnega društva "Medicus") in Miba Kovač



Ponovno po 25. letih nekoč člani športnega društva Medicinske fakultete, ustanovljenega decembra 1975. Z leve: Lado Šimnic, Bojan Rustja, Vlado Valentinuzzi in Bine Stritar (predsednik športnega društva od 1975 do 1980)

23. IATROSSKI

Odjuga in neizprosno deževje je nekoliko razredčilo naše vrste na tradicionalni strokovno-rekreacijski prireditvi - 23. IATROSSKI v Kranjski Gori.

Deževna in zelena Kranjska Gora je prisilila organizatorja, da je prestavil teke iz Kranjske Gore v Tamar. Ko pa se je tudi tam "snežni maček" pogreznil v jezero so bili teki odpovedani.

Četrtkova otvoritev v gostilni pri Matinu pa ni bila nič manj vesela. Dekleta pivovarne Union so točila nekaj sodčkov piva, ki smo jih "skurili" na plesišču ob glasbi Čelhar Jurak.

Petkovega veleslaloma na poligonu v Podkorenu se je kljub dežju udeležilo 100 zdravnikov, ki so bili s programom zadovoljni. Nekaj nezadovoljnih pa se je tolažilo s toplim čajem in kuhanim vinom v šotoru Droge.

Posvetovanje športne medicine je vodil prim. Tone Lah, dr. med.

Izredno zanimivo predavanje je sestavil dr. Branko Brodnik, ki mu je dal naslov "Zdravje na tihih krilih". Ko je dodal osebno noto pilota, je postalo strokovno predavanje o obremenitvah jadralnega pilota in o testih zdravja za pridobitev licence še bolj zanimivo za širok krog poslušalcev. Posebno popestritev pa je pomenila še videoprojekcija letenja v Julijskih Alpah in jadralnega



Udeleženci na posvetovanju športne medicine

akrobatskega letenja.

Travmatološko je bilo naravnano predavanje Mateja Andoljška, dr. med, o poškodbah pri sankanju, ki mu je dal podnaslov "Sankanje med romantiko in realizmom".

Analiza je pokazala, da število poškodb

pri sankanju narašča, da pa bi se jih dalo z zelo enostavnimi ukrepi v velikem procentu preprečiti.

Slavnostni zaključek 23. IATROSSKI-ja je s svojo prisotnostjo počastil tudi predsednik uprave Leka, generalnega pokrovitelja,



Zmagovalke kategorije C - ženske



Tatjana Klančnik je kot predstavnica generalnega pokrovitelja Leka namenila posebno peneče vino organizacijskemu odboru, z leve: Andrej Bručan, Franci Koglot in Tone Lah



Strmine na Podkorenu - za zdravnice mačji kašelj



Eva z rezultati, Tone s pokalom Rogaške

mag. Metod Dragonja. Ob simpatični voditeljici Evi Longyka in številnih nagradah sponzorjev, kjer posebej omenjam Drogo in Mlinotest iz Ajdovšične ter Elan, je bilo vzdušje na večerji v hotelu Lek enkratno. ■



Brez komentarja

Rezultati:

Ženske D (1949-1940)

1. Mara Gostinčar, upokojenka
2. Majda Klinar, Ljubljana
3. Staša Pavlovčič, Interna klinika
4. Maja Breclj Novak, zasebnica
5. Meta Fettich, Nevrološka klinika

Ženske C (1959-1950)

1. Dada Kastelic, ZD Ljubljana
2. Irena Malis Smole, ZD Ljubljana
3. Barbara Rojnik, zasebnica
4. Jasna Čuk Rupnik, Logatec
5. Lili Kornhauser Cerar, Ginekološka klinika

Ženske B (1969-1960)

1. Romana Pintar Hafner, Gorenjska
2. Sandra Tušar Rakovec, Gorenjska
3. Katarina Turk, Logatec
4. Sergeja Dobravec, Novo mesto
5. Tatjana Pintar, KRG Ljubljana

Ženske A (1970 in mlajše)

1. Tanja Soklič, Gorenjska
2. Mateja Krajc, Interna klinika
3. Mojca Remškar, Interna klinika
4. Nina Pirc, KRG Ljubljana
5. Marija Jekovec, Gorenjska

Moški E (1939 in starejši)

1. Borut Pust, Interna klinika
2. Ciril Pleško, Gorenjska
3. Marko Stanonik, zasebnik
4. Franc Vaupotič, ZD Ljubljana
5. Vladislav Pegan, KRG Ljubljana

Moški D (1949-1940)

1. Franci Koglot, Gorenjska
2. Matija Jereb, Gorenjska
3. Marjan Fortuna, Interna klinika
4. Andrej Guček, Interna klinika
5. Vinko Pavlovčič, Ortopedska klinika

Moški C (1959-1950)

1. Marko Hawlina, Očesna klinika
2. Vojko Kanič, Maribor
3. Bine Stritar, KRG Ljubljana
4. Miloš Wahl, KRG Ljubljana
5. Janez Tomažič, Infekcijska klinika

Moški B (1969-1960)

1. Simon Podnar, Nevrološka klinika
2. Saša Marušič, Gorenjska
3. Janez Grilec, zasebnik
4. Andrej Čretnik, Maribor
5. Matej Kastelic, KRG Ljubljana

FOTOREPORTAŽA
Moški A (1970 in mlajši)

1. Sandi Troha, zasebnik
2. Aleš Troha, zasebnik
3. Franjo Nay, Maribor
4. Igor Požek, RTG Ljubljana
5. Andrej Kunstelj, Gorenjska

Ekipno

1. Gorenjska
2. Interna klinika
3. Zasebniki
4. KRG Ljubljana

Kristalne pokale - darilo steklarne Rogasaka so prejele ekipe: Gorenjska za 1. mesto, Interna klinika za 2. mesto in zdravniki zasebniki za 3. mesto. Ker sta imeli 2. in 3. ekipa enako število zbranih točk, je bila uporabljena formula starejše sestave ekipe.

Posebni priznanji pa sta prejela še najstarejši udeleženec Ciril Pleško in najmlajša Tanja Soklič.



Tako prijetnih koktajlov pa ni prav veliko



Tatjana in Andrej sta se ob vrhu generalnega pokrovitelja Leka zar zresnila



Trije "ta budi": Marušič, Podnar in Troha



Andreju se v Droginem šotoru ni poznalo, da ima v stegnicah intramedularni žebelj

Avstrija

Reforma Univerze:

Izogniti se
socialnim
togostim

Predstavniki dunajske Zdravniške zbornice so "previdno pozitivni" do predlogov ministrice Elisabeth Geherer za reformo univerz ter zakonodaje o visokošolskih učiteljih. Zasnova za večjo samostojnost ter samobitnost univerz naj bi bila pravilno usmerjena, menita W. Dorner, predsednik Zdravniške zbornice, ter prof. dr. M. Gnant, referent za univerze pri Avstrijski zdravniški zbornici (ÖÄK). "Večja prožnost in prepustnost je za visoke šole le koristna," meni Dorner. Treba je pa paziti, da bodo univerze prejele finančna sredstva, nujna za reformo. "Vendar je model štirih stebrov za visokošolske učitelje (npr. zaposlitev ne več za nedoločen, temveč le za določen čas, več pogodb za delo itn.) z zdravniškega področja le pogojno ustrezen," je poudaril zastopnik univerze Gnant. Brezpogojno pa se je treba izogniti socialni togosti nasproti tistim kolegicam in kolegom, ki imajo zdaj le začasno (provizorično) delovno razmerje. ■

Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 1/2, 25. januar 2001
Marjan Kordaš

Avstriji pomembno zmanjšuje. A za konec preplaha še ni nobenega razloga. Vsak četrti samomorilec je starejši od 60 let in videti je, da se to stopnjuje. V starostnem razredu od 70 do 74 let se je samomorilnost povečala z 59 na 79 (na 100.000 prebivalcev), v starostnem razredu od 75 do 79 let se je samomorilnost povečala s 73 na 94. Primerjava: pri moških do 15. leta starosti je samomorilnost komaj 2.

Nenavadno visoka samomorilnost je pri ločenih moških, 120, medtem ko je pri ločenih ženskah komaj 26.

Odločilni dejavniki za večjo samomorilno ogroženost so odvisnost od alkohola, zdravljen in mamil ter starost, osamljenost in depresija. ■



Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 1/2, 25. januar 2001

Marjan Kordaš

vitih deželah, predvsem v ZDA, temveč postaja svetovni problem in se zelo naglo širi tudi v bivših deželah vzhodnega bloka, zlasti v Rusiji.

SZO je v decembru preteklega leta v New England Journal of Medicine objavila študijo, ki potrjuje globalno naraščanje telesne teže. Tako naj bi za debelostjo trpelo (kljub revščini v velikem delu sveta), kar 7 odstotkov svetovnega prebivalstva. Za osnovo je služil Body Mass Index (telesna teža deljena s kvadratom višine v metrih), po katerem ima omenjeni odstotek prebivalstva vrednosti, ki presegajo 30, 14 odstotkov pa ima vrednosti med 25 in 30, kar že pomeni previsoko telesno težo. (Normalne vrednosti so med 20 in 25). SZO govori o globalni epidemiji, zlasti zato ker je zdravljenje, ki naj bi vodilo k trajnemu zmanjšanju telesne teže, (po avstrijskih virih), uspešno le v 5 do 10 odstotkih. Najpogostejše bolezni, ki jih povezujemo z debelostjo so koronarna bolezen, ateroskleroza, nekatere vrste raka, diabetes tipa II, arterialna hipertenzija, hiperlipidemija in osteoporoza.

Prof. dr. Widhalm, predsednik dunajske Akademije za prehrano ocenjuje, da bi bilo mogoče s pravilnejšo in bolj uravnoteženo prehrano, prihraniti kakih 10 odstotkov stroškov zdravstvenega zavarovanja, zlasti pri stroških hospitalizacije. Z usmerjenimi preventivnimi ukrepi naj bi v ZDA prihranili 15 do 20 milijard dolarjev na leto. Posebno zaskrbljujoča pa je debelost pri otrocih in mladoletnikih, kjer ne igra glavne vloge le prevelika količina zaužite hrane in pomanjkanje gibanja, temveč tudi drugi vzroki, kot na primer debelost enega ali obeh staršev, ločitev v družini ali šolski problemi. Na koncu članka je poziv, naj bi se ob vzgoji za pravilno prehrano ne samo prepovedovalo, temveč naj bi se obenem skušalo narediti hrano primernejšo in s tem bolj zdravo. ■

Vir: Wiener Arzt, št. 2, februar 2001

Boris Klun

Žal še ni znaka
za konec
preplaha

Zalostno, a resnično: v Avstriji umre več ljudi od lastne roke kot pa v cestnem prometu. Vsako leto poskusi samomor 25.000 do 30.000 ljudi. Od tega se približno 1.600 poskusov konča s smrtjo. Tako ima Avstrija razmeroma visoko samomorilnost, 20 na 100.000 prebivalcev. V Srednji Evropi je samomorilnost večja le še v Estoniji, Latviji ter sosednji Madžarski. Razveseljivo pa je, da se od 1987 samomorilnost v

Problemi
z debelostjo
(ne samo v Avstriji)

Pomembnost prehrane v zdravju in bolezni, se je v industrijskih deželah v zadnjih tridesetih letih izjemno povečala. Če smo takrat imeli opravka še s pomembnim številom bolezni, ki so bile posledica pomanjkanja določenih hranilnih snovi, je danes prav obratno. Številne bolezni, kot na primer diabetes tipa II in prekomerna telesna teža, so glavni vzrok številnih bolezni in smrti. Na tiskovni konferenci Dunajske zdravniške zbornice, so skušali predstaviti pomembnost problema. Predvsem ugotavljajo, da debelost ni le medicinski in sociološki problem v tako imenovanih raz-

Nekatere značilnosti sprememb sistema podiplomskega usposabljanja zdravnikov in zobozdravnikov v Sloveniji

Zlatko Fras, Mojca Vrečar

“The new competence demanded of physicians can be defined as not only to do things right but to do the right things.” (WHO, 1991)

Povzetek

V preglednem prispevku so predstavljena nekatera “zgodovinska” dejstva in pomembni dogodki iz procesa spreminjanja oziroma posodabljanja sistema specialističnega podiplomskega usposabljanja zdravnikov in zobozdravnikov v Sloveniji. Razpravljamo o temeljnih značilnostih postopka udejanjanja tega projekta, ki intenzivno teče v zadnjih treh letih, odkar je bil sprejet nov pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov. Nakazane so prednosti, pomanjkljivosti in priložnosti za celostno uveljavitev poklicne avtonomije zdravnikov na področju kontinuitete podiplomskega usposabljanja in stalnega strokovnega razvoja, katerih izvajanje in nadzor sta bila z javnim pooblastilom zaupana Zdravniški zbornici Slovenije. Prikazani so konkretni primeri izračunavanja potreb za načrtovanje razpisa specializacij in razporejanje specializantskih delovnih mest, pa tudi projekcije potrebnih sredstev za financiranje. Predstavljen je model celovitega upravljanja kakovosti, kot si ga zamišljajo za koordinacijo in nadzor izvajanja javnega pooblastila zadolžena oziroma pristojna delovna telesa Zdravniške zbornice.

Devetdeseta leta 20. stoletja - obdobje pomembnih sprememb

Zdravniški poklic je eden tistih, za katere v kar največji meri velja, da je za vzdrževanje stalne strokovne kompetentnosti potrebno nenehno dograjevanje znanja in veščin oziroma strokovno izpopolnjevanje. V zadnjem desetletju (verjetno ne slučajno) smo bili v Sloveniji priča nekaterim korenitim spremembam na področju organizacije, vodenja in poteka dveh elementov, t. i. “kontinuum” medicinskega izobraževanja: specialističnega podiplomskega usposabljanja zdravnikov (v nadaljevanju SPUZ), pa tudi procesa nenehne-

ga podiplomskega izpopolnjevanja (v nadaljevanju NPI). V tem prispevku bomo govorili usmerjeno o SPUZ, ki ga lahko v pričujočem kontekstu razumemo kot obdobje izobraževanja, usposabljanja in nadzorovanega pridobivanja kliničnih izkušenj, katerega končni rezultat je pridobitev statusa zdravnika - specialista.

Zelo pomembno je poseglo na to področje že uvajanje sekundarijata kot obvezne, temeljne oblike PUZ, s čemer smo v začetku devetdesetih let sočasno reševali tako problem neučinkovitega in razdrobljenega pripravništva kot tudi nezaposlenosti mladih zdravnikov. Uvedba te oblike je vsebinsko sledila zakonskemu določilu v zvezi s podiplomskim usposabljanjem v evropskih državah, da naj bo minimalno trajanje le tega 2 leti po diplomu na Medicinski fakulteti. Organizacija in vodenje sekundarijata sta pomenila veliko preizkušnjo za Zdravniško zbornico Slovenije (ZZS), ki ji je bila ta naloga zaupana z javnim pooblastilom. Po skoraj desetih letih je mogoče reči, da je ZZS svoj del posla v celoti zadovoljivo izpeljala. Centralno vodenje in koordinacija poteka sekundarijata, kot si ju je omislila in ju izvaja ZZS, sta se izkazala za primerna in učinkovita, tako za zdravnike v programu, kot tudi za organizacijo dela v zavodih, kjer se sekundariji usposablja. Boljše medicinsko znanje, oplemeniteno z več praktičnimi izkušnjami dela z bolniki omogoča zdravnikom, ki po sekundarijatu pričnejo z delom v osnovni dejavnosti, da so učinkovitejši in odločnejši v svojih vsakdanjih dejavnostih. Poudariti velja, da so bile vsebine tega dela PUZ že v izhodišču prilagojene predvidenemu programu sedaj tudi že uzakonjene obvezne specializacije splošne/ družinske medicine za delo v osnovni zdravstveni dejavnosti.

Nedavne spremembe družbenopolitične ureditve v Sloveniji so povzročile tudi drugačno dojetje zdravniškega poklica in njegovega statusa v družbi. Visok “tonus” dejavnosti zdravniških organizacij je pripomogel k spoznanju neprecenljivega pomena čimprej doseči kar največjo stopnjo poklicne avtonomije. In prav SPUZ je verjetno eno od najpomembnejših področij, na katerih lahko zdravniki uresničujemo oziroma udejanjamo svojo poklicno avtonomijo. Seveda na odgovoren način, v katerem je mogoče kar najbolje in učinkovito izkoristiti vse vrste sredstev (časovnih, finančnih in kadrovskih), ki so nam na voljo v družbi. Z malo pretiravanja je mogoče reči, da je SPUZ v Sloveniji področje, kjer je bila zdravnikom podeljena praktično popolna avtonomija. V kolikor seveda odmislimo trenutno poglobljeno zavoro za uveljavitev novega sistema spe-

cializacij, še neuspel dogovor o zagotavljanju/ združevanju sredstev za financiranje, česar se bomo bežno dotaknili ob koncu prispevka.

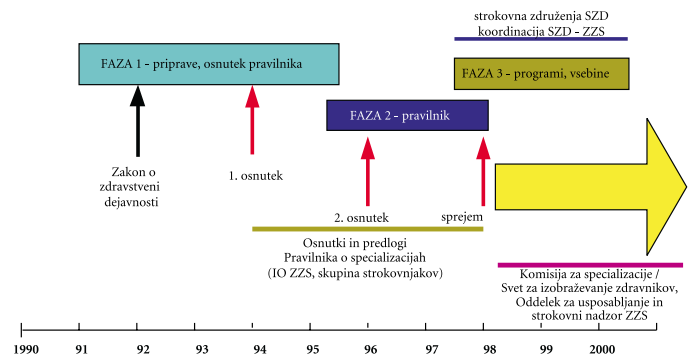
Drug pomemben temelj spremembam SPUZ je bilo spoznanje, da programi v začetku osemdesetih let opredeljenih specializacij ne ustrezajo več spremenjenim medsebojnim odnosom zelo napredovanega znanja o diagnostiki in zdravljenju ter nenehno spreminjajočim in razvijajočim se medicinsko-tehnološkim zmogljivostim. V veliki večini medicinskih strok, ki so bile v začetku osemdesetih let opredeljene kot samostojne specialnosti, so vodilni strokovnjaki izrazili prepričano voljo po spremembah vsebin programov.

Končno, a ne najmanj pomembno, se je s približevanjem Slovenije evropskim integracijam (predvsem EU) v okvirih predpisov s področja prostega pretoka blaga, ljudi in storitev ter medsebojnega priznavanja doseženih poklicnih stopenj izkazala tudi potreba po prilagoditvi ("harmonizaciji") trajanja in vsebin programov specializacij zdravnikov.

Potek dogajanj na področju regulative

Javno pooblastilo ZZS za organizacijo in vodenje specializacij zdravnikov je predvidel že leta 1992 sprejeti zakon o zdravstveni dejavnosti, saj je bilo glede na dotedanje izkušnje iz tujine, predvsem evropskih držav EU logično potrebno na državni ravni opredeliti strokovno, organizacijsko ter kadrovske usposobljenega nosilca te pomembne naloge. Predajanje te zahtevne in odgovorne naloge poklicni organizaciji zdravništva se je marsikje izkazala za najučinkovitejši in za državo tudi najcenejši način zagotavljanja kar najboljše mogoče kakovosti usposabljanja in izobraževanja zdravnikov po diplomah na medicinski fakulteti. Seveda pa je bila to šele zamisel poti, za katere dokončno načrtovanje je bilo v naslednjih letih potrebnega še veliko truda.

ZZS je z resnim delom na tem področju in oblikovanjem prvega osnutka pravilnika o specializacijah zdravnikov pričela že v letih 1993/94. Pooblaščen skupina IO ZZS se je pri pripravah pravilnika poslužila nekaterih delujočih in preizkušenih vzorcev iz tujine. Predlog določil pravilnika je bil izdelan in namenjen obravnavi na skupščini ZZS že spomladi 1994, se je pa v javni razpravi izkazalo, da zaradi številnih poprej nedorečenih sistemskih rešitev, pa tudi vsebinskih podrobnosti, verjetno ne bi dobil ustrezne in zadostne, zanesljivo pa ne konsenzualne podpore zdravništva. Dejavnosti so nekoliko zastale, potem pa se je zahtevnega zaloga v začetku leta 1996 lotila skupina strokovnjakov pod vodstvom sedanjega ministra za zdravstvo, prof. Dušana Kebra (sestavljali pa so jo še prof. Zoran M. Arnež, prof. Matija Horvat, doc. Saša Markovič, prim. Andrej Možina, prof. Stane Repše, prof. Jurij Šorli in prof. David B. Vodušek). Do julija 1996 so pripravili osnutek predloga pravilnika, katerega temeljna določila so ostala kljub naknadnim dopolnilom nespremenjena vse do danes. Med te ključne spremembe sodijo centralno planiranje, razpis in vodenje specializacij ter mandat poklicnim strokovnim združenjem in sekcijam Slovenskega zdravniškega društva za oblikovanje vsebin programov posameznih specializacij. Skupščina ZZS je Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov sprejela 15. decembra 1997, v Uradnem listu RS pa je bil objavljen 5. februarja 1998. Uveljavitev pravilnika, s katerim je soglašalo Ministrstvo za zdravstvo, je pomenila tudi dejansko predajo pooblastila za podiplomsko poklicno usposabljanje slovenskemu zdravništvu. Shematsko prikazuje opisan potek sprejemanja predpisov slika 1.



Slika 1: Nekateri mejniki v procesu spreminjanja sistema specialističnega podiplomskega usposabljanja zdravnikov v Sloveniji (1991-2000).

Spet pa je bil to le eden od pomembnih mejnikov v še danes trajajočem procesu kontinuiranega spreminjanja sistema SPUZ in njegovih programov in vsebin, ki so bili udeleženi v naslednji fazi projekta. Ob dogovorjenem tesnem sodelovanju s Slovenskim zdravniškim društvom nam je uspelo v letih od 1998 do 2000 pravzaprav v rekordnem času prenoviti vsebine več kot 90 odstotkov opredeljenih programov specializacij, preostale bo skupščina ZZS sprejela predvidoma v letu 2001. Proces implementacije spremenjenega sistema organizacije in vodenja specializacij zdravnikov je v polnem teku, z eno napako (ponovljeno drugič), še vedno neurejenim vprašanjem financiranja.

Pravne podlage

Večino zakonskega pravnega okvira SPUZ zajema v svojih določilih besedilo zakona o zdravniški službi (ZZdrS). S sprejemom tega zakona je prenehalo veljati veliko členov zakona o zdravstveni dejavnosti, ki so opredeljevali status, dolžnosti in pravice zdravnikov in zobozdravnikov v naši državi. Tudi tiste s področja SPUZ, ki jih ZZdrS obravnava dokaj obsirno v II. poglavju (3. do 5. podpoglavje, 16. do 28. člen). Opredeljeni so splošni pogoji za opravljanje SPUZ, postopek razpisa in odobravanja specializacij, splošni pogoji za pooblastila ustanovam za izvajanje programov SPUZ, delovna mesta za usposabljanje zdravnikov, vsebuje pa tudi nekatera določila v zvezi z imenovanjem ter dolžnostmi in pravicami mentorjev. Eno pomembnejših določil prinaša 25. člen, ki opredeljuje zagotavljanje sredstev za specializacije za zdravniška delovna mesta v mreži javne zdravstvene službe v okviru cen zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tolmačenje takšne pravne diktije in konkretno izvajanje zakonskega določila pa so lahko, kot se izkazuje, povsem drugačna zgodba...

Podrobnejši (konkretniji) je seveda pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij, ki v 11 poglavjih s skupaj 47 členi dovolj natančno opredeljuje vse pomembne elemente SPUZ: programe, pooblaščen izvajalce, specializantska delovna mesta, postopke razpisa in odobritev specializacije, mentorstvo, trajanje in potek specializacije, preverjanje znanja in specialistični izpit, specializacije tujih državljanov, dotakne pa se tudi (čeprav preskromno in zgolj posredno) financiranja specializacij.

Smiselno ga dopolnjuje pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpol-

njevati zdravstveni zavodi ali zasebni zdravstveni delavci za izvajanje programov pripravništva, sekundarijata in specializacije. Ta je razdeljen na dva glavna dela:

■ **skupni, splošni del:** ta vsebuje splošna določila za pooblaščenca, opredeljuje vrste učnih ustanov (tipa V (vseobsegajoči učni center), ki izpolnjujejo pogoje za izvedbo celotnega programa posamezne specializacije, tipa D (delni učni center) s pogoji za izvedbo večjega dela posamezne specializacije in tipa U (usmerjeni učni centri), ki izpolnjujejo pogoje le za izvedbo posameznih usmerjenih delov specializacije) ter postopke imenovanja je za ugotavljanje izpolnjevanja pogojev in pooblaščenja izvajalcev,

■ **priloga:** v njej so opredeljeni pogoji, ki jih morajo izpolnjevati učne ustanove (tipov V, D ali U) za izvajanje posameznih specializacij.

S področja evropske zakonodaje je bila v procesu spreminjanja in posodabljanja SPUZ največkrat uporabljena Direktiva EU 93/16, ki opredeljuje trajanje posameznih specializacij ter načela medsebojnega priznavanja doseženih poklicnih kvalifikacij zdravnikov v EU. Možna je ugotovitev, da so sedaj veljavni slovenski predpisi s to direktivo popolnoma usklajeni.

Pri oblikovanju osnovnega pravilnika o načelih organizacije in poteka SPUZ so bile pripravljavcem v veliko pomoč še nekatera druga "evropska" gradiva. Omeniti velja predvsem listine UEMS (Evropskega združenja zdravnikov specialistov) o podiplomskem usposabljanju, obiskih in akreditaciji učnih centrov ter zagotavljanju kakovosti in priporočila ACMT (Advisory Committee on Medical Training), predvsem tistih iz t. i. 4. poročila odbora ACMT, ki je bil do nedavne neposredno svetovalno telo Evropski komisiji za področje PUZ.

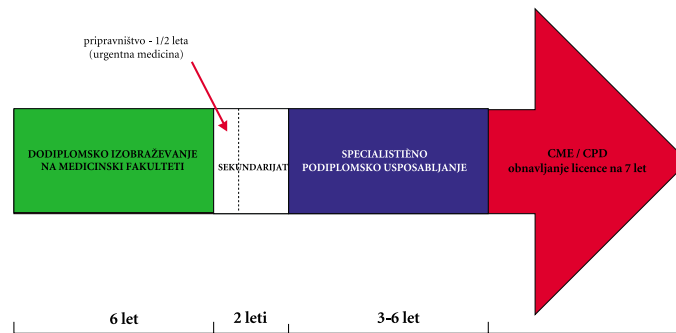
Cilji projekta "specializacije" so zagotoviti:

- kakovostno izvajanje specializacij zdravnikov in zobozdravnikov,
- pregledno in strateško načrtovanje števila specialistov v Sloveniji,
- enakomernejšo porazdelitev specializantov in specialistov po Sloveniji,
- usklajenost na področju specializacij z zahtevami Evropske unije (direktiva EU 93/16).

Pravne podlage:

1. Zakon o zdravniški službi, Uradni list RS, št.98-4618/1999.
2. Zakon o zdravstveni dejavnosti, Uradni list RS, št.9/92, 26/92, 37/95, 8/96, 90/99.
3. Statut Zdravniške zbornice Slovenije, Uradni list RS, št. 65-2255/1994, 54-2563/1995, 64-3593/1996, 22-943/1998.
4. Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov, Uradni list RS, št.8-348/1998, 59-2835/1999, 44-2148/1999, 109-5065/1999, 35-1650/00.
5. Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati zdravstveni zavodi ali zasebni zdravstveni delavci za izvajanje programov pripravništva, sekundarijata in specializacije, Uradni list RS, št. 110-4556/2000.
6. Poslovnik za delo Komisij za ugotavljanje izpolnjevanja pogojev zavodov za izvajanje pripravništva zobozdravnikov, sekundarijata in specializacije, Zdravniška zbornica Slovenije, 1999.

Programi in vsebine specializacij



Slika 2: Shematski prikaz kontinuuma medicinskega izobraževanja in usposabljanja v Sloveniji.

Programne in vsebine specializacij so določila strokovna združenja Slovenskega zdravniškega društva v sodelovanju s katedrami Medicinske fakultete, sprejela pa jih je skupščina ZZS. Vsebine programov specializacij so bile pripravljene po vzorcih in priporočilih sekcij UEMS, trajanja specializacij pa so usklajena z zahtevami Evropske unije, določenimi v Direktivi EU 93/16.

Z namenom, da bi bili programi poenoteni in med seboj usklajeni, je bila ustanovljena Koordinacija za specializacije, katere člani so prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., prof. dr. Miran F. Kenda, dr. med., prof. dr. Matija Horvat, dr. med., mag. Zlatko Frasn, dr. med., Mojca Vrečar, MBA ter prof. dr. Stane Repše, dr. med. (za kirurške specializacije) in prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom. (za stomatološke specializacije) in prof. dr. Jurij Šorli, dr. med. (za internistične specializacije). Koordinacija je sprejela naslednja izhodišča:

1. namen specializacije naj bo pridobitev specialističnih veščin in njihove uporabe v praksi;
2. minimalna dolžina trajanja specializacije naj bo 3 leta, za usposabljanje, ki se nadaljuje po končanem skupnem deblu pa 2 leti (izjemoma 1 leto);
3. za obstoj specializacije v Sloveniji naj bo izkazan obstoj potrebnega števila učnega kadra, zadostno število potreb po specializantih (vsaj 1 na leto) ter obstoj te specializacije v najmanj petih evropskih državah.

Koordinacija je sprejela enotno shemo za začetni del programa vsebin specializacij, po kateri smo poenotili vse obravnavane vsebine. Tako začetni del vsebuje opis namena specializacije, povzetek programa, pogoje za zaključek specializacije ter opis specialističnega izpita. Vsa določila glede pogojev za izvajanje specializacij in imenovanja pooblaščenih ustanov smo iz vsebin črtali, saj jih vsebinsko opredeljuje pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati zavodi za izvajanje programov pripravništva, sekundarijata in specializacij.

Koordinacija je predloge posameznih vsebin programov SPUZ pregledala ter na ločene razgovore po strokah (specialnostih) povabila pripravljavce. V kolikor se je izkazalo, da so potrebni in smiselni morebitni popravki, so pripravljavci določen del besedila popravili, tako da so bili šele res usklajeni predlogi posredovani v sprejetje skupščini Zbornice. Največ pozornosti je bilo pri praktično vsakem programu posebej posvečeno vprašanju, ali je mogoče program v praksi tudi zares praktično izvesti. Koordinacija je vztrajala tudi, da so v programih predpisane konkretne zahteve in število potrebnih izvedb posameznih veščin in postopkov.

Do sedaj smo sprejeli 41 programov specializacij, kar je razvidno iz naslednje tabele:

zap. št.	vrsta specializacije	trajanje sprejetja	datum sprejetja	organ	uporaba od dne
1	Abdominalna kirurgija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
2	Anatomska patologija in citopatologija	5	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
3	Anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina	6	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
4	Čeljustna in zobna ortopedija	3	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
5	Dermatovenerologija	4	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
6	Družinska medicina	4	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
7	Epidemiologija	3	13-nov-1989	RKZSV	
8	Fizikalna in rehabilitacijska medicina	5	29-mar-2001	ZZS	1-maj-2001
9	Higiena	3	13-nov-1989	RKZSV	
10	Gastroenterologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
11	Ginekologija in porodništvo	5	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
12	Infektologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
13	Interna medicina	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
14	Internistična onkologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
15	Kardiovaskularna kirurgija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
16	Klinična genetika *	6	29-mar-2001	ZZS	1-maj-2001
17	Klinična mikrobiologija	5	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
18	Maksilofacialna kirurgija	4	26-okt-2000	ZZS	1-dec-2000
19	Med. dela, prometa in športa *	4	29-mar-2001	ZZS	1-maj-2001
20	Nefrologija	6	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
21	Nevrokirurgija	4	26-mar-1990	RKZSV	
22	Nevrologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
23	Nuklearna medicina	5	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
24	Oftalmologija *	4,5	29-mar-2001	ZZS	1-maj-2001
25	Oralna kirurgija	4	26-okt-2000	ZZS	1-dec-2000
26	Ortopedska kirurgija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
27	Otorinolaringologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
28	Otroška in mladostniška psihiatrija	5	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
29	Otroško in preventivno zobozdravstvo	3	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
30	Parodontologija	3	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
31	Pediatrija *	5 ali 6	29-mar-2001	ZZS	1-maj-2001
32	Plastična, rekonstrukcijska in estetska kirurgija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
33	Pnevmologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
34	Psihiatrija	5	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
35	Radiologija	5	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
36	Radioterapija in onkologija	4	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
37	Socialna medicina	3	26-mar-1990	RKZSV	
38	Sodna medicina	5	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
39	Splošna kirurgija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
40	Stomatološka protetika	3	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
41	Torakalna kirurgija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
42	Transfuzijska medicina	5	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
43	Travmatologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
44	Urologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
45	Zobne bolezni in endodontija	3	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000

*: predvidoma bodo sprejete na skupščini Zbornice 29.marca 2001

Pooblastila ustanovam za izvajanje specializacij

Postopek izdaje pooblastil izvajalcem določa pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati zavodi za izvajanje programov pripravištva, sekundarijata in specializacij. Po določilih pravilnika, ki je veljal še v letu 2000, je Ministrstvo za zdravstvo imenovalo tričlansko komisijo za ugotavljanje pogojev v sestavi: prim. Janez Zajec, dr. med., prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., in prof. dr. Stane Repše, dr. med. Komisija je sprejela poslovnik za delo komisije, ki določa, da lahko izvajalci kandidirajo za izdajo pooblastila za izvajanje posameznih delov specializacij, če komisiji predložijo izpolnjene vprašalnike (priloge poslovniku). Na podlagi izpolnjenih vprašalnikov komisija oz. njeni strokovni sodelavci (komisija je za prav vsako specialnost oz. specializacijo določila po dva strokovna sodelavca) praviloma izvedejo obisk v ustanovi oz. kandidatki ter na podlagi zbranih podatkov pripravijo predlog za izdajo pooblastila za izvajanje celotnega programa ali le posameznih delov specializacij. Za večino specialnosti so predlogi za izdajo pooblastil že pripravljeni, pregledati in potrditi jih mora še nova komisija, ki je bila imenovana februarja 2001: prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., Dorjan Marušič, dr. med. in doc. dr. Matjaž Veselko, dr. med.

Pooblastila izvajalcem bodo natančno določala, koliko in kateri del posamezne specialnosti se lahko izvaja v posamezni ustanovi ter optimalno in maksimalno število specializantskih delovnih mest. Na podlagi teh podatkov ter ocene števila specializantov bo komisija za specializacije pripravila predlog mreže specializantskih delovnih mest, ki bo smiselno umeščen v mrežo zdravniških delovnih mest. Mreža specializantskih delovnih mest predpostavlja stalno zasedenost mest, kar naj bi se upoštevalo tudi pri izvajanju in obračunavanju zdravstvenih storitev ustanove.

Organizacija in vodenje specializacij

Zdravniška zbornica Slovenije bo z javnim razpisom najmanj enkrat na leto razpisala specializacije. Specializacije bodo razpisane za posamezna področja ter za posamezne regije. Število razpisanih specializacij bo določeno glede na potrebe izvajalcev javne zdravstvene službe s ciljem zagotavljanja obnavljanja javne zdravstvene mreže ter glede na prosta specializantska delovna mesta. Strokovne službe Zbornice so že pripravile preglednice stanja specialistov po področjih in mestu zaposlitve, stanja specializantov in planiranih upokojitve. Na podlagi teh podatkov smo izračunali predvideno stanje specialistov v prihodnjih letih ter ob upoštevanju trajanj posameznih specializacij določili potrebno število za razpis specializacij. Seveda smo upoštevali tudi predvideno število diplomantov Medicinske fakultete ter dejstvo, da je specializacija pogoj za prvo podaljšanje licence po letu 2007. **Primer izračuna za razpis specializacij iz anesteziologije** pokaže, da je v letu 2001 potrebno za obnavljanje mreže razpisati 11 specializacij iz anesteziologije:

- število anesteziologov leta 2001: 179
- načrtovane upokojitve do konca leta 2008: 51
- načrtovani zaključki specializacij do 2008: 40
- izračunano število anesteziologov leta 2008: 168
- **plan za razpis v letu 2001:** 11

Zbornica bo razpis objavila predvidoma v reviji ISIS, informacijo o objavi razpisa pa v dnevnikih časopisih. V razpisu bodo podani

tudi pogoji za prijavo na razpis. Na razpis se bodo lahko prijavi kandidati z zaključenim študijem na Medicinski fakulteti v Ljubljani ali potrdilom o nostrifikaciji diplome medicine pridobljene v tujini, opravljenim strokovnim izpitom ter dokazilom o slovenskem državljanstvu in znanju slovenskega jezika. Tuji državljani pa bodo morali predložiti še izjavo o kritju stroškov specializacije.

V primeru, da bo prijavljenih več kandidatov kot je razpisanih mest, bo Zbornica izvedla izbirni postopek v skladu s sprejetimi kriteriji, ki so: ocene na dodiplomskem (in podiplomskem) študiju, mnenja dosedanjih mentorjev kandidata, kandidatovi dosednji strokovni dosežki, priporočila in reference ter rezultati opravljenih osebnih razgovorov s kandidati. Za sodelovanje pri osebnih razgovorih s kandidati bo komisija za specializacije pritegnila strokovne sodelavce iz posameznih strok, iz nabora glavnih mentorjev in strokovnih sodelavcev komisije za ugotavljanje pogojev (kamor so svoje predstavnike delegirala strokovna združenja in sekcije SZD in ZZS).

Izbrani kandidati bodo dobili odločbo o specializaciji, v kateri se določi datum začetka opravljanja specializacije in glavni mentor. Glavni mentor bo izbran iz seznama glavnih mentorjev, ki ga za vsako leto določi Zbornica.

Kandidat mora pričeti s specializacijo najkasneje do datuma, ki je zapisan v odločbi. Priporočljivo je, da glavni mentor specializantu že ob začetku opravljanja specializacije pripravi program kroženja.

Primer programa kroženja pri specializaciji iz ginekologije in porodništva:

Osnovni program specializacije (19 mesecev)

- abdominalna kirurgija	7,5 mesecev	SB Celje
- urologija	2 meseca	SB Celje
- patologija	1 mesec	SB Celje
- anestezija	1 mesec	SB Celje
- ultrazvok	3 mesece	SB Celje
- humana genetika	1 mesec	SB Maribor
- neonatologija	1 mesec	SB Maribor
- transfuzijska medicina	0,5 meseca (14 dni)	Zavod za transfuzijo
- onkologija	2 meseca	Onkološki inštitut

Ginekološko-porodniški program specializacije (41 mesecev)

● Ginekologija		
- splošna ginekologija	4 mesece	SB Celje
- urgentna ginekologija	3 mesece	SB Celje
- ginekološka onkologija	4 mesece	SB Maribor
- ginekološka urologija	2 meseca	SB Maribor
- otroška ginekologija	1 mesec	KC Ljubljana
● Porodništvo		
- spremljanje normalne in patološke nosečnosti (ambulantno in hospitalno)	6 mesecev	SB Celje
- porodna soba	6 mesecev	SB Celje
● Reprodukcijska		
- hospitalni odd. za reprod.	3 mesece	SB Maribor
- IVF-ET program	2 meseca	SB Maribor
- ginekološka endokrinolog.	2 meseca	SB Maribor

- načrtovanje dr. in kontrac.	2 meseca	SB Celje
- andrologija	1 mesec	SB Maribor
● Delo v dispanzerju za ženske	2 meseca	SB Celje
● Psihosomatika v ginekologiji in porodništvu	1 mesec	KC Ljubljana
● Diagnostika patoloških procesov v dojki	2 meseca	SB Maribor

Potek specializacije

Na podlagi odločbe o specializaciji specializant kandidira pri pooblaščenih izvajalcih za zaposlitev in usposabljanje na prostem specializantskem delovnem mestu. Pooblaščen izvajalci so v skladu s prejetimi pooblastili za usposabljanje dolžni nuditi zaposlitev specializantom. Na specializantskih delovnih mestih bodo specializanti sklepali zaposlitve za določen čas v skladu s programom specializacije. Po zaključku posameznega dela specializacije pri pooblaščenem izvajalcu specializant kandidira za drugo specializantsko delovno mesto skladno s programom specializacije.

Informacije o prostih in zasedenih specializantskih delovnih mestih bo zbirala in nudila Zbornica. Pooblaščen izvajalci bodo Zbornici redno posredovali informacije o zasedenosti specializantskih delovnih mest.

Specializant prejema plačo od ustanove, kjer je zaposlen, ustanova pa prejema sredstva za plače specializantov iz skupnega fonda za financiranje specializacij. Sredstva za plače specializantov se bodo zbirala iz sredstev za plačilo zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Primer specializantskih delovnih mest za začetni del specializacij iz kirurgije: (priloga 1)

Mentorstvo

Ena najpomembnejših vsebinskih sprememb sistema SPUZ je poudarek vlogi mentorjev zdravnikov, ki izobražujejo/ usposabljaajo v okviru posamezne specializacije. Temeljno vodilo spremembam v tej smeri je bila želja po identifikaciji z vlogo mentorja in povečanju osebne odgovornosti mentorja za dosledno izvedbo predvidenega programa specializacij in obvladovanje predpisanih veščin.

Glavni mentorji - neposredni mentorji

Ves čas specializacije ima specializant glavnega mentorja, na posameznih specializantskih delovnih mestih v poteku specializacije pa tudi neposredne mentorje. Neposredni mentor usposablja in nadzira specializanta na delovnem mestu in periodično poroča glavnemu mentorju o napredovanju znanja specializanta. Poleg tega sodeluje pri skupinskih oblikah usposabljanja specializantov.

Naloge glavnih mentorjev. Glavni mentor pripravi individualiziran program specializacije svojemu specializantu, usklajuje in nadzira potek specializacije ter s tem zagotavlja, da specializacija poteka po programu. Sodeluje z neposrednimi mentorji in spremlja njihovo delo, ocenjuje napredovanje znanja specializanta in lahko predlaga podaljšanje določenega dela specializacije, če ugotovi, da specializant v predvidenem času ni pridobil zadostnega obsega znanja in veščin. Glavni mentor je tvorno udeležen pri organizaciji skupinskih oblik izobraževanja specializantov v svoji ustanovi.

V soglasju s specializantom glavni mentor predlaga ZZS razpored kroženja v skladu s programom specializacije in neposredne mentorje za posamezne dele. Takemu predlogu sledi uskladitev z mož-

Primer specializantskih delovnih mest za začetni del specializacij iz kirurgije: (priloga 1)

področje	št. pot. reb. mes	meseci	ustanove/število mesecev																
			KC	SB MB	SB CE	SB Irola	SB NG	SB NM	SB MS	SB SG	SB Jes	SB Ptu	SB Trb	SB Bre	Onk. inst.	MF	Zavod za transfuz.		
št. specializantov = 53 (skupaj vse kirurgije)																			
Začetni del		=24																	
- Kirurške infekcije	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			
- Abdominalna kirurgija	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7			
- Traumatologija	7	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9			
- Anestezija z reanimatologijo	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1		
- Kirurška intenzivna terapija	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
- Patologija ali sodna medicina	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
- Opekline	1	1	1	1															
- Tečaj iz transfuziologije		0.5																	0.5

nostmi glede na opredeljena/ prosta specializantska delovna mesta (mreža specializantskih delovnih mest) v ustanovah, pooblaščenih za izvajanje specializacij. Ob današnjih tehnoloških možnostih sicer nekateri ne vidimo resnih ovir za način razporejanja, ki bi vključeval kar neposredno "on-line" informiranje glavnih mentorjev in specializantov o razpoložljivih (prostih) specializantskih delovnih mestih. Žal pa je prioriteta informatizacije SPUZ v procesu razvoja celostnega informacijskega sistema ZZS (ki naj bi nekoč vključeval tudi področje upravljanja - vodenja in koordinacije specializacij) odgovornim za določanje prioritete v ZZS očitno premalo pomembna.

Pooblastila glavnih mentorjev. Glavni mentor po odobritvi specializacije v okviru priprave individualiziranega programa za posameznega specializanta Zbornici (SIZ) predlaga vštevanje že opravljenega usposabljanja v program specializacije. Na osnovi tega predloga in ustreznih dokazil o predhodno opravljenem usposabljanju SIZ odloči o količini usposabljanja, ki ga je mogoče specializantu priznati za opravljenega. Glavni mentor je tudi pooblaščen za izdajanje pisnega pooblastila specializantu za opravljanje posameznih del in storitev samostojno ali z omejeno obliko nadzora (možnost posveta z nadzornim specialistom idr.). Če glavni mentor ugotovi, da specializant brez opravičljivih razlogov ne opravlja svojih obveznosti po programu specializacije, mora najkasneje po treh mesecih in po predhodnem pisnem opozorilu specializantu Zbornici predlagati prenehanje specializacije.

Preverjanje znanja. Doseženo raven znanja in obvladovanja veččin mentorji preverjajo med potekom specializacije. Glavni mentor tudi sporoči SIZ, da je specializacija končana in da je kandidat pripravljen na specialistični izpit. Pravilnik vsebuje tudi določilo, da je mogoče opravljati specialistični izpit pred potekom predvidenega trajanja specializacije, v kolikor glavni mentor meni, da je specializant opravil predviden program specializacije v celoti in obvlada predpisana znanja in veščine. Predhodno opravljanje specialističnega izpita je mogoče največ 6 mesecev pred koncem predvidenega trajanja specializacije. Vsekakor to naj ne bi bilo pravilo, prej izjema. Glavni mentor praviloma prisostuje specialističnemu izpitu, vendar ne more biti član izpitne komisije.

Postopek imenovanja glavnih mentorjev.

Pravilnik o specializacijah določa, da seznam glavnih mentorjev za vsako leto določi Zbornica na predlog pooblaščenih izvajalcev.

Temeljni pogoji za pridobitev statusa glavnega mentorja so naziv višji svetnik, svetnik, primarij, učiteljski naziv ali specialist z najmanj petimi leti izkušenj na svojem področju.

Optimalno število imenovanih glavnih mentorjev za posamezne specialnosti je izračunano glede na predvideno število specializantov. Dogovorjeno je bilo, da bo Zbornica imenovala omejeno število glavnih mentorjev, saj želimo, da je mentorsko delo kolikor je mogoče neprekinjeno, poleg tega pa v primeru omejenega števila imenovanih obstaja večja verjetnost, da bomo uspeli sistemsko razrešiti tri temeljne statusne pogoje za kakovostno delo mentorjev:

- zagotavljanje t. i. "opredeljenega delovnega časa" za mentorsko delo ("protected time"),
- zagotavljanje rednega periodičnega izobraževanja za delo mentorja (seminarji, delavnice), pa tudi
- ustrezno nagrajevanje mentorskega dela (vsaj v skladu s kolektivno pogodbo za zdravnike in zobozdravnike).

Postopek imenovanja glavnih mentorjev je v zadnjih dveh letih v okviru ZZS potekal v več fazah. Najprej smo pozvali ustanove, kandidate za pridobitev statusa pooblaščenih izvajalcev, da nam predlagajo seznam glavnih mentorjev. Po postopku preverjanja izpolnjevanja pogojev je sledila obravnava na SIZ. Ta je na podlagi mnenja, da so glede na poznavanje razmer v določenih specialnostih predlagani seznam zanesljivo pomanjkljivi sklenil pozvati ustanove - predlagateljice k posredovanju imen vseh zdravnikov, ki glede na določila pravilnika izpolnjujejo pogoje za imenovanje. Ker na osnovi sestave tako SIZ in komisije za specializacije ni bilo mogoče zagotoviti "poznavalske" presoje za oblikovanje dokončnih predlogov, je po pooblastilu SIZ komisija za specializacije k oblikovanju dokončnega, optimalnega števila glavnih mentorjev pritegnila strokovne sodelavce komisije za ugotavljanje pogojev, ki jih morajo izpolnjevati ustanove za izvajanje programov pripravnosti, sekundarijata in specializacij, za posamezna strokovna področja oziroma specialnosti. Tako so bili jeseni 2000 s strani IO ZZS na predlog SIZ imenovani glavni mentorji za naslednja strokovna področja: vse kirurgije, anestezijologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina, ginekologija in porodništvo, internistična onkologija, maksilofacialna kirurgija, nevrologija, oftalmologija, pediatrija in sodna medicina.

Zbornica določi glavnega mentorja specializantu v odločbi o odo-

britvi specializacije. Izbor glavnega mentorja poteka izmed imenovanih mentorjev če je le mogoče v skladu z navedeno željo zdravnika, kandidata v vlogi za odobritev specializacije. Zbornica preveri zasedenost glavnih mentorjev, posamezni izmed njih lahko namreč sočasno skrbi za največ tri specializante. V primeru, da mentor, ki ga specializant navede kot zaželenega v svoji vlogi, že skrbi za tri specializante SIZ na predlog komisije za specializacije določi glavnega mentorja s seznama preostalih razpoložljivih imen. Pri tem upošteva predvsem geografsko pripadnost, pa tudi sorazmerno zasedenost mentorjev. Zbornica lahko v primeru nespoštovanja mentorskih dolžnosti glavnega ali neposrednega mentorja mentorstva razreši.

Nadzor izvajanja specializacij - zagotavljanje kakovosti SPUZ

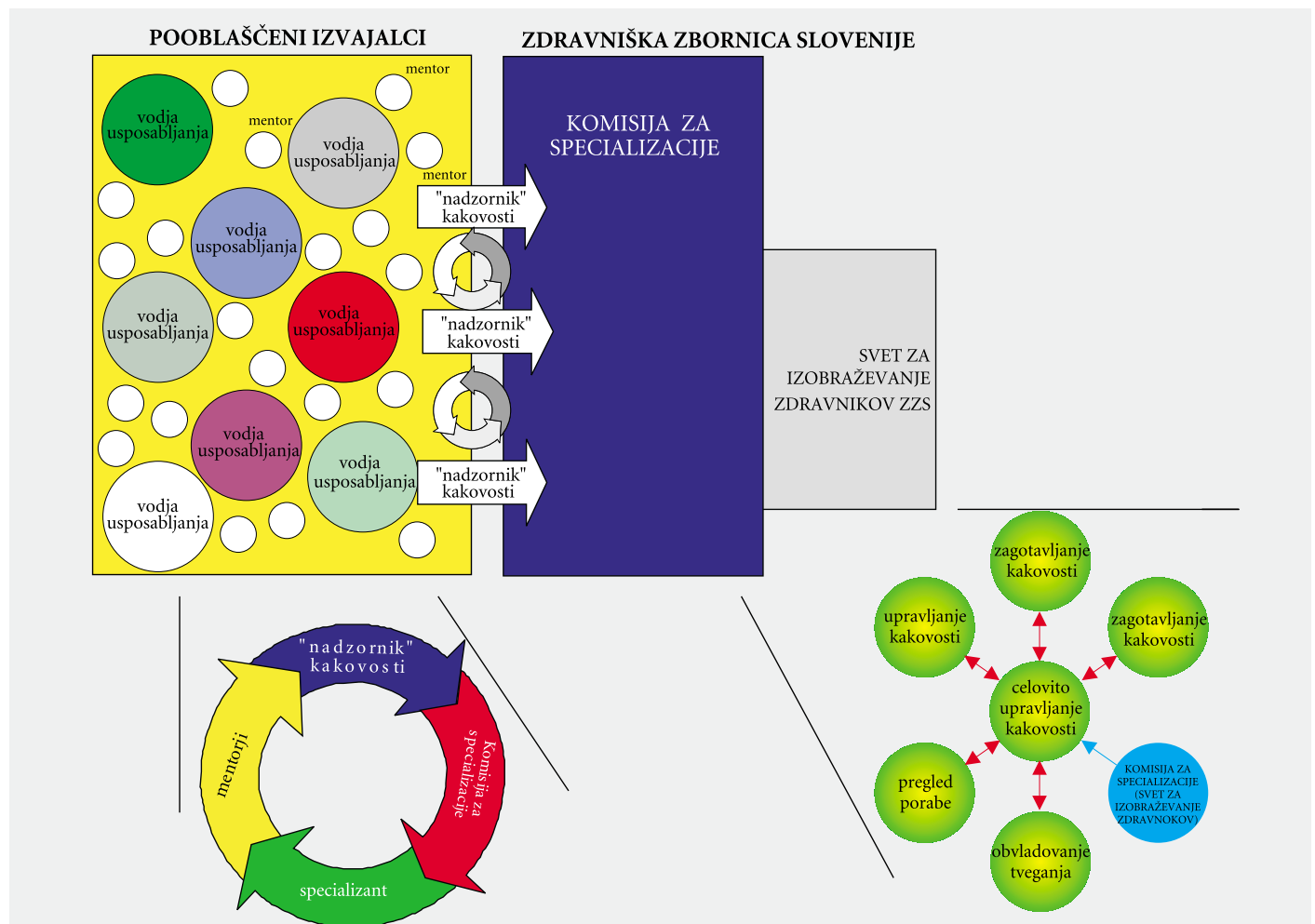
Če je le mogoče, naj veljajo zapisana pravila. Celovito upravljanje kakovosti SPUZ, kot smo si ga zamislili in ga začnemo izvajati v Sloveniji velja v splošnem razdeliti na dva temeljna dela:

1. nadzor kakovosti programov (vsebin) posameznih specializacij,

2. celovito upravljanje kakovosti izvajanja programov.

Za zagotavljanje kakovosti programov (vsebin) so v osnovi odgovorni predlagatelji oziroma pripravljavci programov, ki so po dogovoru o delitvi dela med ZZS in SZD na področju reorganizacije in prenove SPUZ v Sloveniji strokovna združenja in sekcije SZD. Ta strokovna telesa bodo tudi v prihodnje odgovorna za morebitne spremembe oziroma dopolnitve nedavno sprejetih programov.

Dejali smo že, da smo se zagotavljanja kakovosti SPUZ lotili prvenstveno na ravni povečane osebne odgovornosti mentorjev, tako glavnih kot neposrednih. Zamisljamo si usklajevalne dejavnosti za čimbolj kakovostno delo mentorjev tako znotraj ustanove (kjer naj bi bil za celovito zagotavljanje kakovosti odgovoren "vodja usposabljanja"), kot tudi na nacionalni ravni (kjer bo Komisija za specializacije ZZS usklajevala delo pooblaščenih "nadzornikov kakovosti izvajanja specializacij"). Komunikacija glede kakovosti SPUZ bo potekala na relaciji svet za izobraževanje pri ZZS - komisija za specializacije pri ZZS - nadzornik kakovosti izvajanja specializacij - vodja usposabljanja - glavni mentor - neposredni mentor (kakor tudi v obratni smeri in med njimi) (slika 3).



Slika 3: Shematski prikaz predlaganega modela celovitega upravljanja kakovosti izvajanja specializacij zdravnikov.

V sistemu zagotavljanja celovite kakovosti izvajanja programov specializacij zdravnikov, kot smo si ga zamislili pri ZZS bo torej za kakovost izvajanja posamezne specializacije v državi skrbel in odgovarjal t. i. "nadzornik kakovosti izvajanja specializacije" za posamezno strokovno področje. Na predlog komisije za specializacije bo nadzornike za kakovost za posamezna strokovna področja imenoval svet za izobraževanje zdravnikov ZZS. Njihovo delo bo predvidoma obsegalo najmanj:

- izvajanje rednih strokovnih nadzorov kakovosti izvajanja specializacij in pogojev v učnih ustanovah (od 1 do 3 leta),
- reševanje pritožb v zvezi z izvajanjem programov specializacij (tako s strani specializantov kot mentorjev),
- zbiranje in oblikovanje predlogov za izboljševanje kakovosti izvajanja specializacij.

Zaenkrat je obveljal predlog, da bi imeli le maloštevilne "nadzornike kakovosti", katerih delo bi bilo tudi lažje medsebojno usklaje-

vati in poenotiti merila za njihovo delo. Tako naj bi "nadzorniki kakovosti" ne bili imenovani za vsako specializacijo posebej, ampak zgolj za "velike" specializacije oziroma za skupine specializacij (kirurgija; interna medicina; pediatrija; družinska medicina).

Za kakovost izvajanja programov specializacij v posamezni ustanovi naj bi poskrbel koordinator/ vodja usposabljanja oziroma izobraževanja, ki mora imeti status glavnega mentorja. Načeloma bi bilo za kar najbolj nemoteno delo najbolje, da bi bil vodja usposabljanja v posamezni ustanovi predstojnik oziroma njegov pooblaščenec/ zaupnik.

Glede na to, da bo v številnih ustanovah potekalo več programov specializacij ("matične" in "sorodne") in da se vsebine, nameni, osnovna usposobljenost specializantov ipd. med temi razlikujejo, bo vodja usposabljanja v posamezni pooblašteni ustanovi moral poskrbeti za ustrezno prilagojenost dela neposrednih mentorjev ter za prilagojenost strokovnih zadolžitev specializantov oziroma za

Svet za izobraževanje zdravnikov je najvišji organ Zbornice na področju podiplomskega izobraževanja zdravnikov, ki ga sestavljajo: akad. prof. dr. Matija Horvat, dr. med., (predsednik), prof. dr. Dušanka Mičetič Turk, dr. med., prof. dr. Vesna Paver Eržen, dr. med., prim. Jože Pretnar, dr. med., prof. dr. Stelio Rakar, dr. med., prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom., asist. Danica Rotar Pavlič, dr. med., doc. dr. Matjaž Veselko, dr. med., prim. doc. dr. Gorazd Voga, dr. med.

Naloge in pristojnosti sveta za izobraževanje zdravnikov v zvezi s specialističnim podiplomskim usposabljanjem:

- spremlja in ocenjuje zdravstveno politiko z vidika zagotavljanja pogojev za kakovostno izvajanje podiplomskega izobraževanja zdravnikov,
- skupščini Zbornice predlaga v sprejem vsebine specializacij in sekundarijata,
- Ministrstvu za zdravstvo predlaga pooblastila za izvajanje podiplomskega usposabljanja učnim zavodom in zasebnim učnim ordinacijam,
- imenuje mentorje na predlog pooblaščenih izvajalcev,
- imenuje izpitne komisije za specialistične izpite in izpite ob zaključku sekundarijata,
- določa kriterije za zagotavljanje kakovosti izobraževalnih programov, izobraževalnih ustanov in mentorjev,
- nostrificira v tujini opravljene specializacije in druga podiplomska znanja,
- sklepa o upravičenosti upoštevanja določenega dela sekundarijata v specializacijo,
- potrjuje zaključke specializacij in izdaja diplome ter predloge za izdajo licence,
- potrjuje dokončne predloge sprememb pravilnika o specializacijah ter oblike in vsebine lista zdravnika specializanta,
- skrbi za nemoteno in usklajeno delovanje Komisije za specializacije in Sveta za izobraževanje.

Komisija za specializacije je delovno telo sveta za izobraževanje zdravnikov z nalogami programiranja in koordinacije dejavnosti na področju izvajanja javnega pooblastila specializacij zdravnikov, njeni člani so: mag. Zlatko Fras, dr. med., (predsednik), prim. dr. Marko Kolšek, dr. med., asist. mag. Hugon Možina, dr. med., prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med., prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom., doc. dr. Matjaž Veselko, dr. med., prof. dr. David B. Vodusek, dr. med.

Po pooblastilu sveta za izobraževanje zdravnikov so naloge komisije za specializacije naslednje:

- priprava razpisa za specializacije in izvedba izbirnega postopka,
- usklajevanje poteka specializacij glede na pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij,
- usklajevanje vsebinskih in organizacijskih podrobnosti v zvezi s preverjanji znanja specializantov,
- oblikovanje mreže specializantskih delovnih mest v pooblaščenih ustanovah za izvajanje programov specializacij,
- usklajevanje vsebinskih in organizacijskih podrobnosti v zvezi z razporejanjem specializantov na specializantska delovna mesta,
- posredovanje predlogov svetu za izobraževanje za imenovanje glavnih in neposrednih mentorjev,
- organizacija izobraževalnih in informativnih seminarjev in učnih delavnic za imenovane mentorje,
- oblikovanje predlogov dopolnil in popravkov pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij,
- priprava lista zdravnika specializanta,
- usklajevanje in priprava predlogov za organizirano strokovno izobraževanje v okviru specializacij,
- posredno in neposredno sodelovanje s specializanti glede nerešenih organizacijskih in strokovnih vprašanj v zvezi s potekom specializacij.

pripravo različnih "usmerjenih programov usposabljanja". Pri tem mu bomo svetovali in zagotavljali pomoč koordinatorjev SPUZ "matičnih" specializacij.

Glede kakovosti specializacij imamo lahko v mislih optimum (h kateremu stremimo) in minimum (vsaj tega moramo doseči na vseh posameznostih celote, ki jo predstavlja "kroženje" v določeni ustanovi). Koordinator izobraževanja bo ključna oseba pri vzpostavljanju in vzdrževanju najmanj "minimalne ravni" kakovosti izvajanja specializacij v pooblašeni ustanovi.

Vse opisane dejavnosti na področju celovitega upravljanja kakovosti SPUZ naj bi usklajevala komisija za specializacije pri ZZS ter predlagala eventualne dodatne ukrepe za zagotavljanje in izboljševanje kakovosti SPUZ svetu za izobraževanje zdravnikov pri ZZS.

Problemi

1. Financiranje - plače specialistom

Trenutno ostaja odprto vprašanje zbiranja sredstev za plače specialistov. Zakon o zdravniški službi določa, da se sredstva za plače specialistov zagotavljajo v okviru cen zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. O razdelitvi teh sredstev se dogovorijo partnerji na pogajanjih za splošni dogovor. Do sedaj se partnerji niso uspeli dogovoriti o načinu zbiranja teh sredstev. Ministrstvo za zdravstvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje in Zdravniška zbornica Slovenije so predlagali, da izvajalci javne zdravstvene službe prispevajo del sredstev na podlagi izračuna, ki bi glede na število in strukturo zaposlenih zdravnikov pri posameznem izvajalcu zagotavljal, da bi izvajalci po omenjenem ključu prispevali sredstva v fond za specializacije v deležu, ki zagotavlja obnavljanje kadrov za njihovo ustanovo, del sredstev pa bi dodatno zagotovil Zavod za zdravstveno zavarovanje. Združenje zdravstvenih zavodov se s predlogom ni strinjalo, zato je predlog trenutno v presoji vladnih služb.

Za financiranje plač specialistov bi bilo potrebno v letu 2001 zbrati 180 milijonov SIT (ob predpostavki, da Zbornica v juniju 2001 objavi razpis za 60 specializacij). V prihodnjih letih nameravamo letno razpisati 170 specializacij (letnemu številu diplomantov Medicinske fakultete moramo prišteti še nekaj stomatoloških specializacij ter specializacije iz družinske medicine za zdravnike, ki že več let delajo v praksi). Pri takšni dinamiki razpisovanja specializacij bi bilo potrebno zbrati v letu 2002: 1.355 milijonov SIT, 2003: 2.355 milijonov SIT, 2004: 3.340 milijonov SIT, 2005: 4.200 milijonov SIT in v vseh nadaljnjih letih: 5 milijard SIT.

Številke so na prvi pogled sicer visoke, vendar je potrebno biti pošten: taka vsota denarja se že sedaj v sistemu porablja za plače usposablajočih se zdravnikov. In še: s podaljšanjem trajanja SPUZ bodo zdravniki dalj časa na usposabljanju (in njihovi količniki dalj časa "specializantski"), z novim sistemom razporejanja in zaposlovanja bodo odpadli tudi nekateri dodatki, ki sedaj obremenjujejo delodajalce... Torej - sprememba sistema spet na račun zdravnikov (bi rekel FIDES).

Drugo pomembno dejstvo, na katerega velja opozoriti, pa je, da izračuni potrebnih sredstev ne vključujejo nobenih drugih stroškov v zvezi s SPUZ: zavarovanja za napake, kotizacij za izobraževalne tečaje (izven delovnega časa), mentorsko delo, dodatno izobraževanje mentorjev v zvezi s SPUZ itd.

A: Projekcija števila specialistov in stroška za njihove plače ob predpostavki, da se razpiše 170 specializacij na leto:

leto	letni dotok specializ.	letno št. specializ.	zaključki 3-letnih	zaključki 4-letnih	zaključki 5-letnih	zaključki 6-letnih	št. izpitov	cena/leto v 1000 SIT
2001	60	60	0	0	0	0		176.670
2002	170	230	0	0	0	0		1.354.470
2003	170	400	0	0	0	0		2.355.600
2004	170	567	3	0	0	0	3	3.339.603
2005	170	713	7	17	0	0	24	4.203.177
2006	170	808	7	48	20	0	75	4.771.812
2007	170	845	7	48	57	21	133	5.000.145
2008	170	843	7	48	57	60	172	4.995.387

B: Projekcija števila specialistov in stroška za njihove plače ob predpostavki, da se razpiše 120 specializacij na leto:

leto	letni dotok specializ.	letno št. specializ.	zaključki 3-letnih	zaključki 4-letnih	zaključki 5-letnih	zaključki 6-letnih	št. izpitov	cena/leto v 1000 SIT
2001	60	60	0	0	0	0		176.670
2002	120	180	0	0	0	0		1.060.020
2003	120	300	0	0	0	0		1.766.700
2004	120	417	3	0	0	0	3	2.456.253
2005	120	515	5	17	0	0	22	3.036.795
2006	120	576	5	34	20	0	59	3.402.684
2007	120	596	5	34	40	21	100	3.527.844
2008	120	595	5	34	40	42	121	3.525.735

Razlaga izračuna:

- Število specialistov v posameznem letu je izračunano na podlagi načrtovanega letnega dotoka specialistov in načrtovanih zaključkov specializacij glede na deleže specialistov v različno trajajočih specialnostih (3-letne: 4 odstotke; 4-letne: 28 odstotkov, 5-letne: 33 odstotkov, 6-letne: 35 odstotkov);
- Trajanje specializacij je upoštevano brez podaljšanj, čeprav v povprečju trajajo specializacije nekoliko dlje, kot predpisuje program. Podaljšanja specializacij lahko kompenziramo s skrajšani na račun upoštevanja že opravljenega usposabljanja tekom sekundarijata;
- Za leto 2001 se upošteva, da se 60 specialistov specializira pol leta;
- Strošek letne plače specializanta znaša 5.889.000 SIT (skupni količnik je 7,78; upoštevani so še prevoz na delo, malica in regres);
- Upoštevan je tudi strošek specialističnega izpita v višini 180.000 SIT na izpit.

Trenutna situacija kaže, da ustanove v zadnjih nekaj letih pre malo skrbijo za obnavljanje svojih kadrov, saj marsikje na primer ne poskrbijo za nadomestilo zdravnika, ki se namerava upokojiti, vse dokler se dejansko ne upokoji. Takšno ravnanje je lahko ob relativno zelo majhnem številu zdravnikov v državi usodno. Premajhna skrb za obnavljanje kadrov namreč v prihodnjih letih že nakazuje veliko pomanjkanje zdravnikov, kar se bo še posebej pokazalo v nekaterih strokah in kar že kažejo opravljene analize starostnih skupin zdravnikov po specialnostih. Takšno ravnanje je najmanj neodgovorno, saj je mogoče nastale vrzeli ob nespremenjeni količini storitev zapolniti le z dodatnimi bremenmi že sedaj zelo obremenjenih zdravnikov.

Če bomo nadaljevali s podobno politiko premajhne skrbi za pravočasno usposabljanje naših zdravnikov, nam z odprtjem meja ob priključitvi EU, ki narekuje prost pretok ljudi, blaga in storitev, "grozi" naval tuje delovne sile. Škoda je, da takrat zaradi lastne dandanašnje "arogance" ne bomo imeli dovolj domačih strokovnjakov, za katere bi natančno vedeli, kako so usposobljeni in bomo prisiljeni zdravnike "uvažati". V ZZS smo prepričani, da je za zagotovitev zadovoljivega števila slovenskih zdravnikov potrebno takoj povečati število vpisnih mest na Medicinski fakulteti, za sorazmerno zasedenost posameznih strok in optimalno geografsko razporejenost pa brez obotavljanja pričeti z opredelitvijo in razpisovanjem prostih specializantskih delovnih mest, nacionalnim načrtovanjem ter koordinacijo specialističnega podiplomskega usposabljanja zdravnikov.

2. Specializacije stomatologov

Največji problem je zaradi neskladja različnih mnenj znotraj same stroke. Zbornica je vsa pooblastila za urejanje stomatoloških specializacij zaupala odboru za zobozdravstvo (OZB), ki je ustanovil komisijo za specializacije pri OZB. Člani te komisije pa niso soglasni glede števila specializacij, ki naj bi jih odobrili, glede pooblastil izvajalcem za izvajanje specializacij, (ki naj bi jih predlagali ministrstvu za zdravstvo) in glede imenovanja glavnih mentorjev.

Predstavniki stomatološke klinike namreč vztrajajo, da se mora večina programa vseh stomatoloških specializacij izvajati pri njih. Njihove kapacitete pa so (vsaj za izvajanje čeljustne in zobne ortopedije) omejene, zato bo nujno potrebno razmisliti o izdaji pooblastila tudi drugim izvajalcem. Za izdajo teh pooblastil je odgovorno ministrstvo za zdravstvo, ki dobi predlog od Komisije za ugotavljanje izpolnjevanja pogojev zavodov za izvajanje programov specializacij. Komisija je bila imenovana nedavno in pričakovati je, da bo v prihodnjih mesecih pripravila ustrezen predlog ministrstvu.

Zaradi vseh naštetih problemov je Komisija za specializacije pri OZB sklenila, da stomatoloških specializacij zaenkrat ne bodo odobraval.

Namesto zaključka – SWOT-analiza projekta "Specializacije zdravnikov"

PREDNOSTI Strengths

- (1) izkušnje ZZS (sekundarijat)
- (2) strokovne službe ZZS
- (3) informacijski sistem ZZS - pregled nad resursi
- (4) konzervativnost poklica
- (5) mednarodne povezave ZZS s poklicnimi združenji
- (6) obvezno članstvo v ZZS

SLABOSTI Weaknesses

- (1) pomanjkljiv sistem določanja prioritete dela v ZZS
- (2) "aroganca" zdravnikov (kritikantstvo)
- (3) "večvrednostni" kompleks
- (4) povečevanje lastne specialnosti
- (5) nemotiviranost zdravnikov za odgovorno sodelovanje
- (6) problem slabe implementacije pričelih projektov ZZS

PRILOŽNOSTI Opportunities

- (1) možnost koordinacije TQM
- (2) javno pooblastilo
- (3) transparentnost sistema (zaradi majhnosti države)
- (4) možnost planiranja delovne sile (uravnavanje zasedenosti posameznih strok)

NEVARNOSTI Threats

- (1) vprašanje prestiža (poklicne organizacije vs. fakulteta/katedre)
- (2) neobstoječa konkurenca vrhunskih kliničnih ustanov
- (3) neurejeno financiranje
- (4) neobstoječa mednarodna (EU)

...komentar sledi (po potrebi)...

Literatura:

1. The Edinburgh declaration. *Med Educ* 1988; 22: 481-2.
2. Panel on General Professional Education of the Physicians and College Preparation for Medicine. *Physicians for the twenty-first century: The GPEP report*. Washington Association of American Medical Colleges, 1984.
3. Gastel B, Rogers DE, eds. *Clinical education and the doctor of tomorrow: An agenda for action*. New York: The New York Academy of Medicine, 1989.
4. The position of the UEMS on the Autonomy of Specialist Medical Practice, Declaration of the Management Council of the UEMS. In: Leibbrandt CC, ed. *UEMS: composition, policy, charters*. 1958-1998. Bruxelles: Union Europeenne des Medecins Specialistes (UEMS), 1998: 22-4. <http://www.uems.be>.
5. *Handbook of Policy Statements 1959-1995*. Standing Committee of European Doctors (CP). Edited by the Danish Medical Association. Brussels: Standing Committee of European Doctors, 1995.
6. NHS Management Executive. *Working for patients. Postgraduate and continuing Medical and Dental Education*. London: Crown, 1991.
7. Hughes G. *Manpower forecasting: a review of methods and practice in some OECD countries*. Dublin: The Economic and Social Research Institute, 1991.
8. Seminar za glavne mentorje specializantov. Povzetki predavanj. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, 2. december 2000.
9. *European Training Charter for Medical Specialists*. In: Leibbrandt CC, ed. *UEMS: composition, policy, charters*. 1958-1998. Bruxelles: Union Europeenne des Medecins Specialistes (UEMS), 1998. <http://www.uems.be>.
10. Berwick DM. *Crossing the boundary: changing mental models in the service of improvement*. *Int J Qual Health Care* 1998;10(5): 435-41.
11. *Postgraduate Medical Training: a European Future. Policy Statement*. Copenhagen: Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors (PWG), 1995.
12. Maudsley RF. *Postgraduate Medical Education: Responding to Changing Health and Social Needs*. *Ann RCPSC* 1992; 25: 429-32.
13. *Advisory Committee on Medical Training. Fourth Report and Recommendations on the Conditions for Specialist Training*. Brussels: European Commission, Directorate General XV, Internal Market and Financial Services, 1997 (Document XV/E/8306/4/96-EN final).
14. Holm HA. *Quality issues in continuing medical education*. *BMJ* 1998; 316: 621-4.
15. Balas EA, Boren SA. *Managing clinical knowledge for health care improvement. Yearbook of Medical Informatics*. Bethesda, MD: National Library of Medicine, 2000: 65-70.
16. Chassin MR. *Is health care ready for six sigma quality?* *Milbank Quarterly* 1998; 76(4): 575-91.
17. Fras Z. *Prikaz podiplomskega usposabljanja zdravnikov v Evropi (2)*. *ISIS* 1993; 2(6): 24-31.
18. Fras Z. *Zdravstveni vodnik po Evropi (1)*. *ISIS* 1993; 2(10): 17-25.
19. Fras Z. *Evropa brez meja tudi za zdravnike?* *ISIS* 1993; 2(12): 26-35.
20. Fras Z. *Nekaj značilnosti medicinske demografije in sistemov zdravstvenega varstva v evropskih državah*. *ISIS* 1994; 3(2): 28-40.



Upravni odbor UEMS je zasedal septembra v Helsinkih

Zlatko Fras, Mojca Vrečar

Jesensko srečanje upravnega odbora UEMS (Management Council) je potekalo od 28. do 30. septembra 2000 v kongresnem centru Grand Marina v Helsinkih, in je bilo pridruženo slovesnostim ob 90. obletnici Finskega zdravniškega združenja. Srečanje se je odvijalo po nekoliko drugačnem vrstnem redu, saj je UEMS na svojem zadnjem srečanju v Bruslju, konec marca letos sprejel spremembo oziroma preoblikovanje poprejšnjega tako imenovanega odbora za usklajevanje več delovnih skupin, po posameznih vsebinskih sklopih. Tako se je delo začelo dan pred plenarnim zasedanjem v petih delovnih skupinah. Delovne skupine so:

- podiplomsko usposabljanje (WG for Postgraduate Training; PGT),
- nenehno podiplomsko izobraževanje (CME/CPD WG),
- sodelovanje s specialističnimi sekcijami in odbori (WG Relations with UEMS Sections and Boards),
- kakovost obravnave bolnikov (WG for quality of patient care),
- specialistična dejavnost v trenutnih sistemih zdravstvenega varstva (WG specialist practice in current health care systems).

Vsaka delovna skupina je dobila predsednika in poročevalca, začetni mandat je 2 leti, potem sledi poročilo upravnemu odboru in v primeru nezadostnih rezultatov bi skupino razpustili. Vsaka delegacija naj bi imela v delovnih skupinah vsaj po enega predstavnika, tako je prof. dr. Mičetić Turk članica v delovni skupini za PGT (tokrat dejavno sodeloval Zlatko Fras), Mojca Vrečar pa v delovni skupini za CME/CPD.

Na plenarnem zasedanju smo obravnavali naslednja področja:

1. Uporaba elektronskih medijev: sprejet je bil sklep, da bodo na popolnoma javni spletni strani UEMS (<http://www.uems.be>) objavljena poročila generalnega sekretarja in vsi drugi dokumenti označeni z "D____", z izjemo poročila blagajnika. Pospešena bo tudi distribucija dokumentov po e-pošti.

2. Predlog za sprejem Estonije v pridruženo članstvo v UEMS je bil sprejet.

3. Povabilo dr. Salzberga na srečanje UEMS v Basel (od 18. do 20. oktobra 2001) je spodbudilo živahno **razpravo o racionalnosti in potrebi uporabe več različnih jezikov na srečanjih UEMS** (D0028). Cene prevajanja v več jezikov so v različnih državah zelo različne, v Belgiji na primer, je strošek za prevajanje za eno srečanje v vse jezike okoli 450.000 BEF; če prevajanje poteka le v angleščino in francoščino pa do 60.000 BEF. Razprava je vključevala tudi razmišljanja o vplivu tovrstnih odločitev na ohranjanje jezikovne kulture, višino članarine idr. Končno sta se izoblikovala dva predloga:

- uporaba dveh jezikov dejavno (angleščina in francoščina) in treh jezikov pasivno (nemščina, španščina in italijanščina);



.....
Dr. Cillian Twomey,
predsednik
UEMS

- uporaba enega aktivnega jezika (angleščina) in štirih pasivno. Za dobo enega leta je bil sprejet prvi predlog, zatem pa se bo o tej tematici znova odločalo.

4. Sprejem zapisnika prejšnjega sestanka (Bruselj, 25. marec 2000) (D0025): zapisnik je bil sprejet, pomembnejši sklepi prejšnjega zasedanja pa so:

- do januarja 2001 je potrebno pripraviti poročilo o dogajanju v posamezni državi v letu 2000;
- odločitev glede predloga Luksemburga, ki predlaga združevanje evropskih zdravniških organizacij, je bila na pobudo CP predstavljena na pomlad 2001.

Vprašanje je, ali CP res predstavlja vse zdravnike v Evropi - specialiste, splošne zdravnike, specializante (usposablajoče se) in študente; na prejšnjem sestanku je tako mnenje podprla Nemška zvezna zbornica. Vpliv in moč bi bila morda večja, če bi Evropski komisiji posredovali le en, usklajen predlog v zvezi z določeno problematiko.

V bistvu bi si vsi želeli organizacije, za katero bi bilo mogoče reči, da predstavlja interese vseh naštetih; problem pa je v mogočem razumevanju nekaterih, da potem ta organizacija predstavlja zgolj "1 glas". V Belgiji, Nemčiji in Franciji predstavnike v različne zdravniške organizacije imenujejo različne organizacije v državi, v smislu racionalizacije bi morali zmanjšati število različnih organizacij.

5. Poročila pridruženih organizacij:

AEMH, poročilo je podal dr. Theuvenet, sproženo je bilo zanimivo vprašanje: Kdo je lastnik medicinske dokumentacije?

FEMS, poročilo je podal dr. P. Nunes, ukvarjajo se z vprašanjem delovnega časa specializantov, njihovo mnenje je, da je potrebno delovni čas zdravnikov, ki so v procesu usposabljanja, skrajšati.

PWG, dr. E. Marques je podal poročilo s konference o CME/CPD na Portugalskem, ki je bila zelo uspešna. Sporočil je tudi, da je spomladi Komisija EU sprejela pobudo, da tudi zdravniki na usposabljanju spadajo pod direktivo o evropskem delovnem času. Leta 2001 spomladi bo v Stockholmu 25. obletnica delovanja PWG.

UEMO, poročilo sta podala dr. Kuttner in dr. Andre (D0021).

ACMT, dr. C. Twomey je predstavil predlog za posodobitev EU direktive 93/16, podan s strani Evropskega parlamenta, ki ga Evropska komisija zaenkrat ni sprejela z odobravanjem. Gre za vprašanje usposabljanja za splošne zdravnike, ki naj bi se podaljšalo iz dveh na tri leta in za obvezno usposabljanje CME.

6. Poročila delovnih skupin (DZ):

DS za podiplomsko usposabljanje, predsednik: dr. Gruwez (B)

Naloge:

- korekcije 6. poglavja (Charter on Training of Medical Specialists in EU)
- dostop do usposabljanja (ACCESS to specialist training); primerjava sistema med državami

DS za nenehno podipl. izobraževanje, predsednik dr. Borman (UK)

Naloge:

- pripraviti osnutek za posodobitev UEMS strategije o CME (do marca 2002)
- EU-projekt razvijanja CME/CPD

DS za sodelovanje s sekcijami in odbori UEMS, predsednik dr. Hide (UK)

Naloge:

- stanje in razvoj komunikacije UEMS - Boards
- potreba po seznamu vseh članov vseh sekcij; vsaka delegacija naj poskrbi za redno dopolnjen seznam

DS za kakovost obravnave bolnikov, predsednik dr. Theuvenet (NL)

Naloge:

- vzpostaviti stik z organizacijami pacientov, različnimi tovrstnimi organizacijami v Evropi (npr. ECOSA - European Consumer Safety Group - dr. Schaak)

DS za specialistično dejavnost, predsednik dr. Greff (F)

Naloge:

- pregled situacije po državah
- nov, izpopolnjen vprašalnik za zbiranje in obdelavo podatkov

7. Sprejeta je bila podpora dokumentu za preprečevanje nesreč mladih v Evropi.

8. Ustanovljena je bila predsekcija - pediatrična infektologija.

9. Imenovani so bili notranji nadzorniki za pomoč blagajniku: dr. Buhl (N) in dr. Theuvenet (NL).

10. Dokument o odnosu in upravljanju z dokumenti, ki jih pripravijo za glavni odbor/ generalno skupščino CP pridružene organizacije: koordinacijsko telo je potrebno, če naj CP zastopa mnenja celotne stroke v EU. V glavnem so dokument podprli v smislu potrebe po sodelovanju med različnimi organizacijami in enotnem zastopanju s strani CP-ja na evropski ravni.

11. Dogajanje v specialističnih sekcijah: izrečena je bila soglasna podpora ustanovitvi multidisciplinarnega skupnega odbora za "Medicino bolečine".

12. Sodelovanje z evropskimi strokovno-znanstvenimi združenji je potrebno predvsem zaradi sodelovanja v okviru CME:

- ESMO (European Society of Medical Oncology)
- EFNS (European Federation of Neurological Societies)
- EASD (European Association for the Study of Diabetes)
- VAS (Medical Angiology)

Dr. Hide je proti takemu sodelovanju, saj meni, da bi to lahko ogrozilo neodvisnost in samostojnost UEMS. Tudi ostali podpirajo rešitev v okviru sekcij.

13. Poročilo o izdaji zbornika UEMS, za vzorno pripravljeno delo "UEMS Compendium 2000" sta bila urednika, dr. L. Harvey in dr. Tom Kennedy, javno pohvaljena.

14. Nove prijave za članstvo:

Romunija: zaradi finančnih težav se jih v UEMS sprejme kot opazovalce za dobo enega leta brez plačila članarine.

Azerbajdžan: sporočili so, da ne morejo pošiljati delegatov in ne morejo plačati članarine.

Potekajo še razgovori s predstavniki zdravniških organizacij naslednjih držav: Češka, Bolgarija, Ukrajina, Gruzija, Slovaška, Kazahstan.

15. Potrjena je bila kandidatura organizacije srečanja upravnega odbora UEMS leta 2003 v Sloveniji.

Na neformalni ravni je majhna slovenska delegacija z najožjim vodstvom UEMS načela pogovor v smeri čimprejšnjega polnopravnega članstva Zdravniške zbornice Slovenije. Formalno sicer naša država še ni polnopravna članica EU, je pa mogoče ob nedvoumni zagotovili o izpolnjevanju vseh pogojev in predvideni dinamiki širitve EU dokončati proces sprejema ZZS v polnopravno članstvo UEMS tudi prej.

Za konec je potrebno poudariti, da kratka, a intenzivna delovna srečanja upravnega odbora UEMS ponavadi postrežejo z bodisi več konstruktivnimi ali pač konfliktnimi temami. Tokrat je bilo kar zelo mirno. Bistven poudarek s pričujočega srečanja je vsekakor pričetek dela po reorganizirani shemi "preživelega" odbora za usklajevanje. Ustanovljene delovne skupine so si v povprečju zadale obvladljiv obseg obravnave nekaterih perečih vprašanj zdravniškega poklica v Evropi. Upati je, da bo njihovo delo, pridruženo najvišjemu upravnemu organu UEMS-a, v katerega sekcije in odbore je vključenih več kot milijon zdravnikov specialistov, tudi koristno in predvsem zadovoljivo učinkovito.

Napotitve v dejavnosti splošne medicine

Danica Rotar Pavlič, Janko Kersnik, Igor Švab

1. Uvod

Odločitev o napotitvi je eno najpomembnejših odločitev v oskrbi bolnikov. Ustrezna odločitev pomeni, da strokovnjak, ki spozna svoje omejitve in vidi možnosti ustrezne oskrbe pri drugem strokovnjaku, bolnika napoti tja. V razpršenosti specializiranega medicinskega znanja, sta napotnica in odpustno pismo (izvid) vezna člena med organizacijsko ločenimi izvajalci. Napotnica pri tem izpolnjuje vlogo medicinskega in ekonomskega dokumenta.

Ne glede na sistem zdravstvenega varstva je medicinska vsebina napotnice bistveni del sporočila. Prenaša sporočilo o ugotovitvah, diagnozi ali sumu diagnoze in razlogih za napotitev. Zlasti v okoljih, kjer je napotitev manj, pisanje napotnic spominja na pisanje izvidov. Zdravnik, ki želi napotiti bolnika k drugemu zdravniku napiše vljudnostno pismo, v katerem pojasni bolnikovo stanje, opravljene preiskave, diagnozo in pričakovanja.

Poslovno gledano je napotovanje k specialistom način, kako omejimo prost dostop do sekundarne ravni in tako tudi stroške. Omejitve ne velja pri dostopu do osnovnega zdravstvenega varstva. V nekaterih sistemih zdravstvenega varstva ima zato zdravnik družinske (splošne) medicine t. i. vlogo vratarja (gate keeper). Medicinska osnova tega je trditev, da ustrezno usposobljen zdravnik družinske medicine lahko oskrbi večino zdravstvenih težav bolnikov in da prepozna stanja, pri katerih bo oskrba na sekundarni ravni bolniku prinesla zdravstvene koristi. Ekonomsko gledano je v takem sistemu napotnica poleg medicinskega dokumenta tudi ekonomski dokument - naročilnica, ki prenaša zelo natančne podatke o zavarovalnem statusu imetnika napotnice. Z njim bolnik lahko uveljavlja svoje pravice iz zagotovljenega zdravstvenega zavarovanja pri plačilu storitev na sekundarni ravni. Zdravstvena politika s tem izpolnjuje svoj cilj pravične dostopnosti za vse bolnike in vgrajuje kontrolno mesto, kjer je mogoče nadzirati pretok bolnikov.

V Sloveniji poznamo napotnico kot hibrid med medicinskim in ekonomskim dokumentom. Zaradi pomembnosti tistih, ki se ukvarjajo z obvladovanjem stroškov in šibkosti tistih, ki se ukvarjajo s celovito kakovostjo zdravstvenega varstva, je razumljivo v našo zavest o napotnici vcepljen predvsem ekonomski vidik. Slednjega pa pravoverni medicinski strokovnjak pod vtisom etičnih postulatov zavrača. Zaradi takega negativnega odnosa do napotnice so napotnice pomanjkljive prav v medicinskem delu, saj prenos pooblastil izžven v prenosu skrbi na druga pleča.

2. Med napotitvijo in napotnico

Če se želimo soočiti z naraščanjem števila izdanih napotnic, je potrebno poleg splošnih dejstev o napotovanju spregovoriti tudi o povezavi med odločitvijo zdravnika, ki se je odločil napotiti bolnika

na sekundarno raven in izdajo napotnice. Zdravstvena statistika spremlja slednje dejanje in od njih so odvisne čakalne vrste ter s tem posredni pritiski na zvečanje deleža sredstev za sekundarno dejavnost. Grobo lahko napotitve razdelimo na neposredne in posredne. Pri neposredni napotitvi je zdravnik ugotovil, da zdravstveno stanje bolnika zahteva obravnavo na sekundarni ravni in je to svojo odločitev potrdil z napotnico. Prototip take napotnice je napotitev v primeru nujnega stanja. Pri posredni napotitvi odločitev o potrebnosti napotitve bolj ali manj leži v rokah nekoga tretjega. Posredne napotitve so:

- napotnica po izteku pooblastila,
- napotnica na predlog enega kliničnega specialista k drugemu specialistu,
- napotnica na predlog kliničnega specialista na eno ali več diagnostičnih preiskav,
- napotnica na predlog kliničnega specialista za sprejem v bolnišnico,
- napotnica na predlog bolnišnice na diagnostične preiskave pred sprejemom v bolnišnico,
- napotnica na predlog bolnišnice na kontrolni pregled.

V okolju, kjer vsak pregled na sekundarni ravni zahteva napotnico (naročilnico) osebnega zdravnika ali njegovega namestnika, je neposrednih napotitev malo, prevladujejo pa posredne. Torej gre za znane bolnike z znanimi zdravstvenimi težavami in z znanimi izvajalci, ki namenoma ali nenamenoma perpetuirajo storitve za istega bolnika. Zdravnik družinske medicine ima na te odločitve le neznamen vpliv. Poleg teh splošnih dejstev, ki povzročajo naraščanje števila napotnic, je potrebno omeniti še dva ključna dejavnika, ki nesporno vplivata na povečanje števila napotitev na pregled h kliničnim specialistom: v prvi vrsti je to razmah defenzivne medicine. Pod vtisom negativnih dogodkov, ki so jim občila dala velik poudarek, in pod pritiskom številnih strokovnih srečanj, ki zagovarjajo izjemen pomen visoke tehnologije pri obravnavi bolnikov, se zdravniki družinske medicine pogosteje odločajo za diagnostične preiskave in napotitve k specialistom. Vse večja ponudba in dostopnost različnih diagnostičnih preiskav pa botrujejo porastu števila izdanih napotnic.

3. Napotitve v obdobju od leta 1990 do 1999

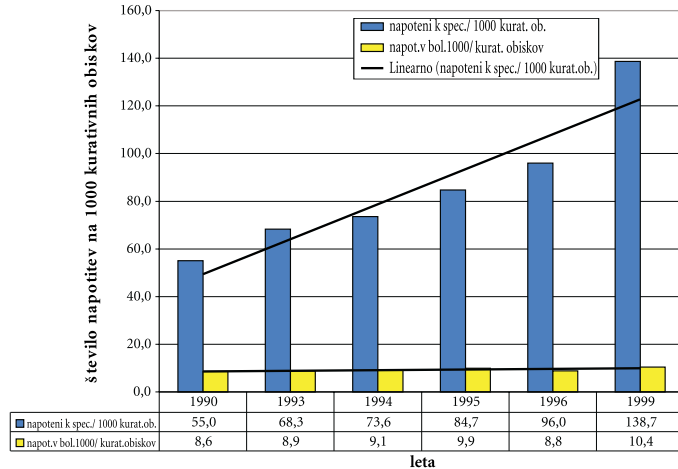
Inštitut za varovanje zdravja spremlja skupno število napotitev v bolnišnico in na specialistično ambulantno obravnavo. Kriterij za oznako "napotitev" je izdaja vsaj ene napotnice ob posameznem obisku pri zdravniku. Na nacionalni ravni se kopiči le število vseh napotitev po posameznih regijah, ki ni specificirano po lokaciji, kamor je bil bolnik napoten. Na nivoju regionalnih zavodov za zdravstveno varstvo (ZZV) bi bilo število napotitev mogoče spremljati tudi

po posameznem zdravstvenem domu ali po zasebni zdravstveni ustanovi.

Med napotitve se uvrščajo naslednje dejavnosti:

- napotitve k specialistom na sekundarno raven zaradi zahtevnejših novoodkritih bolezenskih stanj,
- napotitve na diagnostične preiskave (RTG, UZ, mamografija, gastroskopija, cikloergometrija, vitalogram, alergološko testiranje...),
- napotitve na kontrolni pregled zaradi poslabšanja bolezni,
- napotitve zaradi kontrolnih pregledov na zahtevo specialista (specialist v popisu ali odpustnici navede zahtevo po kontroli pacienta po npr. enem letu),
- napotitve na terciarno raven na zahtevo specialista s sekundarne ravni,
- napotitve na diagnostične preiskave (RTG, UZ, EMG, RT) na zahtevo specialista s sekundarne ravni, kljub ustrezno izpolnjeni napotnici z vsemi ustreznimi pooblastili,
- napotitve na zahtevo bolnika (tudi napotitve, ker je pacient s pregledom predolgo odlašal in je napotnica medtem "potekla"),
- napotitve na preglede, ki se (navadno zaradi dolge čakalne dobe) prelevijo v samoplačniški pregled.

Delež bolnikov, ki so bili v po letu 1990 napoteni na sekundarno raven zdravstvenega varstva, je prikazan na sliki 1.



Slika 1: Bolniki, ki so bili napoteni h kliničnemu specialistu ali v bolnišnico (delež je izračunan na 1.000 kurativnih obiskov).

Analize kažejo, da do vključno leta 1990 ni prišlo do statistično pomembnih razlik v številu napotitev. Zdravniki splošne medicine so v letih od 1987 do 1990 k specialistom napotili od 52 do 55 pacientov na 1.000 kurativnih obiskov. V letih 1991 in 1992 Inštitut za varovanje zdravlja napotitev v dejavnosti splošne medicine ni spremljal. Leta 1995 so zdravniki splošne medicine na ambulantno specialistično in diagnostično obravnavo napotili 84,7 bolnika na 1.000 kurativnih obiskov, leta 1996 pa 96 bolnikov na 1.000 kurativnih obiskov. Leta 1997 in leta 1998 smo podatke o napotitvah ocenili za nekakovostne, ker sta ZZV Celje in ZZV Maribor posredovala po-

manjkljive podatke. Leta 1999 so zdravniki splošne medicine na ambulantno specialistično in diagnostično obravnavo napotili 138,7 bolnika na 1.000 kurativnih obiskov. Izračunani trend kaže na statistično pomembne razlike.

Tabela 1: Vsi obiski (kurativni, preventivni, obiski na domu) ter število vseh napotitev na specialistično ambulantno obravnavo v dejavnosti splošne medicine.

Leto	Vsi obiski	Vse napotitve na specialistično in diagnostično obravnavo	Delež napotitev k specialistom in v diagnostično obravnavo, izračunan na vse obiske
1990	5618407	284836	5,1%
1993	6375586	405755	6,4%
1994	6925037	474799	6,9%
1995	7401777	587520	7,9%
1996	7299200	658963	9,0%
1999	7533212	1044297	13,9%

Tabela 2: Vsi obiski (kurativni, preventivni, obiski na domu) ter število vseh napotitev v bolnišnico v dejavnosti splošne medicine.

Leto	Vsi obiski	Vse napotitve na specialistično in diagnostično obravnavo	Delež napotitev k specialistom in v diagnostično obravnavo, izračunan na vse obiske
1990	5618407	44508	0,8 %
1993	6375586	52688	0,8%
1994	6925037	58818	0,8%
1995	7401777	68868	0,9%
1996	7299200	60688	0,8%
1999	7533212	78130	1,0%

Na povečanje napotitev na ambulantno specialistično obravnavo (napotitve v bolnišnico ostajajo na isti ravni) so pomembno prispevala naslednja dejstva:

- **Organizacijske spremembe** v osnovnem zdravstvu: ukinitvev pulmoloških, mentalnohigienskih, dermatoveneroloških dispanzerjev izven bolnišnic, ki so dobili status sekundarne ravni v zdravstvenih domovih. S tem se je pojavila tudi zahteva za dodatno izdajanje napotnic (na primer za obravnavo pri specialistu pulmologu, ki izvaja delo v okviru zdravstvenega doma).

- **Administrativne zahteve** s strani plačnika: primer je predpis ZZS o obvezni napotitvi inkontinentnih bolnikov k specialistu urologu v smislu potrditve stopnje inkontinence in upravičenosti do konkretnega tehničnega pripomočka.

- **Večanje obsega diagnostičnih preiskav** ter pomanjkanje razmejitev na diagnostične preiskave, ki jih odreja zdravnik primarnega zdravstvenega varstva in zdravnik sekundarnega zdravstvenega varstva (primer: zdravnik splošne medicine pošlje bolnika s sumom na multiplo sklerozo k specialistu nevrologu (pooblastila 1, 2, 3, trajanje pooblastil 12 mesecev). Specialist "pošlje" bolnika nazaj ter zahteva, naj zdravnik splošne medicine odredi MR in preiskavo likvorja. Zdravnik izda dve novi napotnici za MR in za preiskavo likvorja).

- **Nestimulativen odnos do zdravnikov** splošne medicine, ki delo

opravijo sami. Zdravniki so enako nagrajevani kot tisti, ki pretežno izdajajo napotnice.

- Deloma je na večanje števila napotenih bolnikov lahko vplivala tudi **obremenjenost zdravnikov**, saj se je število obiskov bolnikov na zdravnika po letu 1990 povečalo.

- Vedno nove diagnostične preiskave in njihova večja dostopnost.

- Večji pritiski s strani bolnikov in javnosti glede odgovornosti zdravnika, kar pospešuje defenzivno medicino, ki se odraža v pretirani rabi diagnostičnih postopkov in zdravil.

3.1. Napotitve po posameznih zdravstvenih regijah

Razlike v stopnji napotitev obstajajo tudi med posameznimi regijami.

Tabela 3: Delež bolnikov, ki so napoteni na ambulantni specialistični pregled po posamezni regiji ter po prebivalcih regije, Slovenija, 1999.

	Napoteni k specialistu na 1.000 prebivalcev vseh starosti	Napoteni k specialistu na 1.000 prebivalcev, starih 20 let in več
SLOVENIJA	528,4	690,6
Celje	506,2	667,8
Nova Gorica	445,0	572,9
Koper	456,2	581,1
Kranj	574,7	764,7
Ljubljana	511,1	668,8
Maribor	632,3	811,7
Murska Sobota	342,9	443,4
Novo Mesto	618,0	833,7
Ravne	582,0	771,3

Tabela 4: Delež bolnikov, ki so napoteni v bolnišnico, po posamezni regiji ter po prebivalcih regije, Slovenija, 1999.

	Napoteni k specialistu na 1.000 prebivalcev vseh starosti	Napoteni k specialistu na 1.000 prebivalcev, starih 20 let in več
SLOVENIJA	39,5	51,7
Celje	45,0	59,3
Nova Gorica	53,5	68,9
Koper	49,2	62,6
Kranj	45,2	60,1
Ljubljana	24,1	31,5
Maribor	46,9	60,2
Murska Sobota	18,2	23,5
Novo Mesto	51,1	69,0
Ravne	72,2	95,6

V letu 1999 sta glede večjega števila napotitev na specialistične ambulantne preglede izstopali regiji Maribor in Novo Mesto. Najmanj napotitev smo beležili v regiji Murska Sobota. Razlike bi bilo potrebno znanstveno preveriti z vzporednim zbiranjem podatkov

Pri tem se lahko zastavi tudi vprašanje o zanesljivosti rutinsko zbranih podatkov.

4. Zaključki

Napotnica ostaja pomemben instrument uravnavanja pretoka bolnikov v sistemu zdravstvenega varstva, zato je pomembno raziskati dogajanja, ki spremljajo izdajo napotnic in procese odločanja, ki vodijo do napotitve k drugemu zdravniku. Potrebno bi bilo ponoviti raziskavo o napotitvah na državni ravni, ki nam bo lahko dala nove usmeritve.

Administrativno ukrepanje brez strokovnih analiz ni utemeljeno. Zmanjševanje napotitev je potrebno začeti kot projekt, ki bo zasnovan v strpnem dialogu med primarno in sekundarno ravni, njegov cilj pa naj bi bil dvig kakovosti sporazumevanja med obema ravnema.

Da bi se lahko bolj temeljito lotili zmanjševanja pritiska bolnikov na sekundarno raven zdravstvenega varstva, ki se odraža tudi preko števila izdanih napotnic, bo za najpogostejše zdravstvene probleme potrebno izdelati poti oskrbe, ki bodo jasneje kot doslej določale, na kateri ravni naj se izvrši pretežni del oskrbe za bolnike s takimi problemi. Kljub temu mora napotitev ostati diskrecijska pravica posameznega zdravnika na osnovni ravni.

Oskrbo kroničnih bolnikov, za katero ni potrebna zapletena ali težko dostopna medicinska oprema, temveč predvsem usposobljenost izvajalcev (sladkorna bolezen, antikoagulantno zdravljenje), je potrebno ob ustreznem priznanju stroškov prenesti na osnovno raven.

Potrebno je podpirati oskrbo novo nastalih stanj, kjer je možno z diagnostičnimi preiskavami, ali z večjo uporabo nekaterih veččin, ali z odloženim čakanjem zagotoviti ustrezno zdravstveno oskrbo, na osnovni ravni. Pri tem je potrebno zagotoviti ustrezno dostopnost do nekaterih diagnostičnih preiskav (npr. rtg, histologija), ki omogočajo zanesljivejšo diagnostiko. Številne manjše poškodbe lahko brez težav oskrbi delovna skupina v osnovnem zdravstvu ob upoštevanju potrebe po dodatnem času in sredstvih. Za najpogostejše tovrstne probleme je potrebno izdelati smernice, ki bodo zdravnikom dajale oporo pri odločanju za samostojno zdravljenje teh stanj in spremljanje eventualnih zapletov ter odločitve ob tem.

Predlagamo naslednje ukrepe:

- Potrditev in uveljavitev definicij, ki jih je pripravila skupina za poenotenje definicij v zdravstvu (to tudi pomeni, da se odrejanje posameznih diagnostičnih preiskav ne bi več uvrščalo med napotitve).
- Zmanjšanje kontrolnih pregledov na zahtevo specialista ter zmanjšanje napotitev zaradi administrativnih zahtev na čim nižjo raven.
- Sprejem smernic za vodenje bolnika s posameznimi boleznimi v osnovnem zdravstvu. ■

Literatura:

1. Švab I. Multivariantna analiza vzrokov napotitev iz splošnih ambulant. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1992.
2. Kersnik J. Obravnava poškodovancev v Zdravstveni postaji Kranjska Gora v zimski sezoni 1994/95. *Zdrav Vars* 1996; 35(5-6):167-71.
3. Kersnik J, Bertič B, Rems M. *Elektronska izmenjava medicinskih podatkov med primarno in sekundarno ravni v okviru elektronskega regijskega omrežja*. *Zdrav Vestn* 1999; 68(9):503-5.
4. Košir F, Sajovic M, Fakin S, Kersnik J, Remšar J. *Elektronsko poslovanje v zdravstvu*. Organizacija 2000; 33(3):171-4.

Medicinska upravičenost izpostavitve bolnika virom ionizirnega sevanja

Katja Bolčina

Bolčina Katja, dr. med., sem se v času izobraževanja na Zavodu za varstvo pri delu podrobneje srečala s področjem varnosti pred ionizirnim sevanjem. Ob spoznavanju tega zelo širokega in za nas, zdravnike, slabo poznane znanstvenega in praktičnega področja sem ugotovila, da bi nekatere, pretehtane informacije, ki bi bile v ustreznih oblikah na voljo zdravnikom, lahko bistveno pripomogle k izboljšanju varnosti naših bolnikov pred ionizirnim sevanjem. Tako so nastala priporočila. Prva so namenjena izbranim zdravnikom, kot strokovna podpora ob obravnavi nosečnice, ki je bila nenamerno izpostavljena viru ionizirnega sevanja. Druga priporočila so prav tako namenjena izbranim zdravnikom kot strokovna podpora v primerih, ko se srečujejo z neupravičenimi zahtevki bolnikov.

Za strokovno podporo na področju varnosti pred ionizirnim sevanjem ob oblikovanju obeh dokumentov se zahvaljujem gospodu mag. Miranu Kanduču, univ. dipl. fiziku, predstojniku Centra za ekologijo, toksikologijo in varstvo pred sevanji na ZVD in gospodu mag. Urbanu Zdešarju, univ. dipl. fiziku. Za strokovne pripombe in popravke se zahvaljujem gospodu prof. dr. Juretu Fettichu, dr. med., spec. nuklearne medicine in gospodu doc. dr. Marjanu Bilbanu, dr. med., spec. MDPS, predstojniku Centra za medicino dela na ZVD. Za uvid v to, da problem obstaja, pa velja moja zahvala gospodu dr. Damijan Škrku, univ. dipl. fiziku, svetovalcu vlade RS.

Priporočila za zmanjšanje števila medicinsko neupravičenih izpostavitve virom ionizirnega sevanja

Strokovnjaki s področja varstva pred ionizirnim sevanjem ocenjujejo, da je v Sloveniji približno 30 odstotkov vseh izpostavitve virom ionizirnega sevanja medicinsko neupravičenih in zato pomenijo nepotrebno tveganje za bolnike.

Izpostavitve virom ionizirnega sevanja je medicinsko upravičena, če je tveganje, s katerim se sreča bolnik, ki diagnostičnega ali terapevtskega postopka ne opravi, večje od tveganja za deterministične in stohastične poškodbe tkiva zaradi sevanja.

Medicinsko upravičenost diagnostičnega oz. terapevtskega postopka pred izdajo napotnice presoja izbrani osebni zdravnik. Izbrani zdravnik torej v skladu s Pravilnikom o pogojih za uporabo virov ionizirnih sevanj v medicini (Ur.l.SFRJ 40/86) ocenjuje tveganje za nastanek raka zaradi vsake posamezne izpostavitve viru ionizirnega sevanja in pri tem upošteva bolnikovo starost, spol, vrsto, obliko in težo bolezni, stopnjo ogroženosti življenja in zdravja bolnika ter predvideno in že prejeto dozo. Izbrani zdravnik hkrati oceni tveganje zaradi opustitve diagnostičnega oz. terapevtskega postopka z uporabo vira ionizirnega sevanja in presoja, katero od obeh tveganj je za bolnika bolj usodno.

Povsem razumljivo je, da so vse izpostavitve virom ionizirnega sevanja, katerih edini namen je uveljavljanje pravic zavarovancev pred organi ZZS, SPIZ in profitnih zavarovalnic, medicinsko neupravičene.

Tveganje za deterministične učinke

Deterministični učinki se pojavijo pri velikih dozah, nad določenim pragom. Z naraščanjem doze narašča obseg in globina poškodovanega tkiva. Pri prejeti efektivni dozi 4.000 mSv na celo telo je umrljivost 50-odstotna.

Tabela praga za deterministične učinke (1):

Deterministični učinek	Prag (mGy)
opekline	20.000
katarakta	2.000
Trajna sterilnost - moški	2.000
- ženske	2.500
Začasna sterilnost - moški	200

Z determinističnimi učinki se srečamo pri radioterapiji (stranski učinki), možni pa so tudi pri diaskopskih diagnostičnih postopkih, ki trajajo dalj časa (PTA, uvajanje stentov, ERCP, perkutana holangiografija...)

Tveganje za stohastične učinke

Stohastični učinki (npr. indukcija raka) se lahko pojavijo neodvisno od velikosti prejete doze, tudi po enkratni izpostavitvi viru ionizirnega sevanja. Verjetnost, da se bodo pojavili pa z naraščajočo dozo narašča. Tako je verjetnost za indukcijo raka pri prejeti efektivni dozi 1 mSv približno 1:20.000, pri prejeti efektivni dozi 10 mSv pa že 1:2.000.

Tabela povprečne prejete efektivne doze (1):

Preiskava	Povprečna prejeta efektivna doza (mSv)
Rtg medenice	0,7
Rtg lumbosakralne hrbtenice	0,3
Rtg pljuč AP	0,02
Rtg pljuč LAT	0,04
Rtg glave	0,03
RT medenice	10
RT abdomna	10
RT pljuč	8
RT glave	2

Pomembna priporočila:

- vsako žensko v rodnem obdobju vprašajmo, ali ni morda noseča
- diagnostični postopek predpišimo le, če bo pomembno vplival na izbiro terapije
- v zdravstvenem kartonu uvedimo rubriko "opravljene preiskave rtg", tako da bomo vedno vedeli, kdaj je bil bolnik zadnjič slikan in kaj je bilo slikano (stare slike so za diferencialno-diagnostične primerjave neprecenljive vrednosti!)
- pri bolnikih, ki izsiljujejo medicinsko neupravičene postopke, uporabimo "Navodila za bolnike", pustimo jim dan za razmislek

Viri:

1. Seminar iz varstva pred ionizirnimi sevanji (delovno gradivo), Center za ekologijo, toksikologijo in varstvo pred sevanji, Zavod za varstvo pri delu, 2000
2. Guidance on diagnostic reference levels (DRLs) for medical exposures, Radiation Protection 109, EC, Directorate-General Environment, Nuclear Safety and Civil Protection, 1999
3. Radiation dose estimates for radiopharmaceuticals, Oak Ridge Institute for science and education, 1996

Medicinsko neupravičeno obsevanje?

Ne, hvala!

Medicinsko upravičeno je tisto obsevanje, pri katerem se zdravstveno stanje bolnika, če postopka ne opravimo, toliko poslabša, da sprejmemo možnost, da bo isti postopek v bolniku sprožil nastanek raka.

Ali drugače - poškodba, nastala v tkivu zaradi sevanja mora biti manjša od škode, ki nastane, če sevanja ni.

Medicinsko upravičenost za vsak diagnostični postopek, še preden napiše napotnico, presoja Vaš izbrani osebni zdravnik. Ob tem mora upoštevati Vaše zdravstveno stanje, starost, spol, predvideno dozo in doze, ki ste jih v zadnjem letu že prejeli.

Pri dozi 10 mSv obstaja, sicer minimalna (1: 2.000), verjetnost, da obsevanje povzroči eno od oblik raka. Pri večjih dozah verjetnost narašča.

Kolikokrat ste bili slikani v zadnjem letu (12 mesecih)? Štejejo tudi vse ponovitve slikanj, ker slike niso "uspele".

Preiskava	Povprečna prejeta efektivna doza (mSv)
Rtg medicine	0,7
Rtg lumbosakralne hrbtenice	0,3
Rtg pljuč AP	0,02
Rtg pljuč LAT	0,04
Rtg glave	0,03
RT medicine	10
RT abdomna	10
RT pljuč	8
RT glave	2

Pomembna priporočila:

- Vsa obsevanja, namenjena nadaljnem zdravljenju, za katere se odloči Vaš zdravnik so utemeljena in potrebna!
- Če sumite, da ste noseči, mora to Vaš izbrani zdravnik vedeti!
- Vsa obsevanja, namenjena le uveljavljanju pravic pri ZZZS, ZPIZ in profitnih zavarovalnicah so medicinsko neupravičena!

Dovolimo, da nas obsevajo le takrat, ko nas bodo tudi zdravili!
Ne izpostavljajmo se po nepotrebem!

Priporočila za obravnavo nosečnic, ki so bile izpostavljene virom ionizirnega sevanja

Ionizirnemu sevanju je vsako leto izpostavljeno nekaj nosečih bolnic in nekaj nosečih delavk, ki delajo z viri ionizirnega sevanja. Zaradi pomanjkljivega znanja s tega področja so mnoge izpostavljene nosečnice prepuščene dvomom in nepotrebni skrbem. V kolikor je postopek z uporabo ionizirnega sevanja medicinsko upravičen, je tveganje, s katerim se sreča mati, če tega postopka ne opravi, skoraj vedno večje od tveganja za poškodbo zarodka. Pri večini izpostavljenih nosečnic lahko trdimo, da je bila izpostavitvev ionizirnemu sevanju utemeljena in ustrezna, pri manjšem številu pa bi se bilo izpostavitvi mogoče izogniti in je pomenila neupravičeno tveganje za nerazvitega otroka.

Vsaka noseča bolnica in delavka ima pravico biti seznanjena s količino in vrsto potencialnih učinkov zaradi obsevanja in utero.

Medicinski abortus naj temelji na objektivno zbranih, relevantnih podatkih o prejeti fetalni dozi, ki jo izračuna strokovnjak, nosečnici pa obrazloži njen izbrani zdravnik ali ginekolog. Izračun fetalne doze in svetovanje strokovnjaka je potrebno vedno, kadar se je zarodek med izpostavitvijo ionizirnemu sevanju nahajal v primarnem snopu sevanja.

Fetalnih doz pod 100 mGy ne bi smeli jemati kot razlog za prekinitvev nosečnosti. Pri fetalnih dozah, ki presegajo 100 mGy, pa naj bi bila dobro informirana nosečnica sposobna zavestno sprejeti odločitev o morebitni prekinitvi oz. o nadaljevanju nosečnosti.

Tveganje za deterministične učinke (1):

Fetalna doza nad pragom 100 - 200 mGy

- v prvih 14 dneh po oploditvi redko povzroči smrt zarodka, izjemno redko malformacije,
- v 3. do 8. tednu gestacije lahko povzroči malformacije organov, ki so v času ekspozicije v fazi aktivnega razvoja,
- v 8. do 25. tednu gestacije, t.j. v času razvoja CZŠ lahko povzroči dokazljiv upad IQ.

Tveganje za naštetne učinke je ob pragu majhno, a z večanjem doze raste.

Po 25. tednu gestacije je tveganje za deterministične učinke pri plodu enako kot tveganje pri majhnih otrocih.

Tveganje za stohastične učinke (1):

Pri fetalni dozi 10 mGy je relativno tveganje za pojav levkemije in za nastanek rakavega obolenja v otroški dobi 1,4, t.j. za 40 odstotkov večje, kot pri običajnem, neizpostavljenem prebivalstvu. Verjetnost za posameznika pa je nizka (0,3 do 0,4 odstotka), ker je nizka tudi verjetnost pri neizpostavljenem prebivalstvu (0,2 do 0,3 odstotka).

Diagnostična radiologija

Če se zarodek ne nahaja v primarnem snopu rentgenskih žarkov, fetalne doze ni potrebno računati. Nosečnico pomiri že izbrani zdravnik ali ginekolog. Pri vseh diagnostičnih postopkih, ki so bili izvedeni po pravilih in so tekli brez zapletov, fetalne doze običajno ne dosežejo praga 100 mGy (1):

Diagnostični postopek	Povprečna absorbirana fetalna doza (mGy)
rtg abdominalna	pribl. 1,5
rtg prsnega koša	pod 0,01
i.v. urografija	pribl. 2
rtg ledvene hrbtenice	pribl. 2
rtg medenice	pribl. 1,5
rtg lobanje	pod 0,01
Fluoroskopija z barijem	pod 10
RT-abdomna	pod 10
RT-glava	pod 0,005
RT-pljuč	pod 0,1
RT-ledvena hrbtenica	pod 3
RT-medenica	pribl. 25

Če se je zarodek nahajal v direktnem snopu rentgenskih žarkov pri preiskavi, ki ob enkratni izvedbi lahko povzroči fetalno dozo nad 10 mGy, če se je preiskava večkrat ponovila, pa predlagamo, da izbrani zdravnik oz. ginekolog od bolnice pridobi podatke o preiskavi (katera preiskava, v kateri zdravstveni ustanovi, kolikokrat je bila ponovljena) in se za posvet obrne na Zavod za varstvo pri delu, Center za ekologijo, toksikologijo in varstvo pred sevanji.

Diagnostični postopki v nuklearni medicini

Večino diagnostičnih postopkov v nuklearni medicini izvajamo z radiofarmacevtiki kratkega razpolovnega časa (tehnej-99, razpolovni čas 8 ur), ki ne povzročijo velike fetalne doze. Za radiofarmacevtike, ki placente ne prehajajo, fetalno dozo računamo iz radioaktivnosti materinih tkiv. Radiofarmacevtiki, ki prehajajo placento (npr. izotopi joda), in se kopičijo v določenih tkivih (ščitnica), pa pomenijo večje tveganje za zarodek (5):

Radiofarmacevtik (preiskava)	Povprečna absorbirana fetalna doza (mGy)
Tc-99m (scintigrafija skeleta)	3,3
Tc-99m (dinamična scintigrafija srca)	3,4
Tl-201 (perfuzijska scintigrafija srca)	3,7
Tc-99m (scintigrafija ščitnice)	0,7
J-131 (metastaze Ca ščitnice)	22,0

Pomembno je, da nosečnica pred prejemom radiofarmacevtika o svojem stanju obvesti zdravnika specialista nuklearne medicine, ki bo diagnostični postopek nato načrtoval in izpeljal varno, tako zanjo kot tudi za plod.

Terapevtska radiologija

Pred začetkom radioterapije je potrebno ugotoviti, ali je bolnica noseča. Oblike raka, ki se nahajajo izven male medenice, je z radioterapijo navadno moč zdraviti tudi v primeru nosečnosti, vendar pa je pri načrtovanju take radioterapije potrebna previdnost in iskanje najustreznejše terapevtske rešitve ob najmanjši možni fetalni dozi. Oblik raka, ki se nahajajo v mali medenici, pa žal brez resnih posledic ali celo smrti plodu ni moč zdraviti.

Kot splošno priporočilo velja, naj se ženske v obdobju 1 do 2 let po zaključku radioterapije izogibajo zanositvi.

Kadar je radioterapijo potrebno izvesti v času dojenja in z radioterapevtikom, ki prehaja v materino mleko (npr. J-131, Ga-67, Tl-201), bo zdravnik specialist svetoval doječi materi ali in za koliko časa naj z dojenjem preneha.

Tabela verjetnosti za donošenega zdravega otroka, kljub izpostavitvi ionizirnemu sevanju (1):

Absorbirana fetalna doza (mGy)	Verjetnost, da ne bo malformacij pri otroku (%)	Verjetnost, da otrok do starosti 19 let ne bo zbolel za rakom (%)
0	97	99,7
0,5	97	99,7
1,0	97	99,7
2,5	97	99,7
5	97	99,7
10	97	99,6
50	97	99,4
100	blizu 97	99,1

Pravilnik o pogojih za uporabo virov ionizirnih sevanj v medicini (Ur.L.SFRJ 40/86)

4. člen

Diagnostični postopek z ionizirnimi sevanji se sme pri ženskah, ki so v reproduktivni dobi, uporabiti v 10 dneh od dneva začetka menstruacije, razen v izjemnih primerih, ko so za uporabo tega postopka opravičene indikacije.

5. člen

Diagnostični postopek z radioaktivnimi snovmi, ki se vnašajo v človekov organizem v diagnostične namene, se ne uporablja pri ženskah med nosečnostjo in dojenjem, razen v izjemnih primerih, ko so za uporabo tega postopka opravičene indikacije.

Pomembno navodilo

Vsako žensko v rodnem obdobju že pred izdajo napotnice za diagnostični ali terapevtski postopek, ki vključuje izpostavitve ionizirnemu sevanju, vprašajmo, ali obstaja možnost, da bi bila noseča! Če ta možnost obstaja in se je postopku mogoče izogniti (ga nadomestiti s postopkom, ki ne vključuje uporabe ionizirnega sevanja, prestaviti na čas po porodu...) to storimo, ne glede na dozo, ki bi jo prejel zarodek! Preprečimo nepotrebne izpostavitve še nerojenih otrok!

Viri:

1. Pregnancy and medical radiation, IRCP, Pub. 84, Vol. 30, No. 1, 2000

2. Guidelines for protection of unborn children and infants irradiated due to parental medical exposures, Radiation Protection 100, EC, Directorate-General Environment, Nuclear Safety and Civil Protection, 1998

3. Radiation protection following iodine-131 therapy, Radiation Protection 97, EC, Directorate-General Environment, Nuclear Safety and Civil Protection, 1998

4. Guidance on diagnostic reference levels (DRLs) for medical exposures, Radiation Protection 109, EC, Directorate-General Environment, Nuclear Safety and Civil Protection, 1999

5. Radiation dose estimates for radiopharmaceuticals, Oak Ridge Institute for science and education, 1996. ■

Končno pričetek gradnje nove Pediatrične klinike v Ljubljani?

Utrinki z razprave za okroglo mizo

Borut Bratanič

Zunaj je sijal jasen zimski valentinov dan, ko se je 14. februarja 2001 ob 14. uri v predavalnici Pediatrične klinike v Ljubljani zbrala pisana množica ljudi. To so bili vsi tisti, ki že več let sodelujejo pri projektu izgradnje nove Pediatrične klinike v Ljubljani. Za okroglo mizo so se pod naslovom "Nova pediatrična klinika - kdaj?" zbrali: ekipa Ministrstva za zdravstvo na čelu s prof. dr. D. Kebrom (mag. S. Vrhunec in prim. J. Arzenšek), člani ustanove "Sklad za izgradnjo nove Pediatrične klinike v Ljubljani" (Sklad), direktor, sodelavke, sodelavci Pediatrične klinike, večina vodij kliničnih oddelkov in služb ter nekateri predsedniki parlamentarnih strank in številni novinarji.

V javnosti in med kolegi v stroki se je po obetavnih začetkih in navkljub številnim obljubam pričel v zadnjem času pojavljati rahel dvom in vse pogostejša vprašanja o usodi tega slovenskega projekta, ki je vidno izgubljal zagon v primerjavi z nekaterimi drugimi projekti, tako v medicini, kakor tudi izven nje. Ali je končno svojevrsten "referendum" javnosti, kot je Biserka Marolt Meden imenovala zelo uspešno akcijo zbiranja sredstev za novo Pediatrično kliniko (od leta 1994 je bilo z donacijami iz domovine in tujine za Sklad za novo Pediatrično kliniko zbranih kar 330 milijonov tolarjev), nemara izzvenel v prazno?

Nastope in razpravo je usmerjala predsednica Sklada Biserka Marolt Meden. Po uvodnem nagovoru generalnega direktorja ljubljanskega Kliničnega centra, **prof. dr. Primoža Rodeta** so delo Pediatrične klinike predstavili po vrsti: **prof. dr. Ciril Kržišnik**, ki je povzel osnovne kazalce o delu Pediatrične klinike v letu 2000, o več kot 9.800 sprejemih, blizu 40.000 ambulantnih pregledih, skrajšani povprečni ležalni dobi na 4,99 dneva ter o finančnih problemih dragih pacientov. **Asist. Tomaž Podnar** je opisal in na video posnetku pokazal novo kardiološko metodo zapiranja defektov v srčnem pretinu preko perkutano uvedenega katetra. Metoda pacientu prihrani torakotomijo in diferen ten operativni poseg na odprtem srcu. **Prof. dr. Alojz Gregorič** je podprl napore za izgradnjo nove Pediatrične klinike, ki so po njegovem predvsem napori za izboljšanje kakovosti dela ustanove kot celote in ne samo pridobivanje novih površin ali dodatnih prostorov. **Prof. dr. David Neubauer** je predstavil pedagoško in publicistično delo klinike v zadnjih petih letih.

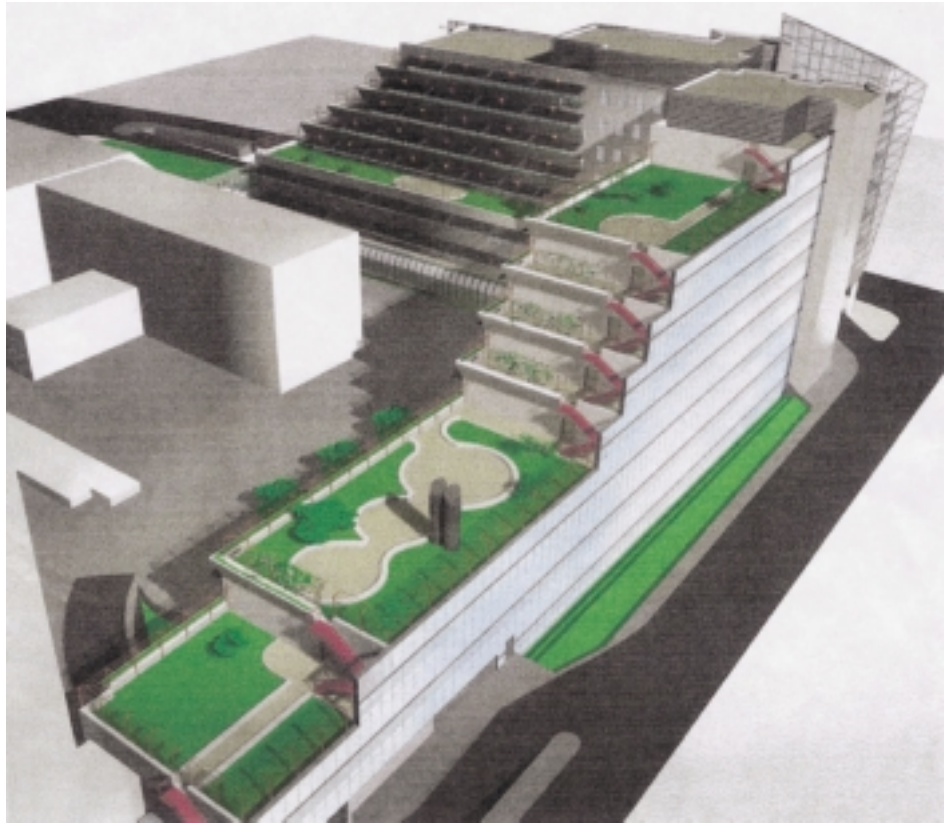
Šolamo vse vrste kadra od specializantov pediatrije, splošne medicine, študentov splošne medicine, stomatologije, različnih študijskih smeri visoke šole za zdravstvo, srednjih šol in drugih. Obenem je klinika sedež številnih strokovnih združenj (od Združenja za pediatrijo do različnih sekcij). Združenja prirejajo strokovna izobraževanja v okviru nenehnega strokovnega izpopolnjevanja na podiplomski ravni. Bera objavljenih strokovnih publikacij in 7 letnikov revije Slovenska pediatrija je velika. **Doc. dr. Tadej Battelino** je poročal o znanstveno-raziskovalnem delu Pediatrične klinike in o odmevnosti več kot 50 objavljenih člankov v tujih revijah z visokim faktorjem vpliva (nad 2). Vseh citatov objavljenih del z ljubljanske Pediatrične klinike je 420. Na kliniki potekajo mednarodni raziskovalni projekti. Glavna sestra Pediatrične klinike **Alenka Vračko** je prikazala video film trenutnega stanja na kliniki (slika 1). Posnetek je enega prisotnih parlamentarcev spomnil na stanje v Romuniji, starši otrok, ki so trenutno hospitalizirani na kliniki, pa so potrdili, da resničnost, žal, popolnoma ustreza posnetkom. **Prim. Marjana Kuhar** je iz izkušenj ob lanskih strokovnih obiskih



Stara pročelje Pediatrične klinike na Vrazovem trgu 1 v Ljubljani za znamenito Plečnikovo ograjo in prijazno fasado skriva bude prostorske in namestitvene pomanjkljivosti.

na pediatričnih ustanovah vse Slovenije ugotovila, da je stanje namestitve pacientov in pogojev dela med najslabšimi prav v osrednji pediatrični bolnišnici - na Pediatrični kliniki v Ljubljani. **Prof. dr. Ciril Kržišnik** je nato v drugem nastopu opisal novo Pediatrično kliniko (slika 2), kjer bo 177 bolniških postelj, kar je za 63 manj kot jih ima klinika sedaj. Kvadratura nove zgradbe bo 18.000 m², kar je skoraj za polovico manj od prvotno načrtovanih 30.000 m². Ob hospitaliziranih otrocih bo omogočeno sobivanje 38 staršem, možno bo izvajati obravnavo bolnikov v dnevni bolnišnici, klinika bo slonela ob osrednji stavbi Kliničnega centra, kar bo olajšalo prevoz bolnikov na dodatne preiskave. Tudi laboratorij bo lahko v sodelovanju z obstoječimi laboratoriji Kliničnega centra izvajal posebne pediatrične preiskave. Posebna dietna kuhinja bo skrbelo za prehrano malih pacientov, katerim je to ne samo ustrezna prehrana, temveč tudi terapija njihovih presnovnih motenj in drugih bolezni. Predsednica ustanove Sklad za izgradnjo nove Pediatrične klinike v Ljubljani **Biserka Marolt Meden** je opisala neposredne naloge Sklada v letošnjem letu. Ena prednostnih nalog Sklada bo pridobivanje dodatnih sredstev, saj je 220 milijonov zagotovljenega denarja premalo za najosnovnejša dela na projektu, kjer bo med drugimi potrebno pridobiti lokacijsko in gradbeno dovoljenje, izpeljati javni razpis za izbiro izvajalcev gradbenih del in do konca porušiti zgradbe na področju novogradnje ter pričeti z izkopom jame za temelje. Izračun kaže, da bi bilo za vse načrtovano potrebno zbrati vsaj 955 milijonov tolarjev. **Asist. dr. Borut Bratanič** je zaključil predstavitev dela Pediatrične klinike s kratkim opisom projekta "Otrokom prijazna bolnišnica", ki med ostalim za svoje delovanje, ob znanju osebja in ustrezni opremi, potrebuje tudi primerne prostore. Javno sta se oglasila tudi **mati in oče** pacientov s Kliničnega oddelka za endokrinologijo, presnovne bolezni in diabetes ter poudarila, da si slovenski otroci, o katerih imajo mnogi povedati toliko lepih in pomembnih besed, v osrednji pediatrični ustanovi zaslužijo boljši namestitveni standard in možnost sobivanja s starši.

Razpravo je odprl minister za zdravje **prof. dr. D. Keber**, ki je zagotovil, da bo prednostno podprl projekta nove Pediatrične klinike in Onkološkega inštituta, ki sta trenutno najbolj pereča. Pereča pa je seveda tudi pomanjkanje sredstev za investicije v zdravstvu, za katere bi v letošnjem letu po vsej državi potrebovali 60 milijard tolarjev. Proračunsko usklajevanje jih je zdravstvu namenilo le 4 milijarde. S tega zornega kota poseben optimizem ne more biti upravičen. Bo pa Ministrstvo kljub temu storilo vse, kar bo v njegovi moči za podporo gradnji nove Pediatrične klinike. **Biserka Marolt Meden** je pojasnila nekatere zaplete, ki so pogojevali upočasnitev realizacije projekta. Med zadnjimi ovirami je spornega 4,5 metra do-



Slika nove Pediatrične klinike z značilno terasasto zasnovo, pri pogledu iz juvgovzoba preko Korytkove ulice (iz smeri sedanje Medicinske fakultete).

vozne poti k Zavodu za varstvo pri delu in nepričakovana želja po nadomestni gradnji za Zavod, česar ni bilo v prvotnem finančnem načrtu gradnje nove Pediatrične klinike. **M. Podobnik**, ki je podpredsednik Sklada, pa je glede pričetka gradnje pesimist. Skrbi ga, da se doslej projekt ni premaknil iz faze večkratnih preverjanj in razprav, kljub od leta 1995 z zakonom zagotovljenim sredstvom. Zdi se mu očitno, da v prejšnjih letih ni bilo pravega konsenza in volje za gradnjo nove osrednje pediatrične ustanove. Posredno se je temu mnenju pridružila tudi **Danica Simšič** (članica Sklada), ki je menila, da je bil prav projekt nove Pediatrične klinike deležen izjemne pozornosti in (pre)številnih preverjanj in ponovnih ocenjevanj, tako od domačih kot od tujih recenzentov. Prav mnoga preverjanja in križanja mnenj pa so v javnosti sčasoma ustvarila posebno predstavo, ki jo po mnenju **prof. dr. D. Kebra**, projekt še vedno nosi s seboj, čeprav sta po vseh preverjanjih in razlogih za ter proti sedaj načrtovani obseg in površina nove Pediatrične klinike - povsem v skladu z našimi sedanjimi in možnimi prihodnjimi potrebami. Odgovor na vprašanje **prof. dr. R. Kende** o predvidenem datumu zaključka gradnje nove ustanove je ostal tokrat še brez dokončnega odgovora, saj je bilo doslej že preveč lepih obljub in jasnih rokov, ki pa so bili žal vsi zelo daleč od resničnosti.

Torej bi morda lahko (nekoliko poenostavljeno) povzeli "valentinovo" razpravo za novo Pediatrično kliniko z geslom: "Namesto mnogih lepih besed pričnimo z (vsaj še) nekaterimi lepimi in odločnimi dejanji!"

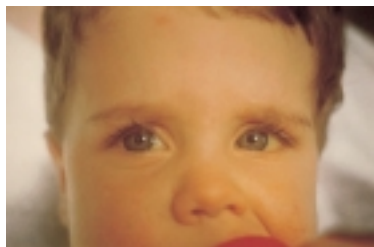


Presaditev jeter pri otroku

Marjeta Sedmak, Gordana Logar Car

Odločitev za presaditev jeter pri otroku

Pri otroku z akutno ali kronično boleznijo jeter, ki je v končnem stanju odpovedi jeter, je presaditev jeter edina uspešna metoda zdravljenja. Za presaditev jeter se odločimo tudi pri otrocih z različnimi presnovnimi boleznimi, pri otrocih z malignomom jeter, vse pogosteje pa se tako v svetu kot pri nas odločamo za presaditev jeter zaradi slabe kakovosti življenja otrok s kronično jetrno boleznijo.



Deček pred presaditvijo jeter (objava z dovoljenjem staršev)



Isti deček 6 let po presaditvi jeter (objava z dovoljenjem staršev)

Indikacije za presaditev jeter pri otroku

1. Zdravljenje bolezni

Metabolne bolezni

Zaradi dekompenzirane ciroze jeter ali pomanjkanja encimov:

- pomanjkanje alfa-1-antitripsina
- tirozinemija
- glikogenoze (tip IV, III, I/?)
- Wilsonova bolezen
- perinatalna hemokromatoza
- motnje v presnovi in transportu žolčnih kislin
- histiocitosis X
- nezdravljena galaktozemija in fruktozemija
- Wolemanova bolezen
- Sanfilippov sindrom
- Niemann-Pickova in Gaucherjeva bolezen
- bolezni s pomanjkanjem dejavnikov koagulacije
- Reyev sindrom
- Crigler-Najjarova bolezen

- huda prirojena oksaloza
- familiarna hiperholesterolemija
- pomanjkanje encimov v ciklusu uree
- eritropoetska protoporfirija
- organske acidurije...

Akutni in kronični hepatitis

- fulminantna odpoved jeter
- akutni virusni hepatitis
- strupi ali zdravila
- kronični aktivni hepatitis s cirozo
 - hepatitis B
 - hepatitis C
 - hepatitis D
 - avtoimuni hepatitis
 - idiopatski neonatalni hepatitis
 - neonatalni hepatitis
 - velikocelični hepatitis s Coombs + hemolitično anemijo...

Intrahepatalna holestaza

- Alagillov sindrom
- nesindromsko pomanjkanje žolčevodov
- familiarna intrahepatalna holestaza...

Bolezni z zaporo žolčnih vodov

- zunajjetrna atrezija žolčnih vodov



Naša najmlajša deklica s presajenimi jetri zaradi atrezije zunajjetrnih žolčevodov (objava z dovoljenjem staršev)



Deklica ima hepatosplenomegalijo in ikterus (objava z dovoljenjem staršev)



Ista deklica 4 leta po presaditvi jeter (objava z dovoljenjem staršev)
.....

- primarni sklerozantni holangitis
- boleznj žolčnih vodov po operaciji ali travmi
- cista ductus choledochusa s cirozo...

Tumorji

- hepatoblastomi
- hepatocelularni karcinomi < 5 cm
- fibrolamelarni karcinom
- sarkomi
- hemangioendoteliomi
- nekateri benigni tumorji...

Različni vzroki

- kriptogena ciroza
- prirojena jetrna fibroza
- Carolijeva bolezen
- cistična fibroza
- ciroza kot posledica totalne parenteralne prehrane
- Budd Chiarijev sindrom
- primarna in sekundarna biliarna ciroza...

2. Izboljšanje kakovosti življenja:

Kakovost življenja otroka s kronično boleznijo jeter je lahko tako hudo motena, da je potrebna presaditev jeter. Zaradi kronične holestaze lahko pri otroku nastopijo zapleti kot so ponavljajoče se sepse, zelo hud in moteč srbež, ponavljajoči zlomi kosti, zastoj rasti, ponavljajoči holangitisi ali huda ksantomatozna nevropatija.

Pri kronični boleznj jeter s cirozo so možne indikacije za presaditev jeter ascites, encefalopatija, krvavitve iz varic in kronična utrujenost.

Ciroza jeter pri otroku ni indikacija za presaditev jeter. Otrok lahko z zdravljenjem preživi lažje in boljše kot s presaditvijo jeter. Če pa gre za dekompenzirano jetrno cirozo, je presaditev nujna.

Pri metabolnih jetrnih boleznih izboljšamo hude simptome osnovne bolezni, ki lahko otroka življenjsko ogrožajo.

Absolutne kontraindikacije za transplantacijo jeter pri otroku

- prisotnost hude možganske okvare pri otroku
- prisotnost razširjene rakave bolezni izven jeter in metastaze v jetrih
- huda okvara srca in ožilja (če ni predvidena presaditev srca

in pljuč)

- huda ledvična okvara (če ni predvidena presaditev ledvic)
- progresivna mitohondrijska bolezen
- sistemska oksaloza
- huda sistemska infekcija
- uživanje intravenskih drog
- anatomske nepravilnosti, ki onemogočajo presaditev jeter
- prisotnost okužbe z virusom HIV

Relativne kontraindikacije

- kronični hepatitis B z viremijo
- kronična hipoksija
- podhranjenost in klinični znaki pomanjkanja v maščobi topnih vitaminov
- neprimerno družinsko okolje

Odločitev za presaditev jeter pri otroku ni samo zdravnikova. Zdravnik pediater zdravi otroka, ob tem pa se vsak dan srečuje s starši malega bolnika, ki morajo biti seznanjeni z bolezenskim stanjem svojega otroka in z vsemi posegi, ki bodo potrebni v postopku zdravljenja. Prav zadnja imenovana relativna kontraindikacija "neprimerno družinsko okolje" je zelo pomembna. Navedla bi le primer:

V letu 1998 smo na Pediatrično kliniko sprejeli trimesečnega dečka Davida z zunajjetrno atrezijo žolčnih vodov. Deček je romskega rodu, mati in oče sta nepismena, živijo v kontejnerju v romskem naselju. Ker mati ni zmožla zdravljenja slabokrvosti pri starejšem bratcu, je bil le-ta tri mesece zdravljen s preparatom železa v Centru za zdravljenje otrok Šentvid pri Stični. V starosti 13 mesecev je bila pri Davidu zaradi dekompenzirane ciroze jeter postavljena indikacija za presaditev jeter. Obstajala pa je dilema, kako vnaprej? Pri presaditvi jeter mora namreč sodelovati vsa družina, potrebno je spremljati otroka v tujino, redno zagotoviti trajno imunosupresivno zdravljenje po presaditvi in omogočiti urejene higienske razmere, v katerih bo živel otrok po presaditvi. Problem smo predstavili strokovnemu kolegiju Pediatrične klinike, strokovnemu kolegiju Kliničnega oddelka za abdominalno kirurgijo, etični komisiji Kliničnega centra in zdravnikom presaditvenega centra v tujini. Ker otroci z atrezijo zunajjetrnih žolčevodov praviloma umrejo od 9. do 24. meseca starosti, smo se odločili v korist Davidovega preživetja.



David v bolnišnici pred presaditvijo jeter
.....



David na oddelku z medicinsko sestro. Organizirali smo spremstvo otroka na poseg v tujino s pomočjo sester usmiljenk, nato je bil po posegu hospitaliziran na Pediatrični kliniki. Sedaj David živi v Centru za zdravljenje otrok - iztrgan iz svojega življenjskega okolja (starši ga žal tudi ne obiskujejo). Ali smo ravnali pravilno?

Najpogostejši vzrok za presaditev jeter pri otroku

Najpogostejši vzrok za presaditev jeter pri otroku je atrezija zunajjetrnih žolčnih vodov. Incidenca bolezní je 1/10.000 do 15.000 živorojenih otrok, kar pomeni 1 do 2 otroka na leto v Sloveniji. Bolezen je vzrok za transplantacijo jeter pri otrocih vsaj v 50 odstotkih vseh jetrnih transplantacij. Če prištejemo še druge nepravilnosti žolčevodov, se ta odstotek dvigne nad 60 odstotkov. Portoenteroanastomoza po Kasaiju je uspešna v prvih osmih tednih življenja otroka z zunajjetrno atrezijo žolčevodov le v približno 30 odstotkih.



UZ posnetek uspešne Kasaijeve operacije.



Deček po uspešno narejeni Kasaijevi operaciji (objava z dovoljenjem staršev).

Ostalih 70 odstotkov otrok je potencialnih kandidatov za presaditev jeter - pri 40 odstotkih po operaciji iztok žolča ni zadosten, v 30 odstotkih pa se holestaza po začetnem uspehu ponovi. Otroci z zunajjetrno atrezijo žolčevodov brez presaditve jeter lahko preživijo le 9 do 24 mesecev.

Priprava otroka pred presaditvijo jeter

Vodenje otroka pred transplantacijo jeter je v Sloveniji centralizirano.

Lečeči pediater - gastroenterohepatolog, ki oceni stanje otroka in postavi indikacijo za presaditev jeter, otroka predstavi posebni komisiji, ki ga uvrsti na čakalni seznam za presaditev jeter. Komisijo sestavlja delovna skupina zdravnikov različnih strok npr: pediater gastroenterolog-hepatolog, abdominalni kirurg, pulmolog, kardiolog, nefrolog, pediater-intenzivist, nutricionist, patolog, anesteziolog, psiholog, infektolog, psihiater itn. V kolikor je otrok predstavljen v presaditvenem centru v tujini, je potrebno predhodno soglasje strokovnega kolegija Pediatrične klinike, strokovnega kolegija Kliničnega oddelka za abdominalno kirurgijo in soglasje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Starši se morajo s predvidenim posegom strinjati.

Otrok je sprejet na čakalni seznam za transplantacijo jeter po mnogih preiskavah.

Otroka je potrebno redno kontrolirati in o stanju obveščati ustrezni transplantacijski center.

Bolnega otroka je potrebno cepiti proti TBC, davici, tetanusu in oslovskemu kašlju, proti otroški paralizi, rdečkam, ošpicam, parotitisu, noricam, hepatitisu A in B, pnevmokoku in Hemofilus influenci, pa tudi vsako leto proti gripi. Zadnji čas za cepljenje otroka je še 40 dni pred transplantacijo, nato je cepljenje zaradi posega kontraindicirano.

V kolikor časovno nismo uspeli otroka precepiti pred posegom, cepljenje nadaljujemo po presaditvi, vendar se zaradi imunosupresivne terapije priporoča le še cepljenje z neživimi vakcinami.

Pri otroku s kronično boleznijo jeter je zelo pomembno prehrambeno zdravljenje. Predvsem dojenčki in manjši otroci so lahko v času pred presaditvijo jeter že zelo podhranjeni. Ti otroci imajo slab

apetit in hrano odklanjajo, imajo pa tudi povečane energetske potrebe zaradi kroničnega vnetja, malabsorpcije, steatoreje, pa tudi zaradi spremenjenih hemodinamskih potreb. Zaradi povečanih jeter in vranice ter ascitesa imajo bolni otroci lahko hitrejši občutek sitosti in nočejo več jesti.

Ob ohranjeni funkciji jeter potrebujejo ti otroci 140 do 180 kcal/kg telesne teže in 4 do 5 g/kg telesne teže beljakovin. Dojenčkom dajemo mleko z visokim odstotkom srednjeveržnih maščobnih kislin - MCT-mleka (pregomin, portagen, biosorbin M) in mleka z več esencialnih maščobnih kislin (pregestimil). Kalorije dobijo tudi z dodatkom polimerov glukoze (maltodeks) ali z MCT-olji. Nekateri bolniki kljub temu potrebujejo še dodatno nočno hranjenje po nasogastrični sondi.

Ob odpovedi jeter je včasih potrebna totalna parenteralna prehrana, če gre za hipoglikemijo, potrebo po dodatnih kalorijah in hkrati za omejitev tekočine in slabo absorpcijo. Ob odpovedi jeter s povišanim amoniakom v serumu omejimo beljakovine na 0,5 g/kg telesne teže dnevno, uvedemo laktulozo in neomycin sulfat.

Otroku, ki ima zastoj žolča, dajemo v maščobi topne vitamine parenteralno: vitamin A (prepreči izsušitev veznic in roženice, suho kožo, izgubo las in nočno slepoto), vitamin E (prepreči periferne nevropatije, ataksijo in oftalmoplegijo), vitamin D (prepreči nastanek rahitisa in osteoporoze ter s tem zlome kosti) in vitamin K (prepreči krvavitve).

Pri otrocih je potrebno tudi ugotavljati morebitno pomanjkanje železa in kalcija v serumu, potrebno pa je nadomeščati tudi v vodi topne vitamine.

Pri večjih otrocih je potrebno zdraviti hud srbež.

Prognostična ocena nujnosti presaditve jeter pri otroku

Otok s cirozo jeter ima lahko dalj časa relativno stabilno klinično sliko in standardne jetrne teste, kljub napredovanju jetrne bolezni.

Prognostične kazalce otrokovega stanja določamo:

- s točkovanjem po Malatacku
- z oceno tveganja na osnovi MEGX (monoetilglicinsilididnega) testa

Točkovanje po Malatacku:

Holesterol	< 1 mmol/L	15
ascites	+	15
bilirubin cel	> 102 mikromol/L	13
bilirubin dir	> 51 > 102 mikromol/L	11
PTT	> 41 10	

točkovanje	0 - 28	majhno tveganje
	29 - 39	zmerno tveganje
	> 39	povečano tveganje za smrt v 6 mesecih.

Prognostično neugodni kazalci za življenje so:

ascites	
koagulopatija	
indirektni bilirubin	> 51 mikromol/L
direktni bilirubin	> 85 mikromol/L
PTT > 41 s	
PT > 0,26 mmol/L	

celokupne beljakovine < 70 g/L

albumini < 30 g/L

holesterol < 2,6 mmol/L

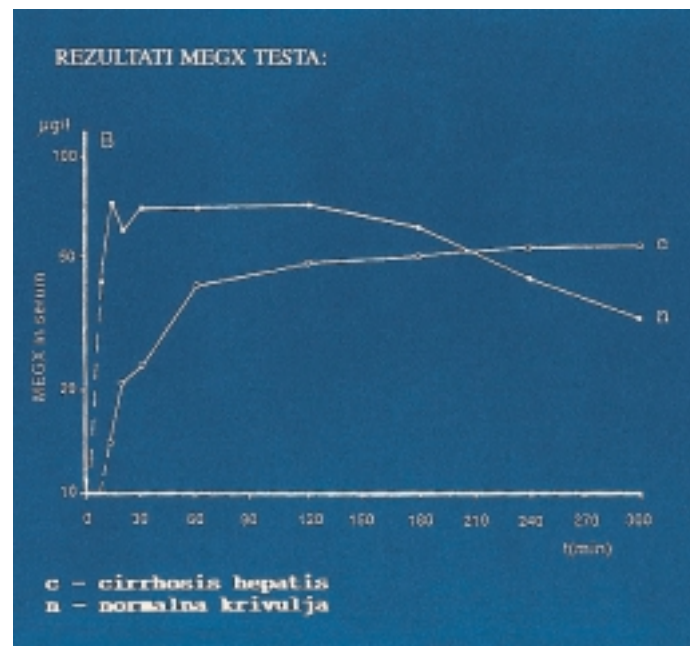
Na < 136 mmol/L

Cl < 96 mmol/L

Ca < 2,13 mmol/L

Pri fulminantnem hepatitisu je presaditev jeter nujna v primeru hitrega zmanjšanja jeter, napredovanja encefalopatije od II. na III. in nato na IV. stadij, pri znakih cerebralnega edema, podaljšanju protrombinskega časa kljub dajanju vitamina K in sveže plazme, če je dejavnik V < 30 odstotkov in če sta prisotni hipoglikemija in metabolična acidoza, ki ju z zdravili ne moremo obvladati.

MEGX (monoetilglicinsilididni) test je dober prognostični kazalec pri otrocih s cirozo jeter. MEGX-test je količinski jetrni funkcijski test, ki temelji na tvorbi metabolita lidokaina - monoetilglicinsilidida po bolusni injekciji lidokaina v odmerku 1 mg/kg telesne teže. Otroci s kronično hepatopatijo z visokim tveganjem imajo vrednosti MEGX v serumu po 15 minutah 11+- 4 ug/L, otroci z nizkim tveganjem pa 42 +- 6 ug/L.



MEGX-test v obliki krivulje

Pri starejših otrocih uporabljamo Child-Pughovo klasifikacijo kot pri odraslih.

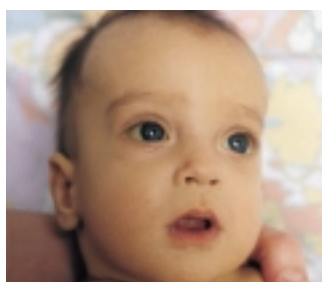
Prognostični kazalci otrokovega stanja nam posredno pomagajo tudi pri izbiri optimalnega časa za transplantacijo jeter.

Zgodnja uvrstitev otroka na čakalni seznam za transplantacijo jeter, preden nastopijo komplikacije, ki ogrožajo otrokovo življenje in preden se razvije huda proteinsko-kalorična malnutricija, je osnova za uspešno presaditev jeter.

Vodenje otrok po presaditvi jeter

Neposredno po presaditvi jeter je otrok hospitaliziran v enoti za

intenzivno zdravljenje otrok, nato pa na gastroenterološkem oddelku. Dolžina hospitalizacije je odvisna od otrokovega stanja, od hitrosti okrevanja, delovanja novih jeter in pogostosti zapletov. Po odstopu najprej kontroliramo otroka tedensko, nato na 14 dni, na mesec ter nato redkeje. Če je presaditev pri otroku potekala v tujini, je priporočljivo kontrolirati otroka enkrat na leto tudi v matičnem presaditvenem centru. Otrok mora redno prejemati imunosupresivno zdravljenje ter zdravila za preprečevanje različnih okužb, predvsem virusnih, glivičnih in okužbi s pseudocisto carinii. Če pri otroku nastopijo zapleti, je potrebna ponovna hospitalizacija.



Dojenček z ikterusom (objava z dovoljenjem staršev)

Isti dojenček pred presaditvijo jeter (objava z dovoljenjem staršev)



Društvo bolnikov po transplantaciji

Na Pediatrični kliniki v Ljubljani smo lani ustanovili "Slovensko društvo transplantiranih bolnikov po transplantaciji jeter", ki vključuje bolnike in njihove starše pred presaditvijo jeter in po njej. Združevanje in izmenjava mnenj ljudi z enakimi problemi se je izkazala kot zelo dobra, saj ne gre le za prijetno druženje, pač pa s sodelovanjem različnih vabljenih strokovnjakov in predstavnikov zavarovalnice poskušamo reševati tudi probleme, ki niso le medicinsko-strokovne narave. Ob vsakem srečanju na poljuden način predstavimo tudi strokovno temo po izboru bolnikov ali njihovih staršev. V društvu so vabljeni tudi odrasli bolniki.

Zgodovina presaditve jeter pri otrocih

Prvo presaditev jeter pri otroku je izvedel dr. Thomas Starzl leta 1963 v Pittsburgu v ZDA. Takrat je bilo enoletno preživetje po posegu 40-odstotno. Preživeli otroci so bili večkrat nizke rasti, kakovost njihovega življenja je bila slaba, verjetnost za zavračanje organa in okužbo pa velika.

Po letu 1980 je preživetje otrok po presaditvi jeter poraslo s 70 na 90 odstotkov. V tem času so začeli uporabljati novo imunosupresivno zdravilo - ciklosporin A, izbira bolnikov in dajalcev se je izboljšala, izboljšala pa sta se tudi operativna tehnika in vodenje otrok po transplantaciji jeter.

Presaditev jeter pri otrocih iz Slovenije

Od leta 1989 je bila presaditev izvedena pri 17 otrocih: 10 deklic

(59 odstotkov) in 7 dečkov (41 odstotkov). Starost otrok ob operativnem posegu je bila 3,5 meseca do 16 let.

Pri dveh otrocih je bila potrebna ponovna presaditev.

Indikacija za presaditev pri 12 otrocih je bila kongenitalna biliarna malformacija

(70,6 odstotka), trije otroci so imeli odpoved jeter zaradi ciroze jeter po avtoimunem (1) in neonatalnem hepatitisu (2), en otrok je verjetno preboleval subakutni hepatitis, pri enem otroku pa je nastopila odpoved jeter zaradi številnih vzrokov pridruženih obsežni opeklini kože, ki je zajemala 80 odstotkov površine otrokove kože.

Pri dveh otrocih je bila uporabljena kirurška tehnika "living-related transplantation" (odvzem dela jeter živemu dajalcu), v obeh primerih sta bili dajalki materi. Pri ostalih 15 otrocih sta bili uporabljeni tehniki "reduced-size liver transplantation" (odvzet le del dajalčevih jeter, ker je velikost presajenih jeter za otroka-prejemnika prevelika) in "split-liver transplantation" (deljenje jeter na dva dela za dva prejemnika).

Isti deček po presaditvi jeter v domačem okolju ob praznovanju 2. rojstne dne (objava z dovoljenjem staršev)



Pri 16 otrocih je bila presaditev opravljena v tujini, pri enem otroku pa v Sloveniji. Od 16 otrok, pri katerih je presaditev potekala v tujini, so bili trije operirani v presaditvenem centru v Hannoveru, trije otroci v Hamburgu in 10 otrok v Milanu in Bergamu.

Trije otroci, zdravljeni s presaditvijo jeter so umrli.

14 otrok po presaditvi jeter (82 odstotkov) je do dneva poročanja živih.

57 odstotkov otrok je na imunosupresivni terapiji s ciklosporinom A (Sandimun Neoral),

36 odstotkov otrok pa prejema tacrolimus - FK 506 (Prograf). Ena deklica je samovoljno ukinila imunosupresivno zdravljenje.

Trenutno je indikacija za uvrstitev na čakalni seznam za presaditev jeter pri dveh dojenčkih.

13 otrok vodimo v "Republiškem centru za vodenje otrok pred in po transplantaciji jeter" na Pediatrični kliniki Kliničnega centra v Ljubljani.

Isis in staroegipčanska medicina

Romina Znoj

Isis je bila staroegipčanska boginja neizmerne magične moči s simbolom kraljeve matere. Njeno ime je v hieroglifih zapisano z znakom za prestol, kar kaže na njeno glavno simbolično vlogo pri dedovanju kraljevega prestola. V Knjigi mrtvih je opisana kot boginja iz rdečega jaspisa, kar nakazuje na njeno božansko kri in s tem na krvno določeno dedovanje staroegipčanskega kraljevega prestola. Isis je bila v staroegipčanski mitologiji del troedine svete družine skupaj s svojim soprogom Ozirisom in njunim sinom Horusom, ki je bil simbol za faraona - boga na zemlji. Poleg tega je bila njena vloga zaščititi faraona, tako da jo na mnogih stenskih slikah na različnih templjih vidimo prikazano z velikimi krili, ki jih nežno ovija okoli kraljevega dediča. V staroegipčanski medicini je bila njena glavna naloga ščititi nosečnice, doječe matere in porodnice. Opazimo, da je bila njena vloga neznanstvena, saj je bila v medicini prisotna le kot psihološka opora trpečih žena na porodu. Isis je bila tudi zaščitnica vseh ginekoloških testov. Eden izmed testov, ki je opisan v staroegipčanskem medicinskem papirusu Kahun, opisuje test plodnosti oziroma test nosečnosti. Če so semena določene vrste fižola vzklija po dodatku ženinene urina, potem je bila ta žena noseča. Da so določili otrokov spol, so se poslužili podobne metode. Izbrali so dve drugi vrsti fižola, ju ravno tako zalili z ženinim urinom in na koncu je vzkaljena vrsta fižola pokazala, kak-



Kip žalujoče boginje Isis

šnega spola je še nerojeni otrok. Če pa so vzklija semena obeh vrst fižola, potem je ženska kasneje rodila dvojčka - dečka in deklico. Izidi je bil posvečen tudi porodni stol, saj so ženske v starem Egiptu redkokdaj rojevale v ležečem položaju. Staroegipčanski medicinski papirus Ebers navaja tudi veliko število zdravil. Nekatera so označena kot abortivna sredstva, druga za lajšanje bolečin ob porodu, tretja spet za umetno sprožitev poroda. Takšna zdravila so ženske večinoma zaužile oralno. Kot primer abortivnega sredstva sta v papirusu Ebers navedena sok iz zelene in čaj iz peteršilja.

Kraljeve družine so rojstvo otroka zabeležile s poslikavo stene v templju, kjer je ob rojstvu prisotna boginja Isis. S tem je bila potrjena božanska narava novorojenčka.

Isis pa ni bila le boginja rojstva in plodnosti za to življenje, ampak tudi v onostranstvu. Tako je bila tudi vedno upodobljena na stenah grobnic, ko spremlja umrlega faraona v onostranstvo, kar je ponazarjalo duhovno in mitološko rojstvo. Ta simbolizem je najbolj izrazito prisoten v Novem kraljestvu (okoli 1450 pr. n. št.), enega izmed najlepših prizorov z boginjo Isis pa si lahko ogledamo v Tutankamonovi grobnici.

Zdi se, da je Isis svojo dvojno vlogo prevzela tudi po svojem soprogu Ozirisu, saj je bil le - ta kralj zemlje in nato onostranstva, in tako ostaja njena vloga v staroegipčanski medicini zgolj mitološka.



Kleopatra na porodu

V preteklem desetletju se je na zemlji marsikaj spremenilo. Nekatere stvari tudi na bolje. Sedanja usmeritev slovenske zdravstvene politike vzbuja upravičeno upanje, da se bo pričel nov razvojni vzpon. A za ohranitev mere pri stvareh, si velja tu in tam priklicati v spomin članek irskega zdravnika, ki je leta 1988 vzbudil toliko pozornosti.

Zdravnikova odgovornost ob bolniku

Peter Skrabanek - Department of Community Health, Trinity College Dublin, Irska.
The Lancet, 21. maj 1988.

Kot univerzitetni učitelj komunalne higiene nisem neposredno odgovoren za posamezne bolnike. Ena mojih dolžnosti je, da ščitim ljudi pred škodo, ki jim jo lahko povzročijo preveč navdušeni zdravniki in zapeljani politiki. Moje pripombe o zdravnikovi odgovornosti do bolnikov so pripombe zunanjega opazovalca, ki jih daje od znotraj. Omejil se bom na dve temi: vmešavanje države v zdravnikovo skrb za bolnika in na etično asimetrijo med razgovorom, ki ga vpelje zdravnik in tistega, ki ga prične bolnik.

Država in medicina

Idealni odnosi med bolnikom in zdravnikom naj bi temeljili na poštenosti, zaupanju, resnicoljubnosti, zaupljivosti, vdanosti in radodarnosti. G. Theodor Fox, eden nekdanjih urednikov *The Lancet* je dokazoval, da zdravnik ni služabnik znanosti, tekmovanj ali celo življenja. Je individualni izvajalec v službi individualnega bolnika, ki snuje svoje osebne odločitve vselej v bolnikovem interesu. Na žalost se te vzvišene težnje ne izvajajo v praznem prostoru. Tu je še tretji udeleženec, država, ki gleda na oba, tako zdravnika kot bolnika, kot na svoja služabnika.

Država se lahko neposredno z zakonskimi določili vmešava v zdravnikovo skrb za bolnika: evtanazija je prepovedana, splav ni dovoljen, prepovedano je predpisovanje preparatov, ki povzročajo odvisnost. Tako sili zdravnika, da se odloča za ukrepe, ki bi bolniku koristili, čeprav so kriminalna, a obenem zapeljuje bolnika, da ga izdaja in postaja agent države. Država lahko obuzda zdravnika z grožnjami in sankcijami, kot se je dogodilo primariju v zdravilišču, ki je bil suspendiran, ker je kritiziral državno politiko, ali direktorju zavoda za komunalno medicino v Bedfordshiru. Suspendiran je bil zaradi izjav v tisku in ker je po njegovi krivdi prišel v javnost zaupni dokument o prevenciji aidsa. Dr. Ani Dally je vrhovni medicinski svet preprečil izvajanja humane skrbi za ljudi, ki so odvisni od drog, z grožnjo, da ji bodo odvzeli pravico opravljanja zdravniškega poklica. Nek kritik je medicinski svet opisal kot prosectorja, sodnika in eksekutorja, v smislu podaljšane roke države.

Skladno z ženevsko deklaracijo iz leta 1948 mora zdravnik spoštovati skrivnosti, ki mu jih zaupa bolnik. Z besedo "spoštovati" v nobenem primeru ni mišljen pojem "molčati". Nasprotno, po mne-

nju Medical Defence Council zdravnika v Veliki Britaniji zavezuje zakon, da bolniku natančno razkrije vse informacije, ki ga zadevajo, pri tem pa računajo na njegovo diskretnost in polno zaupanje. Uradne zahteve za razkritje poklicne medicinske skrivnosti nastanejo v devetih svojevrstnih okoliščinah, ki so natančno opisane. V eni od teh: zloraba drog, predpisi iz leta 1973 zavezujejo vsakega zdravnika, ki zdravi bolnika in pri katerem ugotovi, ali pri katerem utemeljeno sumi, da je narkoman, da to prijavi pristojni ustanovi v sedmih dneh. Da ta uredba, ki dela iz zdravnikov policijske ovaduhe, ne predpisuje nikakršnih ukrepov, ki bi preprečevali druga kazniva dejanja, se vidi iz dejstva, da zdravnik po zakonu ni dolžan obvestiti policije, če ve, da je bolnik zakrivil ali zagrešil zločin.

Manj neposredna, a bolj kvarna zaradi svoje obsežnosti in prodornosti, je državna moč pri razširjanju propagande pod skupnim naslovom: pospeševanje zdravja in preventive. Zdravnikova odgovornost za bolnika mora vključevati tudi zaščito pred sprevačanjem besed ob pojmu zdravja, medikalizaciji življenja in pred napačnimi obeti ob preprečevanju bolezni. Barsky opisuje, kako naraščajoča obsedenost z zdravjem v ZDA znižuje občutek blagostanja prebivalstva.

Medikalizacija zdravja, praksa totalitarnih družb, služi kot opravičilo državi, da vdre v zasebno življenje ljudi in išče režimu neprikladljive. G. Raymond Hoffenberg predsednik Royal College of Physicians je nedavno predlagal, naj bi kadilci in pijanci plačevali zdravljenje ter tako plačevali globo za svojo razvado. Drugi zoporni elementi, ki jih forsira družba, so siljenja k obveznim testiranjem za bolezni, za katere pravi Edvina Currie, "da se poštenih kristjanov ne tičejo", ali siljenje k obveznemu zdravljenju, vse v imenu izboljšanja "nacionalnega zdravja", (pojma, ki je bil v tridesetih letih zelo popularen v Nemčiji). Resno se proučuje "nacionalna dieta" in državni sponzorji že načrtujejo potrebe po "spremembah v obnašanju". Thomas Jefferson v Zapisih iz države Virginije (1781) priliznjeno ironično opisuje: "Država sedaj predpisuje zdravila in diete, da bodo postala naša telesa taka, kot so naše duše že sedaj". Od takrat smo napravili že velik korak naprej. Smer je jasna, doseči je treba cilj, ki ga je o družbeni ureditvi predvidel Platon. V svoji "Republiki" piše: imeli bomo vrsto zdravnikov in sodnikov, ki bodo izvajali zakone. Skrbeli bodo za tiste varovance, ki so v dobri telesni in duševni kondiciji. Pustili bodo, da bodo bolni umrli, tiste pa, katerih duševno zdravje je nepopravljivo uničeno,

bodo poslali v smrt. Barbar v Huxleyjevem Čudovitem novem svetu umre obupan. Želel je Boga, poezijo, resnično naravnost, svobodo, blagostanje in greh. Ko ga je Arhitekt sreče nezaupljivo vprašal: "Ali si zahteval tudi pravico, da boš nesrečen, pravico, da imaš sifilis ali raka," je Barbar odvrnil: "Da, vse to sem zahteval!" G. Theodor Fox je isto izrazil z drugačnimi besedami, a manj učinkovito: "Življenje v resnici ni najpomembnejša stvar v življenju. Nekateri se ga oklepajo, kot skopuh svojega denarja, brez očitnih razlogov. Drugi ga jemljejo zlahka, pripravljeni tvegati za stvar, za upanje, za pesem, ali za veter, ki boža lice".

Zdravnikova odgovornost do bolnika postaja vse težja, ker tudi zdravniki niso imuni pred zdravstvenimi dokazovanji - duševnimi polucijami življenjskih stilistov. Svete resnice o rešitvi zdravja (do leta 2000), ki jih pridigajo politiki in njim vdani prijatelji med zdravniki, služijo bolj zato, da odvrnejo pozornost od bistvenih vprašanj: neenakosti pri zdravstvenem varstvu prebivalstva, odgovornosti za trpljenje in za revščino. Bertrand Russell je navedel v svojem eseju o vikarjevem asketizmu, da bo vsak del človeštva, ki bo imel monopol nad močjo, gotovo razvil teorijo, ki naj bi nazorno pokazala, da je za preostali del človeštva bolje, da ne živi v blagostanju. Država, ki pridiga, da je potreba samo prenehati kaditi, piti in uživati v jedaci, pa bodo srčne bolezni in rakasta zboljenja sama izginila, se obnaša, kot da bi upoštevala sporočila norega pesnika Hoederleina: "Kar je država naredila v peklu, je to, da hočejo ljudje sedaj iz tega napraviti nebesa". Prevencija in odkrivanje raka z retoriko, da se s tem rešuje življenje, je zadnji dodatek lažnim obljubam.

Etika sistematičnih pregledov

Ustavimo se pri drugi temi. Ko človek potrka na vrata ordinacije in prosi za pomoč, ga to trkanje preobrazí v bolnika. Njegova pritožba postane potrebna zdravniške nege in zdravnik prične brez obotavljanja tolažiti, negovati in včasih tudi zdraviti. Nasprotno pa, kadar zdravnik povabi zdravega človeka v ordinacijo, mu s tem obljublja kost, ki jo bo imel od negovanja zdravja, ob tem pa se poteguje za svojo zaposlitev in honorar. Arthur Cochrane je nekoč izjavil, da je podoben evangelistu, ki oznanja: "Pridite k meni vsi, ki verujete, in jaz vam bom odvzel naše tegobe". Obljube imajo za posledico obveznosti. Etika sistematičnih pregledov za odkrivanje raka je popolnoma drugačna od etike običajnega pregleda bolnika pri zdravniku.

Pri srečanju na pobudo bolnika, se zdravnik, preden prične z invazivnimi preiskavami ali z zahtevnejšim zdravljenjem, zaščiti tako, da bolnika prosi za pisno privolitev. Pri srečanju na pobudo zdravnika zaradi sistematičnega pregleda od bolnika takih pooblastil ne more zahtevati. Če zaradi poštenosti zdravnik tega ne stori, takih preiskav tudi ne more opravljati. Kadar zdravnik to kljub vsemu počne, je odgovoren, ker je kršil dogovor.

Zadeva z rakom za tistega, ki je bil na sistematičnem pregledu in pri katerem je bil izvid negativen, ni končana. Čim pogostejši so taki pregledi, tem varneje je. To prinaša dobiček tistemu, ki opravlja sistematične preglede. A če ni podatkov o uspešnosti takih pregledov, je za zdrave ljudi tako početje škodljivo.

Helsinska deklaracija, posodobljena v Tokiu leta 1975, je zelo jasna v določilih o poskusih na ljudeh. Pred začetkom vsakega raziskovanja morajo biti možna tveganja natančno ocenjena. Še več, vsak udeleženec mora biti natančno informiran o naravi in obsegu tvega-

nja. Če je bilo to opravljeno v obširnih raziskovalnih programih, ni dovolj, da se to samo objavi v poročilih. Nobenega dvoma ni, da gre pri odkrivanju raka za eksperimentalne postopke, z dvomljivimi koristmi: kako bi sicer lahko z moralnega stališča ocenili "dvojno slepe poizkuse" pri bolnikih, ki imajo raka. Tveganje pri presejalnih testih je prav tako nesporno: najdejo se lažno pozitivni rezultati, kateri vodijo do nadaljnjih nepotrebnih preiskav in zdravljenj, ti pa imajo za posledico telesne in duševne iatrogene okvare pri zdravih ljudeh. Koliko zdravih ljudi je bilo žrtvovanih za domnevno kolektivno dobrobit? Škode zaradi presejalnih testov se zamolčijo: mnenja bi lahko škodovala in ovirala dejavnost, bolniki prihodnjic morda ne bi prišli. Na eno ženo, ki ima morda potencialno korist od sistematičnega pregledovanja ustij maternic, je potrebno vzeti 40.000 brisov, 100 žena pa se je moralo "zdraviti" po nepotrebnem. Pri sistematičnih pregledih zaradi raka na dojkah, ima le ena od 10.000 pregledanih žena na leto, od tega korist. Vse to so skrivnosti, ki jih je treba prikriti zlasti pred ženskami, iz razumljivih razlogov.

Etika presejalnih testov se razlikuje od etike običajnega pregleda pri zdravniku ne le zato, ker slednja upošteva staro, vendar ne tudi zastarelo zaznavo: "predvsem ne škoditi", ampak tudi zato, ker etika sistematičnih pregledov sploh ni opredeljena. Eden od razlogov za to usodno pomoto je tudi v tem, da zagovorniki presejalnih testov velikokrat niso ljudje z medicinsko izobrazbo in zato težko razločujejo med statistično pomembnostjo in klinično ustreznostjo. Sistematično pregledovanje ponujajo, kot popolno dobrobit. Zdravniki v ordinacijah, ki sprejemajo te trditve dobesedno, postajajo tako nevede sokrivci v nepoštenu in tvegani igri.

Stanje bi se lahko izboljšalo pod pogojem, da se izdelajo etična pravila za presejalne teste. Helsinsko-tokijsko deklaracijo bi lahko hitro priredili tem namenom. Podobna etična navodila o poskusih na ljudeh so uporabljali na Royal College of Physicians leta 1986, če mora biti posamezna "človeška budra" zaščitená pred pretirano raziskovalno gorečnostjo, tako da mora vedeti, kakšna so raziskavi pripadajoča tveganja, bi lahko podobne zapovedi uporabili s še večjo pravico, kadar se vse zdravo prebivalstvo podvrže tveganju pri presejalnih testih. Še več, kot zdravnike zavezuje etični kodeks, da pazljivo ocenijo razmerje med škodo in koristjo pri slehernem posegu, kateremu podvržejo bolnike, bi uporaba teh pravil pri presejalnih testih predstavljala začetek dolge poti, ki bi vodila do zaščite bolnikov pred uradno pridobljenimi interesi raziskovalcev. In ko bi ta pravila obveljala, bi tudi milni mehurček presejalnih testov počil.

Zaključek

Ideologija, na kateri temelji veljavno pospeševanje zdravja, je načelno nezdrava mešanica utopističnega in totalitarnega mišljenja. Če sodeluje pri predelovanju množic v zdrave ljudi, s presejevalnimi mlini in z obljubami o preprečevanju raka, zdravnik preneha biti bolnikov zagovornik ter postaja vse bolj agent državne politike. Njegova odgovornost za posameznega bolnika je ukinjena in zamenjana z diktaturo samozvanih zdravstvenih manipulatorjev.

Tako, pisanje je na steni!

Navodila za oglaševanje na rumenih straneh:

Vsak prireditelj zdravniškega srečanja, seminarja, konference idr. ima pravico do dveh brezplačnih objav. Za prvo obvestilo, v katerem najavi prireditev nekaj mesecev vnaprej, je na voljo četrtna strani, za objavo podrobnega programa seminarja ali simpozija pred srečanjem prostor ni omejen. Da bi bile informacije čim bolj natančne in brez napak, vljudno prosimo, da prireditelji izpolnijo obrazec, ki je objavljen na zadnji strani koledarja. Objavljali bomo le tista obvestila in programe, ki jim bo priložen izpolnjen vprašalnik, da bo podatke mogoče vnašati v koledar. Rok za oddajo gradiva v uredništvu je 10. v mesecu za objavo v številki, ki izide prvega v naslednjem mesecu.

Slovensko društvo hospic
organizira

ENODNEVNE DELAVNICE

Slovensko društvo hospic, Gosposvetska 5, Ljubljana
3. aprila 2001 od 9. do 14. ure

Metka Klevišar, dr. med.: Duhovnost v času bolezni. Vsebina: Odgovoriti si na vprašanje: »Kaj je zame duhovnost?«

V bolezni in umiranju se pojavijo temeljna bivanjska vprašanja. Kako se srečujem z njimi v svojem življenju in ob spremljanju bolnikov? Kakšne so moje vrednote v življenju? Umetnost izpuščanja - proces, ki traja vse življenje. »Biti eno samo uho« - temelj spremljanja hudo bolnega. Kaj pomeni upati s hudo bolnim, umirajočim? Odgovoriti si na vprašanje: »Kaj mi daje oporo, ko vse izgubim?«

Slovensko društvo hospic, Gosposvetska 5, Ljubljana
19. aprila 2001 od 9. do 14. ure

Metka Klevišar, dr. med.: Etične dileme ob umirajočem. Kako in kdaj povedati »resnico«? Kdaj prenehati z zdravljenjem, ki ima za cilja ozdravitev in podaljševanje življenja? Kdo odloča o tem, kako in kje umirajoči preživlja zadnje obdobje življenja – problem avtonomije in kompetence. Vprašanje evtanazije. Vloga alternativne terapije.

Kotizacija znaša 7.000,00 SIT. za enodnevno delavnico 5.000,00 SIT za študente.

Plačilo na žiro račun: 50106-678-703305, sklic na številko 00333.

Informacije in prijave na telefon št. 01/234 83 30 ali 234 83 32

Slovensko menopavzno društvo in
Hrvatsko društvo za menopavzo
organizirata

I. SLOVENSKO - HRVATSKI SIMPOZIJ O SODOBNIH POGLEDIH NA MENOPAVZO IN ANDROPAVZO Z DELAVNICO

Aparthotel "Rosa", Zelena dvorana, Atomske Toplice, Podčetrtek
5.-7. april 2001

Predsednika: Helena Meden Vrtovec in Srečko Ciglar

Častni odbor: Lidija Andolšek Jeras, Elko Borko, Meta Hren Božič, Božo Kralj, Ljiljana Randić

Strokovni odbor: Srečko Ciglar, Damir Franić, Helena Meden Vrtovec, Velimir Šimunić Goran Vujić

Organizacijski odbor: Damir Franić, Biserka Križan, Božena Krušič, Irena Petan, Milica Trenkič

PROGRAM

Četrtek, 5. aprila 2001

Aparthotel "Rosa"
12.00 - 14.00 Registracija

programi strokovnih srečanj

- 14.00 - 15.00 Otvoritev simpozija:
 - pozdrav obeh predsednikov menopavznih društev
 - pozdrav župana občine Rogaška Slatina
 - pozdrav organizatorja simpozija
 - kulturni program: Moški pevski zbor Rogaška Slatina
- 15.00 - 15.30 Odmor
 Delovno predsedstvo: *Andolšek Jeras L., Šimunić V.*
- 15.30 - 16.00 *Šimunić V.*: Patofiziologija menopavze
- 16.30 - 17.00 *Meden Vrtovec H.*: Hormonsko nadomestno zdravljenje včeraj, danes, jutri
- 17.00 - 17.20 *Demarin V.*: Hormonsko nadomestno zdravljenje v nevrologiji
- 17.20 - 17.40 *Zorn B.*: Andropavza
- 17.40 - 18.00 *Geršak K.*: Prezgodnja menopavza
- 18.00 - 18.30 Razprava
- 19.00 Koktajl za dobrodošlico z ansamblom Adama Bickeya (Gostitelj: Schering)

Petek, 6. april 2001

- Aparthotel "Rosa"
 Delovno predsedstvo: *Hren Božič M, Randić L.*
- 09.00 - 09.20 *Keber I.*: Hormonsko nadomestno zdravljenje in bolezni srca in ožilja - novi koncepti in komentar HERS študije
- 09.20 - 09.40 *Uršič Vrščaj M.*: Hormonsko nadomestno zdravljenje in rak
- 09.40 - 10.00 *Pavičić-Baldani D.*: Estetska ginekološka endokrinologija v postmenopavzi
- 10.00 - 10.20 *Vujić G.*: Estetska ginekološka endokrinologija v reproduktivnem obdobju
- 10.20 - 10.40 *Ciglar S.*: DHEAS kot dodatek k hormonskemu nadomestnemu zdravljenju - da ali ne?
- 10.40 - 11.00 Razprava
- 11.00 - 11.30 Odmor s kavo
- Delovno predsedstvo: *Ciglar S., Kralj B.*
- 11.30 - 11.50 *Kocijančič A.*: Osteoporozna - novosti v diagnostiki in zdravljenju
- 11.50 - 12.10 *Koršič M.*: Pomen biokemičnih markerjev in BMD pri izbiri zdravljenja osteoporoze
- 12.10 - 12.30 *Ciglar S.*: Uroginekološko staranje
- 12.30 - 12.50 *Lukanovič A.*: Uroginekološko staranje - lokalno in sistemsko zdravljenje
- 12.50 - 13.10 *Franić D.*: Compliance in hormonsko nadomestno zdravljenje
- 13.10 - 13.30 Razprava
- 13.30 - 15.00 Satelitski simpozij s kosilom (Gostitelj: Merck)
- 14.15 - 15.00 Interaktivna učna delavnica: vstavev Mirene

Aparthotel "Rosa"

- 15.00 - 16.30
 Delavnica I: "Za" in "Proti"
 Delovno predsedstvo: *Uršič Vrščaj M., Franić D.*

- Nadomestno hormonsko zdravljenje in rak dojke:
 ZA PROTI
 Uršič-Vrščaj M Bebar S.
- Zdravljenje s hormoni pri starejšem moškem:
 ZA PROTI
 Zorn B. Drobnič S.
- Lokalno zdravljenje urogenitalnega sindroma: terapija izbora
 ZA PROTI
 Ciglar S. Lukanovič A.
- Estetska ginekološka endokrinologija: ali je lokalna terapija zadostna ?
 ZA PROTI
 Pavičić-Baldani D. Vujić G.
- Zgodnja postmenopavza – nov medicinski in organizacijski problem ?
 ZA PROTI
 Borko E. Završnik Mihič R.

Hotel "Breza"

- 15.00 - 16.30
 Delavnica II: Primeri iz prakse
 Delovno predsedstvo: *Demarin V., Keber I.,*
- 16.30 - 17.00 Odmor s kavo

Aparthotel "Rosa"

- 17.00 - 18.30
 Delavnica I: Primeri iz prakse
 Delovno predsedstvo: *Kocijančič A., Koršič M*

Hotel "Breza"

- 17.00 - 18.30
 Delavnica II: "Za" in "Proti"
 Delovno predsedstvo: *Pavičić-Baldani D., Lukanovič A.,*
- 20.30 Svečana večerja in ples z ansamblom Kristali
 Hotel "Breza" (Gostitelj: Novo Nordisk)

Sobota, 7. april 2001

Aparthotel "Rosa"

- 08.30 - 09.15 Interaktivna učna delavnica: vstavev Mirene
 Delovno predsedstvo: *Meden-Vrtovec H., Šimunić V.*
- 09.30 - 11.00 Okrogla miza in slovensko-hrvatski dogovor o menopavzi, andropavzi in hormonskem nadomestnem zdravljenju

Kotizacija: 38.000,00 SIT (DDV vključen), ŽR: 50730-601-182634 sklic na številko 00-2664 (Terme Rogaška) namen plačila: kotizacija za simpozij.
 Za udeležence s Hrvaške 350 DM, devizni račun: 280-7100-894074/6 SWIFT LJBASI2X. (Nova Ljubljanska Banka Maribor)

Kotizacija vključuje udeležbo na predavanjih in delavnicah, dobrodošlice s koktajlom, prigrizke in kavo med odmori, zbornik prispevkov, potrdilo o udeležbi, svečano večerjo in izlet po želji.

Organizacija: mag. Damir Franić, dr. med. Zasebna ginekološko-porodniška ordinacija, Celjska 10, 3250 Rogaška Slatina tel. 03/5815-550, e-pošta: Damir.Franic@guest.arnes.si

Komu je namenjeno: ginekologom, splošnim zdravnikom, internistom...

Število udeležencev: Omejeno na 150!

Jezik: simpozij bo potekal dvojezično, v slovenskem in hrvaškem jeziku.

Navodila predavateljem:

Čas predviden za uvodna predavanja je 20 minut, za delavnico "za" in "proti" po 5 minut in 5 minut za razpravo (največ šest primerov). Pri delavnici "primeri iz prakse" vsak ima po 5 minut za predstavitev primera in 5 minut za diskusijo za vsak posamezen primer (največ devet primerov).

Na voljo so enojna, dvojna prezentacija diapozitivov, grafoskopska prezentacija, video prezentacija in računalniška prezentacija.

Opozorilo: Na simpoziju ni prostih tem niti posterske prezentacije!

Namestitev: Vabljeni predavatelji, častno predsedstvo in sponzoriji bodo nameščeni v Aparthotelu, vsi ostali udeleženci v Rogaški Slatini. Za njih bo organiziran tudi poseben avtobusni prevoz na relaciji Rogaška Slatina – Atomske Toplice – Rogaška Slatina.

Na dan otvoritve simpozija (četrtek 5. 4.) avtobus odpelje iz Rogaške Slatine (izpred Hotela Donat) ob 13.00 uri!

Cene namestitvenih kapacitet v Rogaški Slatini :

Soba	Nočitev z zajtrkom	Polpenzion
Hotel Donat		
1/1	9.850,00 SIT	10.800,00 SIT
	8.550,00 SIT	9.500,00 SIT
Hotel Sava		
1/1	9.300,00 SIT	10.200,00 SIT
	8.100,00 SIT	9.000,00 SIT
Hotel Zagreb		
1/2	7.020,00 SIT	7.800,00 SIT

Informacije: ga. Irena Petan, Hotel Sava, Zdraviliški trg 6, 3250 Rogaška Slatina tel: 03/8114709, fax: 03/811-4732, e-mail: hotel.sava@terme-rogaska.si

Možnosti za izlete:

- Izlet v Olimje – obisk najstarejše lekarne v Evropi in minoritskega samostana, degustacija vin in prigrizek pri "Amonu"
- Nakupovalni izlet v steklaro ali steklarsko šolo in ogled muzeja na prostem v Rogatcu.

Združenje pnevmologov Slovenije

organizira

SESTANEK ZDRUŽENJA PNEVMOLOGOV SLOVENIJA

Hotel Metropol, Portorož

6.-7. april 2001

Predsednik združenja: *prof. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med.*

Petek, 6. aprila 2001

Simpozij farmakoeconomika

Moderator: *J. Šorli*

15.00 *A. Wertheimer:* Development of an evidence based disease management protocol of asthma

15.30 *M. Price:* Pharmacoeconomics of SERETIDE

16.00 *S. Šuškovič:* Študija AIRE v Sloveniji

16.30 *J.Šorli:* Farmakoeconomika tuberkuloze

Odmor

17.30–19.00 Posterska sekcija

20.00 Večerja (Vabi GSK- GlaxoWellcome)

Obisk casinoja

Sobota, 7. aprila 2001

Simpozij smernice za obravnavo bolnika s sarkoidozo

Moderator: *A. Debeljak*

9.00 *E. Mušič:* Uvodne misli

9.15 *M. Košnik:* Imunopatogeneza sarkoidoze

9.30 *I. Kern:* Sarkoidoza in druge granulomatoze

10.00 *S. Šuškovič:* Klinična slika sarkoidoze

Odmor

Moderator: *E. Mušič*

11.00 *A. Debeljak:* Preiskavne metode

11.15 *M. Fležar:* Pljučna funkcija pri sarkoidozi

11.30 *M. Žolnir:* Razlikovanje sarkoidoze in tuberkuloze

11.45 *R. Cesar:* Radiologija sarkoidoze

12.00 *K. Osolnik, M. Košnik:* Zdravljenje sarkoidoze

Razprava in sprejetje smernic

Informacije: ga. Dragica Sukič, Združenje pnevmologov Slovenije, 4204 Golnik, tel.: 04 25 69 100

Združenje za pediatrijo SZD

organizira strokovno srečanje

OTROŠKA KARDIOLOGIJA

Konferenčna dvorana poslovne stolpnice, pritličje, Trg revolucije 3, Ljubljana
6. april 2001 ob 14.00

PROGRAM

Moderator: *T. Podnar*

- 14.00 *C. Kržišnik, T. Podnar*: Začetki otroške kardiologije v Sloveniji
14.15 *U. Mazič*: Anatomska poprava transpozicije velikih arterij
14.45 *M. Kosin*: Kirurško zdravljenje funkcionalno enoprekatnih src
15.15 *T. Podnar*: Novosti v intervencijski pediatrični kardiologiji
15.45–16.20 Odmor

Moderator: *T. Podnar*

- 16.20 *M. Koželj*: Obravnava odraslih bolnikov s prirojenimi srčnimi napakami
16.50 *S. Vesel*: Fetalna kardiologija
17.20 *U. Mazič*: Transezofagealna ehokardiologija v otroški kardiologiji
17.50 Razprava

Informacije: ga. Alenka Lipovec, Združenje za pediatrijo SZD, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 30 03 221.

Magistrski študij družinske medicine

Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino je v sodelovanju z Univerzo v Londonu pripravila program podiplomskega študija - magisterij v Veliki Britaniji. Predvidena skupina iz Slovenije bi imela 6 kandidatov. Študij bi potekal interaktivno preko interneta in je predviden za zdravnike primarne ravni.

Kandidati morajo izpolnjevati splošne pogoje za magistrski študij. Potrebno je dobro znanje angleškega jezika in poznavanje računalnika in osnovnih programov: Word, Excel, Internet Explorer, Outlook Express ali podobnih.

V poletnih mesecih bo organiziran tedenski pripravljalni tečaj v Londonu. Začetek študija bo september 2001 ali januar 2002. Letna šolnina je 3.000 GBP in pokriva vsa gradiva in mentorstvo.

Zainteresirani kandidati lahko za dodatne informacije povprašate na spletni naslov: gordana.zivcec@ri.hinet.hr.

Zdravniška zbornica Slovenije

prireja 16-urni

TEČAJ HIPNOZE

4. predavalnica Kliničnega centra, Ljubljana
19.-21. april 2001

Vodja tečaja: *prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., dipl. psih.*

Tečaj je namenjen zdravnikom in psihologom.

PROGRAM

- Hipnoza kot terapevtsko sredstvo
- Hipnoza skozi stoletja
- Klasična Eriksonova ali avtohipnoza
- Testi sugestibilnosti
- Indukacija – tehnike
- Poglobljanje – hipnotični fenomeni
- Posthipnotični fenomeni
- Praktične vaje
- Preizkus znanja – diploma

Tečaj bo potekal:

četrtek, 19. aprila od 16.00 do 20.00

petek, 20. aprila od 16.00 do 20.00

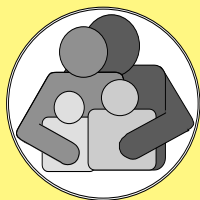
sobota, 21. aprila od 8.00 do 12.00 in od 13.00 do 17.00

Kotizacija znaša 45.000,00 SIT za vsakega udeleženca (z vračunanim DDV 19 odstotnim). Nakažite jo na žiro račun Zdravniške zbornice Slovenije, št.: 50101-637-58629, s pripisom 11111, 8 dni pred pričetkom tečaja.

Število udeležencev: 20 (po vrstnem redu prijav)

Prijavite se lahko na naslov e-pošte: hipnoza@email.si z naslednjimi podatki:

- podjetje oziroma udeleženec,
- naslov,
- žiro račun,
- davčna številka,
- zavezanec za DDV – DA ali NE.



Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
Osnovno zdravstvo Gorenjske – Zdravstveni dom Jesenice
Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Gorenjske
Katedra za družinsko medicino MF
 organizirajo

II. SPOMINSKO SREČANJE

JANIJA KOKALJA, DR. MED.:

POŠKODBE V OSNOVNEM ZDRAVSTVU

Hotel Kompas, Kranjska Gora
19.-21. april 2001

Namen srečanja je udeležence seznaniti z oskrbo pri nekaterih posebnih vrstah poškodb (poškodbe otrok, poškodbe vratu, omrzline, poškodbe mehkih delov in trebuha). Poseben poudarek prispevkov bo na sodelovanju kirurgov-travmatologov, fiziatrov, zdravnikov družinske medicine in zdravstvenih tehnikov pri prvi oskrbi poškodovancev in pri poškodovancih, ki so že bili primarno oskrbljeni, njihovo spremljanje in rehabilitacija.

Četrtek, 19. april

- 13:00 Prihod in registracija
- 14:30 Svečana otvoritev srečanja, pozdravi.

I. sklop Poškodbe zapestja, Ahilove kite in petnice

Delovno predsedstvo:

Janez Pšenica: Branko Brodnik, Matej Andoljšek

- 15:00 *Janez Pšenica*: Spoznava, razvrstitev in zgodnja oskrba poškodbe zapestja
- 15:20 *Janez Pšenica*: Nadaljevanje zdravljenja in rehabilitacija po kirurški oskrbi poškodbe zapestja
- 15:40 *Branko Brodnik*: Zdravljenje rupture Ahilove kite
- 16:00 *Matej Andoljšek*: Zlomi petnice
- 16:20 *Matej Andoljšek*: Reševanje poznih komplikacij po zlomu petnice
- 16:40 Razprava

- 17:00 Odmor
- 17:30 *Mitja Mohor in sod.*: Vaja Predor 2000, videoprikaz
- 18:00 Okrogla miza: Organizacija reševanja množičnih nesreč

- 18:30 Razprava
 - 19:00 Zaključek prvega dne
- Svečana večerja v hotelu Kompas v Kranjski Gori*

Petek, 20. april

II. sklop Tope poškodbe

Delovno predsedstvo:

Štefek Grmec, Darko Čander, Damjan Vidovič

- 9:00 *Štefek Grmec*: Pristop k politravmatizirancu v prehospitalni dejavnosti (nujna medicinska pomoč in zdravnik družinske medicine)
- 9:20 *Darko Čander*: Crush in blast poškodbe
- 9:40 *Petra Klemen*: Poškodbe prsnega koša na terenu
- 10:00 *Damjan Vidovič, Eldar M. Gadžijev*: Tope poškodbe trebuha
- 10:20 *Jože Prestor*: Vloga zdravstvenega tehnika pri obravnavi topih poškodb
- 10:40 Razprava

- 11:00 Odmor

III. sklop Poškodbe sklepov

Delovno predsedstvo:

Vladimir Senekovič, Aleš Demšar, Samo Fokter

- 11:30 *Vladimir Senekovič*: Artroskopija gležnja
- 11:50 *Matjaž Sajovic*: Obravnava športne poškodbe kolena
- 12:10 *Samo Fokter*: Poškodba rame
- 12:20 *Vladimir Senekovič*: Artroskopija rame in sodobni pogledi na rehabilitacijo rame
- 12:40 *Aleš Demšar*: Racionalno predpisovanje fizikalne terapije pri poškodbah v ambulanti zdravnika družinske medicine
- 13:00 Razprava
- 14:00 Skupno kosilo

IV. sklop Poškodbe vratne hrbtenice

Delovno predsedstvo:

Marjeta Župančič, Miodrag Vlaovič, Matjaž Žura

- 15:00 *Marjeta Župančič*: Poškodbe vratne hrbtenice
- 15:20 *Miodrag Vlaovič*: Ocena poškodbe vratne hrbtenice na kraju nesreče
- 15:40 *Matjaž Žura*: Oskrba poškodovanca ob sumu poškodbe vratne hrbtenice
- 16:00 *Miodrag Vlaovič*: Stopenjska diagnostika poškodbe vratu
- 16:20 *Blaž Miheličič*: Zgodnja medicinska rehabilitacija po nihajnih poškodbah vratne hrbtenice
- 16:40 Razprava
- 17:00 Odmor

V. sklop Poškodbe otrok

Delovno predsedstvo:

Peter Najdenov, Jerneja Vidmar, Nataš Uranker

- 17:30 *Peter Najdenov*: Poškodbe otrok
- 17:50 *Nataša Uranker*: Prepoznavanje trpinčenja otrok

- 18:10 *Jerneja Vidmar*: Trpinčen otrok
 18:30 *Damjan Vidovič, Stojan Potrč*: Travmatska ruptura pankreasa pri otroku
 18:50 *Janko Kersnik, Igor Švab*: Dileme pri obravnavi poškodovanega otroka
 19:10 Razprava
 19:30 Zaključek drugega dne
 Večerja in zabavni program v igralnici HIT Casino Kranjska Gora*

Sobota, 21. april

VI. sklop Druge poškodbe

Delovno predsedstvo:

Štefek Grmec, Alenka Kralj Odar, Boštjan Polenčič

- 9:00 *Sebastijan Piberl*: Opeklina
 9:20 *Alenka Kralj Odar*: Podhladitev
 9:40 *Štefek Grmec*: Pristop k politravmatizirancu v prehospitalni dejavnosti (nujna medicinska pomoč in zdravnik družinske medicine)
 10:00 *Boštjan Polenčič*: Videoprikaz obravnave različnih primerov poškodb na terenu
 10:40 Razprava
 11:00 Odmor

VI. sklop Dileme pri obravnavi poškodb

Delovno predsedstvo:

Sašo Kavčič, Jerneja Vidmar, Jože Balažic

- 11:30 *Samo Cuznar*: Vloga usposobljenega laika pri reševanju poškodovancev na terenu
 11:50 *Sašo Kavčič*: Razmejitev med nujno medicinsko službo in drugimi reševalnimi službami
 12:10 *Karli Stanič*: Kako izboljšati predajo poškodovanca v bolnišnici
 12:30 *Jerneja Vidmar*: Vodenje poškodovanca v ambulanti splošne medicine po pregledu in oskrbi pri travmatologu zaradi lažje poškodbe
 12:50 *Jože Balažic, Borut Štefanič*: Sodnomoedicinski problemi obravnave poškodb
 13:10 Razprava
 13:30 Zaključek srečanja

Kotizacija 20.000 SIT (brez DDV) vključuje udeležbo na srečanju, osvežitve med predvidenimi odmori srečanja in lahko kosilo v petkovem odmoru za kosilo. Kotizacija ne vključuje drugih obrokov in prenočišča. Račun bomo izstavili plačniku v mesecu, ko bo potekalo strokovno srečanje ne glede na datum prijave. **Prijavnice**, ki jih dobite na naši spletni strani, pošljite najkasneje do **10. aprila 2001** na naslov: **ga. Jožica Krevh, Uprava osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, faks. 04 20 26 718, tel. 04 20 82 523**. Informacije: Janko Kersnik, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, tel./faks: 04 58 81 426, spletna stran www.drmed.org, kjer bodo 14 dni pred srečanjem objavljeni tudi razširjeni izvlečki predavanj, e-pošta: janko.kersnik@s5.net. Na Zdravniški zbornici Slovenije je vložena prošnja za

dodelitev ustreznega števila kreditnih točk pri podaljšanju licence, Zbornica zdravstvene nege prizna udeležbo na srečanju pri napredovanju. Na spletni strani Združenja zdravnikov družinske medicine www.drmed.org si oglejte posebno ponudbo za udeležence naših srečanj. Ponujamo naslednje ugodnosti:

Ob plačilu ene kotizacije za medicinsko sestro ali zdravstvenega tehnika, se druga medicinska sestra ali zdravstveni tehnik srečanja lahko udeleži brez plačila kotizacije.

Na pet plačanih kotizacij za eno srečanje lahko uveljavljate eno dodatno udeležbo gratis.

Če istemu udeležencu v letu 2001 plačate dve kotizaciji za srečanja s programa Združenja zdravnikov družinske medicine, se ostalih lahko udeleži brez plačila kotizacije.

*Za svečano večerjo in večerjo z zabavnim programom se prijavite ob prijavi oziroma najkasneje ob registraciji prvi dan srečanja, ko poravnate tudi predvideno sodelstvo v višini 2.000 SIT za posamezno večerjo. Sobo lahko rezervirate na naslov Hotel Kompas, Borovška c. 100, 4280 Kranjska Gora, tel. 04 58 81 661, 58 85-000, faks: 04 58 81-176, 58 81 530. Nočitev z bife zajtrkom v enoposteljni sobi s prosto uporabo bazena in savne je 14.400 SIT, v dvoposteljni pa 7.450 SIT na osebo.

Psihiatrična klinika Ljubljana

Slovensko združenje za duševno zdravje ŠENT

Združenje psihiatrov Slovenije

vabijo na dvodnevni seminar

UČENJE KOT PREVLAJUJOČA OBLIKA PSIHOTERAPIJE OSEB S PSIHOTIČNIMI DUŠEVNIMI MOTNJAMI

Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, Ljubljana

12.-13. april 2001

Predavatelji: doc. dr. Slavko Zihlerl, dr. med., dr. Bernard Stritih, klin. psih., Marjeta Blinc Pesek, dr. med., uporabnica psihiatričnih storitev, Doris Adamčič Pavlovič, prof. dipl. psihol., mag. Jana Rapuš Pavel, prof. ped., Janez Resman, dr. med., Barbara Purkat, prof. soc. ped., Brane Kogovšek, prof. def., Slavica Ravnik, prof. soc. ped.

Seminar bo potekal v obliki delavnic z uvodnimi plenarnimi predstavitvami in je namenjen zdravnikom splošne prakse, specializantom psihiatrije, psihiatrom, diplomiranim medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom, psihologom, pedagogom, socialnim delavcem, delovnim terapevtom.

Kotizacije ni.

Informacije: Slavica Ravnik, prof. soc. ped., tel.: 01 52 85 451, faks: 01 52 84 618.

Oddelek za radiologijo Onkološkega inštituta Ljubljana

v sodelovanju z

VŠZ – radiologija

Medicinsko fakulteto, Katedra za radiologijo ter Katedra za onkologijo in radioterapijo

organizirajo

MEDNARODNO ŠOLO MAMOGRAFSKE DIAGNOSTIKE: SLIKANJE DOJKE IN KONTROLA KAKOVOSTI

Teoretični del:

Hotel Union, Ljubljana

20. april 2001

Praktične vaje:

Oddelek za radiologijo, Onkološki inštitut, Ljubljana

21. april 2001 po skupinah od 9.00 do 15.00

Organizacijski odbor: asist. Maksimiljan Kadivec, dr. med., predsednik, Kristijana Hertl, dr. med., Maja Podkrajšek, dr. med., Stojan Pirc, radiol. ing., Silva Kristančič, ekonom.

Strokovni odbor: Miljeva Renner, dr. med., predsednica, Tomaž Vargazon, dr. med., Nevenka Kofjač, rad. ing., Urban Zdešar, univ. dipl. inž. fiz.

PROGRAM

Petek, 20. aprila 2001

9.00–9.20 Uvodne besede, A. P. Fras, B. Kralj, Z. Rudolf, V. Jevtič
Kontrola kakovosti

I. Delovno predsedstvo:

Miklavčič, Novak

- 9.20–9.40 Tehnologija in optimizacija mamografij, L. Miklavčič
- 9.40–10.00 Klinična presoja kakovosti mamografij, M. Renner
- 10.00–10.15 Tehnična kakovost mamografije v Sloveniji, U. Zdešar
- 10.15–10.30 Kontrola kakovosti razvijanja filmov, L. Miklavčič
- 10.30–10.40 Naše izkušnje z dnevno kontrolo razvijanja filmov, G. Novak, S. Pirc, L. Miklavčič
- 10.40–10.45 Razprava
- 10.45–11.00 Odmor

II. Delovno predsedstvo:

Zdešar, Kofjač

- 11.00–11.15 Dnevna kontrola kakovosti mamografij, U. Zdešar
- 11.15–11.25 Naše izkušnje z dnevno kontrolo kakovosti mamografij, S. Korat, U. Zdešar
- 11.25–11.45 Zakon o merilih kakovosti pri mamografiji, D. Škrk
- 11.45–12.15 Kodak
- 12.15–12.30 Razprava
- 12.30–14.00 Kosilo

Pozicioniranje

III. Delovno predsedstvo:

Jančar, Dahmane

- 14.00–14.15 Anatomija dojke, R. Dahmane
- 14.15–14.30 Rentgenska anatomija dojke, K. Hertl
- 14.30–14.45 Patologija dojke, B. Jančar
- 14.45–15.00 Različne stiske pri mamografiji, M. Vegelj Pirc
- 15.00–15.40 Video-mamografske projekcije
- 15.40–15.45 Razprava
- 15.45–16.00 Odmor

IV. Delovno predsedstvo:

Kofjač, Korat

- 16.00–17.00 State of the art positioning techniques in mammography, H. Rijken
- 17.00–17.30 Dodatne projekcije (cleavage, tangencialna projekcija, slikanje vsadkov, moška dojka), A. Kokot
- 17.30–17.40 Ciljana kompresija, povečava, P. Špeh
- 17.40–17.50 Stereotaktična biopsija – cytoguide, G. Novak
- 17.50–18.15 Agfa
- 18.15–18.30 Razprava
- 20.00–23.00 Večerja

Sobota, 21. aprila 2001

9.00–15.00 Vaje (po skupinah) na Oddelku za radiologijo OI, Zaloška 2
Podrobnosti bomo objavili med predavanji

Osnovne projekcije, H. Rijken

Kontrola kakovosti mamografij – uporaba fantoma, U. Zdešar, S. Korat

Kontrola kakovosti razvijanja filmov – senzitometrija, denzitometrija,

L. Miklavčič, G. Novak

Najpogostejše napake, test, Z. Kranjc

Šola je namenjena predvsem radiološkim inženirjem pa tudi radiologom.

Število je omejeno na 30.

Kotizacija: 50.000,00 SIT (teoretični in praktični del), 30.000,00 SIT (samo teoretični del). Kotizacijo se plača na žiro račun št.: 50103-603-45793, s pripisom »za mednarodno šolo mamografske diagnostike«. Udeleženci iz tujine nakažite kotizacijo na žiro račun št.: 50100-620-133-5093-8.

Informacije: Mojca Čakš, Onkološki inštitut Ljubljana, Tajništvo, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 14 225, faks: 01 43 14 180, e-pošta: mcaks@onko-i.si

Združenje za endoskopsko kirurgijo Slovenije
Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Klinični center Ljubljana
 v sodelovanju z
Hrvaško združenje za endoskopsko kirurgijo hrvaškega
zdravniškega društva
Sekcija opeacijskih medicinskih sester Slovenije
 organizirajo

6. KONGRES ENDOSKOPSKE KIRUGIJE SLOVENIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO

Kongresni center Bernardin, Grand hotel Emona Portorož
 22.-24. april 2001

Pokrovitelja: Ministrstvo za zdravstvo republike Slovenije in Evropsko združenje za endoskopsko kirurgijo

PROGRAM

Nedelja, 22. aprila 2001

16.00–20.00 Prijave udeležencev
 20.00 Sprejem

Ponedeljek, 23. aprila 2001

8.00–19.00 Prijave
 Smaragdna dvorana
 9.00–9.45 Otvoritev kongresa
 Pozdravni govor predsednika kongresa in pokroviteljev
 9.45–10.00 Odmor
 10.00–11.30 Plenarna predavanja

Predsedstvo: *Pegan V., Wayand W., Čala Z.*

- 1) *Pegan V.*, Ljubljana, Slovenija: Deset let laparoskopske kirurgije v Sloveniji.
- 2) *Wayand W.*, Linz, Avstrija: The influence of minimal invasive surgery on traditional surgery
- 3) *Bača I.*, Bremen, Nemčija: Survival rates in laparoscopic resection for colorectal cancer
- 4) *Vodopija N.*, Slovenj Gradec, Slovenija: Laparoskopija v urologiji danes
- 5) *Keckstein J.*, Beljak, Avstrija: Laparoscopic treatment of urinary incontinence and pelvic floor support procedures
- 6) *Lukanovič A.*, Ljubljana, Slovenija: Minimalno invazivna kirurgija v uroginekologiji

11.30–12.00 Odmor
 12.00–13.00 Plenarna predavanja

- 7) *Feil W.*, Dunaj, Avstrija: Laparoscopic colorectal surgery with ultracision
- 8) *Lackner A.*, Gradec, Avstrija: Image guided navigation in endoscopic paranasal sinus and anterior skull base surgery
- 9) *Tekavčič I.*, Ljubljana, Slovenija: Nevroendoskopija – stereotaktični pristop. (15 min)
- 10) *Klokočevnik T.*, Ljubljana, Slovenija: Cardiac operations in adults by ministernotomy
 Abdominal aortic surgery through a minilaparotomy

13.00–15.00 Kosilo

15.00–16.15 Smaragdna dvorana I.
 Kolorektalna laparoskopska kirurgija

Predsedstvo: *Jelenc F., Bača I., Latič F.*

- 1) *Jelenc F., Pegan V.*, Ljubljana, Slovenija: Laparoskopske resekcije debelega črevesa
- 2) *Latič F., Raguz K., Jerkovic V., Masic D.*, Slavonski Brod, Hrvatska: Laparoscopic radical sigmoid resection
- 3) *Rems M., Lah T.*, Jesenice, Slovenija: Sedemletno preživetje po laparoskopski resekciji sigme zaradi raka – prikaz primera
- 4) *Pernat C., Pocajt M.*, Maribor, Slovenija: Paliativno zdravljenje raka danke
- 5) *Štor Z.*, Ljubljana, Slovenija: Napredovani rak danke: ali je laserska fotokoagulacija tumorja primeren paliativen poseg

16.15–16.45 Odmor

16.45–18.00 Akutni abdomen

Predsedstvo: *Sever M., Mahne S., Bricelj M.*

- 1) *Feil W.*, Dunaj, Avstrija: Laparoscopic surgery in acute abdomen
- 2) *Kruh V., Klavara I., Urbančič M., Šempeter pri Gorici*, Slovenija: Pomoč laparoskopije v oskrbi akutnega abdomna
- 3) *Žiža F., Mahne S., Uršič Polh A.*, Izola, Slovenija: Laparoskopska apendektomija: Pregled kazuistike v SB Izola
- 4) *Maračič A., Bricelj M.*, Ptuj, Slovenija: Laparoskopske apendektomije v Splošni bolnišnici Ptuj od 1. 3. 1999 do 1. 3. 2001
- 5) *Breznikar B.*, Slovenj Gradec, Slovenija: Asistirana laparoskopska apendektomija (ALA)
- 6) *Sever M.*, Ljubljana, Slovenija: Adhezijski ileus – vloga laparoskopske kirurgije
- 7) *Jurišič T.*, Šibenik, Hrvatska: Emergency laparoscopic exploration

Smaragdna dvorana

18.15–19.30 Skupščina sekcije za endoskopsko kirurgijo
 20.00 Slavnostna večerja

Ponedeljek, 23. aprila 2001

Smaragdna dvorana II.

14.45–16.15 Ginekologija
 Proste teme I.–Laparoskopija

Predsedstvo: *Ribič-Pucelj M., Lukanovič A., Vladikovič B.*

- 1) *Lužnik M.*, Slovenj Gradec, Slovenija: TVT uspešen tudi kot ponovna

uroginekološka operacija

- 2) *Lukanovič A., Barbič M.*, Ljubljana, Slovenija: Alternativne tehnike minimalne invazivne kirurgije v zdravljenju stresne urinske inkontinence
- 3) *Štolfa Gruntar A.*, Ljubljana, Slovenija: Laparoskopski posegi pri dekletih do 18. leta – naše izkušnje v letih od 1995–1999
- 4) *Virant I., Tomažević T.*, Ljubljana, Slovenija: Tuboskopija
- 5) *Koren J., Kobal B., Omahen A., Tomažević T., Ribič Pucelj M., Vogler A., Fetih A.*, Ljubljana, Slovenija: Prednosti laparoskopije pri kombinaciji kirurškega in konzervativnega zdravljenja tumoroznih pelvičnih vnetij
- 6) *Trošt D., Tomažević T.*, Ljubljana, Slovenija: Masivna laparoskopska lavaža v terapiji difuznega streptokoknega peritonitisa po punkciji jajčnika v postopku IVF/ET
- 7) *Koman Mežek Z., Vladikovič B., Bernik J., Dražič K.*, Jesenice, Slovenija: Laparoskopska diagnostika in terapija ovarialnih tumorjev
- 8) *Tomažević T., Koren J.*, Ljubljana, Slovenija: Laparoskopska resekcija nekomunicirajočega roga maternice s hematometro
- 9) *But I., Borko E., Breznik R.*, Maribor, Slovenija: Laparoskopske histerektomije – ali smo na pravi poti?

16.15–16.45 Odmor

16.45–18.00 Ginekologija

Proste teme II.: Histeroskopija

- 1) *Verdnik Golob B.*, Slovenj Gradec, Slovenija: Mesto histeroskopije po abraziji pri endometrijskih polipih
- 2) *Ban H., Tomažević T., Premru Sršen T., Ribič Pucelj M., Vogler A., Vrtačnik Bokal E., Virant I.*, Ljubljana, Slovenija: Vpliv resekcije kompletnega septuma maternice na prognozo nosečnosti
- 3) *Đukanović S., Kerimović V.*, Ptuj, Slovenija: Naše izkušnje z diagnostičnimi in operativnimi histeroskopijami
- 4) *Krištofelc F.*, Slovenj Gradec, Slovenija: Zapleti pri histeroskopskih posegih na ginekološko-porodniškem oddelku bolnišnice Slovenj Gradec
- 5) *Reljič M., Vlaisavljevič V., Gavrić Lovrec V., But I.*, Maribor, Slovenija: Histeroskopska operativna terapija – naše izkušnje.
- 6) *Tomažević T., Ban H., Premru Sršen T., Verdnik I., Ribič Pucelj M., Virant I.*, Ljubljana, Slovenija: Histeroskopska resekcija maternične pregrade in tveganje za prezgodnji porod
- 7) *Ribič Pucelj M., Kuštrin Leljak K., Tomažević T., Vogler A.*, Ljubljana, Slovenija: Histeroskopsko operiranje Ashermanovega sindroma na Ginekološki kliniki v Ljubljani.

Smaragdna dvorana

18.15–19.30 Skupščina sekcije za endoskopsko kirurgijo Slovenije

20.00 Slavnostna večerja

Ponedeljek, 23. aprila 2001

Mediteranea II.

15.00–16.15 Proste teme

Travmatologija in ortopedija

Delovno predsedstvo: *Veselko M., Šimnic L.*

- 1) *Senekovič V., Praprotnik A., Štefanič F.*, Ljubljana, Slovenija: Artroskopski operativni posegi pri zdravljenju poškodb ramenskega sklepa
- 2) *Pšenica J.*, Jesenice, Slovenija: Zakaj in kdaj artroskopsko asistirana

repozicija sklepnih zlomov distalne koželjnice

- 3) *Stok R., Šačiri V.*, Ljubljana, Slovenija: Artroskopsko zdravljenje disekantnega osteohondritisa zgornjega skočnega sklepa
- 4) *Senekovič V., Šačiri V.*, Ljubljana, Slovenija: Diagnostična in operativna artroskopija gležnja
- 5) *Veselko M.*, Ljubljana, Slovenija: Rekonstrukcija sprednje križne vezi: razlogi za zadaj omejeno notch plastiko
- 6) *Pevec T., Veselko M., Smrkolj V.*, Ljubljana, Slovenija: Zadaj omejena notch plastika ob rekonstrukciji sprednje križne vezi
- 7) *Peroša D.*, Izola, Slovenija: Ali odstraniti transplantat LCA zaradi akutnega pooperativnega vnetja kolena?

16.15–16.45 Odmor

16.45–17.15 Proste teme

Travmatologija in ortopedija

- 8) *Košak R., Pavlovčič V., Pompe B.*, Ljubljana, Slovenija: The incidence of knee arthrosis after ACL reconstruction
- 9) *Lopuh M., Oberauner L.*, Ljubljana, Slovenija: Primerjava med učinkovitostjo ropivacaina in mešanico morfija, bupivacaina in klonidina za pooperativno zdravljenje bolečine po operaciji križnih ligamentov kolena
- 10) *Vintar N.*, Ljubljana, Slovenija: Zdravljenje bolečine po artroskopski plastiki kolenskih križnih vezi

17.15–18.00 Ustanovna skupščina

Slovensko združenje za artroskopsko kirurgijo in poškodbe pri športu

18.15–19.30 Skupščina sekcije za endoskopsko kirurgijo

20.00 Slavnostna večerja

Ponedeljek, 23. aprila 2001

Mediteranea I.

16.45–18.00 Proste teme

Abdominalna kirurgija

Delovno predsedstvo: *Pegan V., Sojar V., Koželj M.*

- 1) *Stanisavljevič D., Pegan V., Sojar V., Gadžijev A.*, Ljubljana, Slovenija: Laparoskopska splenektomija – naše izkušnje
- 2) *Potrč S., Koželj M., Horvat M., Gadžijev E. M., Vidovič D.*, Maribor, Slovenija: Laparoskopska splenektomija: naše prve izkušnje
- 3) *Pegan V., Plahuta M.*, Ljubljana, Slovenija: Laparoskopska splenektomija z uporabo »Vacufixa«
- 4) *Sojar V., Stanisavljevič D.*, Ljubljana, Slovenija: Laparoskopska kirurgija jeter
- 5) *Sojar V., Stanisavljevič D.*, Ljubljana, Slovenija: Laparoskopska leva lobektomija jeter
- 6) *Bača I., Grzybowski L., Götzen V., Bremen*, Nemčija: Technique of laparoscopic total gastrectomy
- 7) *Vrbanec B., Požonec R.*, Murska Sobota, Slovenija: Laparoskopska resekcija leomioma želodca

Smaragdna dvorana

18.15–19.30 Skupščina sekcije za endoskopsko kirurgijo

20.00 Slavnostna večerja

Ponedeljek, 23. aprila 2001

Pharos

15.00–16.15 Proste teme

Onkologija in plastična kirurgija

Delovno predsedstvo: *Snoj M., Hočevar M., Čokl B.*

- 1) *Bešič N., Hočevar M., Renner M., Frković Grazio S., Pogačnik A., Lindtner J., Žgajnar J.*, Ljubljana, Slovenija: Kirurška biopsija klinično netipne mamografsko sumljive spremembe dojke po predhodni lokalizaciji z žico
- 2) *Žgajnar J., Snój M., Bešič N., Hočevar M., Vargazon T., Renner M., Movrin T.*, Ljubljana, Slovenija: Lokalizacija netipnih lezij dojk z radioaktivnim kolidnim albuminom (ROLL – radiogioded occult lesions localisation)
- 3) *Margaritoni M., Miović D., Bukvić N., Dubrovnik*, Hrvaška: Mamotomy – minimally invasive breast biopsy system
- 4) *Hočevar M., Bešič N., Žgajnar J., Movrin T., Snój M.*, Ljubljana, Slovenija: Biopsija prvih drenažnih bezgavk pri bolnikih z malignim melanomom
- 5) *Čokl B.*, Ljubljana, Slovenija: Prednosti uporabe endoskopije pri avgmentacijski mamoplastiki
- 6) *Fabjan M.*, Kranj, Slovenija: Endoskopski subperiostalni lifting čela, obrvi in malarne regije

16.15–16.45 Odmor

Smaragdna dvorana

18.15–19.30 Skupščina sekcije za endoskopsko kirurgijo

20.00 Slavnostna večerja

Ponedeljek, 23. aprila 2001

Adria

15.00–16.15 Proste teme

Operacijske medicinske sestre

- 1) *Jernejc I.*, Ljubljana, Slovenija: Zagotavljanje kakovosti kirurških inštrumentov za laparoskopske operacije.
- 2) *Fičur M.*, Izola, Slovenija: Vloga medicinske sestre pri pripravi in vzdrževanju endoskopskih inštrumentov.
- 3) *Rebernik Milič M.*, Maribor, Slovenija: Razvoj minimalno invazivne kirurgije na Kliničnem oddelku za ginekologijo in perinatologijo Splošne bolnišnice Maribor.
- 4) *Dolšek Z., Goltes A., Fabjan M., Blažević L.*, Novo mesto, Slovenija: Seznanjenost bolnika z neinvazivno metodo operacije žolčnih kamnov.
- 5) *Pirnat B.*, Slovenj Gradec, Slovenija: Operacijska medicinska sestra pri laparoskopski radikalni prostatektomiji – LRP.
- 6) *Rajič A.*, Ljubljana, Slovenija: Vloga operacijske medicinske sestre pri endoskopski operaciji miomov.

16.15–16.45 Odmor

Smaragdna dvorana

18.15–19.30 Skupščina sekcije za endoskopsko kirurgijo

20.00 Slavnostna večerja

Torek, 24. aprila 2001

8.00–2.00 Prijave

Smaragdna dvorana I.

8.30–9.00 Plenarna predavanja

Delovno predsedstvo: *Vračko J., Jurišič T., Stefanovič M.*

- 1) *Wiechel K. L.*, Saltsjöbaden, Švedska: The numerous variations in biliary anatomy are normal but constitute pitfalls and risks which may result in surgical errors
- 2) *Snoj M.*, Ljubljana, Slovenija: Sentinel node biopsy in breast cancer

9.00–10.30 Biliarna kirurgija I.

Delovno predsedstvo: *Vračko J., Jurišič T., Stefanovič M.*

- 1) *Stefanovič M., Gorenšek M., Drenovec M., Bratina R., Pokrajac T.*, Bled, Slovenija: Vloga ERCP pri bolnikih, ki so bili laparoskopsko holecistektomirani
- 2) *Rubinič M., Uravič M., Depolo A., Rahelič V.*, Reka, Hrvaška: The role of endoscopic cholangiography in diagnostic and therapy of laparoscopic lesion of biliary tract
- 3) *Koželj M., Potrč S., Horvat M., Gadžijev E. M.*, Maribor, Slovenija: Žolčno zatekanje po laparoskopski holecistektomiji
- 4) *Štor Z., Škapin S.*, Ljubljana, Slovenija: Holedoholitiazia – predoperativni EPT in pooperativni EPT
- 5) *Vračko J.*, Ljubljana, Slovenija: »Periholedohitis« – laparoskopski napovedni znak nemih žolčevodnih kamnov med holecistektomijo
- 6) *Vračko J.*, Ljubljana, Slovenija: Premakljivost infundibuluma žolčnika in duktusa cistikusa je pogoj za uspešno laparoskopsko transcistično eksploracijo žolčevodov
- 7) *Vračko J., Meško D., Glavič A., Brada L., Benedik T., Hunt M. Y.*, Ljubljana, Slovenija: Priprava d. cistikusa za laparoskopsko holangiografijo in varno holecistektomijo
- 8) *Bališa M., Bubnar J., Huis M., Štulhofer M.*, Zabok, Hrvatska: Accesory bile duct-laparoscopic cholecistectomy
- 9) *Dolenc M., Rems M., Gadžijev E.*, Jesenice, Slovenija: Poškodba skupnega hepaticnega voda med laparoskopsko holecistektomijo – prikaz primera

10.30–11.00 Odmor

11.00–12.30 Biliarna kirurgija II.

Delovno predsedstvo: *Pleskovič A., Gorjanc J., Potrč S.*

- 1) *Gorjanc J., Breznikar B., Pogorevc L., Zajec M., Kozar F., Golobinek R.*, Slovenj Gradec, Slovenija: Laparoskopsko zdravljenje akutne holeciste
- 2) *Guzej Ž., Mioč J.*, Izola, Slovenija: Laparoskopska holecistektomija pri bolnikih z akutnim holecistitisom
- 3) *Zajec M.*, Slovenj Gradec, Slovenija: Laparoskopska holecistektomija pri starih ljudeh
- 4) *Pleskovič A., Andoljšek D.*, Ljubljana, Slovenija: Laparoskopska holecistektomija pri von Willebrandovi bolezni in hemofiliji
- 5) *Požar Lukanovič N., Novak Jankovič A., Bučar Poljanec A.*, Ljubljana, Slovenija: Vpliv premedikacije s klonidinom na pojav hemodinamski stresni odgovor in porabo fentanila pri laparoskopskih odstranitvah žolčnika
- 6) *Koltaj S.*, Murska Sobota, Slovenija: Laparoskopska holecistektomija z uporabo različnih modelov ultrazvočnega skalpela in elektrotermičnega skalpela

- 7) *Vidovič D., Potrč S., Koželj M., Horvat M., Gadžijev E. M., Andromako N.*, Maribor, Slovenija: Težave pri laparoskopskih holecistektomijah v obdobju od 1999 do 2000
- 8) *Sever M.*, Ljubljana, Slovenija: Nepričakovani karcinom žolčnika
- 9) *Buturović S.*, Konjic, Bosna in Hercegovina: Laparoskopske operacije v Splošni bolnišnici Konjic

13.00–15.00 Kosilo

15.00–16.30 Biliarna kirurgija III.

Delovno predsedstvo: *Stanislavjevič D., Rems M., Tanović H.*

- 1) *Mahne S., Jakomin M.*, Izola, Slovenija: Reoperacije po laparoskopski holecistektomiji
- 2) *Tanović H., Tanović E.*, Sarajevo, Bosna in Hercegovina: Analysis of cholecystectomy complications during the year 2000 at the abdominal surgery clinic of the CCU-s
- 3) *Rems M., Grobovšek Opara S., Lah T.*, Jesenice, Ljubljana, Slovenija: Ali se je umrljivost po operacijah žolčnih kamnov v eri laparoskopske metode spremenila?
- 4) *Cesar Komar M.*, Slovenj Gradec, Slovenija: Endoskopska odstranitev žolčnika – kako varna operacija?
- 5) *Hochstädter H., Bekavac Bešlin M., Čupić H., Doko M., Mijić A., Zovak M., Glavan E.*, Zagreb, Hrvatska: Functional liver injury caused by monopolar cauterisation during laparoscopic cholecystectomy as the predictor of possible late stricture of the common bile duct
- 6) *Mahne S., Mioč J., Guzej Ž., Kinkela N., Jakomin M., Žiža F.*, Izola, Slovenija: Biliodigestivne fistule – možnost laparoskopske oskrbe
- 7) *Jurišić T.*, Šibenik, Hrvaška: Laparoscopic hepaticojejunostomy: A case report
- 8) *Jurišić T.*, Šibenik, Hrvaška: A new instrument for laparoscopic treatment of choledocholithiasis
- 9) *Šibli T., Fludernik B.*, Celje, Slovenija: Laparoskopska holedohotomija – prikaz primera

16.30–17.00 Odmor

Smaragdna dvorana

17.00–18.00 Laparoskopska kirurgija

Okrogla miza: Ali vemo, kako naprej?

Moderator: *Pegan V.*

Sodelujoči: *Čala Z., Eržen J., Jurišić T., Koželj M., Mahne S., Pleskovič A., Sojar V., Vodopija N., Vračko J.*

18.15 Zaključek kongresa

Torek, 24. aprila 2001

Smaragdna dvorana II.

9.00–10.30 Proste teme

Otorinolaringologija

Delovno predsedstvo: *Župevc A., Rebol J.*

- 1) *Hočevar Boltežar I.*, Ljubljana, Slovenija: Vloga telelaringoskopije v diagnostiki in terapiji glasovnih motenj
- 2) *Župevc A.*, Ljubljana, Slovenija: Zdravljenje laringealnih stenoz s CO₂ laserje
- 3) *Manestar D., Širola R.*, Reka, Hrvatska: Justification for endoscopy before readenotomy

- 4) *Rebol J., Munda A., Didanovič V., Grošeta T.*, Maribor, Slovenija: Uporaba endoskopa pri operacijah srednjega ušesa
- 5) *Stopar S., Podboj J., Boršoš I.*, Ljubljana, Slovenija: Endoskopska kirurgija juvenilnega angiofibroma
- 6) *Jenko K., Podboj J.*, Ljubljana, Slovenija: Endoskopska diagnostika in zdravljenje Thornwaldtove ciste

10.30–11.00 Odmor

11.00–12.00 Proste teme

Otorinolaringologija

- 1) *Podboj J.*, Ljubljana, Slovenija: Naše prve izkušnje z endoskopsko DCR
- 2) *Podboj J.*, Ljubljana, Slovenija: Endoskopska dekompresija orbit
- 3) *Boršoš I., Podboj J., Spudič Š.*, Ljubljana, Slovenija: Mesto srednje meatotomije pri zdravljenju vnetja čeljustne votline
- 4) *Spudič Š., Podboj J., Boršoš I.*, Ljubljana, Slovenija: Endoskopska kirurgija invertne papiloma

Torek, 24. aprila 2001

Mediterranea I.

9.00–10.30 Proste teme

Abdominalna kirurgija

Delovno predsedstvo: *Čala Z., Škapin S., Osole M.*

- 1) *Bača I.*, Bremen, Nemčija: Recent developments of robotic surgical system
- 2) *Čala Z., Perko Z., Mimica Ž., Kovačić D., Nesek Adam V., Čala L.*, Zagreb, Hrvatska: Laparoscopic operations in patients with peritoneal dialysis
- 3) *Kmetec A., Pleskovič A., Kovač J., Kandus A.*, Ljubljana, Slovenija: Laparoskopsko ali kirurško reševanje limfokele pri prejemniku presajene ledvice
- 4) *Perko Z., Mimica Ž., Čala Z.*, Split, Zagreb, Hrvatska: A new bipolar hook for endoscopic surgery: Thermal injury of the rat liver tissue
- 5) *Bricelj M.*, Ptuj, Slovenija: Zapora trebušne stene na mestu širšega troakarja
- 6) *Rems M., Tušar Rakovec S., Dolenc M.*, Jesenice, Slovenija: Krvavitev iz vbodnega mesta ob popku, ki zahteva reoperacijo
- 7) *Osole M., Fludernik B.*, Celje, Slovenija: Endoskopska aksilarna limfadenektomija
- 8) *Maračič A., Mileta Z.*, Ptuj, Slovenija: Sočasna odstranitev policistične tubae ovaricae dex. in appendixa po zdravljenju peritiflitičnega abscesa
- 9) *Skok P., Čeranič D., Sinkovič A., Pocajt M.*, Maribor, Slovenija: Endoscopic hemostasis in peptic ulcer bleeding – a prospective, controlled study

10.30–11.00 Odmor

11.00–12.40 Proste teme

Abdominalna kirurgija

Delovno predsedstvo: *Omejc M., Fludernik B., Mimica Ž.*

- 1) *Fludernik B., Osole M.*, Celje, Slovenija: Zanesljivost laparoskopske eksploracije
- 2) *Zoričič D., Cvijanović R., Ilić M., Ivanov D.*, Novi Sad, Jugoslavija: Laparoscopic surgery in Vojvodina (SRJ)
- 3) *Horvat M., Koželj M., Potrč S., Gadžijev E. M.*, Maribor, Slovenija: Mesto in vloga laparoskopske eksploracije v abdominalni kirurgiji
- 4) *Gvardijančič D., Pegan V.*, Ljubljana, Slovenija: Laparoskopska kirurgija pri otrocih

- 5) *Omejc M., Pleskovič A.*, Ljubljana, Slovenija: Laparoskopija zamejitev pri raku pankreasa
 6) *Omejc M., Sever M.*, Ljubljana, Slovenija: Laparoskopija odstranitve kovinskega tujka iz jeter
 7) *Wahl M., Wahl J., Gadžijev E. M.*, Ljubljana, Maribor, Slovenija: Laparoskopija za oceno eksperimentalne poškodbe jeter
 8) *Bača I.*, Bremen, Nemčija: Laparoscopic inguinal; hernia repair; a review of 3000 cases
 9) *Černi I., Fludernik B.*, Celje, Slovenija: Laparoskopija hernioplastika ingvinalnih kil v primerjavi z odprto nenapetostno metodo
 10) *Mimica Ž., Perko Z., Čala Z.*, Split, Zagreb, Hrvatska: Ventriculoperitoneal shunt placement using videolaparoscopy
 13.00–15.00 Kosilo

Torek, 24. aprila 2001

ADRIA

09.00–10.30 Proste teme

Operacijske medicinske sestre

- 1) *Požarnik T., Repovž M.*, Ljubljana, Slovenija: Kriteriji kakovosti minimalno invazivne tehnike pri srčno žilnih operacijah.
 2) *Žilavec E., L.*, Slovenija: Urgentni posegi v endoskopski kirurgiji – vloga operacijske medicinske sestre.
 3) *Papler N., Mavri M.*, Ljubljana, Slovenija: Delo operacijske medicinske sestre pri operaciji varovalne bezgavke.
 4) *Goltes A., Fabjan M., Blažević L., Dolšek Z.*, Novo mesto, Slovenija: Zagotavljanje kakovosti dela v operacijskih sobah.
 5) *Šuligoj Z., L.*, Slovenija: Povezava standardov operacijske zdravstvene nege z ekonomiko poslovanja.
 6) *Kugonič M., Gabrovšek A., L.*, Slovenija: Praktične izkušnje s plazma sterilizatorjem v SB Celje.

10.30–11.00 Odmor

13.00–15.00 Kosilo

Torek, 24. aprila 2001

Mediterranea II.

9.00–10.30 Proste teme

Torakalna kirurgija in pnevmologija

Delovno predsedstvo: *Eržen J., Debeljak A., Antonič J.*

- 1) *Debeljak A., Kecelj P., Kern I.*, Golnik, Slovenija: Naše izkušnje z internistično videotorakoskopijo
 2) *Oberauner L., Jakovič V., Strauch L.*, Ljubljana, Slovenija: Anestezija pri videoasistirani torakoskopiji (VATS)
 3) *Sok M., Bitenc M., Eržen J., Jerman J., Vidmar S.*, Ljubljana, Slovenija: Videotorakoskopske možnosti diagnostike in zdravljenja mediastinalnih tumorjev
 4) *Antonič J., Crnjac A., Veingerl B., Zorko A., Vadnjal A.*, Maribor, Slovenija: Vloga VATS v diagnostiki perifernih pljuč in popljučnice
 5) *Triller N., Debeljak A., Golnik*, Slovenija: Treatment of endobronchial tumours with electrocautery
 6) *Ilić A., Petričević A., Tocilj J., Tanfara S., Kotarac S., Juričić J., Frleta Ilić N.*, Split, Hrvaška: Functional effects of videoassisted early decortication for blunt thoracic trauma

10.30–11.00 Odmor

11.00–12.00 Proste teme

Torakalna kirurgija in pnevmologija

- 1) *Jerman J., Bitenc M., Eržen J., Sok M., Vidmar S.*, Ljubljana, Slovenija: Videotorakoskopska simpatektomija
 2) *Veingerl B., Antonič J., Zorko A., Crnjac A., Vadnjal A.*, Maribor, Slovenija: Pomen VATS v dokončni diagnostiki in terapiji spontanega pnevmotoraksa
 3) *Eržen J., Štupnik T.*, Ljubljana, Slovenija: Videotorakoskopski posegi pri diagnostiki in zdravljenju neopredeljenih tumorskih sprememb v pljučih
 4) *Cvijanović R., Farkaš E., Ivanov D., Korica M.*, Novi Sad, Jugoslavija: Technique of laparoscopic hiatus hernia repair
 13.00 – 15.00 Kosilo

Registracija udeležencev:

Nedelja, 22. april od 16.00 do 20.00

Ponedeljek, 23. april od 8.00 do 19.00

Torek, 24. april od 8.00 do 12.00

Registracija udeležencev

Za registracijo prosimo izpolnite obrazec in ga pošljite naslov organizacijske pisarne: H. B. S. d.o.o., C. Dolomitskega odreda 44, 1000 Ljubljana, Slovenija, tel. in faks: + 386 1 2574 555

Mladi zdravniki naj pri registraciji priložijo potrdilo mentorja oziroma vodje oddelka.

Kotizacije

Udeleženci	39.000 SIT
Mladi zdravniki	15.000 SIT
En dan	20.000 SIT
Medicinske sestre	30.000 SIT
Spremljevalci	19.000 SIT
Slavnostna večerja	7.500 SIT
Razstavljalci	25.000 SIT

Kotizacija za udeležence, sestre, mlade zdravnike in razstavljalce vključuje:

- udeležbo na vseh kongresnih prireditvah,
- kongresno dokumentacijo,
- osvežitve med odmori,
- kosila,
- knjigo predavanj in izvlečkov,
- vse družabne prireditve.

Enodnevna kotizacija vključuje:

- udeležbo na kongresnih prireditvah,
- kongresno dokumentacijo,
- osvežitve med odmori,
- kosilo,
- knjigo predavanj in izvlečkov.

Kotizacija za spremljevalce vključuje:

- osvežitve med odmori,

- kosila,
- vse družabne prireditve.

Vljudno prosimo vse udeležence, da ves čas kongresa nosijo priponke.

Plačilo kotizacije

Kotizacijo v SIT plačate na račun št.: H. B. S. d.o.o., Ljubljana. Žiro račun št.: 50100-601-0272266-05-160-2001, s pripisom: za 6. kongres endoskopske kirurgije Slovenije.

Na vsakem plačilu naj bo jasno navedeno ime udeleženca.

Plačilo s kreditno kartico bo mogoče tudi pri registraciji na mestu.

Potrdilo registracije

Takoj ko bo sprejeta registracija in plačilo, oziroma potrdilo o plačilu, boste prejeli potrdilo o prijavi. V primeru, da bo vaša prijava prispela po 10. aprilu 2001 potrdila o prijavi ne bomo pošiljali. V vsakem primeru Vas prosimo, da ob prijavi na kongresu predložite potrdilo o plačani kotizaciji.

Odpuščenje udeležbe

V primeru, da boste odpovedali udeležbo morate o tem pisno obvestiti organizacijsko pisarno kongresa. Kotizacijo bomo povrnili v primeru odpovedi pred 31. 3. 2001, zmanjšano za administrativne stroške v višini 5.000 SIT. Za odpovedi po tem datumu kotizacije ne bodo vrnjene.

Uradni jezik kongresa je slovenščina in angleščina.

Tajništvo kongresa: ga. Saša Rus, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, Slovenija, tel: + 386 (0)1 2322 282, fax: + 386 (0)1 2316 096, e-mail: sasa.rus@kclj.si

Organizacijska pisarna: H. B. S. d.o.o., C. Dolomitskega odreda 44, 1000 Ljubljana, Slovenija, tel. in fax: + 386 1 2574 555, e-mail: hbs@siol.net

Rezervacija sob in turistične informacije: Hoteli Bernardin, Obala 2, 6320 Portorož, Slovenija, tel.: +386 (0)5 695 0000, 695 5104, 695 5106, fax: + 386 (0)5 674 6410, e-mail: hoteli.bernardin@siol.net

V času kongresa bo razstava medicinske opreme in zdravil.

Prosimo predavatelje, da upoštevajo dovoljeno trajanje predavanj.

Možnosti predstavitve: diapozitivi, video, računalniška projekcija, prosojnice, poster.

Slovenian Society of Nephrology

Joint Action Nephrology Eastern Europe (ISN and ERA-EDTA)

INTERNATIONAL ONE DAY NEPHROLOGY UPDATE

Brdo pri Kranju

May 5th, 2001

PROGRAM OF THE SEMINAR

Organizing Scientific Program Committee, Presidents: Marko Malovrh (Slovenia), Eberhard Ritz (Germany)

Members: Miha Benedik (Slovenia), Snježana Boras Glavaš (Croatia), Jadranka Buturović Ponikvar (Slovenia), Svjetlana Čala (Croatia), Staša Kaplan Pavlovčič (Slovenia), Gregor Novljan (Slovenia), Rafael Ponikvar (Slovenia), Alenka Urbančič (Slovenia), Martin Šinigoj (Slovenia), Andrzej Wiecek (Poland)

OFFICIAL LANGUAGE: English

SYMPOSIUM VENUE

The symposium venue is Brdo pri Kranju, a large, old estate with a rich natural and cultural heritage. It is located approximately 30 km from Ljubljana and 7 km from International airport Ljubljana-Brnik. Enclosed you will find a map, which will help you find your way to Brdo. At the beginning of May, it is rather sunny and pretty warm but some showers cannot be excluded.

The price for full board and lodging in a single room is from 100 to 150 DEM and in a double room from 85 to 125 DEM. Number of rooms is limited.

GENERAL INFORMATION

There will be no registration fee. All participants will receive a Certificate of Attendance of the seminar.

Registration of all participants must be made until 20 April 2001 at the following address: prim. doc. dr. Marko Malovrh, dr. med., Slovenian Society of Nephrology, University Medical Center, Center for Hemodialysis Leonišče, Zaloška 13, 1525 Ljubljana, Slovenia, tel./faks: +386 1 231 57 90, E-mail: Marko.Malovrh@mf.uni-lj.si

Hotel reservation with note »Nephrology Uptodate«: Hotel Kokra, Predoslje 39, Kranj, Slovenia, phone: +386 4 260 10 00, faks: +386 4 202 15 51

SCIENTIFIC PROGRAM

Saturday, 5 May 2001

ATHEROSCLEROTIC RENAL ARTERY STENOSIS

Chairmen: *Prof. dr. S. Kaplan Pavlovčič, prof. dr. A. Wiecek, prof. dr. P. Kes*
9.00–9.25: *B. Krumme* (Germany): Duplex sonography in the diagnosis of RAS
9.35–10.00: *S. Schönberg* (Germany): Magnetic resonance angiography in the diagnosis of RAS

- 10.10–10.35: *A. Wiecek* (Poland): To dilate, to operate – or medical treatment?
 10.45–11.15: Coffee break
 Chairmen: *Prof. dr. R. Ponikvar, prof. dr. R. Foley, prim. dr. S. Čala*
 11.15–11.45: *E. Ritz* (Germany): Blood pressure on dialysis
 12.00–12.30: *R. N. Foley* (United Kingdom): Cardiovascular interventions in dialysed patients
 12.40–14.00: Lunch

MISCELLANEOUS LECTURES FROM SLOVENIA AND CROATIA

- Chairmen: *Prof. dr. A. Bren, prof. dr. B. Krumme, prim. dr. D. Pavlović*
 14.00–14.10: *J. Buturović-Ponikvar* (Slovenia): Renal replacement therapy in Slovenia 2000
 14.10–14.20: *S. Čala* (Croatia): Is Croatia spared of diabetic nephropathy?
 14.30–14.45: *M. Malovrh* (Slovenia): Duplex sonography-renal artery evaluation and inspection of vessels before AV fistula surgery
 14.45–14.55: *J. Buturović-Ponikvar* (Slovenia): Long term follow-up of renal transplants arteries stenosis
 15.05–15.15: *P. Kes* (Croatia): Renal dysfunction after myocardial revascularization
 15.20–15.30: *D. Pavlović* (Croatia): Soft tissue calcifications in chronic renal failure
 15.35–16.00 Coffee break

DIABETIC NEPHROPATHY

- Chairmen: *Prof. dr. A. Kandus, prof. dr. E. Ritz, doc. dr. R. Kveder*
 16.00–16.25: *P. Fioretto* (Italy): The renal lesion
 16.35–17.00: *G. Meyer* (Austria): Early diabetic nephropathy
 17.10–17.35: *E. Ritz* (Germany): The diabetic patients with renal failure
 17.45–18.10: SELECTION OF TREATMENT MODALITY FOR RENAL REPLACEMENT THERAPY IN THE DIABETICS
 Moderators: *E. Ritz* (Germany), *M. Malovrh* (Slovenia)
 18.30: Closing of the symposium

Združenje za medicino dela, prometa in športa v sodelovanju s Kliničnim inštitutom za medicino dela, prometa in športa ter Zavodom za varstvo pri delu d.d.

organizira učno delavnico za specialiste in specializante medicine dela prometa in športa

DELO S SLIKOVNIMI ZASLONI, DVIGANJE IN PREMEŠČANJE BREMEN TER DELO S KANCEROGENIMI IN MUTAGENIMI SNOVMI

**Hotel Kompas, Kranjska Gora
11.–12. maj 2001**

Namen delavnice je zdravnikom specialistom in specializantom medicine dela, prometa in športa posredovati strokovna znanja, ki jih bodo potrebovali za delo pri uveljavljanju pravilnikov:

- o varnosti iz zdravljenju pri delu s slikovnimi zasloni,
- o zagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem premeščanju bremen,
- o zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu s kancerogenimi in mutagenimi snovmi.

Zdravnikom bodo na delavnici posredovana teoretična znanja in praktični primeri, sami pa bodo skupaj z nosilci tem sooblikovali strokovne smernice za vsakdanje rutinsko delo na navedenih področjih medicine dela, prometa in športa.

PROGRAM

Petek, 11. maja 2001

- 9.00 Prihod in registracija
 9.30 Pozdrav udeležencem
 9.45–11.45 *Primož Gspan in sodelavci*: Poklicno delo s slikovnimi zasloni – teoretične osnove, primeri, razprava
 11.45–12.15 Odmor
 12.15–15.00 Kosilo
 15.00–17.00 *Metoda Dodič Fikfak*: Kancerogene in mutagene snovi v delovnem okolju – teoretične osnove, prikaz primerov in razprava
 17.00–18.00 Odmor

18.00–19.00 Občni zbor
20.00 Skupna večerja

Sobota, 12. maja 2001

9.00–12.00 Delo v skupinah
12.00–12.45 Plenarno zasedanje – poročilo o delu po skupinah in predlog zaključkov.

Kotizacija za učno delavnico je 23.800,00 SIT (DDV je vključen) in jo lahko plačate na račun: Slovensko zdravniško društvo, Združenje za medicino dela, prometa in športa, Komenskega 4, 1000 Ljubljana, št.: 50101-678-48620, sklic na št. 21602. V kotizacijo je vključeno teoretično gradivo v obliki pisnih prilog, napitki med odmori in skupna večerja. Prenočišče in kosilo nista vključena v kotizacijo.

Prijave sprejema ga. Metka Jovanovič na tel.: 01 42 95 811, e-pošta: biro.j@siol.net

Informacije: Zora Vadnjak Gruden, tel.: 04 20 65 621, e-pošta: zora.gruden@sava.si, Bojan Pelhan, tel./faks: 05 37 22 896, e-pošta: bojan.pelhan@siol.net

Rezervacija prenočišč: Hotel Kompas, Bovšja c. 100, 4280 Kranjska Gora, tel.: 04 58 81 661, faks: 04 58 81 530, 58 81 176.

Zdravniška podkomisija Gorska reševalna služba

organizira redno letno strokovno srečanje zdravnikov in vseh drugih zainteresiranih zdravnikov

9. AŽMANOVA DNEVA

Republiški center za obrambno usposabljanje, Poljče pri Begunjah
11.–12. maj 2001

PROGRAM

Petek, 11. maja 2001

15.00–16.00 Registracija udeležencev
16.00–16.15 Otvoritev
Bivanje na višini - teoretični in praktični vidiki
16.15–17.00 *Matjaž Fležar*: Fiziološke in bolezenske spremembe dihalnega sistema na večjih višinah
17.00–17.15 *Iztok Tomazin*: Višinski pljučni edem - prikaz primera

17.15–17.35 Odmor
17.35–18.05 *Igor B. Mekjavič*: Različne možnosti prilagajanja na višino
18.05–18.20 *Polona Jaki Mekjavič*: Višinska retinopatija
18.20–18.35 *Igor B. Mekjavič*: Vpliv hipoksije na termoregulacijo – izkušnje

s terena

18.35–18.50 *Petra Golja*: Vpliv hipoksije na vedenjsko termoregulacijo – laboratorijske raziskave
18.50–19.05 *Klemen Rugelj, Majda Radobuljac*: Splošna podhladitev – ali inhalacijska terapija pomaga pri ogrevanju centralnega živčnega sistema?
19.05–19.20 *Jurij Gorjanc*: Hiperbarična oksigenacija pri terapiji zmrzlin – prikaz primera
20.00 Družabna večerja
Kratka predstavitev odprav 2000 z diapozitivi (*Perdan, Gorjanc, Tomazin*)

Sobota, 12. maja 2001

Zdravniška oprema na terenu in oživljanje - sodobna priporočila

8.30–9.00 *Dušan Vlahovič*: Novosti v oživljanju odraslega
9.00–12.00 Okrogla miza: Zdravniška oprema na terenu – poskus standardizacije

Moderatorja: *Dušan Vlahovič, Eva Pogačar*

- oprema splošnega zdravnika, *Mitja Mohor*
- oprema zdravnika GRS v akciji (minimalno), *Jani Pšenica*
- oprema zdravnika GRS v akciji (maksimalno), *Vlado Jurekovič*
- oprema na potovanju, *Anda Perdan*
- oprema na odpravi, *Iztok Tomazin*

10.00–10.30 Odmor
12.00–13.30 Kosilo
13.30–14.30 *Dr. Voelcker Wolfgang*, OA, vodja helikopterske reševalne službe Cristophorus 1, univerzitetna klinika za anestezijo Innsbruck: Predstavitel helikopterskega reševanja v gorah na Tirolskem (predavanje bo v angleščini)
14.30–15.00 *Marko Noč*: Akutni koronarni sindrom

15.00–15.30 Odmor
15.30–16.00 *Marko Gričar*: Aritmije
16.00–16.30 *Ivan Vidmar*: Novosti v oživljanju otroka

16.30–17.00 Odmor
17.00–18.30 Praktične delavnice: oživljanje otroka, intubacija dojenčka, aritmije

Organizacijski odbor: Martina Zupančič, Jurij Gorjanc, Eva Pogačar.

Kotizacija: 10.000,00 SIT za dva dni, 5.000,00 SIT za en dan; za študente in sekundarje je teoretični del brezplačen; za člane GRS kotizacije ni. Plačilo kotizacije ob registraciji. Kotizacija zajema predavanja, okrepčila med odmori, večerjo, kosilo, potrdilo o udeležbi, zbornik predavanj Ažmanovih dni (1997, 1998, 1999 in 2000), ki je izšel kot dodatek pri Medicinskih razgledih decembra 2000.

Število udeležencev je za teoretični del neomejeno, za učne delavnice omejeno, upoštevan bo vrstni red prijavljanja. Prijave ob registraciji.

Možnost prenočišča v Centru za usposabljanje. Prosimo za rezervacijo sobe pri organizatorju do 8. maja 2001.

Dodatne informacije: Eva Pogačar, dr. med., Splošna bolnišnica Jesenice, tel.: 04 58 680, GSM: 041 710 703.

Klinični oddelek za nefrologijo

SPS Interna klinika

Klinični center Ljubljana

organizira

1. PODIPLOMSKO ŠOLO ZA ZDRAVNIKE – IZBRANA POGlavJA IZ BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKE HIPERTENZIJE

Hotel Emona, Portorož

11.-12. maj 2001

PROGRAM

Petek, 11. maja 2001

- 12.00–12.10 S. Kaplan Pavlovčič: Pozdrav in uvod v šolo
Moderatorica J. Lindič: Od patološkega urinskega sedimenta do diagnoze ledvične bolezni I
- 12.10–12.50 J. Lindič: Laboratorijska diagnostika ledvičnih bolezni in merjenje ledvične funkcije
- 12.50–13.20 S. Kaplan Pavlovčič: Klinični sindromi, s katerimi se kažejo ledvične bolezni
- 13.20–13.40 J. Buturovič Ponikvar: Ultrazvočna in Dopplerjeva diagnostika v nefrologiji
- 13.40–14.00 M. Malovrh: Indikacija za ledvično biopsijo in potek ledvične biopsije
- 14.00–14.30 Odmor
Moderator R. Kveder: Od patološkega urinskega sedimenta do diagnoze ledvične bolezni II
- 14.30–14.55 D. Ferluga: Patološka analiza ledvične biopsije in klinično uporabne informacije
- 14.55–15.20 A. Vizjak: Imunološka in serološka diagnostika ledvičnih bolezni
- 15.20–15.40 R. Kveder: Neimunološko zdravljenje kronične ledvične bolezni
- 15.40–16.00 A. F. Bren: Zdravljenje z diuretiki pri kronični ledvični bolezni
- 16.00–16.20 A. Kandus: Hiperkaliemija pri bolniku s kronično ledvično boleznijo
- 16.20–16.40 D. Kovač: Imunosupresijsko zdravljenje ledvičnih bolezni, stranski učinki in sodelovanje specialist – družinski zdravnik
- 16.40–17.00 Odmor
Moderator M. Malovrh: Kronična ledvična bolezen
- 17.00–17.20 M. Benedik: Zdravila in kronična ledvična bolezen
- 17.20–17.40 A. Urbančič: Analgetična nefropatija

- 17.40–18.00 R. Ponikvar: Kdaj je potrebno zdravljenje s hemodializo – prikaz metode in indikacij
- 18.00–18.20 A. Guček: Kronična ambulantna peritonealna dializa – prikaz metode
- Moderatorica S. Kaplan Pavlovčič: Arterijska hipertenzija
- 18.30–18.50 J. Lindič: Antagonisti angiotenzinskih receptorjev
- 18.50–19.10 S. Kaplan Pavlovčič: Kombinirano zdravljenje arterijske hipertenzije

Sobota, 12. maja 2001

- Moderator D. Premru: Arterijska hipertenzija
- 8.00–8.25 V. Premru: Samokontrola krvnega tlaka in 24-urno merjenje krvnega tlaka
- 8.25–8.50 R. Accetto: Zdravljenje sistolične arterijske hipertenzije
- 8.50–9.15 B. Vujkovic: Ledvična funkcija in kardiovaskularne bolezni
- 9.15–9.50 M. Košir: Komunikacija med zdravnikom in bolnikom
- 10.00–17.00 Delavnice: razdelitev in delo v skupinah I, II, III, IV
- 13.00–14.00 Kosilo
- 17.00–18.00 Anketa in zaključek šole

S. Kaplan Pavlovčič

- I. skupina 10.15–11.30
II. skupina 11.45–13.00
III. skupina 14.15–15.30
IV. skupina 15.45–17.00

I. Bolnik z arterijsko hipertenzijo: Kombinirano zdravljenje arterijske hipertenzije, Rezistentna arterijska hipertenzija, Urgentno zdravljenje arterijske hipertenzije

R. Kveder

- II. skupina 10.15–11.30
III. skupina 11.45–13.00
IV. skupina 14.15–15.30

I. skupina 15.45–17.00

II. Bolnik s kronično ledvično boleznijo: od patološkega urinskega sedimenta do diagnoze, Bolnik s proteinurijo, Bolnik s hematurijo, Bolnik s hitrim slabšanjem ledvične funkcije, Neimunološko zdravljenje kronične ledvične bolezni (ACE-i, dieta, zdravljenje anemije...)

M. Malovrh

- III. skupina 10.15–11.30
IV. skupina 11.45–13.00
I. skupina 14.15–15.30
II. skupina 15.45–17.00

III. Vodenje bolnika s kronično ledvično insuficienco Ocena delovne sposobnosti bolnika s kronično boleznijo ledvic Komunikacija zdravnika z bolnikom

J. Lindič

- IV. skupina 10.15–11.30
I. skupina 11.45–13.00

II. skupina 14.15–15.30
III. skupina 15.45–17.00
IV. Zdravila in ledvica, Nesteroidni antirevmatiki
Zdravila in kronična ledvična bolezen, Medikamentni akutni intersticijski nefritis, Analgetična nefropatija

Organizacijski in strokovni odbor: prof. dr. Staša Kaplan Pavlovčič, dr. med., predsednica, doc. dr. Marko Malovrh, dr. med, svetnik, strokovni vodja, as. mag. Damjan Kovač, dr. med., tajnik, as. mag. Jelka Lindič, blagajnik.

Podiplomska šola je namenjena družinskim zdravnikom, splošnim internistom, usmerjenim specialistom, ki se želijo seznaniti s sodobnim praktičnim pristopom k bolniku z najpogostejšimi problemi s področja bolezni ledvic in arterijske hipertenzije.

Število udeležencev je omejeno na 60.

Udeleženi bodo dobili pisno gradivo, ki je všteto v kotizacijo.

Kotizacija znaša 25.000 SIT, nakažite jo na žiro račun ZDLB Slovenije pri APP Ljubljana št. 50103-678-79323, davčna številka 265 45 659 s pripisom »Za bolezni ledvic«

Prijave pošljite na naslov: ga. Mojca Suhadolc, Klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za nefrologijo, Center za hemodializo Leonišče, Zaloška 13, 1525 Ljubljana, tel./faks: 01 231 57 90.

Informacije: doc. dr. Marko Malovrh, dr. med, svetnik, tel./faks: 01 231 57 90, e-pošta: marko.malovrh@mf.uni-lj.si, prof. dr. Staša Kaplan Pavlovčič, dr. med., tel./faks: 01 543 1308, e-pošta stasa.kaplan@kclj.si

Namestitev v času tečaja lahko rezervirate do 30. aprila Hoteli Bernardin na tel.: 05 695 51 04, 695 00 00, faks: 05 674 64 10, e-pošta: hoteli.bernardin@siol.net

*GH Emona ******

standard sobe, nočitev z zajtrkom po osebi na dan
- enoposteljna soba 17.800 SIT, - dvoposteljna soba 11.200 SIT za osebo na dan

*Bernardin ****,

standard sobe, nočitev z zajtrkom po osebi na dan
- enoposteljna soba 13.400 SIT, - dvoposteljna soba 9.000 SIT

*Vila Orada ****,

standard sobe, nočitev z zajtrkom po osebi na dan:
- enoposteljna soba 7.900 SIT, - dvoposteljna soba 5.500 SIT za osebo na dan.

Turistična taksa je 250 SIT za osebo

Splošna bolnišnica Maribor
Klinični oddelek za interno medicino Maribor
Zdravniško društvo Maribor
Združenje internistov SZD
organizirajo

12. SREČANJE INTERNISTOV IN ZDRAVNIKOV SPLOŠNE MEDICINE "IZ PRAKSE ZA PRAKSO" Z MEDNARODNO UDELEŽBO

Kazinska dvorana, SNG Maribor, Maribor
11.-12. maj 2001

PROGRAM

Petek, 11. maja 2001

- 13.00–14.30 Simpozij (Knoll): Sindrom X – smrtonosni kvartet
Kanič V.: Sindrom X
Accetto R.: Sindrom X – izbira antihipertenzivnega zdravila
Čokolič M.: Debelost, metabolni dejavniki tveganja in reduktil
- 14.45–15.00 Uradna otvoritev 12. srečanja "Iz prakse za prakso"
- 15.00–15.20 *Stanojevič Jerkovič O.:* Razlike v umrljivosti odraslih prebivalcev regije Maribor in preostale Slovenije
- 15.20–15.30 *Hajdinjak D.:* Ateroskleroza in alkoholne okvare jeter v SBM
- 15.30–16.00 *Poredoš P.:* Etiopatogeneza ateroskleroze in tromboemboličnih zapletov
- 16.00–16.50 Odmor s prigrizkom, individualne diskusije
- 16.50–17.10 *Vokač D.:* Dejavniki tveganja za aterosklerozo
- 17.10–17.30 *Lobnik A, Kanič V.:* Ateroskleroza in koronarno ožilje
- 17.30–17.50 *Kanič V, Lobnik A.:* Ateroskleroza in periferno ožilje
- 17.50–18.05 *Golob Gulič T, Kotnik M.:* Prikaz primera
- 18.05–18.20 *Naji F, Nedog V.:* Prikaz primera
- 18.20–19.00 Razprava

Sobota, 12. maja 2001

- 09.00–09.20 *Završnik M.:* Ateroskleroza in sladkorna bolezen tipa 2
- 09.20–09.35 *Zavratnik A.:* Prikaz primera
- 09.35–09.55 *Hojs R.:* Ateroskleroza pri bolnikih s kronično ledvično odpovedjo
- 09.55–10.10 *Bombek M.:* Smo naredili za preprečevanje bolezni srca in ožilja dovolj?
- 10.10–10.20 Razprava
- 10.20–10.30 Testna vprašanja

- 10.30–11.00 Odmor
 11.00–11.30 *Stauber R. (A):* Update 2001 on chronic viral hepatitis
 11.30–11.50 *Dajčman D, Skalicky M.:* Akutni alkoholni hepatitis
 11.50–12.10 *Skok P.:* Jetrna ciroza in zapleti
 12.10–12.30 *Pernat C., Markovič A.:* Sodobno zdravljenje jetrne ciroze
 12.30–12.45 *Čeranič D.:* Prikaz primera
 12.45–13.00 *Čeranič D, Pocajt M.:* Prikaz primera
 13.00–13.15 *Damjan M.:* Prikaz primera
 13.15–13.45 Razprava
 13.45–13.55 Odgovori na testna vprašanja
 13.55–14.00 Zaključek

Kotizacija: 15.000 SIT. Plačate jo na žiro račun št.: 51800-678-81888 z oznako Zdravniško društvo Maribor – Iz prakse za prakso

Informacije: tajništvo Kliničnega oddelka za interno medicino (ga. Kodrin, tel: 02 32 12 871), program na internetu: <http://www.jupsline.net>



CINDI Slovenija

Program promocije zdravja in preprečevanja kroničnih bolezni v Sloveniji organizira

UČNO DELAVNICO: DA, OPUŠČAM KAJENJE

CINDI Slovenija, Ulica stare pravde 2, Ljubljana
11.–12. maj 2001

PROGRAM:

Petek, 11. maja 2001

- 9.00–9.15 *Jožica Maučec Zakotnik:* Pozdrav, namen in cilji učnih delavnic; Svetovanje za opuščanje kajenja – najučinkovitejši preventivni ukrep
 9.15–9.35 *Tomaž Čakš:* Trendi kajenja v svetu in pri nas, zdravstveno in finančno breme kajenja in potreba po zmanjševanju kajenja
 9.35–9.50 Odmor

- 9.50–11.45 Kajenje kot dejavnik tveganja
 9.50–10.20 *Matjaž Turel:* Kajenje in bolezni pljuč
 10.20–10.50 *Maja Primic Žakelj:* Kajenje in rak
 10.50–11.20 *Tatjana Zorko:* Kajenje in kardiovaskularne bolezni
 11.20–11.30 Razprava

- 11.30–11.45 Odmor
 11.45–17.05 Programi za spodbujanje nekajenja in opuščanje kajenja
 11.45–12.35 *Eva Stergar:* Programi spodbujanja nekajenja – usmerjeni v otroke in mladostnike
 12.35–13.10 *Jožica Mesarič:* Programi spodbujanja nekajenja – usmerjeni v otroke in mladostnike

- 13.10–14.15 Odmor za kosilo
 14.15–14.45 *Zdenka Čebašek Travnik:* Kajenje kot odvisnost
 14.45–15.15 *Zdenka Čebašek Travnik:* Motivacijski postopek pri opuščanju kajenja
 15.15–15.40 *Zdenka Čebašek Travnik:* Svetovanje pri opuščanju kajenja glede na dejansko stopnjo razmišljanja v procesu spreminjanja
 15.40–16.10 *Zdenka Čebašek Travnik:* Individualno svetovanje za opuščanje kajenja na vseh ravneh zdravstvenega varstva
 - Osnovno zdravstvo
 - Bolnišnično zdravstvo
 - Posebne skupine prebivalstva
 16.10–16.30 Odmor
 16.30–16.50 *Tomaž Čakš:* Populacijski pristop
 16.50–17.05 Glaxo Wellcome: Bupropion, Zyban in v zdravljenju nikotinske odvisnosti

Sobota, 12. maja 2001

- 9.00–16.00 *Dušan Žagar:* Skupinska obravnava kadilcev
 Kako organizirati delavnice za opuščanje kajenja
Dušan Žagar in drugi terapevti
 - Kako so organizirane delavnice »Da, opuščam kajenje«
 - Namen, cilji delavnic
 - Pet delavnic za opuščanje, šesta v oporo
 - Načini za zmanjšanje števila pokajenih cigaret
 - Priprava na opuščanje kajenja
 - Veliki dan brez cigarete - kako premagati telesno in duševno odvisnost
 12.00–13.30 Odmor za kosilo
 - Kako nadzorovati telesno težo
 - Kako premagati stres
 - Kako ostati nekadilec/ka
 - Kako mobilizirati kadilce in jih motivirati za skupinsko opuščanje? (zdravstveni delavci, plakati, mediji)
 - Sprotno ocenjevanje uspešnosti delavnic in opuščanja kajenja
 - Zaključek in ocena delavnice

Delavnice so namenjene zdravnikom, medicinskim sestram, terapevtom, profesorjem zdravstvene vzgoje in drugim zdravstvenim delavcem, ki želijo delovati na promociji nekajenja in pomagati kadilcem pri opuščanju kajenja.

Na delavnici je lahko največ 25 udeležencev. Prijavite se lahko na tajništvo CINDI do 30. 4. 2001 na naslov CINDI Slovenija, Ulica stare pravde 2, 1000 Ljubljana, tel. 01 43 83 480, faks: 01 43 83 484, e-mail: cindi@zd-lj.si

Kotizacija za delavnice je 17.000,00 SIT. Znesek nakažite na žiro račun Zdravstvenega doma Ljubljana (davčna številka 80683568), Kotnikova 28, Ljubljana: 50101-603-48587 sklic 02 29-280-86

Udeleženci prejmejo priročnik »Da, opuščam kajenje«.

Zdravniška zbornica Slovenije je učnim delavnicam dodelila 11,5 kreditne točke.

Sekcija za preventivno medicino SZD

organizira

REDNO LETNO POSVETOVANJE SEKCIJE ZA PREVENTIVNO MEDICINO

Hotel Metropol, Portorož

17.-18. maj 2001

S temami na področju promocije zdravja, epidemiologije nalezljivih bolezni, zdravstvene ekologije in higijene ter socialne medicine.

Zvrstili se bodo prikazi projektov in raziskav na področju preventive, osvetlili bomo pomen ukrepov v zvezi z BSE in novo varianto Creutzfeld-Jakobove bolezni, predstavljeni bodo lokalni ekološki akcijski načrti s poudarkom na hrupu, predstavljene bodo izkušnje ob izvajanju zakona o zbirkah podatkov.

Pričakujemo, da se bodo povabilu k predavanjem odzvali številni domači in tuji strokovnjaki. V razpravi bomo izoblikovali sodobne smernice do mnogih odprtih vprašanj na tem področju.

Vljudno vas vabimo, da s predlogi tem in z dejavnim sodelovanjem na srečanju prispevate k predstavitvi predlaganih tem.

V popoldanskih urah prvega dne bo redna skupščina.

Kotizacije ni.

Informacije: ga. Valerija Marenče, Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 23 245, faks: 01 23 23 940, e-pošta: valerija.narence@ivz-rs.si

Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik

organizira učno delavnico

OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

POUK BOLNIKA Z ASTMO

Hotel Lek, Kranjska Gora

25.-26. maj 2001

Vodji tečaja: *doc. dr. Matija Košnik, prof. dr. Stanislav Šuškovič*

Sodelavci: *prof. dr. Alojz Ihan, dr. Tomaž Lunder, prim. Vesna Gavnik, prim. Jernej Podboj*

Namen delavnice je sinhronizacija osebnega zdravnika in specialista pri obravnavi bolnika z alergijsko boleznijo in astmo. Delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse. Vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji. Poudarek delavnice bo na praktični obravnavi posameznih pomembnih segmentov alergologije ali astme, reševanju konkretnih alergoloških primerov, prikaz načinov pouka bolnikov z astmo in pridobitvi novih spoznanj o uporabi interneta v medicini. Vaje bodo potekale pod vodstvom posameznih strokovnjakov v skupinah do največ 5 slušateljev.

Udeleženci bodo ob prihodu na tečaj prejeli zbornik predavanj in predstavitev praktičnih del.

Glede na interes bi se delavnice ponavljale.

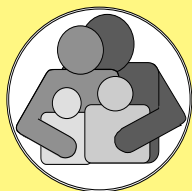
Število udeležencev: 15

TEME:

- Klasifikacija preobčutljivostnih reakcij
- Alergeni, navzkrižnost, skritost,
- Astma: pljučna funkcija pri obstruktivnih boleznih pljuč, etiopatogeneza, klinična slika in diferencialna diagnoza, zdravljenje astme
- Pouk bolnika z astmo, kako poučevati, kdo poučuje, pričakovane koristi pouka
- Rinitis: diagnostični in terapevtski pristop
- Alergijsko vnetje, anafilaksija, alergijske bolezni kože, nutritivna alergija, alergija za zdravila, posebnosti alergijskih bolezni v otroštvu
- Kožni in laboratorijski testi alergije
- Zdravljenje in preprečevanje alergijske bolezni
- Interakcije zdravil pri bolnikih z alergijskimi boleznimi in astmo
- Komunikacije med zdravniki, uporabnost interneta, zdravilstvo in alergija

Kotizacija 40.000,00 SIT vsebuje hotelske storitve, zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita.

Informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, tel.: 04 25 69 111, faks: 04 25 69 117, e-pošta: irena.dolhar@klinika-golnik.si



Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD
Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
 organizirajo strokovno srečanje

28. SREČANJE SKUPIN V OSNOVNEM ZDRAVSTVU

Velika predavalnica Smelta, Dunajska 160, Ljubljana
 25.–26. maj 2001

PROGRAM

Petek, 25. maja 2001

- 8.30 Pozdravni govori
- 9.00 Kulturni program

Skupni predavanja

- 9.30 *Chris van Weel*: Uvodno predavanje predsednika evropske Wonce
- 9.50 *Igor Švab*: Nova spoznanja v medicini – izziv sodobnemu družinskemu zdravniku
- 10.10 Odmor

Program za zdravnike

- 10.40 *Dušan Logar*: Izvensklepni revmatizem
- 11.00 *Bojan Lovše*: Prikaz bolnika z izvensklepnim revmatizmom
- 11.20 *Damjan Radosavljevič*: Nove metode zdravljenja poškodb sklepnega hrustanca
- 11.40 *Branka Matoic*: Fizioterapevtsko zdravljenje izvensklepnega revmatizma
- 12.00 *Gojmir Žorž*: Nujne napotitve k ortopedu
- 12.20 Razprava

Program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike

- 10.40 *Mateja Bulc, Vlasta Guštin*: Arterijska hipertenzija, predavanje in delavnica z merjenjem RR z zvočno demonstracijo
- 11.40 *Jožica Zakotnik*: Svetovanje bolniku z metabolno motnjo dieta pri sladkorni bolezni, zdrava prehrana, predstavitev ambulante za hujšanje
 Praktični preizkus hoje na 2 km

12.30–14.30 Odmor za kosilo

Skupna predavanja

- 14.30 *Marko Snoj*: Tipne spremembe v dojki
- 14.50 *Maja Milohnoja*: Bolezni dojk: pristop družinskega zdravnika
- 15.10 *Helena Meden Vrtovec*: Nadomestno hormonsko zdravljenje
- 15.30 *Vlasta Vodopivec Jamšek*: Bolezni dojk: skupna skrb ginekologa, onkologa in družinskega zdravnika
- 15.50 *Tonka Poplas Susič*: Nefarmakološki pristop k zdravljenju menopavzalnih težav v ambulantni družinske medicine
- 16.10 Razprava

16.30 Odmor

17.00–19.00 Delavnice

Osvežitev veččin in pogovor z ortopedom oziroma fiziatrom: *Damjan Radosavljevič, Branko Koritnik, Miro Gorenšek, Branka Matoic*: ortopedski status, pregled kolena, nujne napotitve – pregled ortopeda

Osvežitev veččin in pogovor z onkologom in ginekologom: *Marko Snoj, Maja Milohnoja, Helena Meden Vrtovec*: novosti v terapiji karcinoma dojke (varovalna bezgavka), pregled dojk – način učenja (na modelu), hormonska terapija – predpisovanje, stranski učinki, interakcije

Sobota, 26. maja 2001

Program za zdravnike

- 9.00 *Nada Prešeren*: Bolezni ušes, nosu in grla v ambulantni družinske medicine
- 9.20 *Janez Fischinger*: Otekline na vratu
- 9.40 *Irena Hočevar Boltežar*: Funkcionalna distonija
- 10.00 *Zoran Kurent*: Kronični hiperplastični rinitis
- 10.20 *Ciril Trček*: Vnetje ušes
- 10.40 Razprava

Program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike

- 9.00 *Metoda Košiček, Martina Zupančič*: Golenja razjeda, prikaz nege z uporabo sodobnih prevezilnih materialov
- 9.45 *Boštjan Salobir*: Preventiva osteoporoze, vloga medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v izobraževanju bolnikov
- 10.30 *Vera Grunfeld*: Predstavitev Društva bolnikov z osteoporozo
- 11.00 Odmor

Skupni predavanja

- 11.30 *Janko Kersnik*: Vpliv strokovnega nadzora s svetovanjem na zagotavljanje kakovosti
- 11.50 *Gordana Živčec Kalan*: Ali je uvedba licence za delo vplivala na porast izobraževanja zdravnikov?
- 12.10 Predstavitev posterjev, podelitev nagrad za posterje
- 13.00 Satelitski simpozij s pogostitvijo

Volilna konferenca Združenja zdravnikov splošne/ družinske medicine.

Srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, medicinskim sestram, tehnikom in sekundarijem. Kotizacija (DDV ni vključen) za zdravnike

znaša 20.000,00 SIT za predavanja (10.000,00 SIT za vsak dan posebej) in 6.000,00 SIT za praktične vaje, za medicinske sestre 16.000,00 SIT, za sekundarije 18.000,00 SIT in za fizioterapevte 7.000,00 SIT. Vključuje napitke in prigrizke med odmori, kosilo in zbornik prispevkov.

Enotno prijavnico pošljite na Katedro za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, lahko tudi po faksu: 01 43 86 910, najkasneje do 10. 5. 2001. Prijavnica mora vsebovati podatke o plačniku (ime, sedež, davčna številka, davčni zavezanec da-ne), na podlagi prijavnice vam bo računovodstvo SZD poslalo račun.

Dodatne informacije dobite na Katedri za družinsko medicino, tel.: 01 43 86 810, ga. Artnak, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si in pri kontaktnih osebah: Danici Rotar Pavlič, tel.: 01 43 23 245, Neni Kopčavar Guček in Davorini Petek, tel.: 01 43 68 193.

Organizator si pridružuje pravico do manjših sprememb v programu.

Združenje za perinatalno medicino

Slovensko zdravniško društvo

Klinični oddelek za perinatologijo, Ginekološka klinika Ljubljana

Klinični oddelek za perinatologijo, SB Maribor

organizirajo

2. NOVAKOVE DNEVE

VIII. SESTANEK ZPM: PREZGODNJI POROD IN NEDONOŠENČEK

Hotel Habakuk, Maribor

31. 5.-2. 6. 2001

PROGRAM

Četrtek, 31. maja 2001

Pregled opravljenega dela, ki smo si ga zastavili leta 2000 na VII. sestanku ZPM

Vodi: *Živa Novak Antolič*

Učinkovitost odkrivanja anomalij v Sloveniji – poročča *Ksenija Ogrizek Pelkič, Irena Fazarinc*

- 17.30–17.50 Babice v perinatalnem varstvu – poroččata *Anita Prelec, Vasilij Cerar*
- 18.00–18.20 Kazalci kakovosti perinatalnega varstva – poročča *Marjan Pajntar*
- 18.30–18.50 Majhne porodnišnice – poročča *Polonca Truden Dobrin*
- 19.00–20.00 Razpravljanje

Samo v zborniku:

- Mrtvorojenost (P. Truden Dobrin)
- Toksoplazmoza (Maja Sočan IVZ)
- Sodelovanje med primarnim in sekundarnim varstvom (Mojca Demšar)
- THT (Ksenija Geršak)
- NS (Stanko Pušenjak)
- Folna kislina (Suzana Završnik)
- Preusmerjen TIU (Zdravko Roškar, Maja Pestevšek)
- Farmakodinamika in farmakokinetika tokolitikov (Damir Franič)
- Komisija za VCC (Tončka Završnik)

Petek, 1. junija 2001

- 7.30–8.15 Registracija
- 8.15–8.45 Pozdravni govori
Prezgodnji porod in nedonošenček
Vodijo: *Ksenija Ogrizek Pelkič, Marjan Pajntar, Janez Babnik*
- 9.00–9.20 *Vasilij Cerar*: Prezgodnji porod
- 9.25–9.45 *Lilijana Cerar Kornhauser, Erika Stojanovič, Branka Stirn Kranjc*: Spremljanje razvoja pri nedonošenčkih
- 9.50–10.00 *Tanja Premru Sršen*: Uvodno predavanje

Epidemiologija prezgodnjega poroda v Sloveniji

- 10.00–10.45 Poročila 9 predstavnikov regij, vsak po 5 minut
- 10.45–11.15 Razpravljanje

11.15–11.45 Odmor

Vodita: *Silva Burja, Barbara Šajina Stritar*

- 11.45–12.00 *Boštjan Lovšin*: Etiologija prezgodnjega poroda
- 12.05–12.20 *Hermína Damjan*: Ukrepi pri nedonošenčkih z motnjo v razvoju
- 12.25–12.40 *Frenk Krištofelc*: Infekti v etiologiji prezgodnjega poroda
- 12.45–13.00 *Tomaž Tomažević*: Prezgodnji porod pred resekcijo in po resekciji pregrad v maternici

13.00–15.00 Kosilo

(Sestanek upravnega odbora Združenja za perinatalno medicino SZD)

Vodita: *Tanja Blejec, Lev Bregant*

- 15.00–15.20 *Ivan Verdenik*: Napovedovanje prezgodnjega poroda
- 15.30–15.50 *Stanko Pušenjak*: Napovedni testi za prezgodnji porod
- 16.00–16.20 *Janez Babnik*: Učinkoviti ukrepi takoj po rojstvu: nedonošenčki pod 28. tedni gestacijske starosti in od 28. do 32. tednov

16.30–17.00 Odmor

Vodita: *Lili Kornhauser Cerar, Vasilij Cerar*

- 17.00–17.45 *Žarko Alfirevič* (Velika Britanija): Modern management of preterm labour (tocolysis, steroids, antibiotics, cerclage)
- 17.50–18.10 *Tanja Blejec*: Postopki pri prezgodnjem porodu v Sloveniji
- 18.10–19.00 Razpravljanje
- 20.00 Večerja

Sobota, 2. junija 2001

Vodita: *Zdravko Roškar, Tanja Premru Sršen*

- 9.00–9.15 *Barbara Šajina Stritar*: Diagnoza prezgodnjega poroda
- 9.20–10.20 *Michael Gravett*: Infection induced preterm labor: New insights

and possible treatment

- 10.20–10.30 Odmor
 10.30–10.45 *Tekauc Golob*: Učinkoviti ukrepi takoj po rojstvu: nedonošenčki od 32 do 34 tednov
 10.50–11.05 *Lev Bregant*: Vpliv zdravil, danih materi, na nedonošenčka
 11.10–12.10 Okrogla miza – Dogovor za učinkovite ukrepe v zvezi s prezgodnjim porodom v Sloveniji
 Moderator: *Vasilij Cerar*
 Sodelujejo: *Žarko Alfirevič, Janez Babnik, Tanja Blejec, Silva Burja, Ksenija Ogrizek Pelkič, Marjan Pajntar, Tanja Premru, Tomaž Tomažević, Polonca Truden Dobrin*

Sklepe za predporodni del pripravi in predstavi: Barbara Šajina Stritar
 Sklepe za poporodni del pripravi in predstavi: Liljana Kornhauser Cerar

Na sestankih ZPM naj bi bili predvsem ugotavljali, kakšno je stanje v Sloveniji, sprejeli predloge za izboljšanje in naslednje leto ugotovili, ali smo bili učinkoviti. Na letošnjem sestanku se moramo dogovoriti, kako ukrepati, da bi zmanjšali število prezgodaj rojenih otrok.

Kotizacija (z vključenim 19-odstotnim DDV) 30.000 SIT – za specialiste, 15.000 SIT – za specializante, babice in medicinske sestre.

Prijave so obvezne in jih pošljite do 15. 5. 2001 na naslov: Milica Trenkič, Ginekološka klinika Ljubljana, Štajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, tel./faks: 01 439 75 90, e-pošta: milica.trenkic@guest.arnes.si

AO/ASIF

SPINE COURSE

Bled, Slovenia
 7th–9th JUNE 2001

Scientific committee: Ivan Štraus, dr. med., KC Ljubljana, - Dpt. for Traumatology, Zaloška 7, SI – 1525 Ljubljana, tel.: ++ 386 01 300 62 70, fax: ++ 386 01 300 62 74; Miloš Vesel, dr. med., KC Ljubljana, - Dpt. for Traumatology, Zaloška 7, SI – 1525 Ljubljana, tel.: ++ 386 01 300 62 70, fax: ++ 386 01 300 62 74; prim. France Vrevc, dr. med., KC Ljubljana – Dpt. for Orthopaedic, Zaloška 9, SI – 1525 Ljubljana, tel.: ++ 386 01 23 17 266, fax: ++ 386 01 23 16 074

Organizers: Slovenian AO Group, KC Ljubljana – Dpt. for Traumatology, KC Ljubljana – Dpt for Orthopaedic, Mathys Medical Ltd, Bettlach, Switzerland, AO International, Davos, Switzerland, Metalka Zastopstva Media d.o.o., Ljubljana, Slovenia

Organizing committee: Andrej Aleš – chairman, Aleksander Frank, Granko Koritnik, Vinko Pavlovčič, Martin Tonin, Miodrag Vlaovič

Interantional faculty: Josef Buch, Herwig Daniaux, Walter Dick, Bernard Jeanneret, Andreas Krödel, Fritz Magerl, Nikolaus Schwarz

National faculty: Drago Brilej, Matej Cimerman, Jože Ferk, Aleksander Frank, Miro Gorenšek, Nikša Hero, Vladimir Jevtič, Branko Koritnik, Robert Kramar, Slavko Kramberger, Vinko Pavlovčič, Zoran Rodi, Vladislav Šimnic, Ivan Štraus, Ludvik Travnik, Vilibald Vengust, Miloš Vesel, Miodrag Vlaovič, France Vrevc

Programme outline: The Spine Course is addressed to and designed for surgeons who specialise in stabilizing spine surgery using instrumentation for the entire spine, in spinal trauma, degenerative diseases, deformities and other spinal disorders.

The course lecturers will expose the concept of stabilizing spine surgery. The surgical techniques will be presented on practical every day, experience.

Official language: English

Slovenian accreditation points are requested information and registration: Tomaž Petrič, dr. vet. med., mag. Dagmar Podgornik, dr. vet. med., Metalka zastopstva Media d.o.o., Dalmatinova 2, 1000 Ljubljana tel.: ++ 386 (0)1 232 1145, ++ 386 (0)1 231 4294
 fax: ++ 386 (0)1 4328 112, e-pošta : tomaz@metalkazastopstva-media.si,
 e-pošta: dagmar@metalkazastopstva-media.si

Course location and hotel reservation: Hotel Golf Bled, 4260 Bled – Slovenia, tel.: ++ 386 (0) 4 579 2000. Reservation should be made soon as possible via hotel directly with mention of »AO Spine Course«.

Oder hotels: Hotel Park (****) Tel.: ++ 386 (0) 4 5079 100, Hotel Kompas (****) Tel.: ++ 386 (0) 4 579 4000, Hotel Ribno (****) (2 km away from Bled), tel.: ++ 386 (0) 4 507 41 32, Hotel Vila Bled Tel.: ++ 386 (0) 4 507 91 50, Hotel Jelovica (***) Tel.: ++ 386 09 4 507 9600

Registration fees:

EARLY – paid before 1 st May 2001	
a) Participant	60.000 SIT (600 DEM)
b) Part. without practical exercise	30.000 SIT (300 DEM)
LATE – paid after 1 st May 2201	
a) Participant	70.000 SIT (600 DEM)
b) Part. without practical exercise	40.000 SIT (300 DEM)

Payment should be made by bank transfer:

Account name: Metalka Zastopstva Medica, Dalmatinova 2, 1000 Ljubljana, Slovenia;

Account No. for payment in SIT:50100-601-11-7173 with notification »AO Spine Course«

Account No. for payment in DEM: 900-7100-87393/4 with notification »AO Spine Course«

Bank name and address: Nova Ljubljanska Banka d.d., Trg Republike 2, 1000 Ljubljana, Slovenia

The course fee will cover lecture ^(a&b), practical exercises ^(a), material for exercises ^(a), refreshment served during breaks ^(a&b) excursion to the Island of Bled ^(a&b) and banquet ^(a&b)

PROGRAMME

Thursday, 7 June 2001

- 07.00 Registration
- 08.00 Opening ceremony
- 08.30 AO Principles of spine surgery, *F. Magerl*

Cervical spine trauma

- 09.00 Assessment, clinical and radiological, *V. Jevtič*
- 09.15 Classification of cervical spine injuries, *B. Jeanneret*
- 09.30 Management of spinal cord injuries, *I. Štraus*
- 09.45 Odontoid fractures, *J. Buch*
- 10.00 Coffee break
- 10.30 Anterior approach, *A. Frank*
- 10.45 Posterior approach, *B. Jeanneret*
- 11.00 Anterior vs. posterior vs. combined approach, *N. Schwarz*
- 11.15 Discussion

Practical exercise

- 12.00 CSLP, *J. Ferk*
- 13.00 Anterior dens fixation, *J. Buch*
- 14.00 Lunch

Degenerative cervical spine

- 15.00 Clinical and radiological assessment, *B. Jeanneret*
- 15.15 Cervical stenosis, *A. Krödel*
- 15.30 Rheumatoid disease of cervical spine, *F. Vrevc*
- 15.45 C1-C2 fusion, *F. Vrevc*
- 16.00 Discussion
- 16.30 Coffee break

Practical exercise

- 17.00 Cervifix, *B. Jeanneret*
- 18.00 C1-C2 screw fixation, *V. Šimnic*
- 19.00 End of the day

Friday, 8 June 2001

Trauma thoracolumbar fractures

- 08.00 Clinical and radiological assessment, *M. Vlaovič*
- 08.15 Classification, *F. Magerl*

- 08.30 Posterior approach, *W. Dick*
- 08.45 Anterior approach, *M. Vesel*
- 09.00 Coffee break
- 09.30 Posterior vs. anterior vs. combined approach, *W. Dick*
- 09.45 Post-traumatic kyphosis, stenosis, *B. Jeanneret*
- 10.00 Rehabilitation of paraplegic patient, *W. Dick*
- 10.15 Discussion

Practical exercise

- 11.00 SS (TRAUMA), *W. Dick*
- 12.00 Ventrofix, *M. Vesel*
- 13.00 Lunch

Degenerative thoracolumbar spine

- 14.00 Clinical and radiologic assessment, *M. Gorenšek*
- 14.15 Lumbar disc degeneration and herniation, *M. Gorenšek*
- 14.30 Spinal stenosis, *V. Pavlovčič*
- 14.45 Low back pain, *L. Travnik*
- 15.00 Coffee break
- 15.30 Failed back, *F. Vrevc*
- 15.45 Posterolateral fusion, *S. Kramberger*
- 16.00 PLIF, *A. Krödel*
- 16.15 ALIF, *A. Krödel*
- 16.30 Discussion

Practical exercise

- 17.00 Lumbosacral pedicle screw fixation, *B. Koritnik*
- 18.00 Polyaxial screws - Click x system, *M. Gorenšek*
- 19.00 End of the day

Saturday, 9 June 2001

Miscellaneous spinal problems

- 08.00 Intraoperative spinal monitoring, *Z. Radi*
- 08.15 Minimally invasive techniques, *V. Vengust*
- 08.30 Spondylolysis and spondylolisthesis, *F. Vrevc*
- 08.45 Scoliosis, *R. Kramar*
- 09.00 Coffee break
- 09.30 Ankylosing spondylitis, *I. Štraus*
- 09.45 Spinal infection, *B. Koritnik*
- 10.00 Spinal metastases, *A. Krödel*
- 10.45 Discussion

Practical exercise

- 11.00 Syncage, *A. Koritnik*
- 12.00 End of the Course



**Slovensko združenje za urgentno medicino v sodelovanju z
Evropskim združenjem za urgentno medicino,
Evropskim svetom za reanimacijo in
Zbornico zdravstvene nege Slovenije
Sekcijo med. sester in zdr. tehnikov urgentne medicine
Sekcijo med. sester in zdr. tehnikov - reševalcev**

prireja

8. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTNI MEDICINI

**Kongresni center Bernardin, Portorož
13.-16. junij 2001**

Namen simpozija

Simpozij je namenjen zdravnikom vseh strok, zobozdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom ter drugim, ki se pri svojem delu srečujejo z urgentnimi primeri ali se želijo za to področje dodatno izobraziti in usposobiti oziroma želijo predstaviti svoje dosežke ali ugotovitve.

Kraj prireditve

Kongresni center Bernardin, Grand Hotel Emona, Obala 2, 6320 Portorož, Slovenija.

Tel. 05/ 695-0000, faks: 05/ 674-6410, e-mail: hoteli.bernardin@siol.net
Internet: <http://www.h-bernardin.si>

Vodstvo simpozija/dodatne informacije:

Slovensko združenje za urgentno medicino (SZUM), Klinični center Ljubljana, Interne klinike, Zaloška 7, SI-1525 Ljubljana. Sekretarki simpozija: gospa Irena Petrič in gospa Maja Strajnar.

Informacije o prijavi: ga. Maja Strajnar, tel.: 01/ 231-7375, faks: 01/ 433-9400, e-pošta: maja.strajnar@kclj.si

Ostale informacije: ga. Irena Petrič, tel.: 01/ 230-2544, faks: 01/ 543-1316, e-pošta: irena.petric@kclj.si

Vabilo za pošiljanje prispevkov - proste teme in prikazi primerov

Še vedno lahko dejavno sodelujete s prostimi temami in predstavljami primerov. Izvleček napišite v slovenščini ali angleščini na 1. stran A4 in ga pošljite po pošti na naslov vodstva simpozija. Izvleček naj bo po možnosti strukturiran kot članek (uvod, metode, rezultati,...). Označite, ali kandidirate za ustno ali postersko predstavitev – dokončna odločitev o tem je v rokah programskega odbora. Programski odbor si pridržuje tudi pravico do odločitve,

ali bo sprejeti prispevek v knjigi objavljen v celoti ali v obliki izvlečka. Na dodatnem listu navedite natančne naslove avtorjev in kontaktne naslove oz. številke. Prvi avtor bo prejel nadaljnja navodila za pripravo in oddajo prispevka. Rok za pošiljanje izvlečkov: 10. april 2001.
Rok za oddajo dokončnih prispevkov: 15. maj 2001.

Preliminarni strokovni program za zdravnike

Sreda, 13. junija 2001

- 12.00–19.30 Registracija udeležencev
- 15.30–17.00 Poškodbe prsnega koša
- 17.30–18.00 Otvoritvena slovesnost
- 18.00 Memorialno predavanje v spomin dr. Matjaža Marolta: *Ciril Armeni*
- 20.30 Otvoritveni koktajl

Četrtek, 14. junija 2001

- 08.30–12.30 Novosti v reanimaciji
- Fiziologija oživljanja
- Temeljni postopki oživljanja
- Avtomatska zunanja defibrilacija
- Dodatni postopki oživljanja
- Nujna obravnava motenj srčnega ritma
- Akutni koronarni sindromi
- Temeljni postopki oživljanja pri otroku
- Temeljni postopki oživljanja neposredno po rojstvu
- Možganska kap
- Postreanimacijsko zdravljenje
- 15.00–16.30 Proste teme
- 17.00–19.00 Prikazi primerov
- 20.30 Slavnostna večerja

Petek, 15. junija 2001

- 08.30–10.00 Nujna stanja v endokrinologiji
- 10.30–12.30 Proste teme / Prikazi primerov
- 15.00–16.30 Izbrane proste teme in prikazi primerov
- 17.00–18.30 Ukrepanje ob neuspešni intubaciji
- 20.30 Zabava na obali: Avia Big Band (nato nadaljevanje zabave v diskoteki Arcade)

Sobota, 16. junija 2001

- 09.00–14.00 Učne delavnice

Navodila za prijavo in plačilo

Prijavnica z navodili za prijavo in plačilo je v prospektu simpozija – na željo vam ga pošljemo.

OPOZORILO: Za učne delavnice se letos prijavite in plačate kotizacijo vnaprej!

Prijave za simpozij in učne delavnice sprejemamo do zasedbe mest na osnovi vrstnega reda vplačanih kotizacij. Predčasne prijave in plačila so mogoča le do 1. junija 2001, po tem datumu bosta prijava in plačilo kotizacije mogoča le na recepciji simpozija v Portorožu. Na recepciji simpozija bomo sprejemali

tudi plačila s kreditnimi karticami Eurocard Mastercard in VISA.

Kotizacija:

Zdravniki	45.000 SIT
Člani SZUM	40.000 SIT
Zdravniki sekundariji	38.000 SIT
Med. sestre, zdr. tehniki	36.000 SIT
Člani ZZNS	33.000 SIT
Učne delavnice	10.000 SIT

Hotelska namestitvev

Priporočamo Hotele Bernardin zaradi neposredne bližine kongresnega centra. Naveden je cenik nočitev z zajtrkom (vključno z DDV in turistično takso).

Grand hotel Emona (****): superior 1/1 20.000 SIT, superior 1/2 13.400 SIT,

standard 1/1 17.800 SIT, standard 1/2 11.200 SIT

Hotel Bernardin (**standard / ****superior): superior 1/1 15.600 SIT, superior 1/2 11.200 SIT, standard 1/1 13.400 SIT, standard 1/2 9.000 SIT

Hotel Vila Orada (**): superior 1/1 12.300 SIT, superior 1/2 7.900 SIT, standard 1/1 7.900 SIT, standard 1/2 5.500 SIT

Hotelske rezervacije

Udeleženci naj sobe rezervirajo pravočasno in neposredno na tel. 05/ 695-5104, 05/695-0000, na faks 05/ 674-6410, ali po pošti na naslov: Hoteli Bernardin d.o.o., Obala 2, 6320 Portorož. E-mail: hoteli.bernardin@siol.net, internet: <http://www.h-bernardin.si>

Priporočamo zgodnje rezervacije. Rok za rezervacije: 25. maj 2001.

Pomembni roki

Rok za pošiljanje izvlečkov: 10. april 2001

Rok za oddajo dokončnih prispevkov: 15. maj 2001

Rok za predčasno prijavo: 1. junij 2001 (po tem datumu prijave in plačila le še na recepciji simpozija)

Rok za rezervacije hotelskih sob: 25. maj 2001

Obiščite našo spletno stran: www.kclj.si/org/urgmed

Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije SZD in Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete v Ljubljani

organizirata mikrobiološki simpozij z mednarodno udeležbo

MIKROBI IN ANTIBIOTIKI 2001

Medicinska fakulteta, Korytkova 2, Ljubljana

22.-23. junij 2001

PRELIMINARNI PROGRAM

Petek, 22. junija 2001

8.00–8.30 Registracija

8.30–9.00 Otvoritev

O ANTIBIOTIKIH

09.00–09.30 *A. Krbavčič*: Kako pride do rojstva novega antibiotika

09.30–09.45 *V. Kotnik*: Kje in kako delujejo antibiotiki v mikrobnih celicah

09.45–10.05 *M. Mueller Premru*: Mehanizmi rezistence pri grampozitivnih bakterijah

10.05–10.25 *K. Seme*: Mehanizmi rezistence pri gramnegativnih bakterijah

10.25–11.00 Odmor

11.00–11.15 *T. Popovič*: CDC in nadzor meningokoknih okužb

11.15–11.30 *M. Čížman*: Invazivne okužbe s pneumokoki, meningokoki in *H. influenzae* v Sloveniji od leta 1993 dalje

11.30–11.45 *M. Poljak*: Molekularni mikrobiološki laboratorij v novem tisočletju

11.45–12.05 *B. Beovič, K. Seme*: Novo iz farmacevtske tovarne: Upjohn – Linezolid

12.05–12.15 Vprašanja in odgovori ter povzetek predsedstva

12.15–13.30 Odmor

ANTIBIOTIKI IN KLINIKA

13.30–13.50 *T. Lejko Zupanc*: Racionalna uporaba antibiotikov pri sepsi

13.50–14.10 *M. Jereb*: Okužbe dihal in smiselna uporaba antibiotikov

14.10–14.25 *B. Tepeš*: Slovenska doktrina za zdravljenje želodčne razjede z antibiotiki

14.25–14.45 *N. Ihan Hren*: Kje in kdaj uporabimo antibiotike v zobozdravstvu

14.45–15.10 Vprašanja in odgovori ter povzetek predsedstva

15.10–15.30 Odmor

15.30–15.50 *T. Žohar, A. Štorman*: Kako lahko mikrobiološki laboratorij prispeva k racionalni uporabi antibiotikov

15.50–16.05 *J. Kolman*: Občutljivost streptokokov skupine A in pneumokokov pri nas

16.05–16.20 *I. Štrumbelj*: Širjenje proti eritromicinu odpornih sevov

- streptokokov skupine A, B, in G v Pomurju
- 16.20–16.40 *M. Žolnir Dovč*: Mikobakterije in odpornost proti kemoterapevtikom – naši rezultati
- 16.40–16.50 *A. Andlovic*: London – NEQAS – zunanji nadzor kakovosti
- 16.50–17.00 *I. Grmek Košnik, E. Eberl Gregorič*: Naše izkušnje s finskim nadzorom kakovosti – LABQUALITY v serološkem laboratoriju v ZZV Kranj
- 17.00–17.15 Vprašanja in odgovori ter povzetek predsedstva

Sobota, 23. junija 2001

NADZOR BAKTERIJSKE REZISTENCE

- 08.30–08.45 *M. Gubina*: Vključevanje slovenskih kliničnih mikrobioloških laboratorijev v mednarodne povezave
- 08.45–09.00 *T. Žohar Čretnik, A. Štorman, B. Juteršek*: Odkrivanje večkratno odpornih bakterij s pomočjo nadzornih kužnin
- 09.00–09.20 *S. Bronzwaer*: Evropski projekt nadzora občutljivosti bakterij EARSS
- 09.20–09.30 *J. Kolman*: Slovenski rezultati občutljivosti *S. aureusa* in pnevmokokov v okviru projekta EARSS
- 09.30–09.45 Odmor
- 09.45–10.00 *M. Mueller Premru*: MRSA – rezultati spremljanja občutljivosti *S. aureusa* v KC v Ljubljani
- 10.00–10.15 *S. Robnik*: MRSA – rezultati spremljanja občutljivosti *S. aureusa* v Učni bolnišnici v Mariboru
- 10.15–10.35 *K. Seme, V. Križan Hergouth, M. Mueller-Premru, A. Andlovic, J. Kolman*: Bakterije z razširjenim spektrom betalaktamaz - ESBL - naši rezultati dosedanjega spremljanja podatkov
- 10.35–10.55 *V. Križan Hergouth, A. Andlovic, K. Seme, M. Mueller Premru, J. Kolman*: Spremljanje občutljivosti bakterije *Pseudomonas aeruginosa* – naši rezultati
- 10.55–11.00 Vprašanja in odgovori ter povzetek predsedstva
- 11.30 Zaključek

Simpozij je namenjen splošnim zdravnikom, mikrobiologom, zobozdravnikom, šolskim zdravnikom, infektologom, članom Sekcije za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije in vsem, ki jih teme zanimajo.

Jezik posvetovanja: slovenski in angleški

Kotizacija z DDV: 15.000 SIT, ne plačajo je zdravniki in zobozdravniki v obdobju sekundarija, študenti, upokojeni zdravniki in vabljeni gostje. Način plačila: na žiro račun Slovenskega zdravniškega društva Ljubljana: 50101-678-48620, sklic na št.: 22600 s pripisom »Mikrobi in antibiotiki 2001«.

Izpolnjene prijavnice skupaj z dokazilom o plačilu pošljite na naslov: Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Tajništvo katedre, Zaloška 4, 1000 Ljubljana.

AAATE - Association for the advancement of assistive technology in Europe
Institute for rehabilitation Republic of Slovenia
Cankarjev dom, Cultural and Congress Centre
organised

6th EUROPEAN CONFERENCE FOR THE ADVANCEMENT OF ASSISTIVE TECHNOLOGY

Ljubljana, 3.-6. september 2001

TOPICS

1. Assistive Technology (AT) for Children
2. AT for Older Adults
3. AT for Activity of Daily Living (ADL) Tasks
4. AT for Education and Training
5. AT in the Work Environment
6. AT for Restoration and Enhancement of Functions
7. AT for Support of Mobility
8. Mainstreaming and Universal Design
9. User Empowerment
10. Socio-Economic Evaluation
11. Issue of Human-Machine Interaction
12. Change of Social Systems and Service Delivery
13. Industrial Competitiveness and Technology Transfer
14. Education and Training in AT
15. Opportunity and Challenge on the Threshold of the New Millennium
16. Augmentative and Alternative Communication
17. Smart Home Design
18. Driving Assessment and Car Adaptation

Information: g. Gorazd Čad, Cankarjev dom, Prešernova 10, 1000 Ljubljana,
tel.: 01 24 17 134, faks: 01 24 17 296, e-pošta: gorazd.cad@cd-cc.si

Združenje internistov, Slovensko zdravniško društvo v sodelovanju s
Katedro za interno medicino Medicinske fakultete
organizira

1. KONGRES ZDRUŽENJA INTERNISTOV SZD

Medicinska fakulteta, Korytkova 2, Ljubljana
27.-29. september 2001

Kongres z mednarodno udeležbo je namenjen internistom in zdravnikom

v osnovnem zdravstvu. Predstavljene bodo novosti in aktualnosti z več področij interne medicine.

Strokovni odbor: *M. Medvešček (predsednik), J. Dobovišek, M. Gričar, R. Hojs, A. Kocijančič, I. Križman, P. Vidali, D. Štajer.*

Organizacijski odbor: *P. Vidali (predsednik), B. Cibic, M. Gričar, I. Križman, K. Pečovnik, F. Šolar.*

Naslov organizatorja: Slovensko zdravniško društvo - Združenje internistov, Komenskega 4, 1000 Ljubljana. Predsednik združenja: prim. mag. Primož Vidali, dr. med.

PRELIMINARNI PROGRAM

Interna medicina 2001 – novosti in aktualnosti:

- angiologija
- arterijska hipertenzija
- endokrinologija
- gastroenterologija
- hematologija
- intenzivna interna medicina
- kardiologija
- nefrologija
- pulmonologija
- revmatologija
- urgentna medicina

Vabilo k sodelovanju!

Vabimo vas, da se kongresa udeležite dejavno s postersko predstavitvijo. Predstavite lahko svoje ugotovitve ali raziskave, zanimive klinične primere ali proste teme. Povzetek pošljite v treh izvodih na naslov organizatorja najkasneje do 15. maja 2001. Napisan naj bo na eni strani formata A4 in po možnosti strukturiran kot članek (naslov, avtorji, ustanova, uvod, način dela, rezultati, zaključek). Priložite natančen kontaktni naslov. O sprejetju ali odklonitvi prispevka odloča strokovni odbor. Prvi avtorji sprejetih prispevkov bodo prejeli natančna navodila za izdelavo posterja in navodila za pripravo kratkega članka, ki bo po želji objavljen v zborniku kongresa. Rok za oddajo dokončnih prispevkov v pisni obliki in na disketi je 20. junij 2001.

Prijave in plačilo

Kotizacija znaša 30.000 SIT (cena vključuje DDV). Izpolnite prijavnico, ki je priložena prvemu obvestilu, in jo pošljite na Slovensko zdravniško društvo - Združenje internistov, Komenskega 4, 1000 Ljubljana. Na osnovi poslani prijavnice vam bomo poslali račun za plačilo kotizacije. Število mest je omejeno (200), zato priporočamo zgodnjo prijavo.

Dodatne informacije: g. Tilen Grenc, tel. 041/ 972-369, faks: 01/ 230-1955, 01/ 512-4446, e-mail: bostjan.grenc@guest.arnes.si

Pomembni roki

Rok za pošiljanje izvlečkov: 15. maj 2001

Rok za pošiljanje dokončnih prispevkov: 20. junij 2001

OBVESTILO

Dragi prijatelji, spoštovani kolegi!
Vabimo vas, da se udeležite

12. MEDNARONEGA BALINTOVEGA KONGRESA

Portorož

3.-7. oktober 2001

Kongres bo prvič od ustanovitve Mednarodne Balintove zveze v Sloveniji.

Spomnili se bomo, kdo je bil Michael Balint, govorili o pomenu njegovih skupin, zgodovini Balintovega združenja ter sedanjem položaju na tem področju v različnih državah in pri različnih poklicih, o razvoju Balintovih skupin v skupine Monte Verita, Balint psihodramo in druge.

Posebej se bomo dotaknili študentskih Balintovih skupin in njihovega pomena v izobraževanju mladih zdravnikov. Slišali bomo, kako organizirajo Balintove skupine v dodiplomskem študiju v drugih državah, ter prisluhnili željam in potrebam študentov medicine.

Govorili bomo o propozicijah za vodje Balintovih skupin in njihovi mednarodni akreditaciji.

V strokovnem delu kongresa boste imeli možnost spoznati zanimive predavatelje iz Slovenije in tujine ter sodelovati v skupinah. Prejšnje izkušnje s tega področja niso nujne.

Ob tej priložnosti vas še posebej vabim k udeležbi 2. slovenskih Balintovih dni, ki bodo v petek, 5. oktobra 2001.

Za slovenske udeležence pripravljamo posebno presenečenje v obliki nagrade v znesku 5.000 CHF. Podelila jih bo psihosomatska fundacija iz Švice za pisno nalogo ne glede na vaš poklic. Opišite svojo izkušnjo z Balintovo skupino ter kako je vplivala na vaše življenje in delo.

Za natančnejše informacije smo vam na voljo vsak četrtek med 13. in 14. uro po tel.: 01 431 52 52 oziroma na e-pošto: zlata.kralj@guest.arnes.si

Vabim vas tudi k druženju v prijetnem okolju hotelskega kompleksa Metropol v Portorožu, kjer bo obilo možnosti za razvedritev, organizirani pa bodo tudi krajši izleti.

Športno društvo »MEDICUS«

Teniška sekcija

vabi na

TENIŠKI TURNIR DVOJIC

Zunanja, peščena teniška igrišča ŠRC Gradis v Klečah, Avšičeva c, med Ježico in Vižmarji

2. junij 2001

Turnir je rekreacijski, namenjen sprostitvi in prijetnemu druženju.

Prijava in žrebanje bo ob 9.30. Žrebajo se samo navzoči igralci. Predprijav ni. Začetek igranja ob 10 uri.

Vodja tekmovanja je Tomi Voušek (041 562 818), tehnična izvedba Janez Pogačnik (041/ 594 468)

Športno društvo »MEDICUS«

Strelska sekcija

vabi na

DRŽAVNO PRVENSTVO V STRELJANJU ZA ZDRAVNIKE IN STOMATOLOGE

Strelišče OŠ Železniki

12. maja 2001 ob 10.00

Prijavljeni bodo dobili natančnejša navodila ob prijavi.

Tekmovanje bo potekalo v streljanju s:

- standardno zračno puško 30 strelav v času 60 minut
- standardno zračno pištolo 30 strelav v času 60 minut

Tekmovanja se lahko udeležijo vsi zdravniki, ki delujejo v Sloveniji in jih streljanje zanima.

Najboljši prejmejo medalje.

Strelnina je za posamezno streljanje za člane ŠD Medikus 500 SIT, za nečlane pa 1.500 SIT. Plačilo strelnine pred pričetkom tekmovanja ali na žiro račun ŠD MEDICUS: 50100-678-713665, sklic na 3333.

Obvezne prijave na naslov: Branko Košir Na Kresu 21, 4228 Železniki, tel.: 04 51 47 547, GSM: 041 737 200,

e-mail: branko.kosir@siol.net

Pridružite se nam.

Strelski pozdrav!

Pridružite se nam. Tekmovalcem in njihovim spremljevalcem bomo omogočili organiziran prijeten planinski izlet na bližnji Ratitovec.

Pohod bo vodil gorski vodnik.

Medicinska fakulteta Inštitut za biomedicinsko informatiko
Izobraževalna delovna skupina za računalništvo

URNIK RAČUNALNIŠKEGA IZOBRAŽEVANJA

marec 2001 do oktober 2001

SPLOŠNI TEČAJI

Windows (15 ur) **23.900 SIT**
 26., 27., 28. februar, 1. in 2. marec od 8. do 11. ure
 02., 03., 06., 09. in 10. april od 8. do 11. ure
 28., 29., 30., 31. maj in 1. junij od 8. do 11. ure
 18. do 22. junij od 11. do 14. ure
 03. do 07. september od 8. do 11. ure
 10. do 14. september od 11. do 14. ure
 01. do 05. oktober od 8. do 11. ure

Word - osnove (15 ur) **23.900 SIT**
 26., 27., 28. februar, 1. in 2. marec od 11. do 14. ure
 05. do 09. marec od 8. do 11. ure
 07., 08., 11., 14. in 15. maj od 8. do 11. ure
 04. do 08. junij od 14. do 17. ure
 03. do 07. september od 11. do 14. ure
 01. do 05. oktober od 11. do 14. ure

Word - nadaljevanje (15 ur) **23.900 SIT**
 19., 20., 23., 26. in 27. marec od 11. do 14. ure
 28., 29., 30., 31. maj in 01. junij od 11. do 14. ure
 18. do 22. junij od 14. do 17. ure
 24. do 28. september od 11. do 14. ure
 08. do 12. oktober od 8. do 11. ure

Excel (15 ur) **23.900 SIT**
 26., 27., 28. februar, 01. in 02. marec od 14. do 17. ure
 19., 20., 23., 26. in 27. marec od 8. do 11. ure
 16., 17., 18., 21. in 22. maj od 8. do 11. ure
 11. do 15. junij od 11. do 14. ure
 10. do 14. september od 8. do 11. ure
 17. do 21. september od 11. do 14. ure
 08. do 12. oktober od 11. do 14. ure

Internet - osnove (9 ur) **14.400 SIT**
 12., 13. in 16. marec od 8. do 11. ure
 30. marec, 02. in 03. april od 11. do 14. ure
 16., 17. in 18. maj od 14. do 17. ure
 27. do 29. junij od 8. do 11. ure
 24. do 26. september od 8. do 11. ure

Internet - nadaljevanje (9 ur) **14.400 SIT**
 06., 09. in 10. april od 11. do 14. ure
 27. do 29. junij od 11. do 14. ure

PowerPoint - priprava predstavitev (15 ur) **23.900 SIT**
 16., 17., 18., 21. in 22. maj od 11. do 14. ure
 18. do 22. junij od 8. do 11. ure
 17. do 21. september od 8. do 11. ure
 08. do 12. oktober od 14. do 17. ure

Access (15 ur) **23.900 SIT**
 07., 08., 11., 14. in 15. maj od 11. do 14. ure
 01. do 05. oktober od 14. do 17. ure

Outlook (9 ur) **14.400 SIT**
 12., 13. in 16. marec od 11. do 14. ure
 27. do 29. junij od 14. do 17. ure

MS-Project - načrtovanje in vodenje projektov (15 ur) **23.900 SIT**
 11. do 15. junij od 8. do 11. ure

SPECIALIZIRANI TEČAJI

termin po dogovoru

BIOSTATISTIKA
 SPSS za Windows (15 ur) **31.400 SIT**
 Analiza preživetja (15 ur) **31.400 SIT**
 Logistična regresija (12 ur) **25.100 SIT**

ZNANSTVENO INFORMIRANJE
 Pro-Cite in osebne zbirke (9 ur) **18.800 SIT**
 MEDLINE (9 ur) **18.800 SIT**

IBMI si pridržuje pravico, da posamezne tečaje zaradi premajhnega števila prijav odpove. Vse interesente prosimo, da v primeru zadržanosti odpovedo tečaj teden pred pričetkom, sicer jim bomo morali zaračunati polno tečajnino.

Tečaji bodo potekali v računalnici Inštituta za biomedicinsko informatiko, Vrazov trg 2. Za dodatne informacije lahko pokličete na eno izmed naslednjih telefonskih števil: (01) 543-7770 ali 431-31-13 int. 77-70.

Zapisniki IO ZZS

Zapisnik 2. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 25. januarja 2001 v Ljubljani

1. točka dnevnega reda: Potrditev zapisnika 1. seje izvršilnega odbora z dne 11. 1. 2001 in poročilo o izvršitvi sklepov

Predsednik Zbornice je predlagal, da se s predlaganega dnevnega reda umakne 5. točka, t.j. pregled stroškov, povezanih s kongresom FDI, v času od 27. 11. do 3. 12. 2000 v Parizu, ker bodo preveč izplačani stroški vrnjeni s strani predvidenega udeleženca. Zaradi odsotnosti generalnega sekretarja pa je predlagal, da se poročilo o izvršitvi sklepov prestavi na naslednjo sejo izvršilnega odbora.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 218/2/2001: S predlaganega dnevnega reda se umakne točka 5, t.j. **pregled stroškov, povezanih s kongresom FDI, v času od 27. 11. do 3. 12. 2000 v Parizu.** Poročilo o izvršitvi sklepov se prestavi na naslednjo sejo izvršilnega odbora.

Sprejme se naslednji dnevni red:

1. Potrditev zapisnika 1. seje izvršilnega odbora z dne 11. 1. 2001
2. Pravilnik o računovodstvu in finančnem poslovanju
3. Zaračunavanje administrativnih stroškov za dodeljevanje kreditnih točk individualnim vlagateljem
4. Predlog članov Kolegija za psihiatrijo
5. Predlog sklepov iz 2. seje OSM
6. Predlogi za zdravniška odlikovanja
7. Obravnavanje vlog za zasebno zdravniško dejavnost
8. Zapisnik sestanka kolegija za ginekologijo in porodništvo
9. Pokroviteljstvo Zbornice nad tečajem ginekološke citologije
10. Priprave na skupščino: osnutek predloga dnevnega reda, osnutek strategije, termin skupščinskega sveta
11. Strokovni seminar "Zdravniške napake"
12. Odobritev udeležbe na:
 - a) sestanku EACCME, Bruselj, 18. 11. 2000
 - b) Colloquium Mutual Recognition of Diplomas, Maastricht, 5. 2. do 7. 2. 2001
 - c) sestanku Specialist Section UEMS in European Board of Anaesthesiology, London, 19. 1. do 20. 1. 2001
 - d) 1st Asia Pacific Forum on Quality Improvement in Health Care, Sydney, 19. 9. do 21. 9. 2001
13. Razno

Soglasno je bil sprejet sklep št. 219/2/2001: Potrdi se zapisnik 1. seje izvršilnega odbora z dne 11. 01. 2001 v predloženi obliki.

2. točka dnevnega reda: Pravilnik o računovodstvu in finančnem poslovanju

Ga. Jožica Osolnik je predstavila vsebino pravilnika o računovodstvu in finančnem poslovanju ter pojasnila, da je bil pravilnik pripravljen na podlagi zakona o računovodstvu in zakona o finančnem poslovanju. Pojasnila je, da pravilnik med drugim ureja orga-

nizacijo računovodstva Zbornice, računovodska opravila ter pravičo odobravanja porabe, kar izhaja iz prvega člena pravilnika. Letno finančno poročilo, ki ga pripravi vodja oddelka za finance in računovodstvo mora biti nato predloženo odboru za socialno-ekonomska vprašanja, nadzornemu odboru, skupščinskemu svetu in izvršilnemu odboru, potrdi pa ga skupščina Zbornice. Določene nove odgovornosti v smislu sprejemanja sklepov bo prevzel tudi Izvršilni odbor, vsi predsedniki odborov pa naj bi pripravili plan dela, ki bi ga tudi ovrednotili.

Predsednik Zbornice je ob tem pripomnil, da tak način poslovanja prinaša večjo avtonomijo odborov. Poslovanje Zbornice se je tako razvilo, da je potrebno imeti akt, ki bo vse podrobno uredil.

Prim. Anton Židanik, dr. med., je pripomnil, da bi bilo smiselno, da se v besedilo 66. člena, ki govori o pobudnikih za opravljanju nadzora nad poslovanjem Zbornice, vključi tudi skupščinski svet kot bolj fleksibilen organ, kakor je skupščina.

Ga. Jožica Osolnik se je s tem predlogom strinjala.

Predsednik Zbornice je povedal, da v tujini poznajo tudi zunanji nadzor ter vprašal člane izvršilnega odbora ali menijo, da bi bila Zbornica pripravljena nositi stroške tega.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je menila, da bi bil zunanji nadzor primeren, ne bi pa bilo nujno, da bi bil stalen, lahko bi se nanj obrnili po potrebi.

Ga. Jožica Osolnik je ob tem pripomnila, da je Zbornica v delu, ki se nanaša na izvajanje javnih pooblastil, že podvržena Računskemu sodišču, sicer pa bi se po potrebi lahko obrnili na zunanji nadzor.

Predsednik Zbornice je povzel, da bi se torej v pravilnik lahko vključilo redno letno zunanje nadzorovanje ali pa le možnost zunanje nadzora po potrebi.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 220/2/2001: izvršilni odbor sprejme predlog osnutka pravilnika o računovodstvu in finančnem poslovanju, kot je naveden v prilogi, s tem, da se prvi odstavek 66. člena pravilnika dopolni z navedbo skupščinskega sveta ter da se doda nov člen, ki omogoča zunanji nadzor. Predlog osnutka se predloži v obravnavo še skupščinskemu svetu in nato skupščini Zbornice.

3. točka dnevnega reda: Zaračunavanje administrativnih stroškov za dodeljevanje kreditnih točk individualnim vlagateljem

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je pojasnil, da je stroške v višini 14.200 SIT na vlogo opredelila strokovna služba. Od tega zneska bi Slovensko zdravniško društvo prejelo 9.000 SIT, Zbornica pa 5.200 SIT.

Predsednik Zbornice je pripomnil, da je bila strokovna služba, ki je znesek opredelila, koordinacija za stalno podiplomsko izobraževanje.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je dejala, da v kolikor je ta znesek usklajen, je v redu, vendar pa jo moti višina zneska.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., se je pridružil njenemu mnenju, ter poudaril, da se tudi njemu zdi znesek pretiran. Pojasnil je, da je razprava ob določanju višine zneska potekala v smeri, da je potrebno zahtevati relativno visoko vsoto. Gre namreč za to, da organizatorji strokovnih srečanj posameznikom pogosto predlagajo, da sami vlagajo vloge na Zbornico, saj so te vloge sedaj še brezplačne. Poudaril je, da se ta individualna vloga ne nanaša na eno izobraževanje, kar je jasno razvidno iz predložene dokumentacije.

Predsednik Zbornice se je ob tem vprašal, kako bo Zbornica tako visok znesek argumentirala pred svojim članstvom. Člani namreč že tako plačujejo članarino in druge prispevke, potem pa jim bomo zaračunali še to.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 221/2/2001: izvršilni odbor se je seznanil s predlogom zaračunavanja administrativnih stroškov za do-deljevanje kreditnih točk individualnim vlagateljem. Ker so člani izvršilnega odbora gradivo prejeli šele na seji, se odločanje o tej točki prestavi na naslednjo sejo izvršilnega odbora.

4. točka dnevnega reda: Predlog članov Kolegija za psihiatrijo

Prim. Jože Darovec, dr. med., je pohvalil idejo o ustanovitvi kolegija za psihiatrijo ter se zahvalil za podelitev funkcije predsednika. Povedal je, da je pri izbiri kandidatov za člane kolegija upošteval kolege, dejavne tako na kliniki, katedri, v Združenju psihiatrov, v Republiškem strokovnem kolegiju ter zasebnike. Predstavil je predlagane člane kolegija ter opus njihovih del. Poudaril je, da imajo vsi zelo dobre reference.

Predsednik Zbornice je vprašal, kako je mogoče, da ni nobenega člana iz drugih psihiatričnih bolnišnic.

Prim. Jože Darovec, dr. med., je pojasnil, da je želel sestaviti skupino z majhnim številom članov, kar je racionalno. Povabil je tiste kolege, za katere je menil, da bodo doprinesli k uspešnemu delu kolegija. Poudaril je, da se zaveda, da je prigovorov na njegovo izbiro lahko veliko, vendar bi, če bi upošteval predstavnike vseh mogočih področij, število članov izredno naraslo.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je pripomnil, da nekateri predstavniki psihiatrije resnično sploh niso zastopani.

Prim. Jože Darovec, dr. med., je odgovoril, da je bil kriterij pri izbiri sposobnost članov, ne pa od kod so in kje so zaposleni.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 222/2/2001: izvršilni odbor na predlog predsednika kolegija za psihiatrijo, prim. Jožeta Darovca, dr. med., imenuje naslednje člane kolegija za psihiatrijo:

- doc. dr. Margareta Kocmur, dr. med., direktorica Psihiatrične klinike Ljubljana, podpredsednica,
- Marta Cerar Lotrič, dr. med., zasebnica, Metelkova 15, Ljubljana,
- Ana Marija Ziherl, dr. med., zasebnica, Ljubljana, ordinacija v ZD Kamnik,
- Janko Predan, dr. med., zasebnik, Slovenska Bistrica, Trg svobode 26,
- mag. Marko Pišljarič, dr. med., Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot Sv. Antona 49,
- doc. dr. Rok Tavčar, dr. med., Psihiatrična klinika Ljubljana.

5. točka dnevnega reda: Predlog sklepov z 2. seje OSM

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je pojasnil, da je odbor za strokovno-medicinska vprašanja na svoji 2. seji dne 9. 1. 2001 obravnaval dve pritožbi. V prvem primeru je obravnaval zadevo, ki se je pojavila tudi v medijih. Primer je bil podan v presojo prof. Neubauerju, ki je predlagal še strokovni nadzor zdravnice prim. E.U.D., dr. med.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je zanimalo, kje je zdravnica zaposlena.

Prim. Anton Židanik, dr. med., je pojasnil, da je zdravnica zasebna pediatrija.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je menila, da bi bilo torej nujno, da je v komisiji tudi nekdo s primarne ravni zdravstva.

Predsednik Zbornice je pojasnil, da gre tu za strokovni nadzor, katerega namen je proučiti konkretno zadevo.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je povedal, da je gre dejansko za zaščito kolegice, saj ima večjo težo, če njeno delo presojata dva priznana strokovnjaka.

Predsednik Zbornice je poudaril, da gre za odločitev odbora za strokovno-medicinska vprašanja ter da izvršilni odbor nima pravice postavljati njegove odločitve pod vprašaj in razpravljati o nečem, kar je ta organ že odločil.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je pripomnila, da če bi bilo to kardiološko vprašanje, bi komisijo gotovo sestavljali kardiologi.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je odgovoril, da ni tako, saj bi v primeru suma na infekcijsko zadevo postavili infektologa.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 223/2/2001: v zadevi H. se pri zdravnici prim. E. U. D., dr. med., izvede strokovni nadzor z mnenjem nadzorne komisije v sestavi:

- prof. dr. Marija Marolt Gomišček, dr. med.,
- prof. dr. Milan Čizman, dr. med.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 224/2/2001: prof. dr. Milana Čizmana, dr. med., se imenuje tudi za nadzornega zdravnika za izvajanje strokovnih nadzorov v letu 2001.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predstavil tudi drugo zadevo ter pojasnil, da se že dolgo vleče. Gre za pritožbo gospe, katere mož je umrl na Golniku v starosti 85 let. Ker se žena ni strinjala z mnenjem internega nadzora, je izrecno zahtevala strokovni nadzor kolegov iz Ljubljane.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 225/2/2001: v zadevi pacienta V. B. se v bolnišnici za pljučne bolezni Golnik izvede strokovni nadzor z mnenjem nadzorne komisije v sestavi:

- prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.,
- doc. dr. Aleksandra Skralovnik Štern, dr. med.

6. točka dnevnega reda: Predlogi za zdravniška odlikovanja

Predsednik Zbornice je predstavil oba zdravnika, za katera bo Zdravniška zbornica Slovenije predsedniku države predlagala, da jima podeli državni odlikovanji.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 226/2/2001: izvršilni odbor se strinja s predlogom odbora obalno-kraške regije, da za državni odlikovanji predlaga Jožeta Trstenjaka, dr. med., in Boženo Žen Boh, dr. med. Na podlagi njunih življenjepisov se pripravi ustrezna vloga.

7. točka dnevnega reda: Obravnavanje vlog za zasebno zdravniško dejavnost

Igor Praznik, dr. med., je predstavil primer G. Z., dr. stom., ki je Zbornico zaprosila za mnenje k podelitvi koncesije za področje osnovnega zobozdravstva v obsegu 50 odstotkov programa ter za področje stomatološke protetike v obsegu 50 odstotkov programa in pojasnil, da se pri odločanju o podelitvi mnenja Zdravniške zbornice Slovenije k podelitvi koncesije vedno poskuša objektivno oceniti, v kakšnem obsegu zobozdravnik trenutno dela.

Prim. Anton Židanik, dr. med., je povedal, da je s tem primerom seznanjen, ter da zobozdravnik dela kot specialist, zato se mu ne more podeliti pozitivnega mnenja za področje osnovnega zobozdravstva.

Evgenij Komljanec, dr. stom., je ob tem pripomnil, da se omenjeni zobozdravnik verjetno poteguje za 50 odstotkov programa za osnovno zobozdravstvo, zato ker kot specialist protetik zasebnik lahko obravnava paciente le po napatnici.

Prim. Anton Židanik, dr. med., in predsednik Zbornice sta povzela, da naj se zobozdravniku podeli pozitivno mnenje za 100-odstotni program stomatološke protetike, ker je to delež, ki ga sedaj pokriva v mreži javne zdravstvene službe.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 227/2/2001: G. Z., dr. stom., se izda

pozitivno mnenje k podelitvi 100-odstotne koncesije za področje stomatološke protetike.

8. točka dnevnega reda: Zapisnik sestanka Kolegija za ginekologijo in porodništvo

Predsednik Zbornice je predstavil sklep kolegija za ginekologijo in porodništvo.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je menil, da bi bilo potrebno drugi odstavek spremeniti tako, da bi se na koncu črtale besede "in je s strokovnega stališča nesprejemljiv".

Soglasno je bil sprejet sklep št. 228/2/2001: sprejme se predlog kolegija za ginekologijo in porodništvo, da je pred uvedbo glavarinsko-storitvenega sistema organiziran sestanek z Ministrstvom za zdravstvo, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Zdravniško zbornico Slovenije ter da so preverjeni rezultati testnega obdobja.

Glavarinsko-storitveni sitem bi zanesljivo omogočil boljše zdravstveno varstvo na primarni ravni, vendar ob sedaj veljavnih normativih in standardih ni izvedljiv.

9. točka dnevnega reda: Pokroviteljstvo Zbornice nad tečajem ginekološke citologije

Soglasno je bil sprejet sklep št. 229/2/2001: na prošnjo SIZE, diagnostičnega centra za ginekološko citopatologijo, d.o.o., bo Zdravniška zbornica Slovenije prevzela častno pokroviteljstvo nad tečajem ginekološke citologije in presejanja raka materničnega vratu.

10. točka dnevnega reda: Priprave na skupščino: osnutek predloga dnevnega reda, osnutek strategije, termin skupščinskega sveta

Predsednik Zbornice je povedal, da naj bi bila 37. seja skupščine Zdravniške zbornice Slovenije predvidoma zadnji torek ali četrtek v marcu. Točke dnevnega reda se bodo nanašale na nadaljnjo strategijo Zbornice, finančno poročilo, finančni načrt ter Pravilnik o finančnem poslovanju Zbornice.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je pripomnila, da naj se dodajo še spremembe pravilnika o vsebini in poteku sekundarijata.

Predsednik Zbornice se je s tem strinjal.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 230/2/2001: Sprejme se predlagani osnutek predloga dnevnega reda ter okvirni termin za skupščino Zbornice. Termin skupščinskega sveta bo usklajen s predsednikom skupščine Zdravniške zbornice Slovenije.

11. točka dnevnega reda: Strokovni seminar "Zdravniške napake"

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je dejal, da se je pripravljen udeležiti seminarja z enournim predavanjem.

Predsednik Zbornice se je s tem strinjal, saj je menil, da je konstruktivno, če sodelujemo.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 231/2/2001: izvršilni odbor se strinja, da se strokovnega seminarja na temo "Zdravniške napake", ki bo potekal 15. februarja 2001, z dejavnim prispevkom udeleži prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., ter predstavi stališča Zbornice.

12. točka dnevnega reda: Odobritev udeležbe na:

a) sestanku EACCME, Bruselj, 18. 11. 2000

Soglasno je bil sprejet sklep št. 232/2/2001: udeležba na sestanku EACCME, ki je potekal 18. 11. 2000 v Bruslju, se za nazaj odobri mag. Zlatko Frasu, dr. med.

b) Colloquium Mutual Recognition of Diplomas, Maastricht, 5. 2. do 7. 2. 2001

Evgenij Komljanec, dr. stom., je pojasnil, da se je pojavil velik problem pri pridobitvi ustrezne stomatološke izobrazbe. V Sloveniji se zanjo zahteva veliko več, kot pa določajo evropske direktive. Programi so sicer primerljivi, vendar je naš preveč razvlečen.

Predsednik Zbornice je pripomnil, da se stomatologi pri nas nadvpečno dolgo izobražujejo. Dejal je, da bo sicer preveril svoj termin, da pa se najverjetneje ne bo mogel udeležiti razprave. Ker pa bi bilo smiselno, da se je poleg g. Komljanca udeleži še kdo, predlaga, da naj gre v tem primeru Mojca Vrečar, MBA.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., se je s tem predlogom strinjal.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 233/2/2001: razprave z naslovom Mutual Recognition of Diplomas, ki bo potekala od 5. 2. do 7. 2. 2001 v Maastrichtu, se bosta udeležila asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., ali Mojca Vrečar, MBA, in Evgenij Komljanec, dr. stom.

c) sestanku Specialist Section UEMS in European Board of Anaesthesiology, London, 19. 1. do 20. 1. 2001.

Predsednik Zbornice je dejal, da naj se, kot je to običajno, prof. dr. Vesni Paver-Eržen, dr. med., odobri delno kritje stroškov za udeležbo na sestanku UEMS.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je pripomnil, da mora v zvezi s kritjem stroškov pohvaliti Zbornico, na Slovenskem zdravniškem društvu pa so v zvezi s tem vedno zapleti, zato prosi, da bi Zbornica z dopisom pozvala Društvo, da naj se ta problem uredi.

Predsednik Zbornice je pripomnil, da naj Društvo jasno izrazi, ali želi kriti stroške ali ne. Če ne bo plačevalo, bo tudi Zbornica jasno dala vedeti svojemu članstvu, kdo krije stroške. Predsednik je ob tem primerjal proračuna Zdravstvenega vestnika in Izide, ki sta približno enaka, razlika v kakovosti pa je izrazita, saj zdravniki v Izidi objavljajo tudi strokovne članke.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 234/2/2001: izvršilni odbor odobri prošnjo prof. dr. Vesne Paver-Eržen, dr. med., za kritje cene letalske vozovnice za udeležbo na sestanku Specialist Section UEMS in European Board of Anaesthesiology, ki je potekal 19. 1. in 20. 1. 2001 v Londonu.

Generalni sekretar naj na Slovensko zdravniško društvo naslovi dopis, da je izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije obravnaval številne pritožbe članov UEMS-a glede ažurnosti plačevanja udeležbe na sestankih, ter prosi, da se to uredi.

d) 1st Asia Pacific Forum on Quality Improvement in Health Care, Sydney, 19. 9. do 21. 9. 2001

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je dejal, da je ta forum organiziran po vzoru evropskega, kjer poteka že šestič.

Predsednik Zbornice je pojasnil, da je želel to vabilo zgolj predstaviti članom izvršilnega odbora, da vidijo, da je Zdravniška zbornica Slovenije poznana tudi v tako oddaljenih krajih.

13. točka dnevnega reda: Razno

a) Zadržanje povišanja članarine

Soglasno je bil sprejet sklep št. 235/2/2001: na podlagi sklepa, sprejetega na 31. seji skupščine Zdravniške zbornice Slovenije, dne 23. 6. 1998, zaradi trenutno pozitivnega finančnega poslovanja Zbornice, ne glede na povišanje izhodiščne bruto plače v negospodarski dejavnosti s 1. januarjem 2001, članarina ostane na isti ravni, kot je bila sprejeta na 22. seji izvršilnega odbora dne 21. 12. 2000.

Jani Dornič, dr. med., naj za objavo v zborničnem glasilu Isis pri-

pravi članek na temo zadržanja povišanja članarine.

b) Udeležba na sestanku European forum on quality improvement in health care, Bologna, 29., 30. in 31. marec 2001

Soglasno je bil sprejet sklep št. 236/2/2001: v imenu Zdravniške zbornice Slovenije se sestanka European forum on quality improvement in health care, ki bo 29., 30. in 31. marca 2001 v Bologni, udeleži predsednik Komisije za specializacije, mag. Zlatko Fras, dr. med.

c) Histološki atlas zobnega organa

Predsednik Zbornice je pojasnil, da je odbor za socialno-ekonomska vprašanja predlagal, da o tem odloči izvršilni odbor, odbor za zobozdravstvo pa je predlagal znesek v višini 300.000,00 SIT.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je vprašala, kolikšni so sploh stroški izdaje tega atlasta ter ali bo imela Zdravniška zbornica kaj od tega.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je ob tem menil, da naj se izdaja financira pod pogojem, da po izdaji dobimo toliko izvodov atlasov, kolikor bi jih dobili za to vrednost po prodajni ceni.

Predsednik Zbornice in asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., sta se pridružila temu predlogu, saj bo Zbornica atlaste lahko upora-

bila kot darila.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 237/2/2001: izvršilni odbor odobri prošnjo KC Ljubljana, prof. dr. Gašperšiča in finančno podpre izdajo Histološkega atlasta zobnega organa. Prosilcu se nakažejo sredstva v višini 300.000,00 SIT, pod pogojem, da Zdravniška zbornica Slovenije v zameno prejme Histološke atlaste zobnega organa v vrednosti 300.000,00 SIT po prodajni ceni.

c) Nova pooblastila Odbora za zobozdravstvo

Prim. Anton Židanik, dr. med., je menil, da bi bilo glede na nova pooblastila odbora za zobozdravstvo potrebno pravno urediti njihovo delovanje.

Predsednik Zbornice je pojasnil, da vsi odbori delujejo v skladu z obstoječimi akti, samo odbor za pravno-etična vprašanja in odbor za zobozdravstvo imata svoja pravilnika.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 238/2/2001: na odbor za zobozdravstvo se naslovi vprašanje predsednika skupščine, na kakšen način je urejeno delovanje novo konstituiranih komisij z njihovega področja.

Zapisala: Barbara Galuf

STROKOVNA PRIPOROČILA

Endovaskularno zdravljenje anevrizem intrakranialnega ožilja

Tomaž Šeruga

Subarahnoidna krvavitev (SAK) predstavlja zaradi velike smrtnosti in težke posledične prizadetosti bolnikov velik zdravstveni problem. Pogostost subarahnoidne krvavitve je v razvitih državah ocenjena s 5 do 10 na 100.000 prebivalcev na leto. Zaradi začetne krvavitve že pred prihodom v bolnišnico ali takoj po njem umre približno ena tretjina bolnikov. V Sloveniji je po študiji iz leta 1997 utrpele subarahnoidno krvavitev 283 bolnikov. Ruptura anevrizme arterije na bazi možganov je najpogostejši vzrok spontane subarahnoidne krvavitve, ostali vzroki so arteriovenske malformacije možganov in hrbtenjače, arteriovenske fistule dure, tumorji in ostalo. Anevrizme najpogosteje nastanejo na razcepiščih možganskih arte-

rij. Intrakranialne arterije imajo zelo tanko tuniko adventicijo in medijo, na razcepiščih arterij pa žilna stena sploh ne vsebuje srednje mišične plasti. Razcepišča arterij so hemodinamsko najbolj obremenjena in ob degeneraciji stene se pojavljajo turbulence obtoka, ki povzročajo rast anevrizme. Ob spremembi tlaka pride nato do ruptur, saj anevrizma ne vsebuje mišične plasti in zato ni elastična.

Najpogosteje se pojavlja SAK pri ljudeh med 40. in 60. letom življenja, vendar se krvavitev lahko pojavi od otroštva do pozne starosti. Ženske zbolijo 1,6-krat pogosteje kot moški. Kajenje, povišan krvni tlak in prekomerno uživanje alkohola so, skupaj z drugimi aterosklerotičnimi obolenji, vodilni dejavniki tveganja krvavitve.

Možnost rupture asimptomatske anevrizme se ocenjuje s približno 10 odstotkov na desetletje. Zanesljiva ocena je težka, saj je zelo malo studij, ki bi bile opravljene na dovolj veliki skupini bolnikov z nerupturiranimi anevrizmami.

Klinično se SAK pojavlja z močnim glavobolom, z meningealnimi znaki, bruhanjem in motnjami zavesti. Ob kliničnem sumu na krvavitev opravimo še pregled z računalniško tomografijo (RT), ki krvavitev potrdi. Naslednja stopnja je angiografija, ki jo danes lahko opravimo s spiralnim RT (CTA) ali z magnetno resonanco (MRA). Še vedno najbolj dostopna metoda je digitalna subtrakcijska angiografija, ki jo moramo opraviti v primeru negativnega CTA ali MRA izvida, saj je njen izvid dokončen.

Namen zdravljenja je izključitev anevrizme iz obtoka in preprečitev usodne ponovne krvavitve. Zdravljenje je lahko operativno s kraniotomijo in pretisnjenjem anevrizme na vratu s sponko ali intervencijsko z endovaskularnim pristopom in embolizacijo z Guglielmijevimi ločljivimi zankami (GDC). Intervencijski endovaskularni pristop je postal v zadnjem desetletju ponekod v tujini že uspešna možnost zdravljenja intrakranialnih anevrizem v primerjavi z uveljavljenim klasičnim nevrokirurškim posegom. Sprva so ta pristop uporabljali le pri bolnikih v težkem kliničnem stanju, kasneje še za posege v posteriorni možganski cirkulaciji. Danes v številnih klinikah opravijo že več embolizacij kot operacij, predvsem pa narašča število embolizacij pri bolnikih z naključno odkritimi, nerupturiranimi anevrizmami. Številnost posegov je različna od države do države. V ZDA število intervencijskih posegov pri anevrizmah dosega 15 odstotkov, v Franciji 75 odstotkov (17). Pri nas smo pričeli postopoma uvajati endovaskularno tehniko v lanskem letu ob pomoči prof. dr. Güntherja E. Kleina iz deželne bolnišnice v Gradcu, leta 2000 pa smo posege pričeli opravljati samostojno.

Poseg poteka tako, da po Seldingerjevi metodi uvedemo angiografski kateter v notranjo karotidno arterijo in po izmenjalni žici namestimo vodilni kateter pod bazo lobanje. Skozi sistem za spiranje vodilnega katetra vbrizgamo kontrastno sredstvo, napravimo subtrakcijski angiogram in ga zamrznemo. Tako dobimo žilni zemljevid (road map). S pomočjo diaskopije, s katero spremljamo pomikanje katetra po žili, uvedemo mikrokater po vodilni žici skozi karotidni sifon v želeno cerebralno arterijo in nato v sredino anevrizme. Ob tem je potrebna velika mera pazljivosti, saj lahko pride ob neprevidnem rokovanju do ruptur vrha anevrizme. Pripravimo GDC zanko, ki jo počasi v celoti uvedemo v anevrizmo. Prva zanka predstavlja zaščito stene anevrizme pred rupturo. Naredimo kontrolno angiografijo v dveh projekcijah in skrbno pregledamo lego zanke in prehodnost okolnega ožilja. Ko sta označbi na zanki in katetru prekrite priklopimo aparat za elektrolizo. Po dveh do treh minutah pride do ločitve vodila od zanke. Pod kontrolo diaskopije preverimo, če je dejansko prišlo do odklopa in nato izvlečemo kovinsko vodilo platinaste zanke, ki ostane v anevrizmi. Nato s tanjšimi platinastimi zankami izpolnimo anevrizmo v celoti.

Pacienta zaščitimo s 5000 E heparina v bolusu pred pričetkom posega, kasneje dajemo še 1000 E vsako uro. Poseg opravljamo običajno v splošni omami, lahko pa le v lokalni anesteziji, kot jo uporabljamo pri diagnostični angiografiji.

Za zdravljenje intrakranialnih anevrizem uporabljamo sistem GDC (Guglielmi detachable coil). Embolizacijsko sredstvo so platinaste zanke ali nitke (angl. coil) na kovinskem vodilu, ki se imenujejo po izumitelju Italijanu Guidu Guglielmiju (18). Ta sistem je bil razvit usmerjeno za zdravljenje intrakranialnih anevrizem in je izdelan iz tvrdke Target / Boston Scientific. Ločevanje zanke od vodila poteka z elektrolizo. Zanko, ki se med posegom pokaže za neprimerno, lahko izvlečemo in jo zamenjamo s primernejšo. Elektroliza povzroča v anevrizmi tudi trombogenezno. Zanke so predoblikovane in izdelane v različnih velikostih, debelinah in oblikah. Nameščamo jih lahko le skozi mikrokaterne sisteme.

Kirurško zdravljenje počenih in klinično nemih anevrizem je uveljavljena metoda z dolgo tradicijo in dobrimi rezultati, vendar tudi s slabimi stranmi predvsem zaradi velike invazivnosti, ki povzroča dodatne poškodbe možganovine v kritičnem obdobju po krvavitvi. Endovaskularni poseg ne travmatizira možganskega tkiva, opravljamo ga lahko pri anevrizmah v vertebrobazilarnem področju, pri bolnikih v težjem kliničnem stanju.

Endovaskularno zdravljenje se je uveljavilo po letu 1992 in je postalo enakovredna metoda operativnemu načinu. Bolniki s krvavitvijo v možganski parenhim in prodorom krvi v ventrikularni sistem imajo slabšo prognozo. Kraniotomija je navedena kot posebna neugodnost, saj bolniku po njej za eno leto odvzamejo vozniško dovoljenje (Velika Britanija). Prednost kirurškega zdravljenja je, da po uspehih operacijah ostajajo skoraj vse anevrizme trajno zaprte, medtem ko so rezultati proučevanja trajnosti embolizacije stari toliko kot metoda sama.

Sodobna pooperativna nega subarahnoidne krvavitve je za preživetje bolnikov zelo pomembna, saj mora reševati posledice krvavitve, neodvisno od terapevtskega posega.

Kirurško zdravljenje anevrizem je pri nas še vedno edini uveljavljeni način zdravljenja, saj je razvoj intervencijske radiologije in zlasti intervencijske nevro-radiologije zapostavljen.

Težave imamo zaradi nerazumevanja s strani zavarovalnice, ki storitev ne plačuje, tako da stroške posegov prelagamo na bolnišnico. Ob odločitvi za način zdravljenja je potrebno pretehtati varnost in tveganost posega, njegovo učinkovitost, bolnikova nelagodja, bolečino, čas rehabilitacije in tudi stroške zdravljenja.

Glede na razvojne trende v svetu verjamemo, da bo endovaskularno zdravljenje anevrizem postalo dostopno tudi slovenskim bolnikom.

Zaključek

Intervencijsko zdravljenje anevrizem možganskega ožilja z embolizacijo, predstavlja dopolnilni način uveljavljeni kirurški terapiji. Pri bolnikih, ki niso sposobni za operacijo, predstavlja edini mogoči način zaščite pred usodno ponovno krvavitvijo. Poseg je neinvaziven in pri že prizadetih možganih ne povzroča dodatnih poškodb. Metoda se klinično uporablja slabo desetletje, zato raziskave na področju trajnosti rezultatov, še niso dokončne. ■

Naše izkušnje z loratadinom pri zdravljenju otrok in mladostnikov z najpogostejšimi alergijskimi boleznimi s kožno simptomatiko

Božana Podrumac

Alergijske bolezni in reakcije so, kot je znano, v svetu zelo razširjene. Vsak tretji prebivalec Evrope naj bi imel težave, povezane z alergijo. Zaradi tega je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, junij 1999) dala prednost dejavnostim za preprečevanje in zdravljenje alergije in astme.

Med pogostejše alergijske bolezni s kožno simptomatiko sodijo pri nas in tudi v razvitem svetu: atopijski dermatitis, kronična alergijska urtikarija in strofulus ali papularna urtikarija otrok.

Atopijski dermatitis

Za to boleznijo zbolijo že v zgodnjem otroštvu od 10 do 15 odstotkov otrok. V zadnjih letih je zaradi naglo zvečujoče se prevalence pri predšolskih otrocih bolezen postala javni zdravstveni problem. V šolskem obdobju je prevalenca okrog 15-odstotna in je sedaj torej večja od prevalenca astme.

Bolezen je kronična, ponavljajoča se vnetna dermatozna. Poleg vidnih kliničnih znakov na koži jo spremlja še močno srbenje, ki je tudi eden od glavnih simptomov bolezni. V akutnem stanju je na koži prisotno vnetje z neostro omejeno rdečino, vezikulami, erozijami, rosenjem in posledičnimi ekscoriacijami. V kroničnem obdobju je koža suha, infiltrirana in lihenificirana. Simptomi in znaki bolezni se pogosto spreminjajo, kar je glavna značilnost vseh atopijskih bolezni.

Atopijski dermatitis v zgodnjem otroštvu je večinoma prvi simptom poznejših atopijskih bolezni (alergijski rinitis, nekatere oblike spastičnega bronhitisa, astma in mukozni kolitis). Okrog 40 odstotkov nezdravljenih otrok zbolijo za sezonskim rinitisom, 25 odstot-

kov za kontinuiranim letošnjim rinitisom, pri 25 odstotkih pa bolezen preide v astmo.

Kronična alergijska urtikarija

Po pogostosti sledi prejšnji boleznimi, za njo zbolijo 1 do 5 odstotkov ljudi v razvitem svetu. Pri 60 odstotkih bolnikov je vzrok za nastanek te zelo neprijetne bolezni neznan. Sicer je etiologija enaka kot pri akutni obliki urtikarije. Na koži se pojavijo močno srbeče urtike, ki trajajo več kot 6 tednov. Čeprav je incidenca bolezni največja v tretjem desetletju, se lahko pojavi tudi pri otrocih in mladostnikih.

Strofulus ali papularna urtikarija otrok

Sodi med alergijske kožne bolezni in zajame okrog 2 odstotka otrok. Bolezen je kronična recidivna dermatozna. Najpogostejša je v predšolski dobi, in sicer med 2. in 4. letom starosti, vendar se pojavi tudi pri odraslih. Značilne spremembe na koži so dvofazne seropapule (sprva urtiki podobna vzbrst, kmalu zatem se na istem mestu pojavi papula z vezikulo). Spremlja jih močno srbenje, zaradi česar bolniki te vzbrsti hitro razpraskajo.

Glavni klinični znaki vseh treh bolezni so močno srbenje, vnetna koža in številne ekscoriacije, zato imajo antihistaminiki ključno vlogo pri preprečevanju bolezni in njihovem zdravljenju. Znano je, da imajo antihistaminiki prve generacije določene pomanjkljivosti, kot so sedativni učinek, antisero-toninski, antiholinergični in antiadrenergični učinek. Zaradi teh učinkov na Dermatološki

kliniki v Ljubljani pri zdravljenju otrok in mladostnikov s kožnimi alergijskimi boleznimi uporabljamo večinoma antihistaminike druge generacije.

V to skupino antihistaminikov spada tudi loratadin (Flonidan[®], Lek). Odlikujeta ga izredno hiter začetek delovanja in dolgotrajen učinek (24-urno delovanje). Zaradi selektivnega delovanja na periferne histaminske receptorje H₁ nima antiholinergičnega učinka, sedativnega in drugih neželenih učinkov ter klinično pomembnih interakcij z drugimi zdravili, ki so bili značilni za antihistaminike starejše generacije.

Odločili smo se, da bomo v raziskavi ugotovili, kakšna sta učinek in varnost Flonidana pri naših bolnikih z atopijskim dermatitisom, strofulusom ali papularno urtikarijo otrok in kronično alergijsko urtikarijo. Preiskovancev je bilo skupaj 45, od tega jih je 20 imelo atopijski dermatitis, 15 strofulus ali papularno urtikarijo otrok in 10 kronično alergijsko urtikarijo. Diagnoza je temeljila na anamnezi in klinični sliki.

Med zdravljenjem s Flonidanom bolniki niso smeli dobivati drugih antagonistov receptorjev H₁, kortikosteroidov in imunosupresivnih zdravil. Zdravljenje je trajalo 14 dni, vmesne kontrole smo opravili po 3. in 7. dnevu ter po koncu zdravljenja. Zdravilo so bolniki zaužili v enkratnem odmerku vsak dan (suspenzija ali tableta).

V raziskavo sta bila zajeta oba spola: dečkov je bilo 13, deklic pa 32. Najmlajši otrok je bil star 2 leti, najstarejši pa 18 let. Večina otrok, in sicer 25 od 45 preiskovancev, je bila že prej testirana na prehranske in inhalacijske alergene.

Med raziskavo niti eden od preiskovan-

cev sočasno ni imel druge bolezni. Dva bolnika s strofulusom sta imela v anamnezi še druge bolezni: eden psoriazno, drugi alergijski konjunktivitis. Pri večini preiskovancev z atopijskim dermatitisom je bolezen trajala 1 do 2 leti, pri tistih s strofulusom 2 do 3 tedne in onih s kronično urtikarijo več kot 6 tednov.

Za oceno učinkovitosti zdravila smo nadzorovali naslednje simptome:

- pri atopijskem dermatitisu: srbenje, eritem, ekskoriacije;
- pri strofulusu ali papularni urtikariji otrok: srbenje, seropapule, ekskoriacije;
- pri kronični urtikariji: srbenje, urtike, ekskoriacije.

Lestvica za oceno simptomov je bila:

- 0 - brez simptomov
- 1 - blagi simptomi (prisotni, nemoteči)
- 2 - zmerni simptomi (nekoliko motijo dnevne dejavnosti in/ali spanje)
- 3 - hudi simptomi (zelo motijo dnevne dejavnosti in/ali spanje)

Ugotovljeni rezultati so podobni tistim, ki so jih dobili drugi avtorji.

Pri atopijskem dermatitisu:

Pred pričetkom zdravljenja je imelo blage simptome 15 odstotkov bolnikov, zmerne 55 odstotkov in hude 30 odstotkov otrok. Po končanem 14-dnevnem zdravljenju je bilo 70 odstotkov bolnikov brez simptomov, 30 odstotkov pa jih je imelo blage nemoteče simptome.

Pri strofulusu ali papularni urtikariji otrok:

Pred pričetkom zdravljenja je 60 odstotkov bolnikov imelo zmerne simptome in 40 odstotkov hude simptome. Po 14-dnevnem zdravljenju je bilo 80 odstotkov bolnikov brez simptomov, pri 20 odstotkih pa so bili blago izraženi.

Pri kronični alergijski urtikariji:

Stanje je bilo podobno: pred pričetkom zdravljenja je 70 odstotkov bolnikov imelo zmerne simptome, 30 odstotkov pa hude

simptome. Po končanem 14-dnevnem zdravljenju je bilo 90 odstotkov bolnikov brez simptomov, le 10 odstotkov pa jih je imelo blage simptome.

Učinkovitost zdravljenja je bila ocenjena takole:

- pri atopijskem dermatitisu: pri 70 odstotkih kot zelo dobra in pri 30 odstotkih kot dobra,
- pri strofulusu ali papularni urtikariji otrok: pri 73 odstotkih kot zelo dobra in pri 27 odstotkih kot dobra,
- pri kronični alergijski urtikariji: pri 80 odstotkih kot zelo dobra in pri 20 odstotkih kot dobra.

Pri nobenem bolniku se bolezen ni poslabšala. Pri vseh treh boleznih je bila učinkovitost zdravila ocenjena s končno oceno zelo dobro.

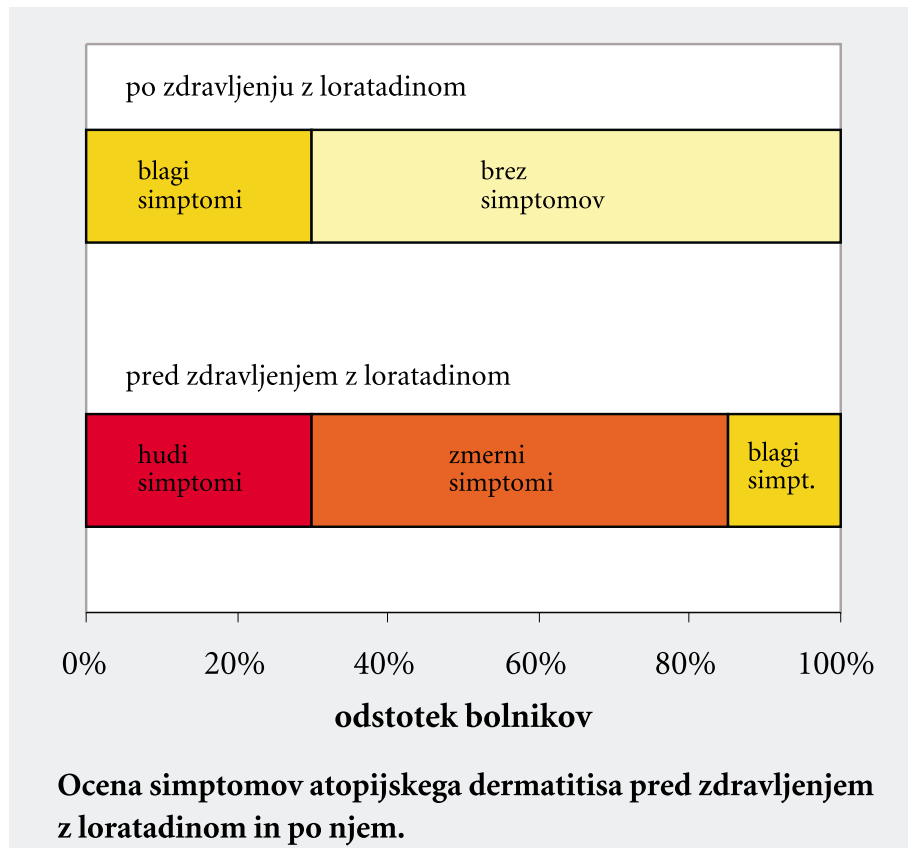
Ocena varnosti zdravila:

- vsi bolniki so loratadin dobro prenašali,
- nihče zdravljenja ni prekinil,
- pri nobenem bolniku se zaradi zdravila niso pojavili neželeni stranski pojavi.

Zdravilo je bilo ocenjeno kot zelo varno.

Sklepna ugotovitev

Loratadin je zaradi zelo dobre učinkovitosti in varnosti zdravilo izbire pri zdravljenju atopijskega dermatitisa, strofulusa in kronične idiopatske urtikarije. ■



II. mednarodni forum o antagonizmu receptorjev angiotenzina II

Monte Carlo, 24. do 26. januar 2001

Jurij Dobovišek

Po dveh letih je imelo okoli 1.800 registriranih udeležencev priložnost udeležiti se to pot drugega simpozija o antagonistih receptorjev angiotenzina II (ARA), ki je bil tako kot prvi v Monaku. Organizatorja sta bila Mednarodno in Evropsko združenje za hipertenzijo. Sponzorji simpozija in verjetno tudi večine udeležencev so bile vse multinacionalke, ki proizvajajo ta zdravila. Simpozija se je udeležilo tudi kakih 15 Slovenk in Slovencev. Simpozij je bil v novem kongresnem centru Grimaldi, ki ga pred dvema letoma še ni bilo, je pa le streljaj oddaljen od slovite igralnice in največjih hotelov. Vreme je bilo prva dva dneva slabše kot pred dvema letoma, kar se je nedvomno ugodno poznalo v zasedenosti velike dvorane.

To poročilo začnjam z zaključno misljo Alberta Zanchettija iz Milana, enega izmed nestorjev evropske in svetovne hipertenzijologije, ko je 26. 1. proti večeru govoril o metaanalizi najnovejših raziskav z antihipertenzivnimi zdravili in dejal dvoje: da ni izkazano, da bi imelo katerikoli danes uporabljeno antihipertenzivno zdravilo splošno prednost pred drugim in da, kar zadeva ARA, ta čas verjame samo v eno razliko med posameznimi zdravili iz te skupine, to je, da njihov učinek na krvni tlak traja različno dolgo.

Simpozij so sestavljala t. i. znanstvena zasedanja in satelitski simpoziji, ki so jih organizirale posamezna multinacionalke: Boehringer Ingelheim/Glaxo Wellcome, Novartis, Bristol-Myers Squibb/Sanofi, Solvay, Merck Sharpe&Dohme in Astra/Zeneca. Dva dneva si je bilo mogoče ogledati tudi lepo število posterjev.

Uvodna tema simpozija je obravnavala **pomen zavore renin-angiotenzinskega sistema v možganih in primerno ter sekundarno preventivo možganske kapi**. Proti pričakovanju, da bo "udarna" ali da bo vsaj prinesla kakšno presenečenje ali pomembno novost, je izzvenela v ponavljanju bolj ali



Udeleženci simpozija

manj znanih farmakoloških in epidemioloških resnic in podatkov.

Prvi satelitski simpozij je imel naslov: **Ali nadzor "plime" krvnega tlaka zgodaj zjutraj vpliva na zbolewnost in umrljivost?** Tistim, ki smo bili na dobro obiskanem ljubljanskem simpoziju o telmisartanu novembra 2000 v dvorani WTC in poznamo rezultate raziskave HOPE ni povedal ničesar bistveno novega. V prvih nekaj urah po zbujeanju je pogostnost vseh hudih srčnožilnih zapletov bistveno večja kot v ostalem delu dneva. Zvišanje krvnega tlaka v tem času se zdi odločilen dejavnik za to. Preprečitev porasta krvnega tlaka v zgodnjih jutranjih urah je torej nujna. Če uporabljamo zdravila, ki jih odmerjamo enkrat na dan, moramo pač uporabljati tista, ki učinkujejo dovolj dol-

go. To so tista, ki imajo T/P razmerje čim bližje 1,0. In med ARA je tej zadevi najbližje **telmisartan**, zdravilo, ki ga izdeluje organizator simpozija. Da ne bo pomote, naj takoj povem, da ramiprila, ki je bilo glavno zdravilo v raziskavi HOPE, ne izdeluje ta proizvajalec, pa tudi ARA ni. Osnovno sporočilo raziskave HOPE, da ne pozabimo, je bilo, da zaviralec konvertaze, v tem primeru ramipril, pri bolnikih z velikim srčnožilnim tveganjem zelo pomembno zmanjša srčnožilno zbolewnost in umrljivost, še posebej močno pri bolnikih, ki imajo tudi sladkorno bolezen.

Najbolj pomembno sporočilo simpozija o koristih selektivne blokade angiotenzina z **valsartanom** so bili rezultati raziskave tega zdravila pri bolnikih s srčno odpovedjo (Val-

HeFT). V tej pomembni raziskavi, o kateri je poročal J. N. Cohn iz Minneapolisa (ZDA), so ugotovili, da dodatek ARA, konkretno valsartana zaviralcu konvertaze pomembno izboljša rezultate zdravljenja bolnikov s srčno odpovedjo. To so dokazovali nekateri tudi že prej, vendar v majhnih raziskavah, ki so trajale krajši čas kot **Val-HeFT**. Teoretična osnova koristi te kombinacije pri srčni odpovedi je, da nezamenarljiv delež angiotenzina II nastaja po drugi poti kot pod vplivom konvertaze in se tako izogne zaviralcem konvertaze.

Proizvajalca **irbesartana** sta organizirala **simpozij o določanju in vzdrževanju ciljev pri nadzoru hipertenzije**. Da je irbesartan učinkovito in varno zdravilo, ni dvoma. Poročevalci so bili seveda toliko previdni, da so prikazovali samo primerjave, kjer se je odrezal dobro, to je z losartanom in valsartanom. Kanadska raziskava o vztrajnosti bolnikov pri jemanju antihipertenzivnih zdravil je dala nerazveseljive rezultate. Po 6 mesecih zdravljenja jemlje diuretike, blokatorje beta in kalcijeve antagoniste manj kot 50 odstotkov bolnikov, bolje pa je v pogledu zaviralcev konvertaze. Delež bolnikov, ki so vztrajali na nespremenjenem zdravljenju 4 leta se je postopno zmanjševal. V raziskavi ICE (Irbesartan Compliance Evaluation) je po enem letu irbesartan jemalo še 61 odstotkov bolnikov, blokator beta 50 odstotkov, kalcijev antagonist 44 odstotkov, zaviralec konvertaze 42 odstotkov in diuretik 34 odstotkov. Bilous iz Newcastle (Velika Britanija) je napovedal program o učinkovitosti irbesartana PRIME (Program for Irbesartan Mortality and Morbidity Evaluations), ki sestoji iz dveh velikih, že konec leta 2000 končanih raziskav pri bolnikih s hipertenzijo in sladkorno boleznijo tipa II IDNT in IRMA II. Končni rezultati bodo na voljo v maju letos na 16. kongresu Ameriškega združenja za hipertenzijo.

Naslednja pomembna tema je bila **srčna odpoved**. Najprej je bila diskusija za podolgovato mizo, ki jo je vodil že omenjeni J. N. Cohn, o zdravljenju zastojne srčne odpovedi z diuretiki, zaviralci konvertaze, ARA, blokatorji beta in antagonisti aldosterona. O diuretikih niso govorili, tudi o blokatorjih beta razmeroma malo, zato pa toliko več o zdravilih, ki učinkujejo na renin-angiotenzin-aldosteronski sistem. To je bilo upoštevanje namen foruma tudi pričakovano. Sledila so predavanja na isto temo. Vse skupaj je izzvenelo, da dajejo pri zdravljenju srčne

odpovedi zaviralci konvertaze in ARA v kombinaciji boljše rezultate kot samo zaviralci konvertaze. Zaviralci konvertaze dolgoročno tudi ne zmanjšajo koncentracije aldosterona v krvi. To dosežemo z dodatkom ARA. Pri zavori aldosterona so dali prednost spironolaktonu pred amiloridom. Celotno pri hipertenziji da kombinirana blokada angiotenzina II določen rezultat, čeprav ne toliko šnega kot dodatek diuretika. Drugo področje, kjer utegne kombinacija biti učinkovita, je ohranjanje delovanja ledvic.

Simpozij o **eprosartanu**, zdravilu, ki ga pri nas še nimamo, je imel naslov **Novo pri blokadi receptorjev AT1 - od ledvic do možganov**. O možganih ni bilo govora, zato ne vem, zakaj so jih dali v naslov. Eprosartan se od kandesartana in irbesartana razlikuje po tem, da za največji ledvični žilni odziv ni potreben velik antihipertenzivni odmerek, ampak že šestkrat manjši. Eprosartan tudi precej manj zveča reninsko aktivnost v plazmi kot primerjalni zdravili. Možna razlaga za to je, da eprosartan zmanjša simpatično aktivnost, ki je potrebna za reninski odziv. Zmanjšan reninski odziv naj bi doprinesel k temu, da je za največji žilni ledvični odziv potreben manjši odmerek eprosartana. To bi lahko imelo klinični pomen pri občutljivih bolnikih z azotemijo, kjer čezmerno znižanje krvnega tlaka poslabša azotemijo. Eprosartan naj bi bil tudi precej učinkovit pri zniževanju sistoličnega krvnega tlaka, spet domnevno zaradi vpliva na simpatični sistem - tako L. Hansson iz Uppsale (Švedska). Z eprosartanom so dosegli zmanjšanje izločanja kateholaminov v več poskusih na živalih. Tudi po strukturi se razlikuje od drugih sartanov, ker ni bifenil tetrazol. Je kompetitivni antagonist, kar ostali ARA niso.

Simpozij o **losartanu**, najstarejšem zdravilu v tej skupini, je postal z novostjo, ki je bila zanimiva, čeprav njenega kliničnega pomena še ne moremo prav ovrednotiti. C. Ferrario iz Winston-Salema (North Carolina, ZDA) je govoril o rezultatih raziskave o učinku losartana na spolno disfunkcijo pri hipertenzivnih bolnikih. V 12 tednih zdravljenja 82 moških v starosti 30 do 65 let s spolno disfunkcijo (erektilna disfunkcija, spolna zadovoljitev, pogostnost spolne aktivnosti) s 50 mg losartana na dan se je spolna zadovoljitev izboljšala s 7,3 na 58,5 odstotka ($p < 0,001$), delež spolno zelo dejavnih se je s 40,55 zvečal na 62,3 odstotka, tistih s slabo dejavnostjo pa se je pomembno

zmanjšal ($p < 0,001$). Samo 11,8 odstotka zdravljenih z losartanom ni poročalo o izboljšanju spolnih funkcij. Znižanje krvnega tlaka je doprineslo k izboljšanju kakovosti življenja pri 73,7 odstotka bolnikov. V kontrolni skupini brez spolne disfunkcije losartan ni imel učinka. Seveda pa je nekaj podobnega že znano tudi za valsartan. K. Wachtell iz Glostrupa (Danska) je poročal o vmesnih rezultatih raziskave LIFE (losartan vs. atenolol). Masa levega prekata se je zmanjšala s 123 na 109 g/m², zmanjšala se je prevalenca hipertrofije in koncentričnega preoblikovanja levega prekata. Po 24 mesecih se je masa levega prekata zmanjšala na 103 g/m², medtem ko se krvni tlak ni več pomembno znižal. Seveda ni znano, katero zdravilo je bolj učinkovito, ker raziskava še ni zaključena. Druga poročila niso prinašala novosti. O raziskavi ELITE II smo bili že obveščeni prej.

Sklop predavanj o **okvari organov**, kjer so znani mnenjski voditelji G. Mancina, E. Agabiti-Rosei, M. Safar, LM Ruilope in R. Schmieder obdelali učinke ARA na koronarne arterije, mišico levega prekata, arterije in ledvice, ni prinesel nič posebno novega.

Simpozij, med katerim smo glede na sponzorja pričakovali kaj več o **kandesartanu**, presenetljivo tega ni prinesel. Predavatelji so pretežno govorili o farmakoloških učinkih ARA, v glavnem na žilni endotelij. ARA imajo podoben učinek na okvarjeno delovanje endotelija kot zaviralci konvertaze. Ali to tudi izboljša prognozo, pa bo treba šele dokazati. **J. McMurray iz Glasgowa** (Velika Britanija) je govoril o učinkih blokade receptorjev AT1 na oslabljen levi prekat. Komentiral je raziskavi **ELITE II in Val-HeFT**. Prva raziskava je izzvala veliko razprav. Delovna hipoteza raziskave je bila, da je losartan učinkovitejši kot kaptopril pri starejših bolnikih z zastojno srčno odpovedjo in sistolično disfunkcijo levega prekata. Rezultati so to ovrgli. Ker raziskava ni bila zasnovana v pogled inferiornosti, ni bilo mogoče reči, ali je losartan enako učinkovit ali slabši kot kaptopril. Veliko je bilo razprav tudi o tem, ali sta bila odmerka zdravila primerljiva: losartan 50 mg enkrat na dan in kaptopril 3 x 50 mg na dan. V raziskavi Val-HeFT je bila hipoteza, da dodatek valsartana konvencionalnemu zdravljenju vključno z zaviralcem konvertaze izboljša prognozo bolnikov. To je bilo potrjeno, kar zadeva zboleznost in umrljivost in še bolj z vidika potrebe po hospita-

lizaciji. Pozitivno je raziskava izpadla tudi v pogledu izboljšanja razreda NYHA, simptomov in znakov, iztisnega deleža levega prekata in kakovosti življenja. Vendar je analiza podskupin pokazala nekatere kontroverznosti. Posebno veliko korist je imelo 7 odstotkov bolnikov, ki na začetku niso prejeli zaviralcev konvertaze. To navaja na možnost, da je večina bolnikov, zdravljenih z zaviralcem konvertaze, od dodatka ARA malo pridobila. Bolniki, ki so že prejeli zaviralec konvertaze in blokator beta, niso imeli koristi od dodatka ARA. Tretja velika raziskava na to temo CHARM (Candesartan in Heart Failure: Reduction in Mortality and Morbidity) poteka in bo laže odgovorila na nejasnosti, ki so se pojavile pri interpretaciji prvih dveh raziskav. Na koncu je F. Luft iz Berlina (Nemčija) v svojem predavanju o novih mehanizmih in novih pristopih k okvari žil, povzročeni po angiotenzinu II, povedal, da je, kot kaže, angiotenzin II udeležen tudi v aktivaciji vnetja.

Zadnjim predavanjem o koristih ARA pri hipertenziji in sladkorni bolezni je prisostvovala morda še kakšna desetina registriranih udeležencev. Tema je seveda v kliničnem pogledu izjemno pomembna, saj gre za "smrtno nevarno" kombinacijo, kot jo nekateri imenujejo. Morda so bila pričakovana prevelika. Vse, kar danes zanesljivo vemo o velikih koristih zavore renin-angiotenzinskega sistema pri hipertenzivnih bolnikih s sladkorno boleznijo, izvira iz velikih raziskav s starejšimi zdravili in seveda z zaviralci konvertaze. Zadostnih izkušenj z ARA še ni na voljo.

Očitno je še prezgodaj, da bi lahko odgovorili na večino vprašanj o ARA. To bo zanesljivo mogoče čez 4 leta. Ko bodo končne ključne velike raziskave. Za sedaj kaže, da v kliniki niso učinkovitejši od zaviralcev konvertaze, imajo pa ob še vedno večji ceni pomembno manj neželenih učinkov.

Ali so si različni ARA med seboj enaki ali ne? Enaki seveda niso, saj vsaj pri nadzoru krvnega tlaka učinek primerljivih odmerkov traja različno dolgo, kar ima za posledico različen režim odmerjanja, če želimo doseči enakomeren nadzor krvnega tlaka v vseh 24 urah dneva. V ceni posebnih učinkov posameznega zdravila iz te skupine je treba biti previden vsaj toliko časa, dokler doseganje istega učinka ne bo preverjeno tudi z drugimi sartani. To pa večinoma ni bilo napravljeno oz. objavljeno. ■

Poročilo s skupščine Združenja kirurgov

Slovenije

Bogdan Fludernik

Predzadnja skupščina Združenja kirurgov Slovenije je potekala v Mariboru 9. 6. 2000. Na njej je dotedanji predsednik prim. Grandovec podal zaključno poročilo o 2. kongresu združenja kirurgov, ki je bil prav tako v Mariboru. Na skupščini je bilo sprejeto tudi finančno poročilo in razrešen dotedanji izvršilni odbor. Izvoljen je bil novi predsednik združenja doc. dr. Radko Komadina, dr. med., ki je moral dotedanji statut prilagoditi zakonu o društvih. V skladu z novim statutom je sestavil nov izvršilni odbor, ki ga sestavljajo: sekretar prim. mag. Bogdan Fludernik, dr. med., in člani: prof. dr. Zoran Arnež, dr. med., mag. Vojko Flis, dr. med., prof. dr. Eldar Gadžijev, dr. med., Franci Koglot, dr. med., prof. dr. Stanislav Repše, dr. med., prof. dr. Vladimir Smrkolj, dr. med., in prof. dr. Marko Snoj, dr. med.

26. 1. 2001 je bila na Kliničnem centru v Ljubljani v veliki predavalnici sklicana skupščina Združenja kirurgov Slovenije. Vabilo je bilo poslano preko Zdravniškega društva na 305 naslovov slovenskih kirurgov. Med približno 35 udeleženci so bili predstavniki vseh slovenskih bolnišnic. Uvodoma je zbrane kirurge pozdravil doc. dr. Matija Cevc, generalni sekretar Slovenskega zdravniškega društva; zaželel je uspešno delo skupščine, zlasti pa oživitve dela Združenja kirurgov, ki je kar nekoliko zamrlo.

Uvodne misli predsednika združenja doc. Komadine so bile usmerjene v pomembne spremembe v zdravstvu, zlasti na področju specializacije. Projekt specializacije je narejen, katalog znanj za vse specializacije pa je potrebno še dokončno izoblikovati.

Prof. Repše je predstavil potek dogodkov ob načrtovanju vsebine specializacije. Nakažal je principe specializacije iz kirurških strok in prikazal program specializacije na konkretnih primerih, iz splošne kirurgije in abdominalne kirurgije.

Mag. Zlatko Fras je predstavil predpise, v katere so vpete specializacije. Poudaril je zlasti dva vidika sprememb, prvega, ki podaljšuje

specializacijo na šest let, kar je pomembno za vstop Slovenije v Evropsko unijo, in drugega, ki govori da bo specializacija potekala za nacionalni pool specialistov in ne več za posamezno bolnišnico. Program specializacij iz kirurgije že poteka po novem, ni pa še dogovora o financiranju le-te. Ovira je prisotna zlasti s strani združenja zdravstvenih zavodov, ki ga predstavljajo direktorji bolnišnic. Dokler ni usklajeno financiranje, se tudi odobrava malo specializacij, hkrati pa je ob podaljšanju specializacije s 4 na 6 let, pričakovati precejšnje pomanjkanje specializiranih zdravnikov.

Oglasil se je prof. dr. David B. Vodusek, podpredsednik strokovnega odbora Slovenskega zdravniškega društva, in poudaril nalogo Združenja kirurgov Slovenije pri predlaganju strokovnih rešitev glede specializacije iz kirurških strok.

Po strokovnem delu skupščine je doc. dr. Komadina predstavil spremenjen statut Združenja kirurgov Slovenije, ki je bil objavljen na spletnih straneh in ga je imel vsakdo od 305 naslovnikov možnost proučiti. Sklenjeno je bilo, da se statut sprejme, hkrati pa se pošlje na vsako bolnišnico po en izvod statuta.

Na koncu so bile še enkrat poudarjene najvažnejše naloge, ki jih ima Združenje kirurgov in izvršilni odbor v tem mandatu:

■ Pripraviti III. kongres Združenja kirurgov Slovenije, ki bo od 22. do 25. maja 2002 v Portorožu. Kongres bo pripravljen v sodelovanju z Združenjem operacijskih sester.

■ V sodelovanju z Zdravniško zbornico Slovenije pripravi vsebinske spremembe novih specializacij iz kirurgije.

■ Združenje zagovarja interese kirurgov v Sloveniji pri organizaciji urgentnih centrov in reorganizaciji dežurne službe.

■ Pri reševanju strokovnih problemov je Ministrstvu za zdravstvo Slovenije sogovornik Združenje kirurgov.

Vsi udeleženci so bili povabljeni k dejavnemu sodelovanju pri delu Združenja kirurgov Slovenije in k udeležbi na 3. kongresu kirurgov Slovenije v Portorožu. ■

Javni forum o bolečini

Urška Lunder

Uvod

Polna Štihova dvorana Cankarjevega doma v Ljubljani je 13. februarja 2001 pričala o velikem zanimanju o široki in aktualni temi našega življenja: o bolečini. Ta je zelo kompleksna, opredeljujemo jo lahko na različne načine.

Telesna bolečina je potreben obrambni mehanizem organizma, da se odziva na poškodbe in škodljivosti v okolju in nas uči, katerim okoliščinam naj se izogibamo, in tudi, kaj naj zdravimo.

Tudi zaradi psihične bolečine se učimo spreminjati svoje ravnanje in v nekem smislu zaradi tega lahko napredujemo v ustvarjanju novih odnosov. In seveda so tu še številni drugi vidiki bolečine, ki nas silijo v spremembo (socialni, finančni, birokratski...). Zelo pogosto so različni vidiki bolečin prisotni hkrati in ne le telesni ali čustveni ali psihološki ali socialni ali katerikoli drugi. Bolečina je torej naravni element našega obrambnega sistema in nam v marsikakšnem pogledu koristi.

Ko govorimo o zelo hudi bolečini, npr. telesni, ki jo povzroča huda poškodba tkiva, pa ta lahko prevzame nadzor nad nami in kakovostjo našega bivanja, da običajno ne moremo več govoriti o obrambnem mehanizmu, ki bi nas usmerjal v drugačno ukrepanje, temveč povzroča trpljenje z izgubo volje do življenja, nazadovanje in nezmožnost za izmenjavo z okoljem in za ustvarjalnost. V času, ko imamo na razpolago tako široko paleto možnosti lajšanja bolečin, smo res dolžni uresničiti eno osnovnih poslanstev zdravstva: lajšati trpljenje.

Eden največjih strahov v družbi je zagotovo pogosto prisotna huda bolečina v procesu umiranja. Slaba obravnava hude bolečine v neki družbi kaže na nek način tudi na zatiskanje oči pred posebnimi potrebami umirajočih in njihovih svojcev, in s tem tudi slabšo oskrbo ob koncu življenja, ko je pogosto bolečina najbolj moteči simptom.

Prvotna zamisel na Zavodu za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana ob organiziranju foruma je bila zastaviti pogovor s strokovnjaki in javnostjo o razumevanju bolečine, terapije in celostnega pogleda na bolnika s

hudo bolečino in njegovo družino ter se dotakniti izobraževanja in načinov ozaveščanja javnosti za odpravljanje predsodkov in ovir za učinkovito lajšanje bolečin. Pritegniti smo želeli strokovnjake ne le medicinskih vej in zdravstvene nege, temveč tudi strokovnjake iz socialnega varstva, psihologije, farmacije in komplementarne medicine.

Že pri pripravi se je izkazalo, da bo glavni foruma o bolečini posvečena predvsem telesni bolečini, njeni obravnavi in zdravljenju, ker je le-to v mnogih pogledih na precej nizki ravni. Lajšanje telesne bolečine je tudi osnova za zdravljenje in obravnavo drugih vidikov bolečine (čustvene, psihične, socialne...).

Zato smo k sodelovanju povabili specialiste anesteziologe, ki so si pridobili tudi znanja in izkušnje iz zdravljenja bolečine, tako da bi jih v tujini imenovali algologi. Povabili smo še patronažno medicinsko sestro, klinično psihologinjo in akupunkturologinjo. Ostali so bili tople povabljeni na dialog s sedežev publike (farmacevti, socialni delavci, psihologi, duhovniki, zdravniki, zdravstveni tehniki, delovni terapevti in drugi ter laična javnost).

Po nagovoru ministra prof. dr. Dušana Kebra smo si najprej ogledali film o izpovedih zdravnikov, ki so sami zboleli za neozdravljivimi boleznimi. Njihovo doživljanje bolečine in nova spoznanja, kaj so resnične potrebe bolnikov, se je spremenilo in dobilo kritičnost do tistih odnosov z bolniki, ki so jih imeli pred svojo boleznijo. Bolečina je večinoma postala glavni simptom, ki je vplival na kakovost življenja, in hvaležnost vsem, ki so jih v tem razumeli, je bila velika.

Na forumu so s kratko predstavitvijo zdravljenja hude bolečine pri svojih bolnikih odprle nekatere vroče dileme tri anesteziologinje:

Slavica Lahajnar, dr. med., vodja oddelka za anesteziologijo na Onkološkem inštitutu, je govorila o kronični bolečini pri rakavih boleznih ter o zadržkih pri bolnikih in pri zdravnikih, da mnogokrat ni predpisana dovolj učinkovita protibolečinska terapija.

Asist. Nevenka Kerčevski Škvarč, dr. med., z oddelka za anesteziologijo v mari-borski splošni bolnišnici in tudi predsednica Slovenskega združenja za zdravljenje bo-

lečin je predstavila dogajanje ob ortopedskem bolniku s kronično nerakavo bolečino in ob tem izpostavila pomembnost dela v delovni skupini.

Prim. Marija Godec, dr. med., iz ambulante za terapijo bolečine v okviru oddelka za anesteziologijo v Kliničnem centru v Ljubljani, je spregovorila o akutni hudi bolečini, ko je predstavila doživljanje dvakrat operiranega bolnika v obliki njegovega dnevnika: lajšanje bolečine po operaciji na pljučih v preteklosti in ponovno po operaciji v sodobnem času z mnogo boljším pristopom in novimi možnostmi. S tem je dr. Godčeva opozorila na hiter nepredek v novostih zdravljenja bolečin, ki jim je nujno slediti.

O zdravlilih

V razpravi so se pojavila vprašanja o neprimerno visoki porabi steroidnih analgetikov v primerjavi z drugimi analgetiki in morfini, o strahovih ob morfinih, o strahu in tabuju o možni odvisnosti in stranskih učinkih. Izpostavljeno je bilo vodilo Helsinške deklaracije o človekovih pravicah, da ima vsak pravico do življenja brez bolečin, pa kljub temu ta ni zadostno obravnavana. Kar 52 odstotkov družin (po neki ameriški študiji) je poročalo, da njihov umirajoči svojec ni imel zadostno olajšane bolečine ob koncu svojega življenja. Pri nas takšne raziskave nimamo, vendar mnogi pokazatelji prepričljivo podpirajo tezo o nezadostni obravnavi bolečine. Eden takih pokazateljev je podatek uporabi morfinov na prebivalca v posameznih deželah, ki jih zbira mednarodni svet za nadzor narkotikov, t. i. International Narcotics Control Board na Dunaju. V Sloveniji smo po teh na samem repu evropskih držav in ob njihovih objavah na različnih mednarodnih srečanjih smo tradicionalno prepričani, da statistični podatki niso pravi, saj Slovenija že ne more biti z ramo ob rami s Ciprom, Turčijo, celo Albanijo.

Po zakonu o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami Ministrstvu za zdravstvo o količinah morfinov poročajo vse veledrogerije, ki morfino uvažajo. Domačega proizvajalca morfinov nimamo. Zbiranje podatkov je zato zelo preprosto in obvezujoče. S preverjanjem pri veledrogerijah smo prišli do enakih števil, kot jih objavlja ministrstvo.

Naslednji pokazatelj o ravni obravnave bolečine v družbi je tudi kakovost oskrbe umirajočih in njihovih svojcev, ki vsekakor

doživljajo največ bolečin. Mlada veja medicine imenovana paliativna oskrba nudi potrebno medicinsko, psihosocialno in duhovno podporo težko bolnemu in njegovim svojcem, ko ni več možno ozdravljenje. Najbolj moteč simptom v tem obdobju pa je za večino huda bolečina, ki je pogosto ne le telesna, temveč tudi psihosocialna in duhovna.

Kako razvita je pri nas paliativna oskrba, ki posredno kaže tudi na raven zdravljenja bolečin v družbi? Pravega paliativnega oddelka v naših bolnišnicah še nimamo, le na Onkološkem inštitutu v Ljubljani je v snovanju delovna skupina za paliativno oskrbo. Prav zaradi tega se Slovenci na mednarodnih srečanjih, kjer se primerjajo številke postelj v paliativnih oddelkih in hospicnih na število vseh postelj v bolnišnicah, ne moremo enakovredno pogovarjati o svojih izkušnjah in spoznanjih v paliativni oskrbi. Paliativni oddelki so ustanovljeni v večjih bolnišnicah po vsej zahodni Evropi in celo v nekaterih deželah vzhodne Evrope (Madžarska, Poljska, Romunija, Hrvaška...). Pa ne gre za primerjanje z drugimi, gre za boleče dejstvo, da tistih, ki se pogosto srečujejo z umiranjem na svojih oddelkih ali ambulantah, pa naj bo to katerakoli veja medicine, še ni doseglo znanje, zavest in občutek potrebnosti za posebno obravnavo potreb umirajočih in njihovih svojcev, da bi posvetili svojo pozornost, učenje in vpliv na oblikovanje paliativnih oddelkov s prilagojenimi standardi. Vsekakor je potreben velik obrat v razmišljanju, vrednotenju dela in poslanstva zdravstvenih delavcev, saj velikokrat vidimo umiranje bolnikov kot znak svoje ranljivosti v sicer zelo mogočnem občutku biti sposoben bolnike ozdraviti. Delo z umirajočimi in njihovimi svojci lahko popolnoma spremeni motivacijo in vrednostni sistem v delovanju zdravstvenih delavcev in strokovnjakov drugih disciplin in prinese osebnostni razvoj in nova spoznanja z več zadovoljstva za delo z bolniki in sodelavci. Pionirsko mesto v razvoju paliativne oskrbe v Sloveniji ima Slovensko društvo hospic.

Kdo je kriv za slabo obravnavo bolečine

Na javnem forumu so se nadaljevale polemike o krivdi v zdravstvenem sistemu, v financiranju, zavarovalništvu, pri izobraževanju in pri zdravnikih samih. Nato je prof. Aleksander Manohin, predstojnik Katedre za anesteziologijo pri Medicinski fakulteti v

Ljubljani predstavil dejavnosti iniciativne skupine za pouk o bolečini v vseh letnikih medicinskega študija, razloge za to in težave v miselnosti. Po mnenju prof. Manohina je predvsem nesprejemljiva pogosta ugotovitev, da je bolečina slabo obravnavana zato, ker je premalo specialistov algologov (specializiranih anesteziologov, ki jim pri nas še ni priznana dodatna usposobitev). Bolečina je tako splošen simptom, da bi jo v osnovah zdravljenja moral obvladati vsak zdravnik in ni dopustna naravnost, da mora bolnik k specialistu, temveč mora priti k bolniku, ki ga hudo boli, katerikoli zdravnik. Bolečina je tako znana vsakomur in se zdi neverjetno, da je tako spregledana v izobraževanju ne le v medicini, ampak tudi v zdravstveni negi in socialnem varstvu.

In ali je samo učenje o bolečini dovolj, je bilo vprašanje v predstavitvi Urške Lunder, dr. med., iz Zavoda za razvoj paliativne oskrbe v Ljubljani. Po nekaterih študijah v Ameriki poteka ozaveščanje študentov med študijem medicine v procesu, ki mu posvečamo premalo pozornosti. Iz ugotovitve, da si študentje slabše zapomnijo podatke o preprostih dejstvih (indikacije in načini predpisovanja nekega zdravila, npr. morfija) in bolje klinično pomembne nevarnosti (npr.: stranski učinek prevelike doze: zastoj dihanja), sledi, da nato zdravniki predvsem pomnijo in gradijo strahove ob nevarnostih, ki jih odvrčajo od suverenega predpisovanja nujno potrebnih zdravil. Na zdravnikove poglede in odločitve v lajšanju bolečine močno vpliva tudi njegova osebnost, ki se gradi v družbi in je torej odsev ozaveščenosti vse družbe.

Že prav vroča je postala polemika o krivdi zdravnikov za premajhno znanje na področju zdravljenja hude bolečine in o slabi ozaveščenosti, ko gre za posluš za bolnikove težave.

Bolečina ob umiranju

Patronažna višja medicinska sestra Marica Jamšek, iz Zdravstvenega doma Ajdovščina, je prinesla s svojo predstavitvijo obiskov na domu umirajoče bolnice popolnoma novo razsežnost v razumevanju hude bolečine. Njena iskrena pripoved o doživljanju in spoznanjih ob bolnici, ko ji je nudila zdravstveno nego na domu, je bila izbrana in tako prepričljiva, da je požela priznanje vsega občinstva. Lirična skladba godalnega tria dr. Cerarja je dopolnila doživljanje tistih občutkov, ki jih na javnih mestih pon-

vadi raje zatajimo.

Prof. Onja Grad Tekavčič, klinična psihologinja iz Centra za mentalno zdravje, je v nastalem vzdušju nadaljevala s predstavitvijo psiholoških bolečin pri svojih nenadno umrlega v družini. Tudi te bolečine so lahko zelo hude in pogosto popolnoma onemogočijo normalno delovanje posameznika in predstavljajo hudo trpljenje. Poudarila je ravno nasprotno načelo kot velja za telesno bolečino. Psihološko bolečino pa je nujno dovoliti in jo ne zadrževati in prekrievati z zdravili. Potrebno ji je dati čas, da se razvije in izživi. Pomoč pri takšni bolečini je naše poslušanje, izmenjava z ljudmi s podobnimi stiskami in naše sočutje.

Vemo, da se bolniki s hudimi bolečinami, ki niso učinkovito zdravljene, obračajo tudi na komplementarno medicino. Akupunkturologinja Milena Plut Podvršič, dr. med., je predstavila zdravljenje bolečine z akupunkturo pri dveh bolnikih in nato razložila svoj pogled na delovanje tehnik akupunkturo in ozaveščanja bolnika o njegovi bolečini in o strahovih ob tem.

V razpravah se je nadaljevala tema o pomanjkljivosti pri obravnavi bolečin, predvsem je bilo komentirano slabo delo v skupini. V preteklosti so se zdravnik, patronažna sestra, fizioterapevt in socialni delavec že sestajali, pa so finančni ukrepi to sodelovanje žal prekinili.

Zaključki

Široka tema in neizrečeni komentarji, ki so bili izraženi po forumu, nam nalagajo odgovornost, da nadaljujemo v raziskovanju in predstavljanju obravnave bolečine pri nas, lahko pa zaključimo naslednje:

Imamo:

- majhno število strokovnjakov anesteziologov, ki obvladajo vrhunsko obravnavo bolečine in so pripravljeni vedno svetovati drugim zdravnikom in zdravstvenim delavcem,
- osnovna potrebna zdravila za zdravljenje bolečin,
- strokovne smernice za lajšanje bolečine za zdravnike so v izdelavi,
- organizirani so strokovni seminarji in predavanja o bolečini in zdravljenju,
- podatke o porabi morfinov na prebivalca v Sloveniji, ki kažejo na slabo obravnavo bolečine,
- tradicionalno zakoreninjeno miselnost, da je bolečino treba pač trpeti.

Nimamo:

- povezanega in učinkovitega izobraževanja o obravnavi bolečin v dodiplomskem študiju medicine
- paliativnih oddelkov v okviru bolnišnic oz. postelj v hospicu kot učne modele za učenje o zdravljenju bolečin
- tradicije v delu v delovni skupini
- sodobnih raziskav in statističnih podatkov o problematiki obravnave bolečine v našem prostoru, ki bi se primerjale z izsledki v tujini.

Forum je spodbudil povezovanje in globlji razmislek mnogih udeležencev. Odzivi na to temo se še niso poglobili. Naš glavni cilj spregovoriti o problematiki odkrito s strokovnjaki in javnostjo, je bil dosežen. Raven strokovnosti in ozaveščenosti v medicinski stroki je nedvomno v tesni povezavi z informiranostjo in ozaveščenostjo celotne družbe. V prihodnje nameravamo nadaljevati v organiziranju, povezovanju in informiranju o temah, ki obravnavajo manj zaželeno vidike bolečine, težke bolezni in umiranja. ■

Zdravstveni dom Ljubljana, objavlja prosta delovna mesta

v enoti Center

zdravnika za določen čas (6 mesecev) zdravnika specialista rentgenologa za nedoločen čas

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije.

v enoti Bežigrad

zdravnika specialista oftalmologa za določen čas (18 mesecev) zobozdravnika za določen čas (36 mesecev)

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta (pod prvo alinejo),
- končana Medicinska fakulteta – smer stomatologija (pod drugo alinejo),
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije.

Prijave z dokazili pošljite na naslov:

Zdravstveni dom Ljubljana, Kadrovska služba, Kotnikova 28, 1000 Ljubljana.

Cepiti ali ne cepiti, to bo zdaj vprašanje

Posvetovanju o cepljenju v Sloveniji na rob

Janez Dolenšek

V soboto 17. februarja 2001 je Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja Kliničnega centra Ljubljana v sodelovanju s Sekcijo za kemoterapijo Slovenskega zdravniškega društva in Društvom za svobodo odločanja - SVOOD organizirala Posvetovanje o cepljenju v Sloveniji. Srečanje, ki je bilo odprto za vse zainteresirane starše in zdravnike, je potekalo v veliki predavalnici Medicinske fakultete. Žal je prenekateri izmed 260 sedežev ostal prazen, kljub aktualnosti problematike. Predvsem me je presenetila nekoliko skromnejša udeležba zdravnikov (pediatrov), saj je bilo predstavnikov staršev skoraj več. Posedanje staršev na eni strani predavalnice zdravniške srenje pa na drugi je že pred začetkom nakazovalo rahlo naelektreno scene.

Po kratkih uvodnih besedah prof. dr. M. Čizmana je prvi nastopil dr. Wilhelm Sedlak iz avstrijskega Linza, pediater praktikus na primarni ravni, ki deluje kot koordinator za usklajevanje evropskih imunizacijskih programov. Natančno je predstavil veljavni avstrijski cepilni program. Ob koncu je v nekaj stavkih omenil, kakšne so posledice slabe precepljenosti. Njegova trditev, da v nekaterih ameriških zveznih državah necepljenih otrok ne sprejmejo v šolo oz. vrtec, je sprožila burne odzive in ugovore nekaterih staršev.

Za njim smo poslušali Johannes Loibnerja, dr. med. Gre za zasebnega zdravnika splošne medicine iz avstrijskega Gradca, ki je v nemščini predaval o praktičnih izkušnjah s cepljenjem v Avstriji, strokovnih argumentih proti prisilnemu cepljenju in alternativah. V svoji predstavitvi je navedel, da pri svojem poklicnem delovanju uporablja (tudi) knajpanje, prehrano in homeopatijo. Nasprotuje mnenju, da so nalezljive bolezni izginile zaradi cepljenja. Po njegovem mnenju naj bi bila razlaga o antigensko-protitelesni reakciji kot temelju gotove imunosti proti infektivnim boleznim že davno ovržena. Upad nalezljivih bolezni pripisuje zgolj

spremenjenim življenjskim razmeram: zadostni in uravnoteženi prehrani, ki zagotavlja dobro prehranjenost, preskrbljenosti z oblačili, dobrim bivalnim razmeram, čisti pitni vodi in učinkoviti kanalizaciji ter odsotnosti vojn, socialnih nemirov in naravnih katastrof. Meni, da bi morali zdravniki bolj prisluhniti materam, ki pripovedujejo o posledicah cepljenja, in da so v bistvu prav one pravi strokovnjaki za cepljenje. Poudaril je, da v ambulanti velikokrat ugotavlja, da je otrok po cepljenju zbolel, oslabel in da ima kakršnekoli druge škodljive posledice. Ni pa še videl nikogar, ki bi bil po cepljenju bolj zdrav kot prej.

Mnenje o stališčih dr. Loibnerja naj si vsakdo ustvari sam! Nedvomno pa efekta cepljenja ni moč ocenjevati neposredno po izvedbi, saj gre za dolgoročno usmerjeni preventivni ukrep. Na slednje je bil opozorjen tudi v razpravi.

Dileme staršev ob soočenju z obveznim programom cepljenja je v nekaj stavkih predstavil Aleš Lavrič, dipl. ing., društvo SVOOD. Društvo združuje starše, ki ne želijo slepo cepiti svojih otrok, zaradi bojzani, da bi imelo (sicer z zakonom predpisano) cepljenje zanje lahko hude ali celo usodne posledice. Povod ustanovitve društva in prvi projekt je posvečen, po njihovem tolmačenju popolnoma nedopustni in z neustavnimi zakoni podprti situaciji načrtovanja, preverjanja in izvajanja programa obveznega cepljenja v Sloveniji. Prva cilja društva sta vzpostavitev ravnovesja v dialogu med starši oz. javnostjo in Ministrstvom za zdravstvo ter Inštitutom za varovanje zdravja; in nadalje neposredna vključitev predstavnikov staršev v sistem načrtovanja, izvajanja in kontroliranja programa obveznega cepljenja v Sloveniji. Starši, ki ne želijo cepiti svojih otrok, menijo, da so zaradi te odločitve deležni obsojanja s strani zdravnikov in ostalih zdravstvenih delavcev ter drugih ljudi, ki so prepričani v nespornost cepljenja. S

strani nekaterih pediatrov naj bi bili deležni pritiskov, ko jim le-ti ne izdajajo zdravniških spričeval za vstop v vrtec, čeprav po mnenju članov društva za to nimajo zakonske podlage. Pritisk naj bi se vršil tudi preko okrepljenega nadzora precepljenosti po vrtcih, ki jih izvaja Zdravstveni inšpektorat pri Ministrstvu za zdravstvo. Nekateri starši, ki odklanjajo cepljenje, so zaradi tega že v upravnem postopku. Grozijo jim z denarnimi kaznimi dokler ne privedejo otrok na cepljenje. Na odločbe občinskih inšpektoratov se pritožijo. Pritožbe obravnava (in zavrne) Ministrstvo za zdravstvo.

Bralec, ki želi izvedeti več podatkov in obširnejša stališča društva SVOOD si lahko ogleda njihovo spletno stran <http://www.kidpina.si/čsvod/>. Sam menim, da je pohvalno, da se starši, združeni v SVOOD, zavzemajo za odprt dialog o cepljenju s pristojnimi vladnimi ustanovami. Tudi težnja po vključitvi predstavnikov staršev v sistem načrtovanja in nadzorovanja programa obveznega cepljenja v Sloveniji, se zdi na mestu. Ne smemo pa pozabiti, da SVOOD združuje zelo majhen delež slovenskih staršev z precej skrajnimi stališči, zato je v razpravo potrebno pritegniti tudi predstavnike ostalih staršev, ki so v večini. Njihova stališča pa so (verjetno) bistveno drugačna.

Mag. Karin Rižner, dipl. biol., društvo SVOOD, je nastopala z obsežnejšim predavanjem z naslovom Strokovni vidiki pomslekov programa obveznega cepljenja. Rdeča nit njenega predavanja je izhajala iz predpostavke, da cepiva niso dovolj učinkovita ter dovolj varna. Trdi, da v medicinski literaturi kar mrgoli podatkov o tem, da ima cepljenje v resnici nasprotni učinek od tistega, ki mu ga pripisujejo. Nadalje navaja, da cepiva, ki prihajajo v uporabo, niso preizkušena na ljudeh, ampak le na živalih in da nobeno cepivo ni preizkušeno glede karcinogenosti, mutagenosti in teratogenosti ter da proizvajalci cepiv najprej preizkusijo uč-

nek cepiva na manjši skupini otrok, ki jih opazujejo običajno le 48 ur.

Cepljenje naj bi bilo nevarno še iz več drugih razlogov:

- zaradi neposrednega vnosa cepiv in s tem mikroorganizmov v kri (preko podkožja ali v mišice), naj bi se mikrobi tako izognili prvi obrambni liniji (koža, sluznice),
- zaradi vbrizgavanja tujih beljakovin, ki ostajajo v sledeh v cepivu, kot posledica pridobivanja cepiv. Slednje naj bi poleg nevarnosti hudih alergičnih reakcij neposredno po uporabi cepiva morda vplivalo tudi na nastanek avtoimunih bolezni (npr. multipla skleroza),
- zaradi cepivom dodanih toksičnih spojin (adjuvansi, konzervansi, emulgatorji, antibiotiki): npr. tiomersal (derivat živega srebra), formaldehid, aluminijev hidroksid.

Med (takojšnje) kratkoročne reakcije oz. posledice cepljenja prišteva tudi nenadno nepričakovano smrt dojenčka (NNSD). Neodvisne raziskave naj bi kazale, da po cepljenju DTP (davica, tetanus, oslovski kašelj) ostal trajno poškodovan kar 1 otrok na 300 cepljenih.

Najbolj drzna trditev mag. Rižnar pa je, da statistični podatki kažejo, da cepiva pri iztrebljanju nevarnih nalezljivih bolezni niso imela praktično nobene vloge. Obolenost in smrtnost zaradi otroških nalezljivih bolezni naj bi se zmanjševala bolj ali manj le zaradi izboljševanja življenjskih razmer. To je nazorno podkrepila tudi z grafikonom, ki naj ne bi potreboval komentarja in si ga lahko po želji ogledate na <http://www.kidpina.si/čsvod/tszgodbe.html>.

Vendarle se človek le vpraša, kako je mogoče, da v Sloveniji vsako leto znova med otroki razsajajo vodene koze (norice), saj bi po zgoraj navedeni teoriji morale že skoraj ali povsem izginiti!

V drugem delu predavanja je na primeru cepljenja proti hepatitisu B na svojevrsten način "dokazala", da naj bi bilo cepljenje nesmiselno in nepotrebno. Izvajanja ne bom komentiral. Ne morem pa mimo tega, da ne bi kratko komentiral vsaj treh navedenih dejstev:

- Strokovna literatura navaja vsaj tisočkrat manjšo pogostnost trajne poškodovanosti otrok po cepljenju DTP od zgoraj navedene, (1/ 310.000 cepljenih ali še redkeje).
- V The New England Journal of Medicine sta bila 1. 2. 2001 objavljena članka, (N

Engl J Med 2001; 344:327-32.) in (N Engl J Med 2001;344:319-26.), ki ne potrjujejo vpliva cepljenja na nastanek in potek multiple skleroze.

- Kljub sugestijam, da naj bi cepljenje DTP celo izzvalo nekatere nenadne nepričakovane smrti dojenčkov (1), kasnejši epidemiološki podatki tega niso potrdili (2). Z zadnjim se skladajo tudi izsledki ene največjih svetovnih študij o NNSD s 745 primeri nenadne smrti in 2.145 kontrolnimi otroki (ECAS; evropska dogovorjena akcija o nenadni nepričakovani smrti dojenčka; 1992-1996), v kateri je sodelovala tudi Slovenija. V naši raziskavi nedavno cepljenje ni bilo dejavnik tveganja za nastanek NNSD (3).

Breda Zakotnik, dr. med., iz Klinike za infekcijske bolezni je v jasnem in preglednem predavanju ponovila in obrazložila osnovne razloge za cepljenje. Podala je tudi pregled incidence posameznih nalezljivih bolezni v Sloveniji v zadnjih letih ter rezultate ankete o cepljenju izvedene v nekaj ljubljanskih otroških dispanzerjih. Iz nje je bilo razvidno, da visok odstotek anketiranih staršev meni, da je cepljenje pri otrocih upravičeno in potrebno.

Mag. Marko Pokorn, dr. med., iz Klinike za infekcijske bolezni je v zanimivem prispevku Cepljenje in internet, ki je združeval neposreden prikaz številnih spletnih strani, poudaril, da na spletu najdemo tako zagovornike kot nasprotnike cepljenja. Na spletni strani društva SVOOD (spletni naslov je že naveden zgoraj) si lahko pomisleke proti cepljenju vsakdo prebere v slovenskem jeziku. "Pravoverni stališča" si lahko zdravniki, kot tudi laiki izdatno utrdimo na spletnih straneh Ameriške akademije za pediatrijo, (American Academy of Pediatrics, <http://www.aap.org>). Dokaj objektivno pa ob plati medalje prikazuje The National Vaccine Information Center, <http://www.909shot.com>. Kot zadnji predavatelj je nastopil mag. Matvez Krivic, univ. dipl. iur., nekdanji ustavni sodnik. Naslov njegovega prispevka je bil Pravna podlaga obveznosti cepljenja; vendar o tem pravzaprav sploh ni govoril; glede na naslov predavanja sem si sam (in verjetno še marsikdo) predstavljal, da bo priznani pravni strokovnjak pač nepristransko prikazal argumente, ki podpirajo zakonsko ureditev cepljenja, kot tudi argumente proti... V uvodnem nagovoru je poudaril, da bi po njegovem mnenju znanost morala proizvesti dvom, ne pa dokončnih odgovorov,

ki razbremenijo ljudi, da jim ni treba razmišljati. Mimogrede pa navrgel, da smo tako zdravniki kot pravniki v neljubi situaciji, saj se tako na medicino kot na prvo "vsakdo spozna". Začetek je bil torej zanimiv, skoraj simpatično obetaven. Nato je povedal, da se ga je polemika o obveznosti cepljenja dotaknila pred nekaj leti, ko se je s tem v zvezi nanj pismeno obrnila neka gospa. Takrat je bil o pravilnosti z zakonom urejenega cepljenja še prepričan. Nato pa naj bi se v stvar poglobil. Elegantno je nizal misel za mislijo in postopno izpeljal sklep, da je zakonsko podprta obveznost cepljenja pravzaprav neupravičena. Pri tem se je seveda skliceval na ustavo (npr. načelo sorazmernosti v 15. členu ustave...). Nenadoma je pričel govoriti v prvi osebi ednine: "... imamo pa še en argument, katerega pa tukaj seveda ne bom povedal, in na podlagi katerega BOMO PRED USTAVNIM SODIŠČEM ZMAGALI". Šele takrat je marsikom izmed nas postalo jasno, kakšno strategijo in cilj pravzaprav ima SVOOD. Iz navedenega bi bilo moč zaključiti, da je g. Krivic pravzaprav pravni svetovalec oz. morda celo zastopnik društva SVOOD, čeprav se ni predstavil na tak način.

Povzetek, kako naj bi tekla razprava na sodišču, je zvenel v smislu: "Mi bomo sprševali, vi (predstavniki zdravstva) pa se boste zagovarjali oz. dokazovali učinkovitost in varnost cepljenja." In še: "Če se bo kasneje, ko cepljenje ne bo več obvezno, izkazalo da so zaradi tega nastopile resnejše težave, pa bo država spet lahko kaj ukrenila".

Vendar nas je življenje že poučilo, kaj se (lahko) zgodi v primeru preslabe precepljenosti. Dovolj je, če se ozremo po Sloveniji. Zaradi večjega števila slabo precepljenih (neprecepljenih) begunskih otrok iz Bosne so med njihovim bivanjem na Dolenjskem (leta 1995) med njimi izbruhnile ošpice!

Okrogle mize ob koncu so se udeležili tudi člani komisije za medicinsko etiko žal pa ni bilo drugih vabljenih predstavnikov Ministrstva za zdravstvo RS, kot tudi ne predstavnikov Inštituta za varovanje zdravja RS.

V sklopu okrogle mize je imunolog prof. dr. V. Kotnik pokazal kratko serijo diapositivov s posnetki pacientov s hudimi oblikami nalezljivih bolezni. Vendar se mi je glede na odziv publike zdelo, da na nasprotnike cepljenja, tudi nekatere pretresljive fotografije niso naredile ravno močnega vtisa. Človek pač ne menja zlahka svojega prepričanja. Prof. Kotnik je med bivanjem v ZDA na

primeru lastne hčerke doživel, kako restriktivni so tam v zvezi s cepljenjem. Ker niso imeli potrdila, da je bila deklica v Sloveniji cepljena proti ošpicam, so jo morali cepiti tam še enkrat, da je lahko naprej obiskovala pouk. (V ZDA je cepljenje v vseh zveznih državah obvezno.)

Doc. dr. B. Voljč je poudaril, da sicer razume samozavest mag. M. Krivica, v zvezi z morebitnim postopkom pred ustavnim sodiščem, saj slednji dobro pozna njegove mehanizme. Vendar pa ne pozabimo, da na vloženi dolar v javnem zdravstvu največ dobimo s cepljenjem.

Med burnimi odzivi iz publike omenjam le nekatere:

Izkušena starejša pediaterka je povedala, da se ne more znebiti vtisa, da starši, ki ne želijo cepiti svojih otrok pač nočejo tvegati minimalnih možnosti komplikacij na račun sicer cepljenih otrok, ki bodo ob zadostnem odstotku precepljenosti indirektno ščitili pred nalezljivimi boleznimi tudi necepljene. Podobno mišljenje je imel še marsikdo v dvorani. Izjava, da je pediater vendar otrokov "advokat", (ki jo marsikdaj slišimo na raznih pe-

diatričnih srečanjih), pa je sodu izbila dno. Mag. Krivic je nedvoumno opredelil, da so otrokov advokat, kar pomeni zastopnik, lahko le njegovi starši, nikoli pa zdravnik.

Med publiko je bil tudi znani slovenski zdravilec, ki je poudaril nujnost, da je do takšnega sestanka vendarle prišlo, saj je potrebno omogočiti razpravo o aktualnih problemih, ne pa medicino držati med štirimi belimi stenami.

Presunljiva je bila izpoved gospe iz publike, da je pri njeni, prej zdravi mali sorodnici (vnukinji) po enem izmed cepljenj prišlo da slabšanja zdravstvenega stanja, ki se je končalo s prizadetostjo, za katero je vsa družina prepričana, da je posledica cepljenja. Seveda ob tako skromnih podatkih ni moč reči česar koli objektivnega, saj ne vemo, ali so bili drugi možni vzroki za otrokovo stanje že izključeni. Lahko pa razumemo stisko takšne družine.

Prof. dr. M. Čižman je ob koncu zaključil, da si bomo morali zdravstveni delavci vnaprej bolj prizadevati za zadostno prosvetljenost staršev v zvezi s cepljenji, saj bomo le tako v Sloveniji zadržali visok odstotek

precepljenosti prebivalstva, ne glede na to, ali morda v prihodnosti cepljenje otrok pri nas ne bo več predpisano z zakonom.

Aktualnosti posvetovanja nista spregledala oba najpomembnejša slovenska TV medija in zadevo še toplo objavila v večernih poročilih.

Menim, da bomo razprave na temo cepljenje da ali ne, v bližnji prihodnosti spremljali še večkrat, nekateri pa se bodo z njimi (še bolj) spopadali pri vsakdanjem delu s pacienti.

Ali je (bo) svobodna odločitev o cepljenju svojega otroka za laika lahka? ■

Literatura:

1. Baraff LJ, Ablon WJ, Weiss RC., Possible temporal association between diphtheria-tetanus toxoid-pertussis vaccination and sudden infant death syndrome. *Pediatr Infect Dis* 1983; 2: 7- 11.
2. Hoffman HS, Hunter JC, Damus K, et al., Diphtheria-tetanus-pertussis immunization and sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 1987; 79: 598- 611.
3. Dolenssek J.: Dejavniki tveganja za nastanek nenadne nepričakovane smrti dojenčkov.

Magistrsko delo. Ljubljana, 1999: 45

Posvetovanje o cepljenju v Sloveniji

Breda Zakotnik

Teden dni je minil od posvetovanja do dne, ko sem sedla k temu pisanju. Upam, da je to dovolj, da so se nekoliko polegli vtisi, ki so me prevevali ob zaključku samega posvetovanja in da bo moje poročanje objektivno.

Zakaj posvetovanje?

V zadnjih nekaj letih so bili članki o nepotrebnosti in celo škodljivosti cepljenja kar pogosto objavljani celo v resnih dnevnih časopisih z visoko naklado in to celo v rubrikah, namenjenih znanosti in razvoju. Iz od-

govorov strokovnjakov na te članke pa so se v rubrikah, namenjenih pismom bralcev, razvile resne polemike, ki zaradi vztrajnosti nasprotnikov cepljenja nikakor niso prenehale. V želji, da bi vzpostavili tvoren dialog, smo se na Kliniki za infektivne bolezni in vročinska stanja odločili organizirati "dan odprtih vrat", na katerem bi enakovredno sodelovali zagovorniki in nasprotniki cepljenja.

Sodelujoči

Večino organizacijskih obveznosti za pri-

pravo posvetovanja sta v imenu Infekcijske klinike in Sekcije za kemoterapijo SZD prevzela prof.dr. Milan Čižman in mag. Marko Pokorn. Starši nasprotniki cepljenja povezani v Društvo za svobodo odločanja (SVOOD) so soodločali pri sestavljanju programa. Na posvetovanje so bili vabljeni in se ga tudi udeležili predstavniki Pediatrične klinike, člani Komisije za medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravstvo, udeležili so se ga tudi številni zdravniki, zlasti pediatri, ki se s cepljenjem ukvarjajo v vsakodnevni praksi in pravnik mag. Krivic. Kljub vabilu se srečanja ni udeležil nihče iz Inštituta za

varovanje zdravja RS, opravičili pa so se predstavniki Ministrstva za zdravstvo in Inštituta za pljučne bolezni Golnik.

Posvetovanje, ki je potekalo 17. 2. 2001, je bilo odprto za javnost, vabila in program pa so bila objavljena v časopisu in na radiu.

Program

Po uvodnih besedah, v katerih je povzel razloge za organizacijo posveta, je moderator prof. dr. Čizman napovedal prvega predavatelja, ki se je odzval na povabilo Infekcijske klinike, dr. Wilhelma Sedlaka, specialista pediatrije, iz Linza v Avstriji.

W. Sedlak, dr. med.: Austrian immunisation programme 2001 - compared to the European and WHO recommendations (Avstrijski program imunizacije 2001 - v primerjavi z evropskimi priporočili in priporočili SZO)

Dr. Sedlak je član komisije za cepljenje v Avstriji in član komiteja za usklajevanje cepljenj v Evropi v sklopu CESP (Konfederacija evropskih specialistov pediatrov). V skladu z naslovom svojega predavanja je predstavil cilje SZO, med katerimi je najvidnejši izkoreninjenje otroške paralize v naslednjih 5 letih in priporočilo SZO, katera cepljenja naj bi bila dostopna vsem otrokom. Predstavil je avstrijski cepilni program in poudaril, da od letos dalje uporabljajo heksavalentno cepivo (di-te-aper-Hib-IPV-hep-B), bazično cepljenje proti otroški paralizi izvajajo izključno z inaktiviranim polio cepivom (IPV), pokazal pa je tudi primerjavo s cepilnimi programi drugih držav EU. Razlike so majhne, ponekod začno cepljenje po dopolnjenem drugem, drugje tretjem mesecu starosti, ponekod izvajajo osnovno cepljenje di-te-aper in Hib z dvema, drugod s tremi odmerki, BCG večinoma ne cepijo, različno uporabljajo OPV ali IPV, hepatitis B cepijo ponekod le skupine z večjim tveganjem za okužbo, drugod pa vse otroke. Tako med predavanjem kot tudi kasneje med razgovorom ob okrogli mizi je dr. Sedlak povedal, da so, kot mu je znano, v državah EU cepljenja večinoma priporočena in ne obvezna, in da ni zakonskih prepovedi za vpis necepljenih otrok v šolo ali vrtec, vendar pa je možno, da šola ali vrtec necepljenega otroka kljub temu odkloni. Prikazal je tudi precepljenost otrok v posameznih državah EU, ki je po statističnih podatkih zgledno visoka (prek 90 odstot-

kov, ponekod tudi prek 95 odstotkov).

Johannes Loibner, dr. med.: Erfahrungen mit dem Impfen in Österreich in der Praxis und Argumente der Fachleute gegen das Zwangsimpfen; Impfalternativen. (Izkušnje s cepljenjem v Avstriji v praksi in argumenti strokovnjakov proti obveznemu cepljenju; alternative cepljenju.)

Drugega predavatelja, zdravnika splošne prakse, dr. Loibnerja iz Gradca v Avstriji, je povabilo društvo SVOOD. Ker je predavanje potekalo v nemščini, so člani društva poskrbeli za pisni prevod predavanja, ki je bil na voljo že pred pričetkom predavanja. Dr. Loibner, ki se ukvarja z naravnim zdravilstvom, se zavzema za utrditev imunskega sistema po naravni poti in "teorijo o antigen-sko-protitelesni reakciji, na kateri naj bi temeljila zaščita po cepljenju" zavrača kot "hipotezo, ki je že davno zastarela in ovržena". Meni, da se je "upad nalezljivih bolezni začel že davno pred uvedbo cepljenja" in da gre zasluga zanj "spremenjenim življenjskim razmeram: zadostni in uravnoteženi prehrani, preskrbljenosti z oblačili, človeku vrednim bivanjem, čisti pitni vodi in učinkoviti kanalizaciji". Poudaril je tudi pomen socialnega miru, "ko se med ljudmi razširijo strah, resignacija in brezizhodnost, nevarnost nalezljivih bolezni namreč zelo poraste". Zatrnil je, da "še nikoli ni od kake mame slišal, da bi bil njen otrok po cepljenju bolj zdrav kot prej, velikokrat pa ugotavlja, da je otrok po cepljenju zbolel, oslabil in da ima kakršnekoli škodljive posledice". Dr. Loibner meni, da "ima na izobraževanje zdravnikov trenutno velik vpliv industrija" in da propaganda za cepljenje "pri ljudeh nameno ma zbujata paniko, tako da bi jih prisilili k cepljenju" in da si "pod takimi pritiski le peščica ljudi drzne nasprotovati splošnemu prepričanju in se izogiba cepljenju svojih otrok". Zaključil je s trditvijo, da "obveznega cepljenja ne moremo utemeljevati z aktualnostjo nalezljivih bolezni, niti ne moremo trditi, da jih je cepljenje sposobno preprečiti".

Breda Zakotnik, dr. med.: Razlogi za cepljenje

Kratkih 15 minut sem imela na razpolago, da večinoma drugače mislečim razložim pomen cepljenja v zaščiti pred nalezljivimi boleznimi. Na začetku sem poudarila, da je prvi cilj cepljenja zaščita posameznika pred nalezljivo boleznijo, da pa nas dobra precep-

ljenost privede tudi do drugega cilja - preprečevanja širjenja nalezljivih bolezni in v nekaterih primerih tudi do tretjega cilja - izkoreninjenja nalezljive bolezni. Prikazala sem, kako se je spremenila pojavnost nalezljivih bolezni v Sloveniji po uvedbi cepljenja in opozorila, da nas trenutna odsotnost nekaterih bolezni ne sme zavesti, saj nas izkušnje iz drugih evropskih držav učijo, da se ob upadu precepljenosti, te iste bolezni ponovno pojavijo (davica, otroška paraliza, ošpi-ce, oslovski kašelj). Omenila sem tudi, da nam zaščito pred boleznijo omogoča specifična imunost, ki jo lahko pridobimo le s prebolevanjem bolezni po naravni poti ali s cepljenjem in kakšne so prednosti cepljenja pred prebolevanjem ter da so sodobna cepiva varna in učinkovita. Pa vendar so kasneje med razgovorom ob okrogli mizi nasprotniki cepljenja neprestano ponavljali, da ne želijo svojih otrok izpostaviti škodljivemu cepljenju zgolj zato, da bi s tem omogočili zaščito pred boleznimi tistim, ki ne morejo biti cepljeni in, da je nesmiselno cepiti otroke pred boleznimi, ki jih v populaciji ni.

Aleš Lavrič, dipl. ing.: Dileme staršev ob soočenju z obveznim programom cepljenja

Ing. Lavrič se je zahvalil organizatorjem za posvetovanje, na katerem imajo člani društva SVOOD možnost, da lahko izrazijo svoje pomisleke v zvezi s cepljenjem. Poudaril je predvsem, da je njihova želja, da cepljenje ne bi bilo prisila, pač pa naj bi starši sodelovali pri odločanju o cepljenju svojega otroka. Ob tem pa je omenil, da si na splošno želijo več razgovora z zdravnikom, pred samim cepljenjem pa si želijo predvsem več in bolj objektivnih pojasnil v zvezi z možnimi stranskimi učinki cepljenja.

Mag. Karin Rižner, dipl. biol.: Strokovni vidiki pomislekov programa obveznega cepljenja

Pričakovali smo, da nas bo mag. Rižner, ki je znana po tem, da v časopisih nastopa kot borka proti cepljenju, svoje trditve pa podkrepi s članki, ki temeljijo na domnevah in nedokazanih trditvah, presenetila. In res. Čeprav je mag. Rižner sama izbrala naslov svojega predavanja, je vsebina povsem odstopala od naslova. Bolj ustrezen naslov bi bil "slabosti cepiva engerix B". Za uvod je povedala, da je prebrala ure in ure v medicinski knjižnici in zbrala gore gradiva, s seboj je kot dokaz prinesla obsežen register in zajeten šop prosojnic. Predstavila je vse sesta-

vine cepiva engerix B in poudarila zlasti škodljive učinke tiomersala, aluminijevega hidroksida in beljakovin kvasovk, pozabila pa je povedati, v kakšnih količinah so te snovi v cepivu prisotne. Navajala je namreč znake intoksikacij. Posebno pozornost je namenila zlasti naštevanju stranskih učinkov cepiva, med katerimi so se znašli tudi "sistemski lupus eritematodes in podobni simptomi" in "različni vaskulitisi" ter še številna avtoimuna in druga obolenja, za katerih pojav pravi vzroki še vedno niso znani.

Ničesar pa mag. Rižner ni povedala o bolezni, hepatitisu B, ki ga cepivo preprečuje, poudarila je le, da ta bolezen ni tako huda, kot jo prikazujejo zdravniki, da je pri nas zelo redka in, da bolnikov v otroškem obdobju pri nas ni. S slednjimi trditvami pa se vsaj tisti, ki delamo na Infekcijski kliniki, ne strinjamo. Zamolčala je tudi, da navedeni epidemiološki podatki izvirajo že iz obdobja, ko se je pri nas že nekaj let izvajalo cepljenje skupin z večjim tveganjem in se je zaradi tega pojavnost bolezni že zmanjšala.

Kot se je izkazalo kasneje med razpravo, so mnogi kolegi to predavanje doživeli kot manipulacijo. Vsi, ki delamo v medicini se namreč zavedamo, da v medicini skoraj ni postopkov ali načinov, ki bi bili povsem brez neželenih stranskih učinkov. Vedno se trudimo delati tisto, kar za bolnika predstavlja manjšo škodo. Zavedamo pa se, da tudi opustitev nečesa lahko pomeni škodo. In prav to velja za cepljenje.

Mag. Marko Pokorn, dr. med.: Cepljenje in internet

Mag. Pokorn je neposredno pokazal, kako lahko dostopne so različne informacije s pomočjo interneta, ki pa so žal tudi povsem neselekcionirane in je torej stvar uporabnika, da sam presodi o njihovi dejanski vrednosti. Odkril je več spletnih strani, ki ponujajo povsem usmerjene informacije tistim, ki želijo zvedeti karkoli slabega o cepljenju. Seveda take informacije lahko nepoznavalca hitro prestrašijo in zavedejo.

Mag. Matevž Krivic, uni. dipl. iur.: Pravna podlaga obveznosti cepljenja

Mag. Krivic je v uvodu prebral pismo, ki ga je poslal članici društva SVOOD, ko ga je le-ta povabila, da bi sodeloval na posvetovanju. Iz pisma je bilo razvidno, da je tedaj menil, da obveznost cepljenja ni v neskladju z ustavo in človekovimi pravicami, ker je v tem primeru interes družbe pred intere-

som posameznika. Kasneje so ga člani društva "podučili o škodljivosti cepljenja", zato je, kot je povedal sam, svoje mnenje povsem spremenil. V zaključku je omenil, da je sprememba zakona nujna in zatrdil, da se bo sam potrudil, da bodo spremembo dosegli po najkrajši možni poti. Zatrdil je tudi, da bomo zdravniki morali zelo dobro dokazati, če je cepljenje res koristno in sploh potrebno. Med razgovorom ob okrogli mizi je celo zagotovil, da bo sam osebno prevzel odgovornost, če bo ob upadu cepljenja prišlo ponovno do pojava nalezljivih bolezni in, da bomo s tem navsezadnje imeli argument, da je cepljenje pač potrebno. Presenetilo me je, s kakšno lahkoto je mag. Krivic "prevzel odgovornost", očitno se ni zavedal, da to pomeni odgovornost za ljudi, ki bodo zboleli, imeli posledice ali celo umrli. Domnevam, da je mag. Krivic svoje mnenje oblikoval pod prevelikim vplivom tistih članov društva SVOOD, ki se trudijo za popolno razvrednotenje cepljenja.

Okrogla miza

Razprava ob okrogli mizi je bila zelo živahna. Oglašali so se zdravniki z dolgoletnimi izkušnjami s cepljenjem in starši, ki cepljenju pripisujejo krivdo za nekatere bolezni in težave svojih otrok. Z lepimi fotografijami nekaterih nalezljivih bolezni je prof. Kotnik želel opozoriti na to, kako izgledajo bolezni, ki jih preprečujemo s cepljenjem, žal pa je publika to označila kot "tipično zastraševanje s strani zdravnikov".

Da ne bi izzvenelo, da prisotni starši predstavljajo mnenje vseh slovenskih staršev, smo predstavili rezultate pilotske ankete, ki smo jo opravili v 3 tednih pred posvetovanjem. Zajeli smo 178 staršev otrok, ki so v tem času obiskali urgentno ali specialistično ambulanto Infekcijske klinike ali ambulanto Otroškega dispanzerja Moste. Nad 95 odstotkov sodelujočih je imelo dobre izkušnje s cepljenjem, 96 odstotkov je menilo, da je cepljenje pomembno za zdravje njihovega otroka, 89 odstotkov je mnenja, da je potrebno, da je cepljenje obvezno, 88 odstotkov pa bi svojega otroka cepilo tudi, če cepljenje ne bi bilo obvezno. Večina dobi informacije o cepljenju pri zdravniku, 37 odstotkov staršev pa je menilo, da bi bile le-te lahko bolj izčrpne.

Zaključek

Ob koncu srečanja ni bilo jasno, kakšen

je dejanski cilj društva SVOOD, je to le sprememba zakona o obveznem cepljenju ali popolno razvrednotenje oz. ukinitvev cepljenja.

Dokazano je, da je cepljenje brez dvoma koristno in učinkovito. Izkušnje iz drugih držav kažejo, da je možno visoko precepljenost doseči tudi s priporočenim in ne zgolj z obveznim cepljenjem.

Prisotni zdravniki pa smo se ob izteku tega posvetovanja zavedli, da bo ob morebitni spremembi zakona o obveznem cepljenju potrebno zelo veliko pozornosti posvetiti dodatnemu izobraževanju zdravstvenih delavcev in ponovnem osveščanju prebivalstva o pomenu cepljenja, da se pri nas ne bi ponovile tudi negativne izkušnje iz nekaterih evropskih držav. ■



Zdravniki proti tobaku

Poročilo in priporočila TCRC

Tomaž Čakš

V okviru sestanka EFMA (European Forum of Medical Associations), ki je potekal 8. in 9. marca tega leta v Hotelu Lev v Ljubljani, je bil tudi sestanek TCRC (Tobacco Control Resource Centre) in sem se ga podpisani udeležil kot predstavnik Zdravniške zbornice Slovenije. Vodil ga je Sir Alexandre Macara, predstavnik BMA (British Medical Association) kot predsednik "Tobacco Action Group" pri EFMA. Na tem srečanju je dr. Vivienne Nathanson iz BMA poročala o dosedanjem in prihodnjem financiranju. Pregledane so bile tudi dejavnosti, predvsem raziskave med posameznimi društvi. Sir Alexandre Macara je predal vodenje delovne skupine dr. Klasu Winellu s Finske. Slednji je poudaril, da naj vse članice organizacije EFMA pripravijo raziskavo med svojimi člani in da naj predstavijo rezultate na Forumu leta 2003. Glede na ugotovitve, da zdravniki lahko začnejo kaditi še kot študentje, je potrebno posvetiti posebno pozornost izobraževanju o tobaku na medicinskih fakultetah. Poudaril je potrebo po nacionalnih in mednarodnih smernicah o prenehanju kajenja in zdravljenju odvisnosti od tobaka ter potrebo po tem, da je vse na osnovi znanstvenih raziskav.

Kdo in kaj je TCRC? TCRC deluje v sodelovanju z nacionalnimi zdravniškimi društvi in zvezami in jih podpira pri njihovem trudu pomagati pacientom, pri poučevanju njihovih članov in informiranju javnosti o tveganju zaradi tobaka.

Ustanovila sta ga EFMA in SZO, financno pa ga podpirata Evropska komisija in Britansko zdravniško društvo (BMA) s svojim programom Evropa proti raku. Podporo dobiva tudi od ostalih zdravniških združenj.

Delo centra je usmerjeno v štiri ključne dejavnosti:

- zbiranje informacij in vzdrževanje informacijske baze o tobaku,
- pripravljanje in objavljanje materialov, ki so posebej načrtovani za evropske zdravnike,
- usklajevanje evropskih študij o kadilskih navadah med zdravniki in pregledovanje protitobačnih dejavnosti članic EFMA,

- organiziranje delavnic za kontrolo tobaka.

Glavnih partnerjev TCRC je šestdeset in to so nacionalna zdravniška združenja iz enainpetdesetih držav, ki so članice Evropske regije SZO.

Čeprav se povezuje predvsem z nacionalnimi zdravniškimi združenji, služi TCRC tudi kot vir posameznim zdravnikom, ki jih zanima kontrola tobaka. Veliko podatkov preko TCRC lahko dobimo na strani www.tobacco-control.org na internetu.

Glavne dejavnosti TCRC

1. Zmanjševanje kajenja

Svetovna zdravstvena organizacija je ocenila zmanjševanje kajenja kot prednostno nalogo pri javnozdravstvenih akcijah v Evropski regiji. Zdravniki imajo enkraten položaj, na katerem lahko pomagajo kadilcem prenehati kaditi. Vse več je dokazov, da so lahko uspešne tudi zelo kratke intervencije med kliničnim pregledom. Zdravnikom se priporoča, da sledijo t. i. programu 4A: vprašati pacienta, ali kadi in to zabeležiti (Ask); dati osebno podprt nasvet, naj kajenje opusti (Advise); pomagati tistim, ki želijo prenehati, vključno s svetovanjem o nikotinski nadomestni terapiji, kjer je to potrebno (Assist); urediti spremljanje teh pacientov (Arrange). Ob tem se tudi razpravlja o učinku različnih oblik nikotinske nadomestne terapije in drugimi oblikami zdravljenja odvisnosti.

Ugotovljeno je, da ima intenzivno svetovanje večji uspeh pri posameznih pacientih, medtem ko v enakem času, uporabljenem za kratko svetovanje velikemu številu pacientov, preneha kaditi večje število kadilcev. Nekatere intervencije so zelo enostavne, na primer: pokazalo se je, da preprosto spraševanje pacientov o njihovih kadilskih navadah lahko zmanjša število tistih, ki nadaljujejo s kajenjem.

TCRC poziva zdravniška združenja, da opogumljajo, pospešujejo in podpirajo izvajanje dokazanih strategij za odvajanje od kajenja v svojih deželah in da poučujejo svoje člane o pomenu zdravnika pri opuščanju kajenja.

2. Raziskave o kajenju med evropskimi zdravniki

Zdravnikove lastne kadilske navade odražajo in vplivajo na njegov odnos do tobaka. Zdravniki, ki kadijo, seveda težje pomagajo svojim pacientom, da bi prenehali kaditi. TCRC se je zato odločil, da bo izvajal periodične raziskave o prevalenci kajenja med zdravniki in tako zbral zanesljive in primerljive podatke v Evropski regiji. Pomembno je izbrati reprezentativen vzorec iz vseh članic in uporabiti pravilno metodo distribucije. Tako TCRC poziva vsa nacionalna združenja, ki še niso opravila raziskav, da to izvedejo in da bi se potem v vseh združenjih raziskave izvajale na tri do pet let. Trenutno so do sedaj dosegljivi podatki iz dvaindvajsetih držav.

3. Kampanja: zdravnikov glas

TCRC je izdala knjigo dr. Davida Simpsona z naslovom "Doctors and Tobacco: Medicine's Big Challenge". V njej nam avtor pregledno predstavlja, kako lahko zdravniki učinkovito delujejo pri kontroli uporabe tobaka. Dr. Simpson prav tako poudarja, da so potrebne akcije nacionalnih zdravniških združenj v boju proti tobaku. To lahko naredijo tudi s svojimi akcijami za zvišanje obdavčitve tobaka in popolne prepovedi oglaševanja tobaka. Pomembno je vzpostaviti učinkovito in močno zakonodajo. **Potencialna učinkovitost kateregakoli ukrepa se najbolje vidi po stopnji upora tobačne industrije - čim bolj učinkoviti bi lahko bili predlagani ukrepi, tem večji je odpor.**

V TCRC posebej opozarjajo na iniciative tobačne industrije, kot je kampanja proti kajenju mladih s strani te industrije. Takim kampanjam se je potrebno upreti. Njihov namen je samo, da bi povečale verodostojnost tobačne industrije in so narejene tako, da kažejo kajenje kot stvar odraslih in ga s tem naredijo še bolj privlačnega za mladostnike, ki želijo delovati zrelo. Tobačna industrija praviloma podpira samo tiste ukrepe za kontrolo tobaka, ki kažejo, da bodo neuspešni.

Posebno pozornost je potrebno posvetiti poročilu svetovne banke z naslovom

“Curbing the Epidemic: The Economics of Tobacco Control”, ki analizira globalne podatke in ugotavlja, da je obdavčenje zelo učinkovito sredstvo za obvladovanje epidemije tobaka in da ima posebno velik vpliv v skupinah z nižjimi prejemki, tako kot je to pri mladih. Povzetek tega poročila se lahko dobi na spletni strani: www.who.int/toh/.

Zdravniki so prvi začeli opozarjati na nevarnost kajenja. Prav tako so bile prve pomembne epidemiološke raziskave in javnozdravstveni ukrepi prav na populaciji zdravnikov (Doll in Peto). Zato je seveda pomembno, da prav zdravniki delujemo dalje in ne zaostajamo za laičnimi pobudami.

Tako so bili podani naslednji predlogi za akcije, ki naj jih v prihodnje izvaja TCRC:

- stalna podpora oblikovanju, izvajanju in analiziranju standardiziranih raziskav o uporabi tobaka med zdravniki,
- delavnica TCRC bi potekala vsako leto ob forumu EFMA,
- nadaljnje (enodnevne) delavnice TCRC bi se izvajale v sodelovanju z lokalnimi sodelavci in bi vključevale predstavnike in/ ali člane iz enega ali več nacionalnih zdravniških društev. TCRC bo pozvala delegate, da razpravljajo o možnih programih in mestih izvajanja delavnic
- razvoj različnih načinov predstavitev in z njimi povezanih materialov za uporabo pri srečanjih zdravnikov in na medicinskih solah
- izobraževati in opogumljati nacionalna medicinska združenja in zdravnike, da prevzamejo svojo vlogo in odgovornost pri zmanjševanju kajenja in zdravljenju odvisnosti od tobaka in zavzemati se za izvajanje t. i. “WHO evidence-based” priporočil za zdravljenje odvisnosti od tobaka,
- priskrbeti znanstveno podprte informacije o tveganju zaradi tobaka, ekonomskih posledicah uporabe tobaka, obdavčenje kot strategija kontrole tobaka in učinkovitost programov z namenom preprečevanja kajenja pri mladih,
- sodelovanje pri prevajanju že obstoječih virov TCRC v druge jezike,
- preko koordinirane kampanje TCRC za delovanje v EU in na mednarodni ravni v podporo tako novi regulaciji kot usklajevanju zakonodaje v EU in pristopnih državah in podpora pri mednarodni okvirni konvenciji za kontrolo tobaka FCTC (Framework Convention on Tobacco Control).

Beneški implantološki karneval

3. svetovni kongres oseointegracije

Benetke, od 21. do 24. februarja 2001

Matija Gorjanc

Preganjanje zime in praznovanje prihajajoče pomladi ima menda v zgodovinski obredij človeških skupnosti častljivo mesto. Zgodovinarji, ki sicer radi omenjajo že antičnorimske Saturnalije, dokumentirano sledijo beneškemu karnevalu do 15. stoletja. V svojih zlatih časih naj bi trajal cela dva meseca, a prišla so tudi leta, ko so Benečanom tuji gospodarji in zadržani voditelji vzeli pravico do veseljačenja. Vendar se zdi, da je motivacija, ki poganja takšne rituale, neuničljiva. Želja po novem, boljšem, svetlejšem najde vedno nove in nove vsebine, oblike in simbole svojega izražanja. Številni sicer menijo, da je edini motiv dandanašnjega pustnega dogajanja v laguni - zelo nesimbolično - čimvečji zaslužek domačinov na račun zabave željnih turistov. No ja... morda. A vsaj letos trditve ni veljala za vse.

Več sto udeležencev tretjega svetovnega kongresa oseointegracije se nas je namreč “zabavalo” na posebni maškaradi, ki se je odvijala na odru in na projekcijskih platnih v znani Palazzo del Cinema beneškega Lida. Se je kongres med karnevalom našemil v festival? Ne, nismo se spraševali, kdo neki se

skriva za imenom tega ali onega predavatelja. Imena, kot so Lindhe, Lang, Cochran, Karring, Salama in Mellonig so bila za takšen ples v maskah namreč povsem neprimerena. Igralci so bili mnogo preveč slavni. Draž karnevala se je skrivala drugje! Zvezdam implantološkega Hollywooda so režiserji dodelili vlogo maskerjev, ki so po projekcijskih platnih vodili sprevod svojega dolgoletnega kliničnega, uredniškega in raziskovalnega



Zgolj maska ali reklama za novo obliko zobnega implantata?
(foto: M. Gorjanc)

dela in nas hudomušno nagovarjali: "Spoštovani avditorij, se za to prečudovito masko zobne krone skriva zob ali implantat?" Hmmm. Soliden scenarij.

Poglejmo vsebino beneškega omnibusa 2001.

Dan pred uradno otvoritvijo kongresa so potekali predkongresni tečaji. Svoj lonček so spretno primaknili glavni pokrovitelji in zasedli štiri dvorane: Podjetje Nobel Biocare, ki kuje titanove cekine s silhueto legendarnega prof. Bränemarka, je predstavilo svoje zadnje kolekcije: zgodnjo in takojšnjo obremenitev (hit zadnjih let) je znanstveno utemeljil prof. Ericsson, pričakovano je bilo nadaljevanje s predstavitvijo zelo domišljene sistema Bränemark Novum™, ki omogoča popolno kirurško-protetično oskrbo brez zobe spodnje čeljusti v osmih urah! Potem pa iz ambulante naravnost v restavracijo (opozorilo: navedba iz prospekta). Vsekakor dobri rezultati prvenstva v dentalni implantologiji in sad velikanskih vlaganj v razvoj.

Nemški Friatec je zakupil dvorano v sosednjem Casinoju. Oder je bil prepuščen slavnemu tandemu Salama Bro's. & Co. iz Atlante (ZDA). "The stage is all yours" (Oder je vaš). Dobesedno: trojna projekcija, živahna računalniška animacija, dobre strokovne reference, originalni in na trenutke kontroverzni pristopi k implantološko-protetično-ortodontskemu zdravljenju; malo Henry, malo Maurice, pa spet Henry, pa spet eeeee - kdo je že za mikrofonom?

Velika dvorana je bila prvi dan teritorij prof. Langa, ki je ob pomoči dveh italijanskih predavateljev zastopal švicarske barve implantološkega sistema ITI iz podjetja Straumann. Strogo, resno, znanstveno.

V kleti palače je prof. Kirsch otvoril predavanja o biomaterialih, namenjenih avgmentacijskim tehnikam, in popoldne nadaljeval kot vodja praktičnega "hands-on" tečaja pri delu z Bio-Gide® membranami in Bio-Oss® granulatom. Nadvse pomembnemu področju v dentalni implantologiji je bilo za botra podjetje Geistlich Biomaterials.

V četrtek je kongres zadihal s polnimi pljuči. Velika dvorana je bila polna do zadnjega sedeža s stopnicami vred. Pokroviteljski pridih predkongresnih tečajev se je umaknil "neodvisnim" strokovnjakom. Umaknil torej, ne izginil. Prvi sklop predavanj o obravnavi mehkih tkiv je pričel G. Ricci iz Firenc. Kot pravi Italijan je poudaril pomen estetike v implantološki oskrbi, ki je ob



Velika dvorana v Palazzo del Cinema (foto: M. Gorjanc)

hudi prizadetosti obzobnih tkiv zaradi parodontalne bolezni lahko zelo visok in oddaljen cilj. Šved Wenströmm je didaktično izpostavil pojem biološke širine ob implantatu, ki je (3-4 mm) praviloma nekoliko večja kot ob zobu. Na zanimivem živalskem poskusu je pokazal, da lahko pretanek mehko-otkivni pokrov povzroči resorpcijo marginalne kostnine ob implantatu. Medtem, ko strukturiranost površine implantata na ta parameter nima značilnega vpliva, je še kako pomemben material, iz katerega je nazidek (angl. abutment): najbolj sta se izkazala titan in aluminijeva dentalna keramika, na zadnjem mestu pa je pristalo zlato! Ni vse zlato, kar je zlato. Nasploh so s svojo metodološko brezkompromisnostjo izstopali skandinavski predavatelji, ki stavijo vse na živalske poskuse in na nadzorovane prospektivne klinične študije. Sklop o mehkih tkivih sta zaključila Buser in Tinti, ki sta predvsem s prikazom primerov rušila in postavljala mite o rdeče-beli estetiki in njenem veličanstvu, medzobni papili. Popoldanski sklop o estetiki protetičnih izdelkov na implantatih je začel F. Zarone iz Neaplja. Predstavil je dilemo fiksnih ali snemnih konstrukcij, privitja ali cementiranja na nazidke, pošteno povedal zakaj je "za" in zakaj "proti". Američan Weisgold nas je tako rekoč prepričal, da obstajata glede na makroskopsko morfologijo obzobnih tkiv dva tipa Zemljanov: "thin scalloped" tip in "thick

flat" tip. Pokazal je pomembne razlike v preoblikovanju tkiv po ekstrakciji zob, kar pri prvem tipu privede do zelo slabih, pri drugem pa do predvidljivih estetskih rezultatov. Praktično. Na večer prvega dne sta spet dobila besedo že omenjena H. & M. Salama. Rekla sta, da lahko brez dobre kostne in mehko-otkivne avgmentacije estetiko medzobnih papil kar pozabimo, še najizrazitejši pa je ta problem pri implantološki oskrbi daljših brez zobnih vrzeli, ko je ustvarjanje pogojev za papilo med dvema sosednjima implantatoma skoraj nemogoče. Rešitev: ortodontsko zdravljenje.

V petek dopoldne je bil čisti užitek poslušati prof. T. Karringa iz Aarhusa, ki je osvežil znanje o celjenju ekstrakcijske rane. Zaključek: po ekstrakciji nikoli ne bomo dosegli takšnega kostnega nivoja alveolarnega grebena, kot ga imajo parodontalno zdravi zobje, a pri parodontalno močno prizadetih zobeh si lahko po ekstrakciji kostnina močno opomore. Torej... Ubogi prof. Karring je v predavateljskem žaru nekoliko pozabil na uro, kar ni bilo najbolje. Za njim je na odru zagrmelo in navzoči smo bili obsidjani s slavo najslavnejšega parodontologa - gospe in gospodje - prof. Jan Lindhe, Göteborg, Švedska. Prof. Lindhe je najprej okrcal predhodnika zaradi zamude in ostro zakoličil pravico do svojih 40 minut. Nato je začel na opisu živalskih poskusov sistematično graditi svojo drzno hipotezo o tem, da

je implantacija v prvi fazi pravzaprav eno samo nasilje nad kostjo, ki šele po odmrtnosti in zabrazgotinjenju (!) lahko privede do oseointegracije. Biti moramo pošteni in povedati še, da je priznani znanstvenik govoril predvsem o marginalnem delu ležišča, ki poteka skozi kortikalno kost. Ker ne gre dvomiti o popolni in brezhibni podkovanosti predavatelja v temeljnih znanostih, si kaže vratolomnost razlagati z namenom provokacije. Potem ko je prehitel še samega sebe po levi in po desni ter s svojimi nedosegljivimi zahtevami po ostrini slike spravljal ob živce ubogega tehnika za projektorjem, je zaključil z zahtevo po jasni razumljenosti s strani publike. Capito? 40 minut, 15 mrtvih psov, prisotni vsi preživeli. In ploskanje. Tsunami se je vrnil z druge strani Atlantika poosebljen v Teksačanu Wilsonu, ki je pokazal prve histološke izsledke implantatno-kostnega stika pri v ekstrakcijsko alveolo vstavljenih implantatih pri ljudeh (takošnja implantacija). Da, pri ljudeh. Izpuliš zob, vstaviš implantat, počakaš nekaj tednov, izrežeš implantat z okolno kostjo. Pogledaš in poslikaš pod mikroskopom in prineseš posnetke v Benetke. 40 minut, 0 mrtvih psov, 1 Američan (?) z defektom čeljustne kosti. In aplavz. Wilsonov rojak Cochran je vmes še ugotovil, da je za takojšnjo implantacijo (in čim hitrejšo obremenitev) izrednega pomena velikost kostnega defekta okoli marginalnega dela implantata (ne več od 2 mm!), uporaba membrane in dobra metoda za ugotavljanje stopnje oseointegracije. Okrogla miza o vstavljanju implantatov v sveže ekstrakcijske rane je obetala dvig temperature v dvorani, toda žal predsedujoči G. A. Favero iz Padove pri učenju angleščine še ni prišel do stopnje slušnega razumevanja. Sodelujoči so se sicer trudili in prilivali olja na ogenj, do mikrofona je iz občinstva prišel tudi prof. Lang in poskušal rešiti, kar se je rešiti dalo, a tega je bilo

bolj malo. Škoda.

Popoldanski del se je vrtel okoli implantoloških bolnikov v vzdrževalni fazi zdravljenja. Ustaviti se velja le pri I. Ericssonu, ki je na živalskem poskusu s sestavljenimi implantati jasno pokazal, da je dolgoročna rešitev napredovale infekcije ob implantatu odstranitev le-tega.

Zadnji dan kongresa, sobota, je bila siva in vetrovna. Iz notranjosti celine so prihajale novice o snegu in mrazu. Se kaj podobnega lahko zgodi tudi cvetoče pomladni implantologiji (pridevnik žal ne velja kar vseprek in na vseh zemljepisnih dolžinah in širinah)? Nekatero navzočo je prestrašil prof. Ueda z Japonske, ki bi sicer moral govoriti predvsem o distrakcijski osteogenezi, a jo je le ošvrknil. Večino časa je posvetil tkivnemu inženirstvu. Ob predstavitvi povsem aktualnih uspehov poskusov z rh-BMP-2 pri

avgmentaciji kosti je namreč omenil še bolj fantastično možnost o vsaditvi "zobne progenitorne celice" v čeljust, kar bi končno privedlo do popolne ozobitve. Varianta na temo gojenja človeških jetrc in pljučk v svinjskih telescih. Je mar presenetljivo, da se časovno ni želel opredeljevati? Med sklopom prispevkov o kostnih nadomestkih smo slišali še ameriška razmišljanja, ki so napovedala zaton demineraliziranih kostnih nadomestkov v implantologiji (ne v parodontologiji!), med nehumanimi kostnimi nadomestki pa je še vedno številka ena deproteinizirana (deprionizirana?) živalska kost.

Poleg vabljenih predavanj je strokovno ponudbo kongresa dopolnjevalo več kot 30 posterjev. Jasno je, da jim ne moremo pripisovati teže, kot so jo imela vabljenja predavanja. Toda med poplavo domačih prispevkov skoraj ni bilo mogoče spregledati pol du-

cata tistih, ki bi jih naslovili z "neitalijanski". Poster z ljubljanske Klinike za maksilofacialno in oralno kirurgijo (M. Gorjanc, N. Hren Ihan, A. A. Kinsky, A. Eberlinc) je prikazal sicer zgodnje, a zelo dobre uspehe (kumulativna uspešnost 99,06 odstotka) po vstavitvi 107 implantatov s progresivnim navojem (Ankylos, Degussa-Hulls, Hanau, Nemčija). Ob tem velja omeniti velik delež implantacij po osteoplastičnih postopkih (45,8 odstotka). Uspehe v implantologiji je namreč mogoče pričakovati le upoštevajoč sistemske dejavnike tveganja ob prisotnosti ali pravi zadostnega volumna kakovostne kosti pri izbranih pacientih.

Ali bo letošnji beneški implantološki kongres pregnal zimo, skorajda ni vprašanje. Daljnovidnost številnih slovenskih zobozdravnikov in predvsem stomatoloških protetikov, ki so se ga udeležili v velikem številu, vliva upanje. Vremenoslovci in stara izročila sicer pravijo, da pomladne ohladitve, tudi takšne sredi majskih dni, gre pričakovati. A pomlad vseeno pride. ■



Kaj pa naše pravice?

(basen)

Aleksander Brunčko

V visokem gozdu ob vznožju gore Ojstrice so živele številne divje, svobodne živali. Zadnje mesece so jih ogrožali razni zunanji sovražniki, ki so hoteli imeti za priboljšek kakšno gozdno žival, ki ni bila hranjena niti s kostno-mesno moko, niti z antibiotiki in niti s hormoni.

Živali so zato sklenile, da se bodo organizirale v skupnost z voj-sko in s poveljnikom, pomočniki poveljnika in vojaki, ki jih bodo ščitili. Dogovorile so se tudi, da bodo izvolile kralja ali kraljico gozda, ki bo postavjal(a) ali odstavljaj(a) poveljnika, če ne bo uspešen. Ustanovile bodo tudi obveščevalno službo, ki bo skrbela za opazovanje stanja v gozdu, na jasah in predvsem na obrobju.

Ker je prihajal zunanji sovražnik zelo zgodaj zjutraj, so se živali dogovorile, da bodo volitve pozno popoldne. Volile bodo kralja ali kraljico izmed treh kandidatov, ki so se prijavili volilni komisiji in sicer: medved, ris in lisica. Začelo se je predvolilno obdobje lobiranja. Vsak od kandidatov je priredil nekaj predvolilnih zborovanj. Medved si je pridobil naklonjenost srn in jelenov, jazbec, podlasic, dihurjev, velikega planinskega orla in vseh gozdnih ptičev. Ris je pridobil zase divje svinje, zajce, polhe, svizce, veverice in kače.

Lisica se je zanašala na svojo zvitost in čakala. Opazila je, da je gozd že razdeljen, ostal ji je le bratranec volk in manjše živali, kot npr. polži, miši, ježi in krti. Ker je uvidela, da ima slabe možnosti, da bi zmagala na volitvah, je sklenila, da obišče druga kandidata in jima ponudi, da ju bodo volili njeni pristaši, če jo bo bodoči kralj postavil za svojega prvega svetovalca, njenega bratranca volka pa za poveljnika gozdne vojske.

Medved je poklical orla in se z njim posvetoval. Vedela sta, da je lisica bistra in zvita in da je bolje, da jo imata na svoji strani. Sklenila sta, da pristaneta na njene pogoje, vendar je medved zahteval, da bo vodja obveščevalne službe orel in druga svetovalka sova. To je bil tajni dogovor, tako da druge živali zanj niso vedele.

Na dan volitev je sijalo toplo septembrsko sonce in volilna komisija je odprla volišča po celem gozdu v drugi polovici popoldneva. Predsednik komisije je bil jastreb, njegov namestnik je bil čuk, številni člani pa so bili zajci in srne. Ko je sonce zašlo, so volilne luknje zaprli in jih varovali vso noč. Zjutraj so jih člani komisije odprli in prešteli glasove.

Čuk je razglasil rezultate pozno popoldne tretjega dne na veliki jasi. Glasovalo je 546 živali, veljavnih glasovnic je bilo 489 ali 89,6 odstotka. Za medveda je glasovalo 274 ali kar 56 odstotkov, za risa samo 137

živali ali 28 odstotkov, za lisico pa 78 volivcev ali 16 odstotkov.

Kmalu po proslavljanju zmage je medved organiziral kronanje, kjer so ga okronali za kralja Ursusa I. Vse živali je povabil na rajanje, igrali so številni ptiči pod dirigentsko palico fazana. Zabava je trajala do zgodnjega jutra.

Čez teden dni se je zbrala gozdna vojska. Kralj medved je določil za poveljnika-generalca volka Lupellusa, ki je določil za poveljnike čet svoje bližnje in daljne sorodnike. Začeli so vaditi borbene naloge z napadom in umikom. Ob tej priložnosti je kralj Ursus I glasno objavil, da je njegova prva svetovalka lisica Vulpia in druga svetovalka sova Umbra. Prva je zadolžena za pridobivanje hrane in za medsebojne odnose, druga pa za šolanje mladih živali, za kulturo in zabavo. Razglasil je tudi poveljnika obveščevalne službe orla Aquila in njegovega namestnika jastreba Gypsa. V obveščevalni službi so sodelovali kot obveščevalci zajci, srne, fazani in divji petelini.

Začela se je lovska sezona. Prihajali so zunanji sovražniki od bližu in daleč. Vsi so se zavedali visoke cene mesa gozdnih živali. Nekaj dni so čete volkov, lisic in divjih svinj napadale nadležne vsiljivce. Ponekod so se umaknili, drugod so pa še bolj napadali. Ker ni bilo pravega uspeha obrambe, so se sestali Ursus I, Vulpia, Umbra, Lupellus in Aquila, ki so tvorili svet gozda, pri katerem je imel kralj pravico veta. Dolgo so preudarjali kaj bi bilo najbolje storiti. Lupellus je tožil, da je izgubil že mnogo vojakov, posebno merjascev, na katere so najbolj streljali.

Vulpia in Umbra sta se najprej sami dogovarjali, nato pa predlagali, da bo potrebno zunanje sovražnike na severni strani gozda napasti, na južni strani pa naj bi se pasli obveščevalci: srne, zajci, divji petelini in fazani. Ko bi prišli sovražniki bližje, bi jih ptice-obveščevalke opozorile, da bi lahko zbežale kakor hitro bi mogle. Predlog je bil enoglasno sprejet.

Kakor je svet gozda pričakoval, so se sovražniki umikali proti južnemu delu in tam so vsi presenečeni zagledali tiste živali, ki so imele najbolj sočno meso in ki je bilo najbolj dragoceno. Nekatere so še hitro zbežale, ostale pa niso bile pravočasno obveščene, za kar je bil zadolžen Aquila, a je zadremal, kot je bilo dogovorjeno z Vulpio.

Po bogatem ulovu so se zunanji sovražniki umaknili, da bi pregledali plen in razdelili pobite živali. Sledila je veselica v bližnji veliki lovski koči, ki je trajala do zgodnjih jutranjih ur.

Nauk zgodbe: Ko gre za biti ali ne biti žrtvujemo vedno slabšega, npr. pri šahu kmeta in ne kraljice. ■

Pomen dobrih odnosov v zdravstvu

Darja Boben Bardutzky

Članek dr. Gadzijeva o komunikaciji me je vzpodbudil, da za pišem nekaj svojih misli na to temo. Zelo se strinjam z njegovimi ugotovitvami, kot psihiatrinjo pa me posebej veseli, da se pomena komunikacij in odnosov zaveda vedno več zdravnikov z različnih področij medicine.

Ker je komunikacija izraz odnosov, bi rada zapisala nekaj besed o svojem pogledu na odnose med ljudmi v zdravstvu. Videti je namreč, da se vse več ljudi zaveda pomena odnosov, ki tako postajajo vse pomembnejši, morda se bo, širše gledano, okrog njih celo vrtelo novo tisočletje.

Nič več ni tuja misel, da gre razvoj tehnologije bliskovito naprej, odnosi med ljudmi pa ostajajo nespremenjeni ali celo nazadujejo, namesto da bi napredovali. William Glasser, ameriški psihiater, avtor teorije izbire, jih celo postavlja v ospredje kot vir večine sodobnih psihičnih težav. Meni, da so posebno destruktivni tisti odnosi, ki so posledica prepričanja, da lahko druge ljudi prisilimo (tudi v imenu dobrote in pravičnosti), da bodo počeli to, česar ne želijo. Kadar poskušamo spreminjati druge, drugi nas, ali pa to počnemo obojestransko, smo dolgoročno na najboljši poti do nezadovoljstva, nesreče in trpljenja. Zelo podobno se zgodi tudi takrat, kadar sami sebe silimo v nekaj, kar ni naš notranji interes.

Psihiatri smo verjetno med tistimi zdravniki, ki se najbolj celostno ukvarjamo z ljudmi. Zato mislim, da ne govorim le v svojem imenu, če rečem, da vsak dan sproti ugotovljamo tako negativne učinke destruktivnih kot zdravilne učinke dobrih odnosov med ljudmi. Prav tako se najbrž več kot drugi kolegi ukvarjamo ne le z odnosi, ki jih ima bolnik z njemu pomembnimi ljudmi, ampak tudi z našim odnosom do bolnikov in z lastnim odnosom do sodelavcev. Zame je to "profesionalna privilegiranost".

Čeprav je res, da imajo nekateri od nas več talenta za ustvarjanje dobrih odnosov z drugimi, drugi manj, to nikakor ni nedoumljiva skrivnost ali nedosegljiva veščina, ampak naravnost do ljudi, ki jo lahko zavestno izberemo in spretnost, ki se je lahko naučimo. Še manj pa gre za nepotrebno leporečje.

Vse skupaj se začne z iskrenim spoznavanjem sebe, svojih želja, potreb, pričakovanj, pa tudi strahov, omejitev, sposobnosti. Ali, če obrnem besede drugače; gre za to, da se občasno vprašamo, zakaj počnemo, kar počnemo, kaj v resnici želimo doseči, kam nas naše dejavnosti peljejo. Naši odgovori bodo seveda različni, a če jih natančno pogledamo, bodo pravzaprav le - rahlo različni. Izkazalo se bo, da si vsi želimo biti cenjeni, upoštevani, sposobni, (pri)ljubljeni, sprejeti, sproščeni, spontani, svobodni... Eni bolj eno, drugi bolj drugo - eni na tak, drugi na drugačen način. In pomislite, tega si ne želimo samo zdravniki, ampak tudi vsi naši sodelavci in kdo bi si mislil, celo naši bolniki in njihovi svojci. Torej bomo imeli z drugimi dobre odnose vedno, kadar jim bomo omogočali, da se počutijo sprejeti, spoštovani...

Pa zakaj bi se trudili imeti z ljudmi dobre odnose? Odgovor bomo mogoče našli, če se vprašamo, kdaj imamo sami več možnosti, da smo (pri)ljubljeni, cenjeni...? Ali je to takrat, ko imamo z ljudmi lepe, pristne odnose ali takrat, ko imamo hladne in neprijazne? Od odgo-

vora na to vprašanje je odvisna naša odločitev za vzpostavljanje dobrih ali slabih odnosov. Izgleda namreč, da smo narejeni tako, da počnemo stvari, za katere smo prepričani, da nam bodo v korist. Dobrih odnosov ne bomo vzpostavljali, če to nekdo zahteva ali prosí, ampak če se nam bo to dolgoročno obrestovalo - z dobrim počutjem, seveda. Temu rečemo tudi notranja motivacija.

Ko si priznamo, kaj želimo in se odločimo željo uresničiti, potem gradnja dobrih odnosov postane precej enostavna.

Ali nas morda pri tem še kaj ovira? Se česa bojimo? Pa si postavimo še nekaj vprašanj: Zakaj mislimo, da nas bodo ljudje bolj spoštovali, če bomo hladni, nedostopni, malo arogantni? Ali so ljudje, ki jih resnično spoštujemo, takšni? Kaj pa, če z nedostopnostjo dosežemo, da se nas ljudje malo bojijo? Ali nas bo to zavarovalo pred nadležnimi vprašanji, pred nadlegovanjem, izkoriščanjem, manipulacijami, pred čustvenimi stiskami ljudi? Bomo imeli potem več časa? Bomo imeli več notranjega miru? Kako pomembno je sodelovanje kolegov, drugih sodelavcev? Ali je za bolnika koristno, da se njegov izbrani zdravnik in lečeči specialist dobro razumeta? V kakšnem vzdušju bo delo delovne skupine bolj kakovostno? Ali je uspeh posameznika verjetnejši, če so sodelavci uspešni ali neuspešni?

Ali potrebujemo za uspešno zdravljenje sodelovanje pacienta? Ali je sodelovanje boljše, če se nas pacient boji ali če nam zaupa, če mu vzbujamo občutek varnosti, sprejetosti? Kdaj nam bo iskreno povedal, o čem razmišlja, o alternativnih metodah, ki jih uporablja, o drugih zdravnikih, ki jih je obiskal...? Ali je za potek zdravljenja dobro, da to počenja "na skrivaj" in da mi o tem nimamo pojma? Ali je dobro, da ga mučijo skrbi v zvezi s stranskimi učinki, o katerih bere na listku v škatlici zdravil? Ali je koristno, da za nasvet sprašuje bolj dostopnega zdravnika druge specialnosti, ker se svojega specialista boji?

Ko razmišljamo o dobrem odnosu, pomislimo, še na sijajne uspehe, ki jih dosega placebo v praktično vseh raziskavah. Zakaj? Mene spominja na raziskavo o učiteljih, ki so mislili, da imajo v razredu visokointeligenčne otroke (v resnici so bili intelektualno povprečni) in so s svojim odnosom do njih povzročili, da so otroci dosegali nadpovprečne rezultate. Podoben je poskus v tovarni Hawthorne: z delavkami, ki so na svojih strojih dosegale v vedno slabših pogojih vedno boljše rezultate (na koncu so delale že skoraj v temi), dokler so se okrog njih vrteli opazovalci, raziskovalci.

Za tiste, ki verjamejo, da je odnos res pomemben, še nekaj konkretnjših dejstev. Rada pa bi opozorila, da kljub konkretnim nasvetom ne pozabite, da ne gre za tehnike in manipulacije z ljudmi, ampak za celostno naravnost ali življenjsko filozofijo, če hočete. Zato ni pomembno le, kako se obnašamo do ljudi v neposrednem stiku z njimi, ampak tudi, kako razmišljamo o njih, kako govorimo o njih, ko nas ne slišijo. Ja, to je popolna odsotnost sprenevedanja, popolna iskrenost - predvsem do sebe, seveda. Zato ni čudno, da spada sem tudi naše vedenje npr.: med operacijo, ko je pacient v narokoz. Nobenega natančnega razloga namreč ni, da bi bili popolnoma prepričani, da njegov slušni organ ne deluje in da možgani ne zaznavajo zvokov, čeprav človek spi in ne čuti bolečin. Zelo verjetno

je, da možgani zaznajo in "vzamejo resno" pri upravljanju organizma vse (tudi pogubne prognoze), le spomniti se tega ne morejo. Možgani so, kljub izrednemu napredku nevrokognitivnih znanosti, namreč še vedno zelo skrivnostni in nas presenečajo, ko npr. sploh ne potrebujejo nobene limone (ampak le misel nanjo), da se pojavi slina v ustih. Pa še potem, ko jim odločno govorimo, da tu ni nikjer nobene sočne limone, se slina še kar nabira. Kako bo zanimivo, ko bomo odkrili za vsako našo misel (neumno ali pametno, lepo ali grdo) odgovarjajočo fiziologijo!

In kdaj pravzaprav govorimo o dobrem odnosu?

Najbolj razumljivo je, če rečemo, da je to prijateljski odnos. Prijatelji so ljudje, ki so nam blizu, ker nas cenijo, upoštevajo, imajo nas radi, skrbi jih za nas, z nami so v dobrem in slabem, z nami se zabavajo, delijo svoje znanje, so sproščeni, puščajo nam naše lastne izbire, odločitve. Prijatelji nas ne obsojajo, kritizirajo, ponižujejo, ustrahujejo, kaznujejo in nas ne silijo, da bi počeli stvari, ki jih ne želimo. Če mislijo, da naše odločitve niso pametne, nas opozorijo na njihove posledice. Veselijo se naših uspehov, in nas ne odpišejo zaradi napak, ki jih naredimo. Če jih naše vedenje prizadene, nam povedo, kako se ob tem počutijo in kakšne posledice ima to za njih. Vidite kakšno oviro za takšne odnose s pacienti, s sodelavci?

Če smo si s kom blizu, rečemo temu, da drug drugemu omogočamo dobro zadovoljevanje osnovnih psiholoških potreb (prej omejeno uveljavljanje, ljubezen, svobodo in zabavo). Zdravo in odgovorno zadovoljevanje potreb, ki ne gre na račun drugih, pa je najučinkovitejši način za zadovoljno, srečno življenje, kajti kot nagrada za dobro zadovoljevanje potreb, se v možganih izločajo snovi, zaradi katerih se počutimo dobro. Poleg tega se vedno bolj potrjuje dejstvo, da je naše vedenje celostno, kar z drugimi besedami pomeni, da ima vsaka misel, vsaka dejavnost svojo fiziologijo, svoje občutke.

Tisti, ki se tega zaveda, je seveda privilegirani, saj izbira za ta namen vedno bolj smiselna vedenja. Poleg tega lažje razume, da tudi drugi poskušajo doseči isto, vendar na različne, včasih neustrezne načine. Tako vidi moteče, morda napadalno vedenje v popolnoma drugi luči. Namesto agresivneža ima pred seboj človeka, ki se pač

trudi pridobiti zase nekaj veljave, moči, pozornosti, ki jo je v neugodni situaciji izgubil. Včasih smo zdravniki morda edini, ki v določenem obdobju nekemu pacientu omogočamo vsaj minimalno zadovoljevanje osnovnih psiholoških potreb. Te situacije, ko so potrebe izredno slabo zadovoljene, zaznamuje predvsem izguba občutka obvladovanja življenja. To je občutek, ki ga je zelo težko prenašati in zato se ga poskušamo znebiti na različne načine. Pomembno pa je predvsem to, da zdravniki lahko zelo veliko prispevamo k večanju ali manjšanju tega občutka.

Ljudem bomo omogočali boljši občutek obvladovanja situacije (življenja, bolezni...) že, če jih bomo poslušali - samo poslušali. Kajti vedno, ko nas kdo posluša, se počutimo dobro. Poslušanje še ni strinjanje, poslušanje je le znak upoštevanja in sprejemanja sogovornika. Koristno bo, če pri poslušanju še preverimo, če smo prav razumeli sporočilo - vprašanje, prošnjo, stisko, čustvo... Ko smo to preverili in dobili potrditev, da smo stvar prav razumeli, lahko povemo, kaj je v naši moči in kaj ni. Bolnikom bodo informacije, ki jim omogočajo, da bolje obvladujejo situacije, zelo pomembne. Dobro je, da vedo o bolezni, preiskavah in zdravljenju vse tisto, kar potrebujejo za dejavno sodelovanje pri lastnem zdravljenju. Tako bodo prevzeli lasten del odgovornosti in s tem pridobili moč in občutek, da so v dani situaciji naredili zase vse, kar se je dalo. Bolje bodo skrbeli zase in za svoje zdravje, če bo zdravnik krepil njihovo samozavest, da si bodo upali postavljati vprašanja, se postaviti zase, zahtevati pojasnilo, drugo mnenje, razlago... Odnosi so boljši, če ljudem postavimo jasne časovne omejitve, ponudimo možnosti, se držimo dogovorjenih terminov, se opravičimo, če to ni mogoče, če jim omogočimo, da obdržijo dostojanstvo ob pregledih, preiskavah...

Včasih pomislim, da je vzpostavljane dobrega odnosa med zdravnikom in bolnikom kot priključitev nekega stroja na električno omrežje. Lahko imamo dober, brezhiben, sodoben stroj, a brez elektrike ne bo deloval. Tako se bo zdravnik s pravim odnosom povezal z bolnikom in terapija bo lahko stekla. Včasih bo temu sledilo zdravlilo, včasih postopek, poseg, včasih pa se bo preko tega odnosa bolnik naučil bolje vzpostavljati pomembne odnose v svojem življenju. ■

Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika

s polnim delovnim časom, za nedoločen čas, za delo v ambulanti za odrasle.

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta - odsek za stomatologijo,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo 4 mesece.

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 8 dneh po objavi na naslov:
Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik, Novi trg 26, 1240 Kamnik.

Obračunski sistem v ambulantni ginekologiji

- odgovor na članek iz marčne številke

Za uvod naj povemo, da je bil s 1. julijem 2000 testno uveden spremenjen sistem plačevanja ginekoloških dispanzerjev. Iz plačila po enem kriteriju - številu opravljenih storitev smo testno prešli na plačilo po dveh kriterijih - številu storitev v kombinaciji z velikostjo populacije ginekologa (opredeljenih žensk). Osnovni namen spremembe obračunskega sistema je bil povečati dostopnost žensk do ginekologa in bolj pravično razdeljevati obstoječo pogosto omejenih finančnih sredstev. Če sta bila v starem sistemu enako plačana ginekologa, ki sta enako količino storitev opravila prvi pri majhnem številu žensk in drugi pri velikem, je novi sistem število storitev oz. prihodek dodatno vezal na velikost in strukturo ženskega prebivalstva, za katero skrbi posamezni ginekolog. Ob enakem opravljenem delu je po novem bolje nagrajen tisti, ki skrbi za večjo populacijo žensk. Enostavno rečeno to pomeni, da bo več denarja dobil ginekolog, ki deset storitev opravi desetim ženskam, kot ginekolog, ki deset storitev opravi za tri ženske, preostalih sedem pa ne sprejme v svojo ambulanto.

V članku, ki je pravzaprav le zapisnik sestanka nekaterih zasebnih ginekologov v zvezi s spremenjenim obračunskim sistemom v ginekoloških dispanzerjih, smo lahko prebrali njihove poglede na trenutni položaj v ginekoloških dispanzerjih. Med njimi je tudi nekaj nasprotujočih si trditev in zaključkov, ki so po našem mnenju napačni. Za pravilno informiranje strokovne javnosti podaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije naslednji odgovor in stališča:

1. Upravičenost glavarinskega storitvenega sistema v ambulantni ginekologiji

Sedanje stanje

Za zdravstveno varstvo 855.196 žensk (korigirano število¹), starih 13 let in več, v Sloveniji skrbi 127,61 ginekologa². To pomeni, da v povprečju ginekolog **teoretično** skrbi za 6.703 ženske. Ker pa je za sedaj opredeljenih žensk le 60,7 odstotka, je dejanska povprečna velikost prebivalstva 4.069 žensk. Pri tem je potrebno poudariti, da so opredeljene ženske tiste, ki so vsaj enkrat prišle h ginekologu. Ker ne vemo, ali te ženske od prve opredelitve dalje tudi redno hodijo h ginekologu, števila opredeljenih žensk **ni mogoče enačiti** z obremenitvijo ginekološke delovne skupine.

Polona Jerman Kačič v članku piše, da "se večina ginekologov vsak dan znajde v precepu, katero pravilo kršiti: strokovno, če sprejme novo pacientko, ali zavarovalnično, če jo odkloni". Pri tem pozablja, da ni "zavarovalnično pravilo" tisto, ki določa, da imajo vse zavarovane ženske prost dostop do osebnega ginekologa, temveč jim to pravico daje Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju³. V 80. členu omenjenega zakona piše, da "ima zavarovana oseba pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda" ter da "svobodno izbere osebnega ginekologa". To je hkrati kon-

kretnizacija 51. člena slovenske ustave.

Nekateri ginekologi torej dopuščajo možnost kršitve zakona, ker le-ta naj ne bi bil v skladu z njihovimi strokovnimi priporočili, ali bolje rečeno, strokovnimi željami. Na žalost nekateri ginekologi o tej možnosti ne le razmišljajo, ampak jo tudi udejanjajo v praksi, in sicer z naslednjimi izgovori: imajo že preveč opredeljenih žensk, sprejemajo le ženske, ki živijo v občini, v kateri ima ambulanta sedež, sprejemajo le ženske, ki še nimajo osebnega ginekologa in tako onemogočajo pravico ženske do zamenjave ginekologa itd. Ob tem pa seveda ne pozabijo ženski ponuditi možnosti takojšnjega pregleda v samoplačniški ambulanti. V vseh opisanih primerih ginekologi kršijo zakon.

Razlogi proti

1. Ga. Jerman Kačič kot prvi razlog proti glavarinsko-storitvenemu obračunskemu sistemu navaja dejstvo, da "ne vemo, koliko žena se bo opredelilo, zato ni mogoče določiti številke, do katere mora ginekolog na novo opredeljevati".

Število opredeljenih oseb se spreminja, ker se osebe na novo opredeljujejo, ne nazadnje pa se spreminja tudi število prebivalcev. To je splošni pojav, ki velja za vse stroke, in kot tak ne more biti razlog proti glavarinsko-storitvenemu obračunskemu sistemu. Omenjeni obračunski sistem se brez problemov uporablja v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih, kjer se število opredeljenih oseb ravno tako dnevno spreminja.

V vseh strokah moramo izhajati iz celotnega prebivalstva - torej iz teoretične predpostavke 100-odstotne opredeljenosti oseb, kar pa še ne pomeni direktne obremenitve ginekološke delovne skupine. Prim. Žakljeva, vodja projekta ZORA navaja, da se je celo na vabilo za dispanzerski pregled odzvalo le 50 odstotkov žensk. Zgornja meja opredeljenega števila oseb je kvečjemu lahko višja od povprečnega števila prebivalcev na zdravnika, sicer bi nekateri prebivalci lahko ostali brez zdravnika.

2. Glavarinsko-storitveni sistem je bil sprejet po predpisanih postopkih partnerskih pogajanj za vsakoletni dogovor. Projekt je potekal v sodelovanju in s konsenzom stroke.

Edine zahteve stroke, ki je Zavod formalno ni mogel sprejeti, je t. i. "strokovni normativ" 4.000 žensk na ginekologa, ker ta pomeni, da 344.881 žensk ostane pred zaprtimi vrati ginekoloških ambulant. Za Zavod, in prepričani smo, tudi za slovensko družbo je takšen "strokovni normativ" formalno nesprejemljiv. Zavod je ginekologom ponudil drugo rešitev, da se ponovno preverijo in dopolnijo strokovna navodila Ministrstva za zdravstvo in da se, če ginekolog tako meni, ob zanj že 4.000 opredeljenih, ženski ne zaprejo vrata, temveč jo lahko napoti k drugemu ginekologu znotraj območja izpostave, ki ima manj opredeljenih žensk.

Morda je z vidika posamezne ambulante idealno skrbeti za prebivalstvo 4.000 žensk, in njim zagotavljati strokovno najboljšo ginekološko oskrbo, zagotovo pa ni v javnem interesu pred vrati ginekoloških ambulant pustiti 344.881 žensk brez vsakršne oskrbe. Nena zadnje pa ne pozabimo, da v javno zdravstveno blagajno prispevajo vse ženske.

Ne glede na to pa število žensk in število ginekoloških delovnih skupin ni **odvisno od obračunskega sistema**. Zaradi uvedbe glavarinsko-storitvenega sistema se niti ni povečalo število Slovenk niti se ni zmanjšalo število ginekoloških delovnih skupin.

Res je, da glavarinska komponenta finančno stimulira ginekologe z večjim številom pacientk, zaradi česar se je morda opredeljevanje žensk pospešilo. Sprašujemo pa se, ali ni to tudi v interesu stroke? Ali ne težimo k 100-odstotni opredeljenosti žensk? Ali si ne želimo, da bi vse ženske vsaj enkrat v življenju prišle h ginekologu, če že ne želijo hoditi redno? Prepričani smo, da je to v nacionalnem interesu, še posebej ob upoštevanju porasta nekaterih ginekoloških bolezni (rak na materničnem vratu, rak na dojki itd.) in izjemno zaskrbljujočih rezultatih dela ginekologov, ki jih ugotavlja Ginekološka klinika v Ljubljani in Razširjeni strokovni kolegij za ginekologijo.

3. Ga. Jerman Kačič ugotavlja, da "glavarinsko-količniškega sistema v ambulantni ginekologiji nima nobena evropska država". Pri tem pa pozablja dodati, da v večini evropskih držav tudi ne poznajo ginekoloških dispanzerjev, temveč njihovo delo opravljajo splošni zdravniki. Splošne ambulante pa so v prenekateri evropski državi financirane preko glavarine v kombinaciji s storitvami. Trdimo, da velja naše dispanzersko ginekološko zdravstveno varstvo izkoristiti v prid žensk in njihovemu zdravstvenemu varstvu.

4. Strinjamo se, da je v Sloveniji premalo ginekologov na primarni ravni, da bi ti lahko skrbeli le za 4.000 opredeljenih žensk. Vendar to ni povezano z glavarinsko-storitvenim sistemom. Ne glede na to, kako se dejavnost financira, je ob 855.321 ženskah 127,61 ginekologa premalo, da bi vsak skrbel le za 4.000 žensk, dodatnih pa prej kot v 8 letih ne bomo usposobili.

Glavarinsko-storitveni sistem je spodbudil ginekologe, da so poiskali neopredeljene ženske, ki še nikoli niso bile pri ginekologu, in jih povabili na pregled. Menimo, da je to z nacionalnega vidika potrebno in za varovanje zdravja žensk s strani javne zdravstvene službe odgovorno in koristno dejanje.

Nekateri ginekologi pa zaradi bojazni pred preveliko obremenitvijo ne želijo, da bi se vse ženske opredelile. Namesto tega želijo zamrzniti današnje stanje in ženskam, ki se do sedaj še niso opredelile, prepovedati vstop v svoje ambulante (z odklanjanjem pri 4.000 opredeljenih). Menimo, da je to iz nacionalnega vidika popolnoma nesprejemljivo, o čemer se bo gotovo morala izreči zdravstvena politika.

5. Navodila Ministrstva z zdravstvo za izvajanje preventive poleg drugih pregledov predpisujejo enkrat na leto izvajanje preventivnega pregleda vsem ženskam, stari 20 let in več. Ginekologi ugotavljajo, da je predpisani obseg dela prevelik, in da ga ne morejo izvesti v normalnem delavniku, če imajo več kot 4.000 opredeljenih žensk.

Pritrjujemo stroki, da je predpisan obseg dela prevelik za 100 odstotno opredeljenost žensk. Vendar rešitev ni v tem, da bomo prenehali z opredeljevanjem žensk. Rešitev je v spremembi navodil Ministrstva za izvajanje preventive, pri čemer morajo pobude in reši-

tve priti s strani stroke. Prepričani smo, da naša družba ne potrebuje pravic, ki na papirju veljajo za vse, v praksi pa jih lahko koristijo samo izbranci.

Gospa Jerman Kačič piše, da "mora biti glavarinski sistem zasnovan tako, da omogoči vsaki ženski uveljavljanje pravic po navodilih Ministrstva". Menimo, da je trditev napačna, saj obračunski sistem ne določa pravic žensk. Navodila Ministrstva za izvajanje preventive morajo biti zasnovana tako, da ob obstoječem številu ginekoloških delovnih skupin omogočajo uveljavljanje pravic vsem ženskam (kar med drugim po naših dostopnih informacijah o ginekološkem varstvu žena ne bo popolnoma nič slabše kot v razvitih evropskih državah). Gospa Jerman Kačič nadalje piše, "temu naj se prilagodi število opredeljenih žensk"! Ali avtorica res misli, da so ženske zaradi ginekologov in ne obratno! Ker se števila žensk ne da prilagoditi, je s tem seveda mišljeno prilagajanje opredelitev oz. umetno vzdrževanje obstoječega števila opredeljenih žensk z odklanjanjem novih opredelitev in zaračunavanje samoplačniških pregledov. S tem se ne moremo strinjati, saj to vnaša neenakost med ženskami pri uveljavljanju pravic do ginekoloških storitev in krši ustavno načelo enakosti.

6. Glavarinska komponenta v obračunskem sistemu stimulira povečevanje števila opredeljenih žensk, kar gospa Jerman Kačič imenuje "kopičenje pacientk". Razumemo, da je z vidika posamezne ginekološke ambulante bolj prijetno skrbeti za manjše število žensk, saj se tako lahko ginekolog vsaki "svoji" pacientki posveti dalj časa. To bi bilo seveda v idealnih pogojih števila ginekologov tudi prav. Toda Zavod kot financer pa mora skrbeti za interese vseh zavarovanih oseb in bo v primeru konflikta med zasebnim in nacionalnim interesom vedno zagovarjal slednjega.

Posamezni ginekolog, ki na problem gleda skozi oči svoje ambulante, lahko ugotavlja, da se zaradi več zanj opredeljenih žensk večja tudi število žensk v njegovi ambulanti, ki v kratkem obdobju niso bile pregledane. Pozablja pa, da se z novim opredeljevanjem število nepregledanih žensk na ravni Slovenije in na dolgi rok manjša. Z nacionalnega vidika je bolj pravično pregledati vse ženske enkrat na tri leta, kot pa polovico žensk enkrat na leto, polovice pa nikoli. To je med drugim tudi priporočilo stroki avtorjev projekta ZORA!

Gospa Jerman Kačič Zavodu tudi očita, da je plačilo ginekologov popolnoma neodvisno od obsega opravljenega dela, pri tem pa ne pove, da je temu tako začasno zaradi zahteve predstavnikov stroke, med katerimi je bila tudi sama. Glavarinsko-storitveni sistem je v osnovi zamišljen tako, da se polovico denarja financira glede na opredeljene osebe, polovico pa glede na obseg opravljenega dela. Na izrecno zahtevo stroke pa je bilo dogovorjeno, da se v testnem obdobju izjemoma polovica denarja izplača v pavšalu, ne glede na obseg opravljenih storitev (dobra poteza se očitno ne izplača!)

7. Heterogenost ginekoloških ambulant ni odvisna od obračunskega sistema. Glavarinska komponenta probleme kvečjemu rešuje, saj stimulira ginekologe, da svoje delo organizirajo (na primer en dan v tednu) tudi v okoljih, kjer ginekologov primanjkuje.

8. Prehod na nov obračunski sistem ne pomeni povečanja obsega dela, niti ne spreminja pravila opredeljevanja žensk. Verjetno pa nekatere bolj moti dejstvo, da so drugi ginekologi prevzeli dejavno vlogo, poiskali še neopredeljene ženske in jih povabili na pregled. Za to so bili preko glavarinske komponente tudi finančno stimulirani. Vsak

ginekolog se lahko odloči, ali bo skrbel za večje število žensk, in jih bo dejavno klical na preglede ter za to dobil več denarja, ali pa bo obdržal obstoječe število žensk in na novo opredeljeval le ženske, ki k njemu pridejo same. Nenazadnje je v Sloveniji še vedno 40 odstotkov neopredeljenih žensk. Lahko pa jih "zmanjkuje" tam, kjer število ginekologov dosega ciljni normativ!

Obseg dela ginekologa je določen z njegovim delovnim časom, za naročanje zavarovank pa mora voditi čakalno knjigo. Zavod od nobenega ginekologa ne zahteva, da dela preko rednega delovnega časa. Če pa to kdo želi, je v glavarinsko-storitvenem sistemu ob večjem obsegu opravljenih storitev za takšno storitev tudi finančno nagrajen.

2. Razlogi, ki so vodili v glavarinsko-storitveni sistem

Prejšnjemu storitvenemu sistemu smo dodali glavarinsko komponento z naslednjimi cilji:

1. povečati število opredeljenih žensk s finančno stimulacijo tistih ginekologov z več opredeljenimi osebami, pri čemer je upoštevana tudi starostna struktura teh žensk. Menimo, da je bil cilj dosežen, saj se je v borih treh mesecih⁴ število opredeljenih žensk povečalo za 14.226, odstotek opredeljenosti pa je zrasel za 1,7 odstotne točke.

2. Res je, da tisti z več opredeljenimi dobijo večje plačilo, pri čemer število in starostna struktura opredeljenih vplivata na polovico prihodka ginekologa. Drugo polovico prihodka, ki bi morala biti odvisna od opravljenega dela, so v testnem obdobju dobili vsi ginekologi v enaki višini, zaradi takšne zahteve predstavnikov stroke.

3. Poleg zapisanega je nov obračunski sistem prinesel še nekaj prednosti za stroko. Izdelal se je nov krajši in preglednejši seznam storitev za beleženje dela, ki je ginekologom olajšal obračunavanje storitev in zmanjšal administrativno delo. Poleg tega bo na podlagi realizacije količnikov iz storitev v testnem obdobju možno postaviti za prihodnje tudi realen načrt količnikov.

3. Možne rešitve

Zavod se z vračanjem na nepravilni in zastareli način obračuna po "zeleni knjigi" ne bo strinjal. Pripravljen je v okviru predlagane rešitve kombiniranega obračuna glavarine in količnikov še dograjevati sistem v okviru danih pogojev (število ginekoloških delovnih skupin, denar). Ta sistem namreč omogoča transparentno sledljivost kakovosti dela ginekologov, zlasti z vidika izvajanja preventivnega programa pri različnih ženskah in ne le kopičenja točk pri določeni "priviligirani" skupini. Če bomo uspeli zagotoviti dodatni realni denar iz naslova povišanja prispevne stopnje, so možni tudi popravki, sočasno s hitrejšim izvajanjem projekta ZORA. Pričakujemo tudi takojšnje dopolnitve navodil s strani Ministrstva za zdravstvo za izvajanje preventivnega programa zdravstvenega varstva, tako da bosta predpisana obseg in vsebina zagotavljala vsem ženskam, ob upoštevanju naraščanja opredeljenosti, približno enake možnosti in dostop do preventivnih pregledov. To pa je osnovna naloga zdravstvene politike, stroke in nacionalne zdravstvene zavarovalnice.

Zaključek

Glavarinsko-storitveni sistem je bil uveden z namenom stimulirati ginekologa, da bi skrbel za večje število žensk in nadpovprečno obremenjene ginekologe tudi finančno nagraditi.

- tako imenovani "strokovni normativ", ki ga želijo uveljaviti nekateri ginekologi in kateremu Zavod odločno nasprotuje, v resnici pomeni neenak dostop žensk do ginekologa, ali bolje rečeno pomeni, da 40 odstotkov žensk ostane brez dostopa do ginekologa,
- obračunski sistem se je od leta 1997 pripravljala v sodelovanju s stroko, jabolko spora pa je zahteva nekaterih ginekologov po odklanjanju žensk, ki je še do danes niso opustili, čeprav z obračunskim sistemom sploh ni povezana,
- v mnogih evropskih državah uporabljajo glavarinsko komponento pri financiranju splošnih zdravnikov, ki opravljajo delo ginekoloških dispanzerjev,
- vse ženske imajo po zakonu pravico do izbire osebnega ginekologa, zato je število žensk nesporno,
- obremenjenost ginekoloških ambulant določa predvsem razpoložljivi delovni čas. V javnem interesu pa ni, da bi ginekolog ta čas namenil le peščici žensk, ostale pa bi zavračal,
- strinjamo se, da je potrebno revidirati navodila Ministrstva za zdravstvo za izvajanje preventivne,
- z novim dogovorom je potrebno vključiti plačevanje po opravljenih storitvah, kakor je bilo mišljeno v osnovi, in tako uravnotežiti vpliv glavarine in dejansko opravljenih storitev na prihodek ginekologa,
- kadar so "strokovni normativi" v nasprotju z zakonom in nacionalnim interesom, jih ni mogoče sprejeti. Lahko pa se sprejmejo dolgoročni ukrepi za vzpostavitev pogojev, ki bodo strokovne normative uskladili z nacionalnim interesom (povečanje števila ginekologov, zmanjšanje predpisanega obsega dela v preventivi itd.),
- morda pa je k slabšanju kazalcev reproduktivnega zdravja žena celo botrovalo dejstvo, da nekatere ženske zaradi odklanjanja ne pridejo do ginekologa. Same pa niso imele denarja, da bi si plačale ginekološki pregled!

Franc Košir, univ. dipl. prav.

Generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

¹ Korigirano število žensk je število prebivalk po Registru prebivalstva, korigirano za tretjino razlike med številom prebivalk in številom zavarovanih žensk iz baze obveznega zdravstvenega zavarovanja.

² Gre za število ginekologov iz ur po sklenjenih pogodbah z Zavodom na dan 1. julija 2000. Število iz ur je preračunano število dejanskih ginekologov (oseb), če bi vsi delali polni delovni čas. Ginekološki dispanzer, ki ima sklenjeno pogodbo, na primer za polovični delovni čas, se šteje kot 0,5 delovne skupine iz ur, kar pomeni tudi 0,5 ginekologa iz ur.

³ Uradni list RS št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98 in 6/99

⁴ od 31.8.2000 do 30. 11.2000



Pismo asist. mag. Andreju Marušiču, dr. med.

Dragi Andrej!

Prebral sem tvoj članek v Mladini: "Ne levo ne desno, na mestu!" Napisan je v tvojem slogu - udarno, ambiciozno, nekoliko izzivalno, mogoče za koga celo šokantno. Verjetno z namenom.

Nisem prepričan, kam bi sodil takšen članek, v katero zvrst. Po vsebini seveda obravnava organizacijo zdravstva, bolj natančno psihiatrije. Ampak po obliki? Raziskovalni, strokovni, pregledni članek? Ne, ne... Morda ti bo všeč naslednja ideja: impresionistični članek - ali na kratko impresija. Sestavljen iz ravno pravšnje mešanice hudomušnosti, števil in skrivnostnega spogledovanja s politiko, da MORA zapustiti *vtis*. Pa tudi napisan morda bolj na podlagi splošnega *vtisa* o problematiki, ki jo obravnava, kot poglobljenih analiz dejanskega stanja (vnaprej se opravičujem, če je to samo moj *vtis!*). Impresiven impresionistični članek? Bi šlo?

Vsebina članka zapuša v meni nekakšno nelagodje. Zmeraj reagiram tako, ko mi kdo dokazuje, da je situacija v moji domovini bistveno slabša kot v belem svetu. Netipičen podalpski patriotizem, ki nedvomno korenini v obdobju zgodnjega razvoja, tam, kjer od Freuda dalje namesto rojenic in sojenic stojijo ob zibelki psihoanalitiki in zbijajo svoje šale. Pa saj nisem kriv, če ima Slovenija 500 psihiatričnih postelj preveč! Nič nimam s tem!

Ampak, če bi se lotila mojega občutka nelagodja z orodjem kognitivne psihoterapije, ki nama je obema pri srcu bolj od kake mejno mitološke usmeritve, bi prej ali slej prišla tudi do naslednjega: Že nekaj časa se jezim na dežurne v naši bolnišnici, ki mi sprejemajo na oddelek bolnike z relativno indikacijo za sprejem. Stalno imamo namreč zasedene zasilke in to me dela živčnega. Ampak potem, ko se pomirim in ponovno premislim o upravičenosti takih sprejemov, moram običajno dati prav dežurnim. (Tega seveda ne govorim na glas, kaj bi si pa kolegi mislili o meni. To povem tebi, da boš lažje razumel moje nelagodje.) Pa veš, koliko postelj imamo v Begunjah? 185! In regija ima 200.000 prebivalcev. To pomeni, da imamo po angleških normah **skoraj pol postelj odveč!** Kaj bo, ko bodo za to slišali ljudje z ministrstva in zavarovalnice? Res lepa kaša! Zraven opravimo kar precej ambulantnih pregledov in imamo vsak dan okrog 40 bolnikov v dnevni bolnišnici, torej sploh nismo prava "institucionalna psihiatrija", karkoli že to pomeni. Od nekdanj imam šibko domišljijo; tudi zdaj si ne morem predstavljati, da bi polovico postelj v naši bolnišnici nadomestili s povečanjem števila storitev v dnevni bolnišnici in ambulantom. Vsaj ne pri bolnikih, ki jih zdravimo sedaj.

V tvojem članku pa berem, da je takšen sistem psihiatrične skrbi ne samo mogoč, ampak "dokazano enako drag, a plemenitejši in do človeka prijaznejši"; pa ne samo to, z njim "so namreč zadovoljni vsi od svojcev do medicinskih sester in psihiatrov" (verjetno tudi bolni-

ki, moja opomba). V nadaljevanju članka impliciraš, da bi bil takšen sistem duševnega zdravja sodoben in urejen ter bi omogočal uspehe v preventivi in kurativi. Torej - za isti denar veliko več muzike.

Veš, zakaj v to ne verjamem povsem? Takole na pamet bom naštel tri razloge:

1. Vsakodnevno se srečujem z bolniki in/ali njihovimi svojci, ki prosijo za hospitalizacijo in se ne pustijo odgnati z nekakšno dnevno bolnišnico ali celo ambulantno oskrbo, čeprav sta jim na voljo (zato tudi ne pristajam na tezo, da imamo pri nas institucionalizirano psihiatrijo - v nasprotju s skupnostno). Toliko glede "prijaznosti do človeka".

2. Strokovna upravičenost intenzivne sektorizacije in lokalizacije psihiatrije je vprašljiva. Kaj se zgodi, če skupnost infiltrira s številnimi psihiatričnimi delovnimi skupinami, da ima tako rekoč vsaka vas svojega? Danci so že leta nazaj ugotovili, da se take skupine le redko srečujejo s tistimi duševnimi motnjami, ki niso zelo pogoste. Zato so premalo izkušene in ne morejo bolnikom nuditi tako strokovne obravnave, kot bi jo dobili v večjih centrih. Sektorizacija in specializacija gresta bolj slabo skupaj.

3. Premik iz bolnišnice v skupnost zahteva večjo intenzivnost dela z bolniki - torej več zdravstvenih delavcev, povrh še z boljšo izobrazbeno strukturo. Največji strošek psihiatričnih bolnišnic pa so že zdaj plače zaposlenih. Nekaj seveda prihraniš - na račun slabo plačanih delavk v pralnici in pri detergentu za pranje rjuh (vem, da se prijemajo za glavo, ker pretirano poenstavljam zadevo, ampak to delam zaradi večje nazornosti). Tudi tuje izkušnje kažejo, da zna biti izrazito skupnostna psihiatrija nekoliko neracionalna, kar se tiče stroškov.

Če povzamem: isto kakovost psihiatrične oskrbe bi ob tako velikem premiku težišča dela v skupnost, kot ga zagovarjaš ti, obdržali kvečjemu s povišanjem finančnih sredstev. Kaj šele, če je naš cilj višja kakovost... Ne pozabi, da so slovenske psihiatrične bolnišnice posebljena skromnost, kar se tiče pogojev bivanja in dela. Varčevanje, stabilizacija in racionalizacija vse od osvoboditve.

Obstaja pa seveda druga možnost. Brez povišanja finančnega vložka, pa vendar v skupnosti, kot je to politično korektno. Je to mogoče doseči? Je. Z drugačno strukturo bolnikov. Je že tako, da so določene skupine naših "klientov" bolj primerne za bolnišnico, druge pa za ambulantno. Bojim se, da bomo v tem primeru posvečali več pozornosti tem drugim, reciva pogojno - manj bolnim. Težje bolni bodo skupaj s svojimi zdravstvenimi potrebami odviseli v sistemskem vakuumu. Kot tudi sam praviš - "če gre za kronično motnjo, so tudi občasna vračanja na rob družbe sprejemljiva." Že danes se naši bolniki občasno vračajo na rob družbe. Bojim se, da bi ob takšnem sistemu tam ostali za zmeraj... Številnim se je to tudi zgodilo - prav v državah, ki so preveč pogumno razvijale skupnostno psihiatrijo. Ta vizija se mi ne zdi preveč prijazna do človeka.

Še en razlog imam, da sem nekoliko nezaupljiv do razcveta skupnostne psihiatrije. Naši zahodni sosedje, ki jih tudi ti omenjaš, so znani po tem, da so šli v psihiatrično reformo z močnim političnim nabojem in s parolo o pocenitvi psihiatrije. Spominjam se, da so njihovi uradni predstavniki hvalili svoj sistem, kjer so ga le mogli. Bolj umirjeni kolegi pa so stvar videli drugače. Tako je pred leti kolega, slovenski psihiater onkraj meje, na sestanku Psihiatrične sekcije v Bovcu (mislim, da si bil tudi ti zraven), povedal, da so potrebovali vsaj 15 let, da so situacijo po reformi vsaj približno spravili v red. Uradne verzije torej ne gre vedno jemati za čisto zlato.

Tu bi zaključil, če me ne bi kolegi spomnili na problem medija. Zakaj si članek objavil v Mladini? Število bolniških postelj je vendar strokovno vprašanje par excellence. Komu je namenjen udarni članek v reviji, ki je njega dni spreminjala usodo Slovenije? Gotovo ne psihiatrom. Volivcem? Politikom? Prijatelji analitiki bi rekli: "Kaj je zadaj?" Zakaj ne bi razpravljali o strokovnem problemu v strokovnem tisku?

V uvodu sem uvrstil tvoje pisanje med impresionistične članke. Če samokritično pogledam svoje besedilo, spada nedvomno v isti razred. Le da je pisano z nekoliko drugačnih - manj popularnih pozicij. Lahko, da me bo kdo razglasil za "institucionalista". Pa prisežem, da (vsaj na zavestni ravni) nisem. Strinjam se, da je treba okrepiti psihiatrično ambulantno dejavnost in povečati možnosti za dnevno oskrbo. Strinjam se, da velike psihiatrične bolnišnice niso najboljša rešitev in da ni prav, da nekatere slovenske regije nimajo svojih bolnišnic. Ne samo psihiatrija, tudi socialni del skrbi za duševne bolnike je še daleč od ideala.

Ampak odraščal sem in živim v deželi, kjer so se neprestano dogajale reforme. V gospodarstvu, v šolstvu, v zdravstvu... Z veliko pompa in turbulenc. Rezultati pa kakor kdaj, največkrat nič pretresljivega. Včasih se je svetla pot v prihodnost celo izkazala za slepo ulico. Naučil sem se, da so reforme odvisne od sreče. Tvoj predlog reforme - zmanjšajmo število postelj, tako bomo prišli do denarja, ki ga bomo porabili za izvenbolnišnično psihiatrijo - razumem kot igranje na srečo z ljudmi. Jaz predlagam igranje na srečo z denarjem: pustimo postelje, kjer so. Država naj nam POSODI denar za izboljšanje pogojev izvenbolnišnične psihiatrije - kot si sam zapisal, sploh ne gre za kake velike vsote glede na denar, ki je sicer namenjen zdravstvu. Če bo stvar delovala, kot si napovedal, bodo psihiatrične postelje vedno manj zasedene in bolnišnice jih bodo same prisiljene ukiniti. Tako bo država dobila svoj denar nazaj, hkrati pa se bo lahko ponašala s sodobno psihiatrijo.

Dalmatinci pravijo: "Hvali more, a drž' se kraja." Dokler država ne bo navdušena za igro na srečo z denarjem, predlagam, da ostane mo pri bregu. Ker tudi ti ne priporočaš naglih sistemskih sprememb, ampak svetuješ previdnost in postopnost, lahko počakava skupaj. ■

Pozdravlja te
Andrej

Opomba: Članek "Ne levo ne desno, na mestu!" je v Mladini 26. 2. 2001 objavil asist. mag. Andrej Marušič, dr. med., koordinator SZO za promocijo duševnega zdravja. V reviji Isis mu je odpisal prim. Andrej Zmitek, dr. med.

Pojasnilo k članku "Ne odkrivajmo Amerike, ker je že odkrita"

V marčni številki Izide je bila v članku "Ne odkrivajmo Amerike, kjer je že odkrita" (str. 92) zapisana naslednja trditev: "Signifikantnost podatkov, ki jih je za javnost objavil dr. Trampuž, pa hudo ogroža informacija, da je visok odstotek okužb MRS rezultat napačnega zbiranja in ocenjevanja rezultatov, ker je bilo dokazano, da so avtorji raziskave pomotoma izenačili število brisov s številom bolnikov".

Avtorji omenjene raziskave Müller Premru M., Seme K., Križan Hergouth V., Andlovic A. in Gubina M. smo podatke objavili v članku "Občutljivost bakterij, izoliranih na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete v Ljubljani v letu 1999, in občutljivost bakterij v intenzivnih enotah Kliničnega centra v letu 1998", ki je izšel v Zborniku predavanj infektološkega simpozija 2000, Med Razgl 2000; 39: 39-48. V članku smo prikazali število in odstotek na antibiotike občutljivih bakterij *Staphylococcus aureus*, izoliranih iz kužnin (kri, likvorji, rane, sputumi, aspirati in urini), preiskanih v Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo MF v letu 1999. Zapisali smo tudi: "Pri obdelavi rezultatov nismo uporabljali filtra, tako da smo vse izolate in njihove občutljivosti prikazali tolikokrat, kolikorkrat smo jih analizirali", kar pomeni, da ponovni izolati pri istem bolniku niso bili izključeni.

Iz navedenega sledi, da smo v raziskavi predstavili občutljivost izolatov bakterije *Staphylococcus aureus* na različne antibiotike (med drugim tudi na meticilin), ne pa števila bolnikov z MRSA in torej nismo pomotoma izenačili števila izolatov s številom bolnikov mi, ampak tisti, ki so nepravilno povzeli oz. interpretirali naše ugotovitve. ■

Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo MF, Ljubljana:
doc. dr. Müller Premru M., dr. med., spec. klin. mikrobiol.
asist. dr. Seme K., dr. med., spec. klin. mikrobiol.
Križan Hergouth V., dr. med., spec. klin. mikrobiol.
Andlovic A., dr. med., spec. klin. mikrobiol.
prof. dr. Gubina M., dr. med., spec. klin. mikrobiol.



“Razvoj” družinske medicine v Sloveniji

Andrej Žmavc

Nekoliko skeptično sem se v zadnji številki revije lotil branja sestavka z gornjim naslovom, saj me je, glede na stanje stvari v splošni medicini, zelo zanimalo, kje sta avtorja našla ta “razvoj”. Žal se je prvotna skepsa izkazala za upravičeno. Članek bi namreč moral nositi naslov “Propad družinske medicine v Sloveniji”! Pravzaprav se moram popraviti. Družinska medicina se razvijala kot ugotavljata tudi avtorja (Igor Švab in Danica Rotar Pavlič), le na akademski ravni, splošna medicina (jasno je, da gre za sinonim, saj niti danes niti v prihodnje splošna medicina ne bo nič bolj in nič manj družinska, kot je bila) pa je pristala tam, kamor sta jo zadnjih deset let sistematično potiskali politika ZZZS in (ne)politika Ministrstva za zdravstvo.

Število obiskov pri zdravniku se je v desetih letih povečalo za skoraj tretjino, število hišnih obiskov je padlo za polovico (ponekod še za več), število napotitev na sekundarno raven je poraslo za trikrat, ob tem pa zdravnik splošne medicine skrbi za precej manj ljudi, kot je pred desetimi leti. Ali gre za povsem zgrešeno statistiko, ali pa je nekaj zelo narobe z našim zdravstvenim sistemom. Takole na oko sta v največji korelaciji porast napotitev in porast števila zasebnih zdravnikov. Kje je torej tako razglašana racionalnost uvajanja zasebnosti v medicino? Seveda ni krivda v zasebnosti, saj je podobno usmeritev pri napotitvah verjetno opaziti tudi pri ostalih zdravnikih. Problem se skriva v razvoju ambulantne specialistične dejavnosti in direktnih napotitev na diagnostične preiskave, ki jih je bilo pred desetimi leti občutno manj (število napotitev v bolnišnice se v desetih letih ni spreminjalo). Tudi statistična obdelava pregledov v specialističnih ambulantah na osnovi t. i. letnih pooblastil ni jasna, zato podatek o napotitvah nima realne teže in bi ga bilo treba natančneje obdelati.

Razveseljivo je, da je število splošnih zdravnikov naraslo, kar pomeni znatno manj prebivalcev na enega zdravnika, a v praksi tega žal ni opaziti. V večjem delu Slovenije se kronično ubadajo s problemom, kako zaposliti še kakšnega zdravnika v splošni medicini, saj jih močno primanjkuje. V sistem osnovne zdravstvene službe zadnja leta vgrajujemo tudi predbolnišnične službe nujne medicinske pomoči. Če so v statističnem prikazu upoštevani tudi ti zdravniki (večinoma gre za splošne zdravnike), potem je izračun povsem napačen. Zato tudi podatku o številu prebivalcev na enega splošnega zdravnika ni povsem zaupati.

Res pa je, da se je močno povečalo število pregledov v ambulantah. Natančneje beleženje zaradi določil ZZZS verjetno prispeva svoj, vendar manjši delež. Povečanje je še kako opazno v ambulantah. Deloma je “krivo” staranje prebivalstva, največ pa verjetno prispeva zahtevnost (pogosto celo izsiljevanje) pacientov in administriranje čez vsako razumno mejo. Saj celo statistika ugotavlja, da je kar 20 odstotkov vseh obiskov pri zdravniku administrativne narave. Če pa bi k temu prišteli še administrativno delo pri preostalih obiskih, bi ugo-

tovili, da je za medicino ostalo bore malo časa. Delam v večjem zdravstvenem domu v mestnem okolju, kjer vsako leto komajda uspemo uresničiti pogodbeno predpisano število količnikov (pregledov), pa večina zdravnikov zaradi vsakodnevnega navala pacientov raje odkloni, kot pa vzame še kakšnega. Naše zdravnice in zdravnike lahko vidite, kako po končanem delu hodijo domov s košarami kartotek, da bodo lahko doma dokončali predloge za invalidske komisije, komisije za podaljšanje staleža, potrdila in spričevala za podjetja, zavarovalnice, sodišča, ipd... Ali je to sploh še normalno? Najbrž tega ne počnejo iz patološke obsedenosti z delom, niti iz želje po dodatnem zaslužku, saj gre večina teh opravil v sklop rednih delovnih obveznosti. Tu je med drugim treba iskati tudi odgovor za izumiranje hišnih obiskov, ki naj bi bili temeljni instrument dela vsakega splošnega zdravnika. Zgovoren je primer ZD Celje, kjer smo od letnega števila 9.000 pred 15 leti pristali lani pri številki 1.200. In ob tem govorimo o družinski medicini!

Z uvedbo izbranega zdravnika je bil pred leti postavljen temelj, na katerem bi bilo mogoče graditi kakovostno in tudi v ekonomskem pogledu učinkovito zdravstveno službo. Žal se je vse skupaj izrodilo v izbranega administratorja in triažerja.

Skraini čas je, da temu trendu napravimo konec. Razveseljivo je, da je program nove ekipe na Ministrstvu za zdravstvo usmerjen h kakovosti, a dajanje prednosti preventivi le deklarativno, ne da bi hkrati uredili pristojnosti in delo splošnih zdravnikov v celoti, bo brez učinka. Kako naj bi uvajanje preventivno naravnanih pregledov zmanjšalo število pacientov v ambulantah? Ali je minister za zdravstvo resno mislil z izjavo v javnosti, da sedaj zdravniki “štancajo” preglede zaradi pogodbene obveznosti do ZZZS?! Ali bomo zaradi bolj poglobljene preventive in časa, ki ji ga bomo namenjali, preostale paciente odklanjali?

Strinjam se, da sedanji sistem financiranja zdravstvene službe pospešuje čim manj ukvarjanja z bolnikom na primarnem nivoju in pošiljanje pacientov na sekundarno raven, a za to niso krivi zdravniki. Prepričan sem, da želi vsak splošni zdravnik svoje bolnike obravnavati strokovno in poglobljeno, a za to mora imeti čas in sredstva! Kakovostno oskrbljen bolnik na primarni ravni je najcenejši bolnik in sistem zdravstvene službe, gledano v celoti, je toliko dober, kolikor dobra je splošna medicina.

Težko je takole na hitro predlagati prave rešitve problema, a za začetek bi bilo nujno zmanjšati normativ števila opredeljenih pacientov na razumno mejo 1.800 in, vsaj v prvi fazi, ponovno uvesti vsaj simbolično finančno participacijo pacientov za obiske pri zdravniku, za katere niso naročeni in ki niso nujni.

Šele potem bomo lahko govorili o razvoju družinske medicine v Sloveniji, če je poudarjanje družinskosti v današnji družbi sploh še smiselno.

Prof. dr. Alojz Ihan:

Imunski sistem in odpornost

Kako se ubranimo bolezn

Knjigo "Imunski sistem in odpornost" je izdala Založba Mladinska knjiga, obsega 200 strani in je trde vezave.

V knjigi je na poljuden način predstavljen imunski sistem (zgradba in delovanje) in je zato namenjen širšemu krogu bralcev in ne le strokovnjakom.

V uvodnem delu knjige je orisan splošni pomen imunskega sistema človeka ter najpogostejši znaki, ki kažejo na njegovo pomanjkljivo dejanje.

Kako pomemben dejavnik je okužba in kako okužba vpliva na delovanje imunskega sistema, je orisano v nadaljevanju knjige. Opisane so najpogostejše bolezni (prehladna stanja, angina in druge bolezni), ki jih imunski sistem lahko prepozna in nas od njih varuje.

V nadaljevanju je opisano delovanje imunskega sistema ter način obrambe organizma od različnih dejavnikov kot so: stres, hormonsko-živčni vplivi ter čustva in notranja energija posameznika.

Po jedrnatih predstaviti imunskega sistema bralec pride do poglavja o razdelitvi celotne obrambe organizma pred nalezljivimi boleznimi. Skrbno in natančno je orisana pomembnost integritete prve (izogibanje okužbam), druge (telesne pregrade - koža in sluznice) in tretje linije obrambe (imunski sistem) organizma.

Da bi bralec lažje razumel funkcije in delovanje imunskega sistema - anatomijo imunskega sistema - je prof. Ihan v osrednjem delu svoje knjige na enostaven način orisal organizacijo in delovanje imunskega sistema. Naglasil je pomembnost posameznih delov sistema ter funkcijo kostnega mozga, timusa (priželjnic), bezgavk, vranice in imunskih celic sluznice.

Kakšna je vloga imunološkega sistema na vdor tujk v telo, je orisano v naslednjem poglavju. Orisane so značilnosti vnetja ter me-



diatorji, ki se sprožijo pri reakciji organizma na vdor tujka v telo.

V nadaljevanju sledi opis celic, ki so v telesu in ki omogočajo prirojeno imunost organizma (nevtrofilcev, monocitov, limfocitov) ter vplivi različnih dejavnikov na delovanje te tega (dojenčki, vnetja v starosti, narkomani, promiskuiteta, bolezni, ki zmanjšujejo odpornost proti okužbam - levkemije in limfomi). Avtor opozarja, da dejavniki kot so kajenje in alkoholizem, ekstremni šport, hušanje ter prehrabene navade, zelo vplivajo na delovanje imunskega sistema.

Glede na to, da pogosto pridemo v situacijo, ko se lahko okužimo, je avtor ponazoril pomembnost cepljenja ter učinkovitost dejavnega in pasivnega cepljenja.

V nadaljevanju je orisan pomen imunskega sistema pri nastanku raka kot bolezni našega stoletja in njegov pomen pri zdravljenju te bolezni. Orisani so možni uspehi zdravljenja te hude bolezni z imunoterapijo (William Coley je pred skoraj 100 leti klinično preizkusil imunsko zdravljenje raka).

Alergije, znaki ter nastanek lokalne in sistemske alergične reakcije, diagnostika in zdravljenje so opisane v naslednjem delu knjige.

Avtor nadaljuje s poglavjem, v katerem oríše vrste in značilnosti preobčutljivih reakcij tipa 1 (urtikarija in angioedem), tipa 2 (purpura), tipa 3 (vaskulitis) in tipa 4 (kontaktne dermatitis).

Pomembnost pomanjkljivosti imunskega sistema (aids) je danes v zdravstvu zelo pereč problem. Poudarjen je pomen načina okužbe z virusom HIV ter razvoj in uspešnost cepiva pri zdravljenju bolnikov, ki so okuženi s tem virusom.

Sledi poglavje o imunskih pojavih, ki jih zobozdravniki srečujejo v ustni votlini. Orisane so značilnosti gingivitisa, aftoznega stomatitisa, zobne gnilobe, ustne kandidiaze.

Ob koncu knjige avtor hipotetično opozarja na načine in možnosti zdravljenja, pravice bolnikov do zdravljenja, na pomembnost zdravnikov ter na nove načine zdravljenja v novem tisočletju. ■

Željko Jakelič

Marc De Hert,
Geerd Magiels, Erik Thys:

Skrivnost možganskega čipa

Skrivnost možganskega čipa je vodnik za samopomoč, namenjen predvsem bolnikom s psihozo in njihovim bližnjim. Andrej Žmitek in Rok Tavčar, ki sta angleško izdajo izvirnika prevedla, sta s posrečnim izborom tudi slovenski javnosti omogočila večplastno učenje o psihozi in širino, ki odlikuje to knjigo. Delo omogoči vpogled v skrivnost psihotičnega doživljanja. Opisuje razvoj psihotične epizode (od začetnih prodromov do jasno izraženih "pozitivnih" in



“negativnih” simptomov), njeno diagnostičiranje in zdravljenje. Okvir vodnika za samopomoč predstavlja zgodba v stripu, kjer spoznamo srednješolca Pavla, ki se prvič v življenju osebno srečuje z neznanim svetom psihoze. V prvem delu je prikazano njegovo nenavadno vedenje v šoli, sumničavost, skrb, zapiranje vase in razdražljivost, ki jih prepoznamo kot prve znake razvijajoče se bolezni. Kasneje prisluhi, nanašalno - preganjalne blodnje, velika tesnoba in neuvidevnost do bolezni glavnega junaka popolnoma onemogočijo ter ga silijo v socialni umik. V nadaljevanju lahko spremljamo njegovo doživljanje v psihiatrični bolnišnici. Prvi dnevi, ki se jih Pavel le bežno spominja, so zaznamovani s parenteralnim zdravljenjem, njegovo nezaupljivostjo in odklonilnim vedenjem ter čustveno otopelostjo. Ob izzvevanju produktivne psihotične simptomatike pa se postopoma začne zavedati svojih zmotnih prepričanj, opazi druge bolnike na oddelku, sprejme zdravnika in po dolgem času spet “nekaj čuti” ob svojih domačih. Poleg zdravljenja z zdravili, psihoterapije in učenja o bolezni so za Pavla pomembni tudi pogovori z osebjem in bolniki, ter sproščeno vzdušje v skupini, kjer se po več tednih ponovno lahko smeje. Kljub občasnim stiskam, ki so tokrat posledica uvida v že skoraj umaknjeno psihotično epizodo, se mu vrača veselje in zanimanje za delo. Po težko pričakovani vrnitvi domov začne ponovno hoditi v šolo. Razumevanje in

sprejemanje sošolcev ter naklonjenost simpatije Helene mu pomagajo zdržati prve tedne v šoli, ko ima občutek, da je raztresen in si ničesar ne zapomni. Sprva dvakrat na mesec obiskuje psihiatrično ambulantno, pri zdravljenju pa občasno sodelujejo tudi starši. Kasneje samovoljno opusti zdravila, se ob tem zelo dobro počuti in se lažje uči ter uspešno opravi šolske obveznosti. Mesec dni potem, ko preneha jemati zdravila, ob pritisku in nestrpnosti šefa na počitniškem delu spet zazna prodrome psihotične epizode. Po razmisleku se še isti dan odpravi k psihiatru, s katerim se dogovorita za ustrežnejši režim prejetja antipsihotika. Strip se konča s sliko romantične noči, kjer se Pavel in Helena pogovarjata o bolezni in ljubezni... Zaradi boljše preglednosti in lažjega razumevanja so posamezne faze bolezni oziroma zdravljenja med seboj ločene v sklope in predstavljene najprej v stripu, ki mu sledi ustrezen teoretični del. V prvem je klinični opis doživljanja in vedenja psihotičnega bolnika pregleden povzetek stripa, hkrati pa avtorji razširijo razumevanje psihoze tudi na druge znake in simptome, ki so zanj značilni. Zapletena psihopatologija psihoz je predstavljena s slikovitimi opisi, brez tujk in strokovnih izrazov. V drugem delu je pozornost usmerjena v diagnozo psihotičnih motenj, v tretjem pa avtorji predstavijo zdravljenje z zdravili in različnimi psihoterapevtskimi tehnikami. Poudarjen je tudi pomen učenja o bolezni (izobraževanje) in celostne psihosocialne rehabilitacije. Na koncu je prikazana realnost okrevanja in poteka psihoze, podprta z epidemiološkimi podatki. Kratke misli oziroma pesmi ter literarni odlomki različnih avtorjev smiselno povezujejo strip z jasno in izčrpno teorijo. Poezija oziroma umetnost tako poda roko znanosti in bralca “zmehča” ter mu omogoči, da tudi čustveno angažiran globlje dojame psihotično doživljanje. V knjigi je s sliko in besedo prikazana tudi primera oziroma metafora, s katero avtorji ponazorijo psihozo. Most predstavlja človeka, bregova, na katerih sloni, pa njegovo okolico. Zunanje sile (vreme, reka, tovornjaki), ki delujejo na most, lahko razumemo kot običajne obremenitve in težave v življenju. Tako kot dotrajani most ne zdrži tornada in konvoja tovornjakov, ob neustreznih pritiskih okolja šibkeje strukturirana oseba lahko podleže bremenu psihoze. Vzdrževanje in popravljanje mostu predstavlja psihosocialno pod-

poro in zdravljenje bolezni. Avtorji življenje primerjajo tudi z zahtevnim izletom v gore s številnimi ovirami na poti, človeka občutljivega za psihozo pa s slabo narejenim, preobremenjenim oziroma pokvarjenim čolnom, ki se lahko potopi ali zaide s predvidene smeri. Psihozo primerjajo z motnjo na električnem ali telefonskem omrežju, ki povzroči kratek stik... Moč metafore je v njeni širini. Bolniku dopusti njemu lastno interpretacijo in mu pomaga, da posamezne vidike bolezni bolje razume. Obče znane predstave, uporabljene v metafori (npr. most), bolnik “prevaja” v doživljanje psihoze in si tako omogoči drugačen pogled na bolezen. Nedojemljive psihotične simptome si torej poenostavi in jih doživi kot obvladljive, kar okrepi njegovo samozavest ter izboljša sodelovanje pri nadaljnjem zdravljenju. Na koncu knjige so predstavljeni znani in pomembni ljudje (znanstveniki, glasbeniki, umetniki), ki so kljub psihozi v življenju uspeli. Opisani so tudi miti in predsodki o psihozi ter predstavljeni odgovori na najbolj pogosta vprašanja, povezana s psihotično motnjo. Naveden je tudi seznam knjig in spletnih strani o psihozi in shizofreniji. Skrivnost možganskega čipa je posrečena in zanimiva knjiga. Trpljenje bolnika in njegovih najbližjih ob akutni psihotični epizodi ter največkrat dolgotrajno zdravljenje in negotovo prihodnost oriše realno, brez lažnih olepšav. Kljub temu pa optimistično ponuja širše razumevanje bolezni in odpira nova vprašanja ter daje snov za nadaljnje pogovore z zdravnikom in svojci. Avtorji se bralcu ne približajo le s preprostim in razumljivim jezikom, ampak tudi z večkratnim podajanjem iste vsebine na različne načine. S tem povečajo možnost, da tudi manj razgledani bralci razumejo vsaj enega izmed načinov, drugim pa omogočijo, da strnejo sliko, teorijo, metafore in poezijo v celoto ter spoznavajo bolezen na več ravneh. Knjigo priporočam v branje vsem, ki se na tak ali drugačen način srečujejo s psihozo. Njena večplastnost se “dotakne” bralca ter nekoliko spremeni pogled na bolnike s psihozo in na bolezen, ki je samo del življenja.

Slovensko izdajo knjige je v celoti omogočilo podjetje Cilag - Janssen. Knjiga, ki je izšla v nakladi 2.500 izvodov, bo predvidoma dostopna brezplačno v psihiatričnih bolnišnicah in ambulantah ter nevladnih organizacijah za pomoč osebam z duševnimi motnjami.

Klemen Rebolj

Ažmanovi dnevi

Gorska reševalna služba

Ob poplavi svetovne medicinske literature in vedno večjem številu zbornikov različnih strokovnih srečanj v Sloveniji se človek sprašuje, kaj je sploh še mogoče zapisati, kar še ni bilo zapisanega. Prednost zbornika, ki sledi strokovnemu srečanju je predvsem v tem, da na enem mestu zbere informacije v slovenskem jeziku, ki bi jih drugače iskali na različnih krajih in pogosto tudi težko našli.

Ko sem vzel v roke 11. suplement Medicinskih razgledov v letu pred 40-letnico te revije Ažmanovi dnevi - Gorska reševalna služba - zbornik predavanj 5. Ažmanovih dnevov, sta me prešinili naslednji spoznanji: prvo zadeva slovensko pisano besedo. Medicinski razgledi so kljub svoji večno študentski zasedbi krepko v zrelih letih in ponujajo strokovno literaturo v izjemno všečni podobi. Drugo pa zadeva delo zdravnikov v gorski reševalni službi. Če parafraziram Prešernove besede, bodo te še najbolj opisale prvih 50 strani zbornika: "Slep je, kdor se z reševanjem vkvarja, vsak mu osle kaže, on dela v večnem strahu pred tožbo..."

Zdravniki pri GRS so naredili modro potezo in so se o pravnih in moralnih vidikih svojega altruističnega dela poučili pri pravniki. Prav zato so prispevki Mateje Končične Peternel: Odškodninska odgovornost zdravnika, Boruta Škerlja: GRS - odgovornost za škodo, Milana Virška: Zavarovanje kot dejavnik zagotavljanja varnosti ob nastopu škodljivih dogodkov in Boruta Strazišarja: Odprta pravna vprašanja v zvezi s položajem zdravnika v Gorski reševalni službi zanimivo in poučno branje za vse, ki kakorkoli pridemo v stik s poškodovanci, in ne samo za zdravnike pri GRS. Zlasti Končičnova nam da dober poduk o neznosni lahkosti priprave pravilnikov in predpisov s področja

nujne medicinske službe, ki puščajo v nemar marsikatero vprašanje organizacije, pristojnosti in zavarovanja izvajalcev. Toplo priporočam, da si vsi kolegi preberete pogled slovenske pravne stroke na vprašanja odgovornosti za škodo, ki nastane pri nudenju oskrbe poškodovancem. Zagotovo pa se mora s tem seznaniti vsakdo, ki začne delo v kateri koli reševalni službi. Pisci pravilnikov kar preradi vidijo samo altruistično vlogo različnih služb, pozabijo postaviti meje, do kod naj gre npr. kolegica v temni noči, obuta v običajno obutev, če avto zgrmi s ceste, ali nekdo obleži na strmem pobočju nekaj sto metrov od zadnje hiše v vasi. Dilema je še toliko izrazitejša pri kolegicah in kolegih, ki se podajo v pogosto skoraj nemogoče vremenske in terenske pogoje gora, kjer imajo kljub svoji izurjenosti pogosto dosti opraviti s svojo varnostjo, pa se morajo posvetiti poškodovancem. Če po svetu to počnejo za denar, se našim kolegom prej lahko pripeti, da bi bili zaradi predpisov ob slabem izidu poškodovanca lahko celo ob lasten denar. To področje zagotovo zasluži pozornost, kot so jo avtorji namenili v tem zborniku, tudi v vsakdanjem življenju. Naj bo zbornik poziv k dopolnitvi predpisov o nudenju nujne medicinske pomoči, ki bodo upoštevale tudi varnost in zavarovanje zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev, vključenih v reševanje.

V nadaljevanju avtorji spregovorijo o ukrepanju v posameznih težjih primerih reševanja. Tako je opisana prva pomoč pri osebi z epileptičnim napadom (Alenka Horvat in Boštjan Čebular). Samo Fokter opisuje primer reševanja v težkih zimskih pogojih in pomen sodelovanja zdravnika pri reševanju že od vsega začetka. Pojasnjuje indikacije za uporabo tovorne žičnice v nujnih primerih. Iztok Tomazin z opisom reševanja gozdnega delavca opomni na dilemo o pristojnosti in odgovornosti za reševanje ponesrečencev in zbolelih izven kategoriziranih poti in naselij, na kar so posredno opozorili tudi pravniki v svojih prispevkih. Ohlapnost, kot jo glede tega dopušča pravilnik o nujni medicinski pomoči, lahko botruje tudi nesmiselnemu obveščanju služb, ki niso niti pristojne niti usposobljene za delo na zahtevnem terenu in s tem do nepotrebne zakasnitve pri prvi oskrbi poškodovancev. Gorska reševalna služba ima zaradi svoje specifične usposobljenosti reševalcev in zdravnikov mesto v državnem sistemu reševanja. Igor Fajdiga obravnava problem prezačevanja obnosnih votlin in težav, ki

nam jih lahko povzroča sprememba pritiška. Andrej Kansky nas seznanja s poškodbami maksilofacialne regije, prvo pomočjo in dokončno oskrbo. Prispevek Dušana Vlahovića o podhladitvi zaokroža prispevke o nekaterih nujnih ukrepih pri poškodbah v gorah. Žare Finderle in Ksenija Cankar prikazuje možnost uspešnega zdravljenja omrzlin s hiperbarično oksigenacijo še dva tedna po nastanku poškodbe. Mensur Slihović nam predstavi nevrometrijo - metodo, ki omogoča ugotavljanje motenj občutenja bolečine.

Naslednja skupina prispevkov predstavljajo napotki za pot v gore bolnikom, ki imajo določene zdravstvene težave. Samo Fokter opozarja na zmerno telesno dejavnost pri bolnikih z artrozo in kirurško zdravljenim sklepom, medtem ko naj bi kronične obremenitve hoje v hribe vplivale na razvoj artroze pri zdravih sklepih in normalni mišični moči. Isti avtor nam tudi na kratko razloži problematiko bolečine v križu in hoje v hribe. Andrej Žmitek daje sistematičen pregled najpogostejših duševnih motenj in merila, ki nam pomagajo glede nasveta za hojo v gore. Matjaž Fležar opozarja, da naj pljučni bolnik ne pohajkuje po gorah sam, opredeli stopnje posameznih boleznih, ko moramo pljučnemu bolniku odsvetovati hojo v gore in da napotke za ustrezno prvo zdravniško pomoč, kadar pri teh bolnikih pride do poslabšanja med planinarjenjem. Isti avtor nas seznanja z drugačnimi alergogenimi razmerami v visokogorju in da kratka navodila za ukrepanje v primeru anafilaksije v gorah, ki je po njegovih besedah praviloma vezana na pik kozokrilca. Boštjan Lovšin nas seznanja z možnostmi bolnic z ginekološkimi boleznimi in nosečnicami za planinarjenje.

Zbornik 5. Ažmanovih dnevov je kot "suplement priznane medicinske revije" resnično "pridobil na podobi in teži". S svojimi jedrnatimi in mestoma inovativnimi pristopi ter ob izboru zanimivih avtorjev je poučno branje vsem, ki se srečujemo z obravnavo poškodovancev izven ambulate in ne le zdravnikom, ki sodelujejo v GRS. ■

Janko Kersnik

Čas za pogovor?

Uporaba računalniških programov in genetično testiranje

Vsi zdravniki se skušamo čimbolj približati pacientom ter jim svetovati glede zdravljenja in pomagati pri njihovih odločitvah. Želimo namreč, da bi se pacienti glede zdravljenja svoje bolezni odločali dobro poučeni glede pozitivnih in negativnih posledic le-tega. Še posebej se lahko zaplete pri svetovanju, ko moramo nemalokrat prevzeti tudi vlogo etika. Prepričati se moramo, da pacient razume svojo bolezen, in mu glede na njegovo predznanje svetovati.

Na področju genetičnega testiranja in svetovanja je skoraj vsak dan kaj novega. Raziskovanje na tem področju je v razcvetu in kmalu bo verjetno skoraj vsaka medicinska stroka imela svojo genetično posvetovalnico. Genetično testiranje postaja realnost ne le na področju svetovanja bodočim staršem, kjer vemo, da svetovanje teče že vrsto desetletij, temveč tudi v drugih vejah medicine. Danes ne gre le za izračune verjetnosti o dedovanju, temveč za natančno določanje "genskega statusa" posamezniku. Mnogi - tudi zdravniki - temu nasprotujejo. Češ, zakaj bi obremenjevali ljudi s stvarmi, na katere nimajo nobenega vpliva. Zakaj pacientu ali svojcu podati informacijo o bolezni, ko je še nima, ni nujno, da jo bo dobil in je še ne znamo zdraviti. Na žalost, pa bi morali biti prav mi pripravljene na vprašanja laikov, ki iz današnjih medijev ne dobijo vedno preverjene informacije. V medicini ne gre vedno le za postavitev diagnoze. Določeni ljudje, ki izhajajo iz družin, kjer se neka bolezen pojavlja pri več članih v glavnem življenju z mislijo, da se bo le-ta pojavila tudi pri njih. Sodobna tehnologija nam omogoča raznovrstne presejalne teste, ki omogočajo zgodnjo diagnostiko in torej posledično bolj kakovostno zdravljenje. Ljudem bi torej morali dati osnovno informacijo o tem, kakšne so možnosti odkrivanja in zdravljenja bolezni v sodobni medicini.

Nekateri so v te namene izoblikovali

zgoščenko, ki naj bi pacientom vnaprej ponudil osnovno informacijo. Tako bi pacienti ali svojci že z nekim predznanjem prišli po nasvet in bili na nek način pripravljeni. Zastavljena vprašanja bi bila tako premišljena in bolj specializirana. Tudi zato bi pacient odšel iz ordinacije poučen in bolj prepričan v svoje odločitve.

Mnenja so različna. Nekateri trdijo, da izobraževalna zgoščenka nikakor ne more nadomestiti dela genetičnih svetovalcev. Računalniški program naj bi bil premalo osebno za tako občutljivo temo, kot je genetično svetovanje. Genetični svetovalci namreč takoj poda vmesna pojasnila - odvisno seveda od emocionalnega odgovora osebe, ki je prišla na svetovanje. Vnaprej pripravljen program pač ne more prirediti načina svetovanja glede na sogovornikovo predznanje. Tako zna biti program dolgovezen za nekoga, ki obvlada osnovne naravoslovne pojme, ali pa prezahteven za laike, ki so z naravoslovjem izgubili stik takoj po osnovni šoli. Nasploh pa zgoščenka nikakor ne more zaznati mogočih moralno-etičnih vprašanj, ki se lahko pojavijo ob svetovanju. Tako je podobne programe težko popravljati, saj si redki zapomnijo vse, česar sproti niso razumeli. Površno znanje pa lahko pripelje ne samo do nerazumevanja, temveč tudi do napačnega interpretiranja tematike.

Pomembno je torej poudariti, da so v praksi izobraževalne zgoščenke namenjene le kot pripomoček pri podajanju osnovnega znanja in nikakor ne kot osnovno in edino sredstvo informiranja. Tukaj pa je najti tudi odgovor na vprašanje, ali so spletne strani, ki so namenjene pacientom in njihovim svojcem, upravičene ali ne.

Kot ilustracijo naj dodam svojo zgodbo. Tri leta sem živela v Belgiji, v državi, kjer za obisk kateregakoli specialista ne potrebuješ napatnice splošnega zdravnika. O tem, ali je to dobro ali slabo, še vedno potekajo okrogle mize in prerekanja. Meni - kot tujki - to ni delalo veliko preglavic, saj sem si lahko sama, brez velikih razmišljanj "predpisala" specialista. Tako so mi prihranili čas in denar. V naših in tujih znanstvenih revijah sem našla članke o možnem genskem testiranju ter genetičnem svetovanju. Zapisano je bilo, da pri nas taka testiranja še ne potekajo, zato sem se odločila o tem povprašati v Belgiji. Kolegica z magistrskega programa, ki je delala v laboratoriju za medicinsko genetiko mi je pritrdila, da tovrstna testiranja opravljajo prav pri njih. Tako sem se naročila na

svetovanje. Za vsakega pacienta imajo rezervirano eno uro in v tem sklopu si vsak že na začetku ogleda računalniški program, ki nudi osnovne informacije o testiranju.

Moram priznati, da me je vse skupaj zelo prizadelo, saj sem že na poti tja imela nešteto vprašanj o testiranju, tveganju in možnih rešitvah. Tako pa so me posedli v naslonjač in pustili samo pred računalnikom. Ni mi preostalo drugega kot, da sem začela klikati z miško. Kaj hitro so bila odgovorjena vsa moja vnaprej pripravljena vprašanja o samem testiranju, prednostih in slabostih. Pojavila pa so se tudi nova, bolj natančna in usmerjena, bistvena glede moje nadaljnje odločitve. Po ogledu programa je sledil pogovor s svetovalcem. Kasneje sem ugotovila, da sem iz ordinacije odšla ne le z vsemi odgovorjenimi vprašanji, temveč tudi z novim znanjem. Presenetilo me je, kako dobro je bil program (lahko bi bila tudi videokaseta) vključen v samo delo. Zdravnik si na tak način zagotovi maksimalen izkoristek časa, ki je namenjen pogovoru.

Zdravnik katerekoli stroke si v bistvu s takim izobraževalnim pripomočkom ne le prihrani čas, zagotovi tudi, da vsak pacient dobi enako kakovostno uslugo. Z vsakodnevnim podajanjem enakovrstnih informacij zdravnik kaj hitro izpusti zanj nepomembno malenkost, za pacienta pa je lahko prav ta ključ do razumevanja. Vsi namreč dobijo isto osnovo, pogovor potem pa je le nadgradnja - odvisno pač od pacientovega predznanja.

Program, ki sem si ga ogledala, je bil posebej sestavljen za svetovanje o raku dojke in ovarija, dejavnih tveganja, genetičnem dedovanju, o tehničnih vidikih genetičnega testiranja ter o prednostih, pomanjkljivostih in alternativah testiranja. V osnovi vse skupaj pomaga, da si pacient ali svojec sam naredi kar se da objektivno sliko, saj dobi natančno informacijo, ki jo sprejema tako hitro, kot ji pač lahko sledi. Že z etičnega vidika je tukaj pomembno, da se pacienta ali svojca ne sili, imeti mora dovolj časa za premislek in odločitev. Brez omejitev.

Seveda pa računalniki niso za vse. V vsakem primeru imajo računalniški programi nešteto pomanjkljivosti v primerjavi z dobro izobraženim in izkušenim svetovalcem. Kljub vsemu pa je dandanes nešteto ljudi, ki brez spleta in osebnega računalnika ne morejo več. Gre že skorajda za intimen odnos. Ti ljudje prav gotovo ne bodo razočarani, če jim bomo ponudili izobraževalno zgoščenko. ■

Mateja Krajc

Alergijski rinitis pri odraslih

Konec februarja je v zbirki Lekovih žepnih knjižic izšla nova z naslovom Alergijski rinitis pri odraslih, ki jo je napisala prof. dr. Ema Mušič iz bolnišnice Golnik.

V medicini smo priče vedno novim spoznanjem. Hkrati pa pogosto ponovno odkrivamo že dolgo znana dejstva. Tako nas avtorica prof. dr. Ema Mušič, dr. med., spomni, da je nosna votlina začetek dihalnih poti, ki se končajo v razvejanem bronhialnem sistemu. Novo je, da imunološko obravnava pot od nosu do najmanjših bronhijev kot enotno dihalno cev. Tako razloži, zakaj se lahko bolezensko dogajanje, ki pogojuje alergijski rinitis, včasih odrazi samo lokalno na nosni sluznici, včasih pa izzove bron-

hialno prevzdražljivost ali astmo.

Avtorica nazorno pojasni vzroke za spremembe nosne sluznice, ki jih povzroča alergijski rinitis. Našteje zaplete, ki so posledica lokalnih sprememb na nosni sluznici. Ti so številni, najobičajnejši je sinusitis. Opozori nas, da celoletni alergijski rinitis lahko odvzame vonj in tako prikrajša bolnika za enega od obrambnih mehanizmov, pa tudi za celo vrsto užitkov ob prijetnih vonjavah.

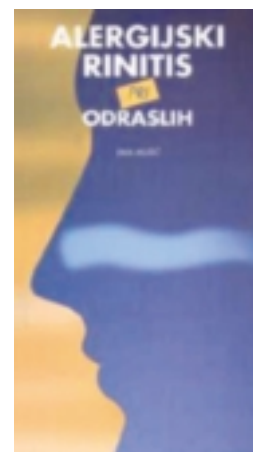
Knjiga je didaktična in v celoti sledi osnovni misli - prepričati zdravnika, da je tudi običajen in pogost rinitis vreden njegove pozornosti ter da je treba ob njegovem pojavu ukrepati, da se izognemo sistemskim in lokalnim zapletom.

Avtorica je nazorno prikazala stopenjsko

diagnostiko in razmejitev med diagnostičnimi ter terapevtskimi postopki, ki naj jih opravi zdravnik splošne medicine oz. specialist alergolog ali otorinolaringolog.

Knjižico priporočam vsakemu zdravniku, ki želi razširiti in dopolniti svoje znanje o najpogostejši alergijski bolezni - alergijskem rinitisu.

Andreja Kocijančič



PERSONALIA

Zdravniška zbornica Slovenije objavlja seznam zdravnikov, ki so opravili program sekundarijata

Jelena Božikov, dr. med.,
končala: 30. 11. 2000,
izpit opravila

Krešimir Božikov, dr. med.,
končal: 30. 11. 2000,
izpit opravil

Kristina Cerk, dr. med.,
končala: 31. 1. 2001,
izpit opravila s pohvalo

Tanja Golli, dr. med.,
končala: 31. 1. 2001,
izpit opravila s pohvalo

Helena Jamnik, dr. med.,
končala: 30. 11. 2000,
izpit opravila

Monika Jevšenak, dr. med.,
končala: 30. 11. 2000,
izpit opravila

Petra Mesec Rodi, dr. med.,
končala: 30. 11. 2000,
izpit opravila

Dominika Novak Mlakar, dr. med.,
končala: 30. 11. 2000,
izpit opravila

Tereza Rojko, dr. med.,
končala: 31. 1. 2001,
izpit opravila s pohvalo

Gorzd Rudolf, dr. med.,
končal: 30. 11. 2000,
izpit opravil

Simon Terseglav, dr. med.,
končal: 30. 11. 2000,
izpit opravil

Peter Zajc, dr. med.,
končal: 30. 11. 2000,
izpit opravil

Slapovi Iguazu

Tomaž Rott

Slapovi Iguazu na istoimenski reki so po mnenju nekaterih **največji in najlepši na svetu** oz. sodijo skupaj z Niagarskimi in Viktorijinimi slapovi med trojico največjih.

To sicer ne drži povsem, saj je na svetu in celo v sami Južni Ameriki več slapov, ki imajo večji vodni pretok ali pa so izrazito višji. Na reki Parana, približno 160 km navzgor od zlitja z reko Iguazu, leži le 34 m visok slap Salto dos Sete Quedas oz. Guaira. Povprečni pretok vode preko 5 km dolgega skalnega roba je za slapom Buyoma na reki Kongo drugi največji na svetu: preko 13.000 m³ vode na sekundo bi v dobre pol sekunde napolnilo kupolo katedrale sv. Pavla v Londonu. Angelski slapovi v Venezueli so najvišji na svetu in padajo neprekinjeno 979 m globoko. Skoraj na vseh kontinentih je še več slapov, ki so višji od slapov Iguazu, v Evropi predvsem na Norveškem.

Vseeno pa slapovi Iguazu zaslužijo vsaj večji del zgoraj omenjene ocene. Slapove uvrščajo **med najbolj znane naravne znamenitosti** na svetu in so slikovitejši od Niagarskih in Viktorijinih zaradi enkratnosti celotnega okolja: poskakujočih brzic, vrtinčastih vod, številnih slapov, bogate subtropske džungelske flore in favne. Poleg tega sodijo med najširše slapove na svetu, saj so štiri-

rikrat širši in skoraj polovico višji od Niagarskih slapov, več kot dvakrat širši, vendar skoraj še enkrat nižji od Viktorijinih slapov. Po pretoku jih prištevajo med 7 najmogočnejših slapov. Čeprav je običajno pretok na Niagarskih slapovih približno trikrat večji kot na slapovih Iguazu, je lahko na vrhuncu deževnega obdobja pretok na slednjih sedemkrat večji od Niagarskih. Zato ni presenetljiva izjava Eleanor Roosevelt, da so Niagarski slapovi v primerjavi s slapovi Iguazu kot voda iz kuhinjske pipe. Švicarskemu botaniku Robertu Chodatu pa se je ob pogledu na mogočno razširjeni del reke Iguazu tik nad slapovi zazdelo, kot bi se ocean zlival v brezno.

Slapovi Iguazu **ležijo v bližini trameje Argentine, Brazilije in Paragvaja**, v provinci Parana na jugu Brazilije. Večji del slapov pripada Argentini, slikovitejši pa Braziliji. Izhodišča za ogled slapov so na argentinski strani Puerto Iguazú (pro-

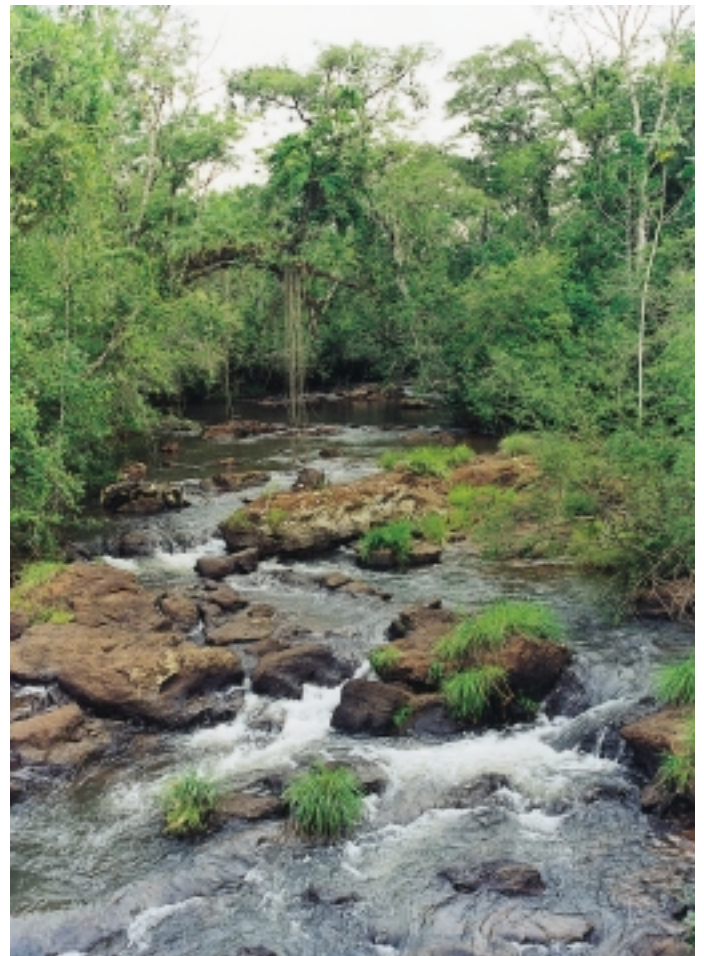
vinca Misiones), na brazilski Foz do Iguazu, na paragvajski pa Ciudad Del Este.

Bliizu Curitiba, glavnega mesta province Parana, izvira na višini 1.300 m reka Iguazu in teče preko 70 večjih ali manjših slapov 1.320 km daleč proti jugozahodu v notranjost kontinenta. Približno 15 km pred izlivom v drugo največjo južnoameriško reko Parano pada voda reke Iguazu v veličastnih slapovih globoko v izdolbeno rečno dno.

Na reki Parana nakopičene vode izkorišča največja hidroelektrarna na svetu, Itaipu Binacional, z zmogljivostjo 12.600 MW. Jez elektrarne je petkrat večji od Asuanskega, vi-



Stopničasti argentinski del slapov (foto: Tomaž Rott)



Džunglesko rastje in brzice tik nad slapovi (foto: Tomaž Rott)



Razpenjene vode in džungla v meglici (foto: Tomaž Rott)

sok kot 75-nadstropna stavba in dolg približno 8 km. Elektrarna pokriva 88 odstotkov potreb po elektriki v Paragvaju in 32 odstotkov v Braziliji.

Guverner province Rio de la Plata, Španec Don Alvar Nunez, je kot prvi Evropejec **odkril** slapove leta 1542. Poimenoval jih je Salto de Santa Maria, Marijini slapovi, vendar se je to ime ohranilo le za del slapov, za celoten kompleks slapov pa staro indijansko ime Iguaçu. Pred odkritjem so bili slapovi sveto posmrtno počivališče indijanskih plemen Guarani, Tupi in Paraguas.

Ime reke in slapov Iguaçu pomeni v jeziku Indijancev Guarani velika voda (y = voda, guazu = velik). Indijanci Guarani (Guarani pomeni v njihovem jeziku "bojevniki") so živeli v zgornjem razširjenem delu reke Parana, obdani z deževnim pragozdom in na področju reke Iguaçu. Preživljali so se s pridelovanjem koruze, manioke in sladkega krompirja. Jezik guarani je še vedno živ in je celo eden od uradnih jezikov v Paragvaju. Izgovorjava in pisava imena reke in slapov Iguaçu ni enotna, saj so razlike zaradi argentinsko - španske (Iguazú) oz. brazilsko - portugalske pisave in izgovorjave (Iguaçu), v Paragvaju, angleško pa pišejo Iguassú.

O nastanku slapov je med Indijanci Guarani krožilo več **legend**. Indijanci Caiangangu naj bi živeli ob obrežjih reke Iguaçu. Njihov poglavar Igobi je imel čudovito hči Nai-

nil v osrčje zemlje. Zaradi zvižanja njegovega telesa je nastalo prepadno brezno tik pred beguncema, kamor je iz kanuja padla lepa Naipi. V globeli se je spremenila v skalo, ki jo ves čas kaznujejo razbesnele vode. Nad slapom pa se je v palmo spremenil Taroba, ki nemočno gleda svojo ljubezen. Pod drevesom naj bi bila votlina, kjer do vratu zakopana maščevalna kačasta pošast ves čas pazi na svoji žrtvi.

Druga legenda omenja iste osebe, le da je bila lepa in inteligentna Naipi slepa. Taroba ji je med sprehodom po dolini metuljev opisoval lepote okolice. Lepa deklica je skupaj s Tarobo prosila boga Mboia, da ji povrne vid. Zaradi bolečine, ker ni mogla videti, je kriknila. Morda se je prav zato tedaj odprla in pogreznila zemlja, kamor so pričele izginjati vode. Hkrati je spregledala Naipi, a žal hitro opazila, da je zemlja pogoltnila tudi njenega ljubega. Še sedaj naj bi ob polni luni slišali Naipine krike, ko nesrečnica išče ljubega.

Za tiste, ki ne marajo romantičnih legend, obstaja prozaična **geološka razlaga**. Reka Iguaçu teče od izvira po čvrstih bazaltnih kameninah, ki se končajo v bližini izliva reke Iguaçu v reko Parana, ki je peta največja na svetu in za Amazonko druga v Južni Ameriki. Tam, kjer se konča lava in prično manj odporne sedimentne kamenine, je vodna sila izdolbla globoko rečno korito.



Hudičevo žrelo na brazilski strani slapov (foto: Tomaž Rott)



Podkvasta udornina reke Iguazu z letala (foto: Tomaž Rott)

Preden pride do prelomnega roba in padca vode in oblikovanja **slapov Iguazu**, se reka razcepi na številne kanale, ki tvorijo več brzic in številne posamične slapove. Ti se nepravilno podkvasto raztezajo v skupni dolžini približno 4 km. Obilne vode se deloma stopničasto spuščajo v globino. Skalnate police razpršijo vodo v oblake kapljic in meglic, ki mavričasto odsevajo v soncu. Število

slapov je odvisno od količine vode, lahko jih je od 150 do 300, običajno okrog 275. V obdobjih izjemnega suhega vremena pa lahko pride do neverjetne presahnitve slapov, kar se je po letu 1934 znova zgodilo za 28 dni leta 1978.

Vrh podkve predstavlja zaradi oglušujoče hrumeče, pršeče in neposredno z visokega platoja 82 m v globino padajoče vode sko-

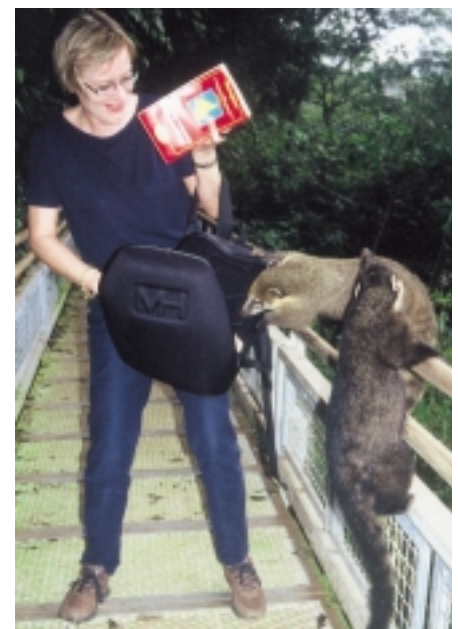
rajda grozljivi kotel, ki so ga poimenovali Hudičevo žrelo (Garganta do Diablo). Nad njim se kot iz kotla dviga visoko nad okolnim pragozdom oblak razpršene vode in tropske sopare, ki je z letala viden že od daleč.

Tako na argentinski kot na brazilski strani so številne pešpoti, ki pripeljejo v neposredno bližino slapov, tik pod padajoče vode ali nad nje. Med potjo lahko občudujemo **rastlinje in vsaj deloma živali**. Pešpoti z mostički na vrhu slapov prečkajo med brzicami ugnezdene otočke subtropskega rastlinja: drevesa, s katerih se spuščajo kot lasje korenine na drevju gostujočih epifitov, filodendronov, in skušajo doseči vodo. Med drevesi najdemo palme, bambus, drevesasto praprot. Otočki so porasli tudi z grmičevjem in košatimi šopi trave. V podrasti lahko naletimo na bujno cvetje. Povsod se srečamo s številnimi raznobarnimi metulji, ki se sprehajalcev ne bojijo in posedajo na njihovi koži, ki je vlažna zaradi vodnega prša in potnja v subtropskem okolju z 80- do 90-odstotno vlažnostjo. Skoraj vedno lahko srečamo koatije.

Koatiji - rdeči nosati medvedki so simpatične živalce, dolge od 50 do 60 cm, s skoraj enako dolgim repom, ki je živahno črno-belo obročkan. Imajo belkaste lise okrog oči, vključno z belkastimi "obrvmi" in belkasto obrobljena ušesa. Na prvi pogled so podob-



Dolgonosi medvedki koatiji (foto: Tomaž Rott)



Imaš kaj za pod zob? (foto: Tomaž Rott)



Sladkosnedi koati (foto: Tomaž Rott)

ne rakunom. Podolgovati nosovi, zaradi katerih so dobili svoje ime, znajo biti pri iskanju hrane zelo zvedavi in nadležni. Če koatiji zaslutijo, da je v kakšni torbi turista kaj za pod zob, se ne ustrašijo z glavo pretakniti celo vsebino torbe. Sicer pa je njihov jedilnik obsežen in mnogostranski, od insektov, polžev, črvov do sadja in oreškov. Ne branjajo pa se tudi človeških novotarij, kot je sladoled. Pri iskanju hrane in jedi si pomagajo z ostrimi ukrivljenimi kremplji. Imajo čut za skupnost, zato se potikajo naokrog v večjih in manjših skupinicah. Na brazilski strani so koatiji bolj vsiljivi, neboječi, če le vidiš, da je kje kaj hrane. Na argentinski so bolj boječi, ker se prepovedali njihovo hranjenje. Vendar pa tudi tu postajajo "civilizirani", po navadah podobni severnim sosedom.

V širši okolici slapov je eden največjih subtropskih deževnih gozdov na svetu, ki so del 2.300 km² velikega **naravnega parka**, enega največjih gozdnih rezervatov v Južni Ameriki. Reka Iguacu je meja med 1.750 km²

velikim brazilskim in 550 km² velikim argentinskim delom parka. Prvi del parka je bil razglašen leta 1939, drugi pa že leta 1909. Leta 1986 so slapove z okolico uvrstili tudi v

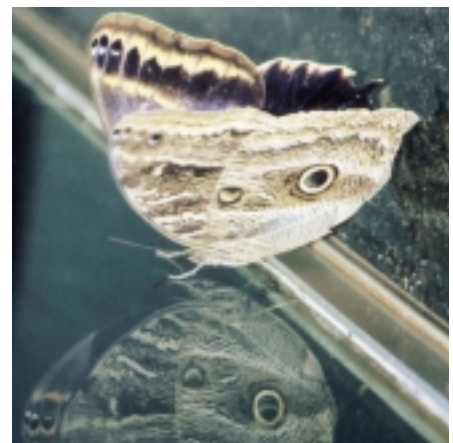


Brez besed (foto: Tomaž Rott)

Unescovo naravno dediščino človeštva. V parku raste preko 2.000 rastlin. Med drugim lahko naletimo na drevesa, kot so bor, cimetovec, oreh, aravkarija, bambus, divji figovec, drevo timbaua za izdelavo kanujev, palmito - vrsta palme z dragocenimi užitnimi "srčki" vrhnjih del stebel, ki jih zaradi ugodne cene ponoči naskrivaj in protizakonito sekajo itd. Na drevesih so lahko številni epifiti kot npr. filodendron in po deblih in vejah dreves se prepletajo liane. Med grmičevjem in bogati podrasti lahko najdemo barvite begonije, orhideje, mahove itd. Bogato rastlinje parka je pomembna genska banka za kanejša pogozdovanja, saj je npr. ob reki Parana uničenih skoraj 85 odstotkov deževnega gozda.

Številni so insekti, po zraku leta okrog 100 raznovrstnih metuljev in 400 vrst ptic, med njimi dolgokljuni tukani, raznovrstne dolgorepe papige, kolibriji. Južna Amerika je kontinent ptic, saj tu živi ena tretjina vseh vrst in od tega dobra polovica v Braziliji. Redkeje srečamo druge živali, kot so legvani, jaguarji, kopitarji tapirji, jeleni, amazonske mačke ozeloti, redkozobi mravljinčarji in lenivci, povodne svinje kapibare - svinjam podobni glodalci, vidre, kapucinske opice in vriskači, grivasti volk itd.

Čudovita izkušnja je **vožnja** najprej z džipom skozi skorajda nedotaknjen pragozd do spodnjega dela reke Iguacu in nato z **gumijastim čolnom** z močnimi motorji preko brzic mimo grozečih skal tik pod slapove. Tu se prebudijo vsa naša čutila ob hrumenju padajočih voda, mavričastih meglicah, vodnem pršu, ki prijetno osveži, spreletavanju živopisanih papig, ujed in drugih ptic v ze-



Zrcalce, povej... (foto: Tomaž Rott)



Divje fige

lenem okolju džungle. Vzplamtijo čustva, ko se meša navdušenje s strahom in spoštovanjem do prvobitnih naravnih moči. Nizek vodostaj drzne vožnje zaradi grozečih skal v globini vedno ne dovoljuje, prav tako so nevarne za take ogledne narasle visoke vode.

Jezuiti so na poziv Ignacija Loyole pričeli **misijonariti v Južni Ameriki**. Indijancem so pomagali ustvariti "indijansko republiko". Poleg pomoči pri kmetovanju in izobraževanju so jezuiti tudi zaslužni za ohranitev indijanskih jezikov. Ščitili so jih tudi

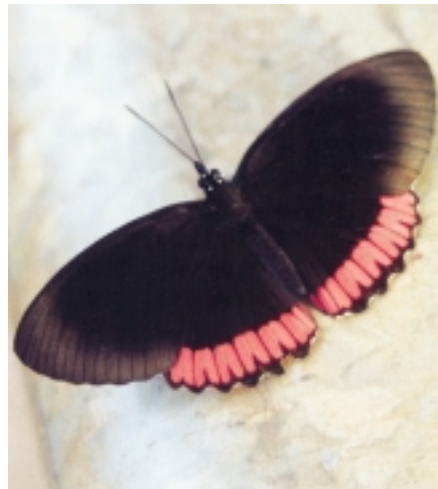
pred zaslužnjevanjem. V bližini sedanje meje med Paragvajem in Argentino so ustanovili več misijonov. S pomočjo Indijancev so sredi džungle v njih zgradili imponantne baročne cerkve, ki pa so bile po izgonu jezuitov leta 1759 večinoma uničene. Med pregonom so slapovi Iguacu postali ovira in grob za 8.000 od 12.000 Indijancev, ki so skupaj z jezuiti bežali pred španskimi in portugalskimi veleposestniki. O odnosih med Indijanci, jezuiti in nenasitnimi osvajalci deloma govori tudi film Misijon, ki so ga snemali



Dva tukana v akaciji (foto: Tomaž Rott)

tudi na področju slapov. Eden od brazilskih politikov sedanjega časa je izjavil, da bi bila kolonialna zgodovina Južne Amerike brez jezuitov le zaporedje nenehnih strahot.

Leta 2004 je v neposredni bližini slapov Iguacu, v kraju Foz do Iguacu, predviden 2. interkontinentalni kongres patologov. Nedvomno bo to za vse udeležence enkratna nepozabna izkušnja, saj sodijo slapovi z okolico med najpomembnejše naravne znamenitosti na svetu, ostanki jezuitskih samostanov v širši okolici pa so zgodovinski spomenik kolonialnega obdobja. Slapove Iguacu je preprosto potrebno doživeti v njihovi prvobitnosti, saj jih še ni povsem oskrnil površni, potratniški in uživaški turizem. ■



Koledar zdravniških srečanj

ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)

prijavljam se za udeležbo prosim, pošljite informacije drugo

srečanje

udeleženec/udeleženka

ime in priimek

naslov stalnega bivališča

Izjava - davčni zavezanec (obkroži) da ne davčna številka:

Izpolniti v primeru, ko udeleženec ni plačnik; plačnik je bolnišnica, zavod ali kdo drug

Plačnik udeležbe - kotizacije Naziv plačnika

Točen naslov sedeža plačnika

Telefon Faks E-pošta Kontaktna oseba

Izjava - davčni zavezanec (obkroži) da ne davčna številka:

Izpolniti samo za tista strokovna srečanja, ki jih želite uveljavljati za podaljšanje licence

Kraj rojstva Datum rojstva

Naziv delovne organizacije Delovno mesto

Telefon Faks E-pošta

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)

kot udeleženec

na praktičnem usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve

da ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal/a

s položnico ob registraciji

Datum

Podpis

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
APRIL 2001					
4.–14.	***	Nizozemska, Nijmegen	EUROPEAN EXCHANGE COURSE FOR GENERAL PRACTITIONERS FOURTH VERSION	***	***
5.–7.	12.00	Rogaška Slatina, Kristalna dvorana Zdraviliškega doma	I. SLOVENSKO-HRVAŠKI SIMPOZIJ O SODOBNIH POGLEDIH NA MENOPAVZO IN ANDROPAVZO Z DELAVNICO	150	simpozij in učna delavnica za ginekologe, splošne zdravnike, interniste, dermatologe
6.	14.00	Ljubljana, konferenčna dvorana, Trg revolucije 3	OTROŠKA KARDIOLOGIJA	ni omejeno	strokovno srečanje za pediatre, specialiste šolske medicine
6.–7.	9.00	Bled, Festivalna dvorana	9. SIMPOZIJ ZOBNIH BOLEZNI IN ENDODONTIJE	do 500	simpozij republiške sekcije za zobne bolezni in endodontijo SZD za vse zdravnike
6.–7.	15.00	Portorož, Grand hotel Emona, Bernardin	SESTANEK ZDRUŽENJA PNEVMOLOGOV SLOVENIJE	***	sestaneč: smernice za obravnavo bolnika s sarkoidozo, farmakoekonomika – Seretide
12.–13.	9.00	Ljubljana, Psihiatrična klinika, Studenec 48	UČENJE KOT PREVLAJUJOČA OBLIKA PSIHOTERAPIJE OSEB S PSIHOTIČNIMI DUŠEVNIMI MOTNJAMI	ni omejeno	učna delavnica za zdravnike v osnovnem zdravstvu, specializante psihiatrije, psihiatre
13.	9.00	Ljubljana, predavalnica Pediatrične klinike, Vrazov trg 1	30 LET ODDELKA ZA OTROŠKO PSIHIATRIJO PEDIATRIČNE KLINIKE	ni omejeno	sestaneč združenja za pedopsihiatre, klinične psihologe, pridruženi profili
13.	14.30	Ljubljana, ZD Ljubljana, enota Šiška	ŠOLA ZDRAVLJENJA DEBELOSTI	4	tečaj in individualno delo s posamezno skupino za zdravnike družinske/ splošne medicine, medicinske sestre
13.	14.30	Ljubljana, sejna soba Centra za izvenbolnišnično psihiatrijo, Njegoševa 4	MESEČNO SREČANJE SLOVENSKEGA DRUŠTVA ZA SKUPINSKO ANALIZO	25	predavanje z razpravo za vse, ki jih zanima skupinsko terapevtsko delo
13.–14.	9.00	Ljubljana, Inštitut za histologijo in embriologijo, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	ICS-MULTITRAINTM, ICS-TECHNOTRAINTM	***	osnovno izobraževanje za delo na področju ginekološke citologije
17.–21.	9.00	Ljubljana, seminar Oddelka za klinično nevrologijo, 5. nadstropje Kliničnega centra	ŠOLA ULTRAZVOKA V NEVROLOGIJI	***	strokovno srečanje
18.–21.	***	Opatija, Hrvaška, Grand hotel »Adriatic«	1st CONGRESS OF THE ALPS-ADRIA WORKING COMMUNITY ON MARITIME, UNDERSEA, AND HYPERBARIC MEDICINE	ni omejeno	kongres za vse zdravstvene delavce in sodelavce, ki se ukvarjajo s problematiko pomorske medicine
19.	9.30	Ljubljana, Srebrni salon, Grand hotel Union	MEDICINSKA DOKUMENTACIJA	ni omejeno	seminar za zdravnike in zdravstvene delavce
19.–21.	13.00	Kranjska Gora, hotel Kompas	II. SPOMINSKO SREČANJE JANIJA KOKALJA, DR. MED.	***	strokovno srečanje za zdravnike v osnovnem zdravstvu
19.–21.	16.00	Ljubljana, 4. predavalnica Kliničnega centra	TEČAJ HIPNOZE	20	tečaj za zdravnike in psihologe
20.	9.15	Rakitna, Zdravilišče Rakitna	RAKIŠKA SREČANJA	ni omejeno	strokovno srečanje za pediatre in zdravnike šolske medicine

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Learning with Europe	Learning with Europe, Groenewoudseweg 316, 6525 EL Nijmegen, The Netherlands, faks: 00 31 24 356 65 15, e-pošta: s.holla@tip.ni ali b.vanderbom02@chello.ni	***	***	***	***
Slovensko menopavzno društvo, mag. Damir Franič, dr. med.	ga. Irena Pečan, Hotel Sava, Zdraviliški trg 6, 3250 Rogaška slatina, tel.: 03 81 14 709, faks: 03 81 14 732, e-pošta: hotel.sava@terme-rogaska.si	38.000,00 SIT	Terme Rogaška, št.: 50730-601-182634	***	ISIS 4/2001
Združenje za pediatrijo SZD, prim. Majda Benedik Dolničar	ga. Alenka Lipovec, Združenje za pediatrijo SZD, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 30 03 221	***	***	***	ISIS 4/2001
Sekcija za zobne bolezni in endodontijo SZD, doc. dr. Franek Klemenc, dr. stom.	ga. Marjana Bajt, Albatros, Ribenska 2, 4260 Bled, tel.: 04 57 80 350, faks: 04 57 80 355	29.750,00 SIT (DDV je vključen)	51500-620-107-05-1620118-718696	12	***
Združenje pnevmologov Slovenije, prof. dr. Stanislav Šuškovič	ga. Dragica Sukič, Združenje pnevmologov Slovenije, 4204 Golnik, tel.: 04 25 69 100	***	***	***	ISIS 4/2001
Psihiatrična klinika Ljubljana, Slovensko združenje za duševno zdravje-Šent, Združenje psihiatrov Slovenije, asist. Vesna Švab, dr. med.	Slavica Ravnik, prof. soc. ped., tel.: 01 52 85 451, faks: 01 52 84 618	kotizacije ni	***	v postopku	ISIS 4/2001
Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo, Nataša Potočnik Dajčman, dr. med.	Nataša Potočnik Dajčman, dr. med., tel.: 02 22 86 354	***	***	***	***
Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Milena Kovač Blaž, dr. med.	ga. Danica Lavrenčič, Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Derčeva ul. 5, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 15 200, 58 15 234, faks: 01 50 53 542	5.000,00 SIT	50101-609-10040, sklic na št.: 02 801-280-43	v postopku	ISIS 3/2001
Slovensko društvo za skupinsko analizo, Psihiatrična klinika Ljubljana, prim. Franc Peternel, dr. med.	prim. Franc Peternel, dr. med., tel.: 01 23 15 990 43 45 517, faks: 01 23 02 899	kotizacije ni	***	***	ISIS 3/2001
SIZE diagnostični center za ginekološko citopatologijo, d.o.o.	Milčinskega 71 a, p.p. 23-44, 1000 Ljubljana, tel.: 01 50 55 924, faks: 01 54 92 014, e-pošta: mojca.erzen@amis.net	***	***	v postopku	ISIS 3/2001
Združenje nevrologov SZD, Klinični oddelek za nevrologijo SPS Nevrološka klinika	prim. asist. dr. Bojana Žvan, dr. med., Klinični oddelek za nevrologijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, e-pošta: bojana.zvan@guest.arnes.si	200.000,00 SIT	50101-678-48620, sklic na št. 21805 s pripisom "UZ tečaj"	***	ISIS 3/2001
Združenje Alpe Adria s področja podvodne in hiperbarične medicine, Nadan M. Petri	dr. Nadan M. Petri, 21000 Split, IPM, p/o Box 196 (HRM), Hrvaška, tel.: 00 385 21 464 543, faks: 00 385 21 353 739, e-pošta: nadanp@zvonimir.morh.tel.hr	100 EVR	703001-0882800-526357, swift PBZGHR 2X	***	***
Odin d.o.o., Barbara Zajc	ga. Barbara Zajc, Odin d.o.o., Stegne 21, 1000 Ljubljana, tel.: 01 51 13 160, faks: 01 51 97 126, e-pošta: barbara.zajc@odin.si	23.800,00 SIT	50103-601-274479, sklic na št. 00 01-0419	4,5	***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Zdravstveni dom Jesenice, Društvo medicinskih sester in tehnikov Gorenjske, Katedra za družinsko medicino MF	asist. mag. Janko Kersnik, dr. med., Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, e-pošta: janko.kersnik@s5.net	20.000,00 SIT	***	16,5	ISIS 4/2001
Zdravniška zbornica Slovenije, vodja tečaja: .prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., dipl. psih.	hipnoza@email.si	45.000,00 SIT	50101-637-58629	***	ISIS 4/2001
Zdravilišče Rakitna	Anton Mravljak, dr. med., MKZ Rakitna, Rakitna 96, 1352 Preserje, tel.: 01 36 59 800, 36 59 802, faks: 01 36 59 801	5.000,00 SIT	50101-603-46790	***	***

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
APRIL 2001					
20.–21.	9.00	Terme Čatež	MEDICINSKA REHABILITACIJA V SLOVENSКИH NARAVNIH ZDRAVILIŠČIH	ni omejeno	seminar za osebne zdravnike, lečeče zdravnike različnih specialnosti in zdravnike zaposlene v zdraviliščih
20.–21.	15.00	Celje, Celjski dom	III. CELJSKI DNEVI: POŠKODBE MEHKIH TKIV RAME	ni omejeno	sestaneek za specialiste travmatologe, ortopede, fiziatre in splošne kirurge
20.–21.	9.00	Šmarješke Toplice	LETNO SREČANJE ZDRUŽENJA ZA ŽILNE BOLEZNI SZD - ŽILNI ZAPLETI SLADKORNE BOLEZNI	***	strokovno srečanje
20.–21.	9.00	Ljubljana, hotel Union, oddelek za radiologijo, Onkološki inštitut	ŠOLA MAMOGRAFSKE DIAGNOSTIKE	30	strokovno izpopolnjevanje za radiologe (zdravnike in radiološke inženirje)
21.	13.00	Murska Sobota, start: Stadion pri OŠ I., Mestni park	POMURSKI ZDRAVNIŠKI TEK	ni omejeno	tek za zdravnike, zdravstvene sodelavce in udeležence izven kategorije
22.–23.	9.00	Ljubljana, velika predavalnica Lek d.d., Verovškova 57	ZDRAVLJENJE MALOKLUZIJ S TEHNIKO RAVNEGA LOKA - NADALJEVALNI TEČAJ	ni omejeno	podiplomski seminar za specialiste in specializante čeljustne in zobne ortopedije
22.–24.	16.00	Portorož, Kongresni center Bernardin	6. KONGRES ENDOSKOPSKE KIRURGIJE SLOVENIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO	***	teme kongresa: abdomen, ginekologija, ortopedija, torakalna kirurgija, urologija, kardiovaskularna kirurgija, anestezija, nevrokirurgija, plastična onkologija
MAJ 2001					
5.	9.00	Brdo pri Kranju	INTERNATIONAL ONE DAY NEPHROLOGY UPDATE	***	seminar
5.–6.	***	Portorož, hotel Slovenija	CARTILAGE WEEKEND - II. SIMPOZIJ O AKTUALNIH DOSEŽKIH NA PODROČJU REPARACIJE HRUSTANCA IN TKIVNEGA INŽENIRINGA	***	strokovno srečanje
11.	8.30	Ljubljana, predavalnica Ginekološke klinike	GENETIKA V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU II.	80	simpozij za ginekologe, specializante ginekologije, sekundarije
11.	14.30	Ljubljana, sejna soba Centra za izvenbolnišnično psihiatrijo, Njegoševa 4	MESEČNO SREČANJE SLOVENSKEGA DRUŠTVA ZA SKUPINSKO ANALIZO	25	predavanje z razpravo za vse, ki jih zanima skupinsko terapevtsko delo
11.–12.	15.00	Portorož, hotel Emona	MOTNJE SPOMINA IN ŽILNI DEJAVNIKI	ni omejeno	simpozij za psihiatre, nevrologe, interniste in zdravnike v osnovnem zdravstvu

Organizator, moderator		Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, g.i.z. in Inštitut RS za rehabilitacijo	mag. Rudi Rumbak, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, g.i.z., Ljubljanska 14, 3000 Celje, tel.: 03 54 42 111, faks: 03 54 42 819, e-pošta: ssnz@siol.net	17.850,00 SIT	50700-601-105945	16	ISIS 3/2001
Društvo travmatologov Slovenije	doc. dr. Radko Komadina, dr. med., Splošna bolnišnica Celje, Oblakova 3, 3000 Celje, faks: 03 54 81 204	5.000,00 SIT	50101-678-48620, podkonto 22003	v postopku	pri tajnikih društev travmatologov, ortopedov in fiziatrov
Združenje za žilne bolezni SZD	doc. dr. Aleš Blinc, dr. med., Klinični oddelek za žilne bolezni, Riharjeva 24, 1000 Ljubljana, faks: 01 28 33 155, e-pošta: ales.blinc@trnovo.kclj.si	25.000,00 SIT	plača se po izstavitvi računa	***	ISIS 3/2001
Onkološki inštitut Ljubljana – Oddelek za radiologijo, Visoka šola za zdravstvo – Radiologija Ljubljana, Medicinska fakulteta – Katedra za onkologijo in radioterapijo, Katedra za radiologijo, asist. dr. Maksimiljan Kadivec, dr. med., Mileva Renner, dr. med.	asist. Maksimiljan Kadivec, dr. med., Onkološki inštitut, TD/C, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 23 23 063 int. 44 20, faks: 01 43 14 180, e-pošta: mkadivec@onko-i.si, ga. Mojca Čakš, tel.: 01 43 14 225, faks: 01 43 11 180, e-pošta: mcaks@onko-i.si	50.000,00 SIT (teoretični in praktični del), 30.000,00 SIT (praktični del)	50103-603-45793, z oznako »za III. šolo mamografske diagnostike«	***	ISIS 4/2001
Zdravniško društvo Pomurja, Mitja Lainščak, dr. med.	Vlasta Petrič, dr. med., tel.: 02 53 21 010, Alojz Horvat, dr. med., tel.: 02 53 41 300, Mitja Lainščak, dr. med., e-pošta: mitja@s-gms.ms.edus.si, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota, "Zdravniški tek", faks: 02 52 11 007	šartnina 2.000,00 SIT	***	***	ISIS 3/2001
Slovensko ortodontsko društvo, prof. dr. Franc Farčnik	Marinko Vidoševič, dr. stom. Koprška 64, 1000 Ljubljana, tel.: 01 42 32 210, faks: 01 42 32 210	***	***	***	***
Združenje za endoskopsko kirurgijo Slovenije, Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo	ga. Saša Rus, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 22 322, faks: 01 23 16 096	glej rumene strani	50100-601-0272266-05-160-2001, s pripisom "za 6. kongres endoskopske kirurgije Slovenije"	v postopku	ISIS 4/2001
Slovenian Society of Nephrology, Joint Action Nephrology Eastern Europe	prim. doc. dr. Marko Malovrh, dr. med., Slovenian Society of Nephrology, University Medical Center, Center for Hemodialysis Leonišče, Zaloška 13, 1525 Ljubljana, tel./faks: +386 1 23 15 790, e-pošta: marko.malovrh@mf.uni-lj.si	***	***	v postopku	ISIS 4/2001
Ortopedska klinika, KC Ljubljana, Educell d.o.o., podjetje za celično biologijo Ljubljana, Sternum d.o.o., podjetje za intelektualne in poslovne storitve Ljubljana	ga. Ajda Gabrijelčič, Sternum d.o.o., Jadranska 18, 1000 Ljubljana, tel.: 01 25 27 927, faks: 01 25 27 928, e-pošta: info@sternum.si, http://www.sternum.si	500 DEM, po 20. 3. 2001 600 DEM	***	***	ISIS 3/2001
Sekcija za humano genetiko SZD in Služba za medicinsko genetiko GK, doc. dr. Borut Peterlin, dr. med.	ga. Mojca Gorjanc, Služba za medicinsko genetiko, Ginekološka klinika, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, tel.: 01 54 01 137, faks: 01 54 01 137, e-pošta: mojca.gorjanc@guest.arnes.si	15.000 SIT	***	v postopku	***
Slovensko društvo za skupinsko analizo, Psihiatrična klinika Ljubljana, prim. Franc Peternel, dr. med.	prim. Franc Peternel, dr. med., tel.: 01 23 15 990 43 45 517, faks: 01 23 02 899	kotizacije ni	***	***	ISIS 3/2001
prof. dr. Miro Denišlič, dr. med. in Klinični oddelek za žilne bolezni	ga. Špela Soklič, tel.: 01 58 81 276	15.000, 00 SIT	***	***	ISIS 2/2001

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
MAJ 2001					
11.–12.	15.00	Poljče, Republiški center za obrambno usposabljanje	9. AŽMANOVA DNEVA	ni omejeno	strokovno izobraževanje za zdravnike GRS ter vse druge zainteresirane zdravnike, študente
11.–12.	13.00	Maribor, Slovensko narodno gledališče, Kazinska dvorana	12. SREČANJE IZ PRAKSE ZA PRAKSO	ni omejeno	podiplomsko izobraževanje za splošne zdravnike, interniste, specializante interne medicine in druge konzervativne stroke
11.–12.	12.00	Portorož, hotel Bernardin	I. PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE - IZBRANA POGLAVJA IZ BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKE HIPERTENZIJE	***	podiplomska šola za družinske zdravnike, splošne interniste, usmerjene interniste
11.–12.	9.00	Ljubljana, Inštitut za histologijo in embriologijo, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	ICS - MULTITRAINTM, ICS-TECHNOTRAINTM	***	osnovno izobraževanje za delo na področju ginekološke citologije
11.–12.	9.00	Kranjska Gora, hotel Kompas	UČNA DELAVNICA: DELO S SLIKOVNIMI ZASLONI, DVIGANJE IN PREMEŠČANJE BREMEN TER DELO S KANCEROGENIMI IN MUTAGENIMI SNOVMI	***	učna delavnica za specialiste in specializante medicine dela, prometa in športa
11.–12.	9.00	Ljubljana, Cindi Slovenija, Ulica stare pravde 2	UČNA DELAVNICA: DA, OPUŠČAM KAJENJE	30	učna delavnica za zdravnike, medicinske sestre in ostale zdravstvene delavce
12.	10.00	Železniki, strelišče OŠ Železniki	DRŽAVNO PRVENSTVO V STRELJANJU ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE	***	športno tekmovanje
17.–18.	15.00	Portorož, Grand hotel Emona	II. MEDNARODNI SIMPOZIJ O UPRAVLJAVSKO IN STATUSNO PRAVNIH VIDIKIH MEDICINSKE STROKE	***	simpozij za zdravnike, predstojnike in vodstveno osebje klinik ter bolnišnic, direktorje zdravstvenih domov
17.–18.	***	Portorož, hotel Metropol	REDNO LETNO POSVETOVANJE SEKCIJE ZA PREVENTIVNO MEDICINO	ni omejeno	posvetovanje za vse zdravstvene delavce in sodelavce
18.	14.30	Ljubljana, ZD Ljubljana, enota Šiška	ŠOLA ZDRAVLJENJA DEBELOSTI	4	tečaj in individualno delo s posamezno skupino za zdravnike družinske/ splošne medicine, medicinske sestre
24.–26.	***	Novo mesto, hotel Krka	III. KONGRES ŠOLSKE MEDICINE	ni omejeno	kongres za šolske zdravnike, pediatre in vse, ki delajo s šolskimi otroki in mladino
25.–26.	8.00	Ljubljana, poslovni prostori Smelta, Dunajska 160	SREČANJE DELOVNIH SKUPIN V OSNOVNEM ZDRAVSTVU	ni omejeno	predavanja o novostih s področja ortopedije, onkologije, otorinolaringologije za zdravnike v osnovnem zdravstvu in medicinske sestre oziroma tehnike
25.–26.	***	Kranjska Gora, hotel Lek	OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME – POUK BOLNIKA Z ASTMO	15	učna delavnica za zdravnike splošne prakse

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Zdravniška podkomisija gorske reševalne službe Slovenije, Martina Zupančič, dr. med., Eva Pogačar, dr. med., Jurij Gorjanc, dr. med.	Eva Pogačar, dr. med., Oddelek za anesteziologijo in reanimacijo, SB Jesenice, C. Maršala Tita 112, 4270 Jesenice, tel.: 04 58 68 000, GSM: 041 710 703, prijave ob začetku srečanja	10.000,00 SIT	***	11,5	ISIS 4/2001
Klinični oddelek za interno medicino Maribor, Združenje internistov SZD, doc. dr. Radovan Hojs, dr. med.	ga. Zdenka Kodrin, Klinični oddelek za interno medicino, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 871, faks: 02 33 12 393	12.000,00 SIT do 1. 4. 2001, nato 15.000,00 SIT	51800-678-81888, s pripisom »Iz prakse za prakso«	9,5	ISIS 4/2001
Klinični center Ljubljana, SPS Interna klinika, Klinični oddelek za nefrologijo	prijave: ga. Mojca Suhadolc, Center za hemodializo Leonišče, Klinični oddelek za nefrologijo, Zaloška 13, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 15 790, faks: 01 23 15 790, info.: doc. dr. Marko Malovrh, tel.: 01 23 15 790, e-pošta: marko.malovrh@mf.uni-lj.si, prof. dr. Staša Kaplan Pavlovčič, tel.: 01 54 31 308, e-pošta: stasa.kaplan@kclj.si	25.000,00 SIT	50103-678-79323, s pripisom "Za bolezni ledvic"	v postopku	ISIS 4/2001
SIZE diagnostični center ga ginekološko citopatologijo, d.o.o.,	Milčinskega 71 a, p.p. 23-44, 1000 Ljubljana, tel.: 01 50 55 924, faks: 01 54 92 014, e-pošta: mojca.erzen@amis.net	***	***	v postopku	ISIS 3/2001
Združenje za medicino dela, prometa in športa, Bojan Pelhan, dr. med.	ga. Metka Jovanovič, tel.: 01 42 95 811, e-pošta: biro.j@siol.net, Zora Vadnjak Gruden, tel.: 04 20 65 621, e-pošta: zora.gruden@sava.si, Bojan Pelhan, tel./faks: 05 37 22 896, e-pošta: bojan.pelhan@siol.net	23.800,00 SIT	50101-678-48620, sklic na št. 21605	v postopku	ISIS 4/2001
CINDI Slovenija, ZD Ljubljana, Dominika Novak Mlakar, dr. med.	Tajništvo, CINDI Slovenija, Ulica stare pravde 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 83 480, faks: 01 43 83 484, e-pošta: cindi@zd-lj.si	17.000,00 SIT	50101-603-48587, sklic na št. 02 29-280-86	11,5	ISIS 4/2001
Športno društvo "Medicus", Strelska sekcija	Branko Košir, Na Kresu 21, 4228 Železniki, tel.: 04 51 47 547, GSM: 041 737 200, e-pošta: branko.kosir@siol.net	za člane ŠD Medicus 500,00 SIT, za nečlane 1.500,00 SIT	50100-678-713665, sklic na št. 3333	***	ISIS 4/2001
Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta, Inštitut za primerjalno pravo, Inštitut za javno upravo, Inštitut za mednarodno pravo in mednarodne odnose	Inštitut za primerjalno pravo, Pravna fakulteta Ljubljana, Poljanski nasip 2, 1000 Ljubljana, faks: 01 42 03 130	48.000,00 SIT za prvega udeleženca, 44.000,00 SIT za vsakega naslednjega udeleženca	plačilo po izstavljenem računu	7,5	ISIS 3/2001
Sekcija za preventivno medicino SZD, prim. Metka Macarol Hiti, dr. med.	ga. Valerija Marenče, Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 23 245, faks: 01 23 23 940, e-pošta: valerija.narence@ivz-rs.si	kotizacije ni	***	***	ISIS 4/2001
Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Milena Kovač Blaž, dr. med.	ga. Danica Lavrenčič, Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Derčeva ul. 5, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 15 200, 58 15 234, faks: 01 50 53 542	5.000,00 SIT	50101-609-10040, sklic na št.: 02 801-280-43	v postopku	***
Sekcija za šolsko medicino, Zdravstveni dom Novo mesto, Jože Šumak, dr. med.	Maruška Levstek Plut, dr. med., ZD Novo mesto, Šolski dispanzer, Kandijška 4, 8000 Novo mesto, tel.: 07 39 16 849	28.000,00 SIT	52100-678-80646, sklic na št. 55	v postopku	ISIS 3/2001
SZD – Združenje zdravnikov splošne medicine, Inštitut za varovanje zdravja, Katedra za družinsko medicino, asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Davorina Petek, dr. med., Nena Kopčavar Guček, dr. med.	ga. Anica Artnak, Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 23 245 20.000,00 SIT za predavanje (10.000,00 za vsak dan posebej), 6.000,00 SIT za praktične vaje, 16.000,00 SIT za medicinske sestre	18.000,00 SIT za sekundarije, 7.000,00 SIT za fizioterapevte	***	8,5	ISIS 4/2001
Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik	ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, tel.: 04 25 69 111, faks: 04 25 69 117, e-pošta: irena.dolhar@klinika-golnik.si	40.000,00 SIT	***	***	ISIS 4/2001

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
MAJ 2001					
27.	***	Bled, hotel Kompas	AKUTNI KORONARNI SINDROM	***	satelitski simpozij za vse zdravnike
27.–30.	9.00	Bled, hotel Kompas	10. MEDNARODNI SIMPOZIJ IZ INTENZIVNE MEDICINE	300	simpozij za vse zdravnike, sestre in zdravstvene tehnike v enotah intenzivne medicine
27.–31.	***	Innsbruck, Avstrija	7th CONFERENCE OF THE INTERNATIONAL SOCIETY OF TRAVEL MEDICINE	ni omejeno	mednarodna konferenca o potovalni medicini za vse zdravstvene delavce
28.–29.	***	Bled, hotela Kompas in Golf	10. MEDNARODNI SIMPOZIJ IZ INTENZIVNE MEDICINE	***	simpozij za zdravnike in sestre v intenzivnih enotah
31.5.–2.6.	17.00	Maribor, hotel Habakuk	2. NOVAKOVI DNEVI - PREZGODNJI POROD IN NEDONOŠENČEK	100	seminar in učna delavnica za specialiste in specializante ginekologije in porodništva, neonatologe, pediatrie, babice, medicinske sestre
JUNIJ 2001					
***	***	Ljubljana, Pediatrična klinika, Ul. stare pravde 4	PODIPLOMSKI TEČAJ OTROŠKE NEVROLOGIJE	15	podiplomski tečaj za pediatrie in pediatrijine
1.–2.	9.00	Ljubljana, velika predavalnica Medicinske fakultete, Korytkova 2	XIX. DERČEVI DNEVI – RACIONALNA FARMAKOTERAPIJA	300	stalno podiplomsko izobraževanje iz pediatrije in šolske medicine za pediatrie, specialiste šolske in visokošolske medicine, splošne in družinske zdravnike in vse, ki obravnavajo otroke in mladostnike
2.	10.00	Brdo pri Kranju	VII. MEDNARODNI MEDICINSKI DUATLON IN MEDNARODNI STROKOVNI SIMPOZIJ	ni omejeno	udeleženci v konkurenci: zdravniki, veterinarji in farmacevti, izven konkurence: študentje navedenih poklicev in prijatelji
2.	***	Ljubljana, ŠRC Gradis Kleče	TENIŠKI TURNIR DVOJIC	***	športno tekmovanje
7.–9.	8.00	Bled, Festivalna dvorana	5. MEDNARODNI KONGRES – CEREBRALNA PARALIZA	500	kongres za raziskovalce, klinike in terapevte
7.–9.	8.00	Bled, hotel Golf	AO–TEČAJ IZ KIRURGIJE HRBTENICE	60	simpozij z učno delavnico za kirurge, ortopede
8.	14.30	Ljubljana, ZD Ljubljana, enota Šiška	ŠOLA ZDRAVLJENJA DEBELOSTI	4	tečaj in individualno delo s posamezno skupino za zdravnike družinske/ splošne medicine, medicinske sestre
8.	14.30	Ljubljana, sejna soba Centra za izvenbolnišnično psihiatrijo, Njegoševa 4	MESEČNO SREČANJE SLOVENSKEGA DRUŠTVA ZA SKUPINSKO ANALIZO	25	predavanje z razpravo za vse, ki jih zanima skupinsko terapevtsko delo

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Slovensko združenje za intenzivno medicino v sodelovanju s Kardiološkim združenjem, Marko Noč, dr. med.	Marko Noč, dr. med., Vojka Gorjup, dr. med., ga. Lidija Grčar, Tajništvo SZIM, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, tel.: 01 23 29 061, faks: 01 43 17 155	kotizacije ni	***	***	***
Slovensko združenje za intenzivno medicino, Ognje Cerovič, dr. med.	Ognjen Cerovič, dr. med., in ga. Lidija Gričar, Tajništvo SZIM, Zaloška c. 7, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 26 036, 43 17 155	***	kotizacija bo plačana na osnovi prijavnice in izdanega predračuna ali na dan simpozija ob registraciji	***	***
Dpt. of Infectious Diseases and Tropical Medicine Section of International Health	prof. Frank V. Sounenburg, ASTM 7 Secretariat, Georgenstr. 5, 80799 Munich, Germany, tel.: 49 89 2180 3830, faks: 49 89 33 60 38, e-pošta: www.istm.org	***	***	***	***
Slovensko združenje za intenzivno medicino, Ognjen Cerovič, dr. med.	Ognjen Cerovič, dr. med., ga. Lidija Grčar, Tajništvo SZIM, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, tel.: 0143 37 262, faks: 01 43 17 155	30.000,00 SIT člani, ostali 30 odstotkov več	plača se po predračunu	***	***
Združenje za perinatalno medicino SZD, Klinični oddelek za perinatologijo - Ginekološka klinika Ljubljana, Klinični oddelek za perinatologijo SB Maribor, prim. dr. Vasilij Cerar, dr. med.	ga. Milica Trenkič, Ginekološka klinika Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 97 590, faks: 01 43 97 590, e-pošta: milica.trenkic@guest.arnes.si	30.000,00 SIT za specialiste, 15.000,00 SIT za specializante in medicinske sestre	po prijavi bo izstavljen račun	***	ISIS 4/2001
Medicinska fakulteta – Katedra za pediatrijo, prof. dr. David Neubauer, dr. med.	prof. dr. David Neubauer, prim. mag. Štefan Kopač, Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 30 03 273, 30 03 272, faks: 01 23 10 246, e-pošta: david.neubauer@mf.uni-lj.si	500.000,00 SIT	50106-603-41175, sklic na št. 230-16	***	ISIS 10/2000
Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, Pediatrična klinika, prof. dr. Ciril Kržišnik, dr. med., višji svetnik	ga. Mihaela Jurcec, tajništvo Pediatrične klinike, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 20 887, faks: 01 23 10 246, e-pošta: mihaela-jurcec@kclj.si, ciril.krzisnik@mf.uni-lj.si	36.890,00 SIT	50103-603-41175, sklic na št. 250-3	***	***
prof. dr. Milivoj Veličković Perat	prof. dr. Milivoj Veličković Perat, Oddelek za razvojno nevrologijo, Pediatrična klinika, Klinični center, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 24 297, faks: 01 23 24 293, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si	***	***	***	***
Športno društvo "Medicus", Teniška sekcija	Tomi Voušek, vodja tekmovanja, GSM: 041 562 818, Janez Pogačnik, tehnična izvedba, GSM: 041 594 468	***	***	***	ISIS 4/2001
Oddelek za razvojno nevrologijo, Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, prof. dr. Milivoj Veličković Perat, dr. med.	prof. dr. Milivoj Veličković Perat, dr. med., Oddelek za razvojno nevrologijo, Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 061 324 297, faks: 061 324 293, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, domača stran: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***	v postopku	ISIS 3/2001
Slovenska AO-skupina, KC Ljubljana Travmatološka in Ortopedska klinika, prim. mag. Andrej Aleš, dr. med., Ivan Štraus, dr. med., Miloš Vesel, dr. med., prim. France Vrevc, dr. med.	Tomaž Petrič, dr. vet. med., mag. Dagmar Podgornik, dr. vet. med., Metalka Zastopstva Media d.o.o., Dalmatinova 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 23 21 145, 01 23 14 294, faks: 01 43 28 112	60.000,00 SIT, 30.000,00 SIT	Metalka Zastopstva Media št. rač.: 50100-601-117173, s pripisom "AO Spine Course"	***	***
Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Milena Kovač Blaž, dr. med.	ga. Danica Lavrenčič, Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Derčeva ul. 5, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 15 200, 58 15 234, faks: 01 50 53 542	5.000,00 SIT	50101-609-10040, sklic na št.: 02 801-280-43	v postopku	***
Slovensko društvo za skupinsko analizo, Psihiatrična klinika Ljubljana, prim. Franc Peternel, dr. med.	prim. Franc Peternel, dr. med., tel.: 01 23 15 990, 43 45 517, faks: 01 23 02 899	kotizacije ni	***	***	ISIS 3/2001

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
JUNIJ 2001					
8.–9.	14.00	Velenje, hotel Paka	30 LET DIALIZNE DEJAVNOSTI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC	ni omejeno	strokovno srečanje za interniste in nefrologe
8.–9.	10.00	Maribor, Univerza v Mariboru, Slomškovo trg 15	BEDJANIČEV SIMPOZIJ: OKUŽBE S KLAMIDIJAMI	***	simpozij z mednarodno udeležbo za vse zdravnike
8.–9.	13.00	Maribor, konferenčna soba 16 ET, Splošna bolnišnica Maribor	5. SEMINAR O BOLEČINI: FANTOMSKA IN ISHEMIČNA BOLEČINA	120	podiplomski seminar za vse zdravnike, ki se ukvarjajo z bolečino
13.–16.	15.00	Portorož, Kongresni center Bernardin	8. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTNI MEDICINI	700	mednarodni simpozij za vse zdravnike in zobozdravnike
15.–16.	***	Portorož, Avditorij Portorož	5. MEDNARODNO SREČANJE STOMATOLOGOV DEŽEL SREDNJE EVROPE	***	strokovno srečanje za zobozdravnike
22.–23.	8.00	Ljubljana, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	MIKROBI IN ANTIBIOTIKI 2001	150	simpozij za splošne zdravnike, zobozdravnike, infektologe, mikrobiologe, šolske zdravnike itd.
SEPTEMBER 2001					
3.–6.	9.00	Ljubljana, Cankarjev dom, Prešernova 10	6th EUROPEAN CONFERENCE FOR THE ADVANCEMENT OF ASSISTIVE TECHNOLOGY	500	mednarodna konferenca za zdravnike, ki se ukvarjajo s podpornimi tehnologijami
4.–8.	9.00	Bled, hotel Park	10. MEDNARODNI TEČAJ: DELO ZDRAVNIKA IZVEN AMBULANTE	30	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine, sekundarije
27.–29.	***	Ljubljana, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	1. KONGRES ZDRUŽENJA INTERNISTOV SZD	200	kongres z mednarodno udeležbo za interniste in zdravnike v osnovnem zdravstvu
28.–29.	***	***	7. KRKINI REHABILITACIJSKI DNEVI	***	strokovno srečanje
3.–7.	16.00	Portorož, Grand hotel Metropol	12. MEDNARODNI BALINTOV KONGRES IN 2. SLOVENSKI BALINTOVI DNEVI	ni omejeno	kongres za zdravnike v osnovnem zdravstvu, psihiatre, psihologe, socialne delavce, medicinske sestre, študente medicine

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Društvo nefrologov Slovenije, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Bojan Vujkovic, dr. med.	Janez Lavre, dr. med., Center za dializo, Gosposvetska 1, 2380 Slovenj Gradec, tel.: 02 88 23 400, 041 434 330, e-pošta: janez.lavre@guest.arnes.si	***	***	***	***
Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja Splošne bolnišnice Maribor, Zdravniško društvo Maribor, Združenje za infektologijo SZD, prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med.	ga. Majda Petek, tajništvo, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 657, faks: 02 33 12 393, e-pošta: j.gorisek@sb-mb.si	20.000,00 SIT (z DDV)	51800-678-81888	***	***
Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, asist. mag. Nevenka Krčevski Škvarč, dr. med. asist. mag.	Nevenka Krčevski Škvarč, dr. med., SZZB, Oddelek za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečine, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribo, tel.: 02 32 11 536, 32 11 568, faks: 02 33 12 393	15.000,00 SIT	51800-620-16-05-1258117-3009-6	***	***
Slovensko združenje za urgentno medicino, spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med.,	informacije o prijavi: ga. Maja Strajnar, tel.: 01 23 17 375, faks: 01 43 39 400, e-pošta: maja.strajnar@kclj.si, druge informacije: ga. Irena Petrič, tel.: 01 23 02 544, faks: 01 54 31 316, e-pošta: irena.petric@kclj.si	45.000,00 SIT zdravniki, 40.000,00 SIT zdravniki člani SZUM, 38.000,00 SIT sekundariji, 10.000,00 SIT učne delavnice	po predračunu ali na recepciji simpozija	20	ISIS 4/2001
Stomatološka sekcija SZD	Stomatološka sekcija SZD, Komenskega 4, 1000 Ljubljana, tel.: 01 23 17 868, faks: 01 23 01 955	25.000,00 SIT do 10. 5. 2001, nato 30.000,00 SIT	***	***	ISIS 3/2001
Sekcija za klinično mikrobiologijo in hosp. infekc. SZD, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo MF, prof. dr. Marija Gubina, dr. med.	ga. Mihaela Oberdank Hrastar, Tajništvo katedre, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, tel.: 01 54 37 400, 54 37 408, faks: 01 54 37 401	15.000,00 SIT	50101-678-48620, sklic na št. 22-600	***	ISIS 4/2001
Inštitut R Slovenije za rehabilitacijo, prof. dr. Črt Marinček, dr. med.	g. Gorazd Čad, Cankarjev dom, Prešernova 10, 1000 Ljubljana, tel.: 01 24 17 134, faks: 01 24 17 296, e-pošta: gorazd.cad@cd-cc.si	before april, 27: full-380 EUR, aaate member 350 EUR, students 120 EUR	50100-603-41427, sklic na št. 05-6211058	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF, doc. dr. Igor Švab, dr. med., mag. Leopold Zonik	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 86 910, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	20.000,00 SIT	***	***	***
Združenje internistov, Slovensko zdravniško društvo, prim. mag. Primož Vidali, dr. med.	g. Tilen Grenc, Slovensko zdravniško društvo, Združenje internistov, Komenskega 4, 1000 Ljubljana, tel.: 041 972 369, faks: 01 23 01 955, 51 24 446, e-pošta: bostjan.grenc@guest.arnes.si	30.000,00 SIT	50101-678-48620, sklic na št. 20800	***	ISIS 4/2001
Sekcija za splošno medicino SZD, Krka Zdravilišča	ga. Branka Videtič, Krka Zdravilišča, Ljubljanska 26, 8501 Novo mesto, tel.: 07 37 31 946, faks: 07 37 31 919	***	***	***	***
Cor + Medico, Cankarjev dom Ljubljana, Zlata Kralj, dr. med.	ga. Teja Alič, Cankarjev dom Prešernova 10, 1000 Ljubljana, tel.: 01 24 17 135, Zlata Kralj, dr. med., Cor + Medico, Trubarjeva 51 a, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 15 252, faks: 01 43 15 252, e-pošta: zlata.kralj@guest.arnes.si	***	***	***	???

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
OKTOBER 2001					
5.–6.	8.00	Laško, Kulturni center Laško	II. SIMPOZIJ: "DOJENJE V NOVEM TISOČLETJU"	***	simpozij za zdravnike, medicinske sestre, patronažne sestre in druge
5.–6.	9.00	Moravske Toplice, hotel Termal	9. DNEVI ORALNEGA ZDRAVJA SLOVENIJE	350	zobozdravstvena preventiva – kaj in kako naj jem, da bom zdrav... za zobozdravnike, sestre, vzgojitelje, učitelje, zobotehnike, starše...
5.–6.	9.00	Ljubljana, velika predavalnica Lek d.o., Verovškova 57	ORTODONTSKO ZDRAVLJENJE V VSEH STAROSTNIH OBDOBJIH - INTERDISCIPLINARNA ORTODONTSKA, PARODONTOLOŠKA IN PREDPROTETIČNA OBRAVNAVA BOLNIKA	ni omejeno	seminar za vse zobozdravnike in specialiste iz zobozdravstva
18.–20.	***	Portorož, Kongresni center Bernardin	2. SLOVENSKI PSIHIATRIČNI KONGRES	ni omejeno	kongres za psihiatre, nevrologe, zdravnike v osnovnem zdravstvu
19.–20.	***	Maribor	138. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA	***	skupščina in strokovno srečanje za vse zdravnike in zobozdravnike
26.–27.	***	Begunje, Psihiatrična bolnišnica Begunje	NA STIČIŠČIH PSIHIATRIJE IN INTERNE MEDICINE II. DEL	ni omejeno	strokovno srečanje za psihiatre, interniste, splošne zdravnike in druge, ki jih tema zanima
NOVEMBER 2001					
16.–17.	9.00	Lenart v Slovenskih Goricah	18. UČNE DELAVNICE: DELO ZDRAVNIKA IZVEN AMBULANTE – SRČNI BOLNIK	30	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine, sekundarije
30.11.–1.12.	9.00	Brdo pri Kranju, hotel Kokra	III. FAJDIGOVI DNEVI: INFEKCIJE V OSNOVNEM ZDRAVSTVU	120	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine in ostale zdravnike v osnovnem zdravstvu ter sekundarije
30.11.–1.12.	***	Kranjska Gora, hotel Lek	XI. STROKOVNI SESTANEK SLOVENSKEGA NEFROLOŠKEGA DRUŠTVA	50	strokovni sestanek za nefrologe, pediatre, interniste in tudi zdravnike splošne medicine
DECEMBER 2001					
14.–15.	9.00	Dobrna, Zdravilišče Dobrna	18. UČNE DELAVNICE: DELO ZDRAVNIKA IZVEN AMBULANTE – PLJUČNI BOLNIK	30	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine, sekundarije
JANUAR 2002					
25.–26.	9.00	Ljubljana, Katedra za družinsko medicino	18. UČNE DELAVNICE: DELO ZDRAVNIKA IZVEN AMBULANTE – KRONIČNA BOLEČINA	30	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine, sekundarije

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja, Slovenski odbor za UNICEF, ginekološko-porodniški oddelek SB Celje	ga. Vesna Savnik, Slovenski odbor za UNICEF, Pavšičeva 1, 1000 Ljubljana, tel.: 01 51 93 143, faks: 01 50 56 366, e-pošta: vesna.savnik@unicef-slo.si	25.000,00 SIT, za upokoјence in študente 5.000,00 SIT	***	***	ISIS 3/2001
Društvo za oralno zdravje Slovenije, prim. Danica Homan, dr. stom.	Nada Toth Bošnjak, dr. stom., Mlinska ul. 8, 9220 Lendava, Bojana Rajbar, dr. stom. in Melita Trop, tel.: 02 53 41 303 in 031 695 131	28.000,00 SIT	50700-678-80737	***	***
Slovensko ortodontsko društvo, predavatelj: prof. dr. Bjoern U. Zachrisson	Marinko Vidoševič, dr. stom., Koperska c. 94, 1000 Ljubljana, tel.: 01 42 32 210, faks: 01 42 32 210	***	***	***	***
Združenje psihiatrov Slovenije, Psihiatrična klinika Ljubljana, Katedra za psihiatrijo MF Ljubljana, asist. mag. Blanka Kores Plesničar, dr. med.	Urban Groleger, dr. med., Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje, tel.: 01 52 85 451	40.000,00 SIT	***	***	***
Slovensko zdravniško društvo, Zdravniško društvo Maribor, prim. Matija Cevc, dr. med., Martin Bigec, dr. med.	ga. Tatjana Mauko, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Vošnjakova 2, 2000 Maribor, tel.: 02 22 86 356, faks: 02 22 86 581, e-pošta: tatjana.mauko@zd-mb.si	***	***	***	***
Psihiatrična bolnišnica Begunje, Janez Romih, dr. med.	prim. Andrej Žmitek, dr. med., Psihiatrična bolnišnica Begunje, tel.: 01 04 53 33 315, faks: 04 53 07 221	***	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF, asist. Mateja Bulc, dr. med., Franc Šuta, dr. med.	ga. Ana Artnak, katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 86 910, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	20.000,00 SIT	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF, asist. mag. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Jožica Krevh, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, tel.: 04 20 82 523, faks: 04 20 26 718, e-pošta: janko.kersnik@s5.net	20.000,00 SIT	***	***	ISIS 1/2001
SZD-Slovensko nefrološko društvo, prim. doc. dr. Marko Malovrh, dr. med.	prim. doc. dr. Marko Malovrh, dr. med., Center za hemodializo Leonišče, Klinični center, Zaloška 13, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 15 790, faks: 01 23 15 790, e-pošta: marko.malovrh@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	***	***	ISIS 4/2001
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF, Maja Klemenc, dr. med., Milan Rajtmajer, dr. med., Jana Govc Eržen, dr. med.	ga. Ana Artnak, katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 86 910, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	20.000,00 SIT	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF, asist. mag. Gojmir Žorž, dr. med., Franc Šuta, dr. med.	ga. Ana Artnak, katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 86 910, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	20.000,00 SIT	***	***	***

Uredništvu revije Isis

Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi. Prvo obvestilo želimo objaviti v številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen v številki Izide.

Za objavo podatkov v **Koledarju strokovnih prireditev** pošiljamo naslednje podatke:

Mesec prireditve	Prostor, kjer bo prireditev	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dan prireditve		
<input type="text"/>		
Pričetek, ura	Naslov strokovnega srečanja	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kraj	Število slušateljev (če je določeno)	(neomejeno)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, simpozij, posvetovanje, učna delavnica...)

Komu je namenjena (vsem zdravnikom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, kirurgom, internistom...)

Organizator (Medicinska fakulteta, klinika, sekcija Zdravniškega društva...)

Predstavnik ali strokovni vodja

Naslov za pošiljanje prijav

Informacije, kontaktne osebe

Njihove tel. številke in št. faksa

Višina kotizacije

Naslov in številka žiro računa

Število kreditnih točk

Kraj in datum

Podpis organizatorja



Isis

Glasilno Zdravniške zbornice Slovenije

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

Impressum

LETO X, ŠT. 4, 1. april 2001
UDK 61(497.12)(060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

PUBLISHED BY

The Medical Chamber of Slovenia
Zdravniška zbornica Slovenije
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana

tel.: 01/30 72 100

faks: 01/30 72 109

E-pošta: zdravniška.zbornica@zzs-mcs.si

Ziro račun št.: 50101-637-58629

UREDNIŠTVO • EDITORIAL OFFICE

Dalmatinova 10, p. p. 1630,

1001 Ljubljana

tel.: 01/30 72 152

faks: 01/30 72 159

E-pošta: isis@zzs-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK
EDITOR-IN-CHIEF AND RESPONSIBLE
EDITOR

prim. mag. France Urlep, dr. med.

Tlaka 26, Gornji Grad,

tel., faks: 03/584 30 28.

E-pošta: france.urlep@guest.arnes.si

UREDNIKA • EDITOR

Elizabeta Bobnar Najzer, prof. sl., ur.

E-pošta: eb.najzer@zzs-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR

EDITORIAL BOARD

prof. dr. Zoran Arnez, dr. med.

Martin Bigec, dr. med.

prof. dr. Nenad Funduk, dr. stom.

prof. dr. Anton Grad, dr. med.

prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.

prof. dr. Boris Klun, dr. med.

prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.

prof. dr. Črt Marinček, dr. med.

mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med.

prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.

prof. dr. David B. Vodušek, dr. med.

LEKTORICA • REVISION

Aleksandra Šarman

TAJNICA UREDNIŠTVA • SECRETARY

Marija Cimperman

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN

PRIPRAVA ZA TISK • DTP

Camera d.o.o.

Ob Dolenjski železnici 182, Ljubljana

tel.: 01/420 12 00

TRŽENJE • MARKETING

Atelier IM d.o.o.,

Design•Promocija•Komunikacije

Breg 22, Ljubljana,

tel.: 01/24 11 930

faks: 01/24 11 939

E-pošta: atelier-im@siol.net

TISK • PRINTED BY

Tiskarna Povše, Povšetova 36 a,

Ljubljana

tel.: 01/230 15 42

The Isis Journal

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 11.760,00 SIT. A single issue costs 980,00 SIT. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 7.000 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.



The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

Sodelovalci

Alenka Andlovic, dr. med., zdravnica, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Mf Ljubljana • Darja Boben Bardutzky, dr. med., zdravnica, Psihiatrična bolnišnica Vojnik • Katja Bolčina, dr. med., zdravnica, ZZZS Slovenije • Asist. dr. Borut Bratanič, dr. med., zdravnik, SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana • Prim. Aleksander Brunčko, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pediatrijo, Splošna bolnišnica Maribor • Asist. Tomaž Čakš, dr. med., zdravnik, Inštitut za higieno, MF Ljubljana • Doc. dr. Jurij Dobovišek, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za hipertenzijo, Bolnišnica dr. Petra Držaja, Interna klinika, KC Ljubljana • Asist. mag. Janez Dolensček, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica

Novo mesto • Prim. asist. mag. Bogdan Fludernik, dr. med., zdravnik, Služba za skupne potrebe kirurgije, Splošna bolnišnica Celje • Mag. Zlatko Fras, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za žilne bolezni, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana • Barbara Galuf, univ. dipl. prav., ZZZS Slovenije • Asist. Matija Gorjanc, dr. med., dr. stom., zdravnik in zobozdravnik, Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Marija Gubina, dr. med., zdravnica, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, MF Ljubljana • Mag. Željko Jakelič, dr. stom., zasebni zobozdravnik, Zasebna ordinacija Jakelič, Jesenice • Mag. Miran Kanduč, univ. dipl. fiz., Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana • Asist. mag. Janko Kersnik, dr. med., zdravnik, Zdravstvena postaja Kranjska Gora • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Franci Koglot, dr. med., zdravnik, Bolnišnica dr. Franc Derganc Šempeter pri Novi Gorici • Nena Kopčavar Guček, dr. med., zdravnica, Zdravstveni zavod zdravje Ljubljana • Prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Franc Košir, univ. dipl. prav., generalni direktor, ZZZS, Ljubljana • Veronika Križan Hergouth, dr. med., zdravnica, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, MF Ljubljana • Mateja Krajc, dr. med., sekundarinja, Ljubljana • Amadej Lah, študent MF, Ljubljana • Gordana Logar Car, dr. med., zdravnica, SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana • Urška Lunder, dr. med., zdravnica, Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana • Mag. Marko Miš, univ. dipl. psih., Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana • Doc. dr. Manica Müller Premru, dr. med., zdravnica, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Medicinska fakulteta Ljubljana • Odbor za zobozdravstvo, ZZZS • Mag. Gregor Omahen, univ. dipl. fiz., ZVD Zavod za varstvo pri delu, Ljubljana • Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., zdravnik, ZZZS • Prim. mag. Božana Podrumac, dr. med. • Tatjana Praprotnik, KUD dr. Lojz Kraigher, KC Ljubljana • Prim. doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., upokojeni zdravnik, Nova Gorica • Klemen Rebolj, dr. med., zdravnik, Psihiatrična bolnišnica Begunje • Asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., zdravnica, Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana • Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., zdravnik, Inštitut za patologijo, MF Ljubljana • Prim. Marjeta Sedmak, dr. med., zdravnica, Pediatrična klinika,

KC Ljubljana • Asist. dr. Katja Seme, dr. med., zdravnica, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, MF Ljubljana • Dušan Senica, dr. med., zdravnik, ZD Sevnica • Apolonija Steinmann, dr. med., zdravnica, dispanzer borcev NOV, Vodnikova 62, Ljubljana • Asist. Albin Stritar, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za plastično kirurgijo in opekline, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana • Asist. mag. Tomaž Šeruga, dr. med., zdravnik, Radiološki oddelek, Splošna bolnišnica Maribor • Doc. dr. Igor Švab, dr. med., zdravnik, Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana • Prim. mag. France Urlep, dr. med., višji svetnik, zdravnik, ZZZS Dr. Božidar Vojč, dr. med., zdravnik, Zavor RS za transfuzijo krvi, Ljubljana • Mojca Vrečar, MBA, ZZZS • Breda Zakotnik, dr. med., zdravnica • Romina Znoj, univ. dipl. mikrobiol. in egiptol., Ljubljana • Prim. Andrej Žmavc, dr. med., zdravnik, ZD Celje • Prim. Andrej Žmitek, dr. med., zdravnik, Psihiatrična bolnišnica Begunje

Navodila avtorjem

Rok za oddajo vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 10. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članki naj bodo natipkani ali računalniško izpisani tako, da je 30 vrst na stran in 60 znakov v vrsti. Članki naj ne presegajo šest tipkanih strani. Prispevek lahko vsebuje tudi angleški povzetek (naslov in največ 300 znakov). Avtorjem sporočamo, da svoje prispevke lahko oddajajo na disketah. Disketi mora biti priložen tudi izpis. Prispevku priložite svoj polni naslov, občino stalnega bivališča, EMŠO, davčno številko in številko ziro računa.

Revija izhaja prvega v mesecu. Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 11.760,00 SIT, posamezna številka za nečlane stane 980,00 SIT. Davek na dodano vrednost je vračunan v ceni ter se ga obračunava in plačuje po 8-odstotni stopnji. Rokopisov ne vračamo. Izbrane in naročene članke honoriramo. Naklada 7.000 izvodov. Poštnina plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

The President of the Medical Chamber

Marko Bitenc, M.D., M.Sc.

E-mail: marko.bitenc@zzs-mcs.si

The vice-president of the Medical Chamber

Andrej Možina, M.D.

The vice-president of the Medical Chamber

Prof. **Franc Farčnik, M.S., Ph.D.**

The President of the Assembly

Prim. **Anton Židanik, M.D.**

The vice-president of the Assembly
Živo Bobič, S.D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the

Educational council

Prof. **Matija Horvat, M.D., Ph. D.**

The president of the Professional medical committee

Prof. **Vladislav Pegan,**

M.D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

Gordana Živčec Kalan, M. D.

The president of the Hospital health care committee

Prim. **Andrej Možina, M.D.**

The president of the Dentistry health care committee

Prof. **Franc Farčnik, M.S., Ph.D.**

The president of the Legal-ethical committee

Žarko Pinter, M.D., M.Sc.

The president of the Social-economic committee

Jani DERNIČ, M.D.

The president of the Private practice committee

Igor Praznik, M. D.

The Secretary General

Brane Dobnikar, L.L.B.

Public Relations Department
Elizabeta Bobnar Najzer, B.A.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjčič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Jožica Osolnik, Econ.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Training and Professional Supervision Department

Mojca Vrečar, M. B. A.



The Medical Chamber of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province.

The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings and other types of professional development.
- The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
- Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

Historical background

The first Slovenian Medical Chamber was founded on May 15th, 1893 as the "Medical Chamber for the Carniola Province". It functioned until 1918. After five years, on April 28th 1923, the "Medical Chamber for Slovenia" was established. It functioned until 1946. Slovenia gained independence in 1991 and the Medical Chamber was re-established on March 28th 1992. In the few years from being newly established it has taken over many responsibilities, including some delegated legal authority. At present it is organized according to modern-day and European standards.



Ali lahko zdravnik zlorabi javnost?

Kljub občasnemu pritoževanju o nizki vrednosti in ugledu zdravniškega poklica ostaja dejstvo, da je (tudi zaradi pomembnosti zdravja za posameznika in zapletenosti bolezenskih procesov) poklic zdravnika še vedno med tistimi, ki prinašajo največ predpostavljene spoštovanja, avtoritete, verodostojnosti. Zlasti njegova mnenja v zvezi z zdravjem imajo težo, ki ni odvisna od logične argumentacije, ampak od vnaprejšnjega "pozitivnega predsodka", ki se (na srečo) drži zdravnikov. Zdravnik v javnih nastopih v veliki meri črpa svojo prepričljivost iz skupinske zaloge vseh zdravnikov. Pri tem naj bi seveda pazil, da njegov osebni nastop te zaloge ne bi zmanjševal, temveč nasprotno. Zlasti zato, ker je "pozitiven predsodek" do zdravnikovega mnenja bistven za njegovo zdravniško poslanstvo - izboljševanje zdravja ljudi.

Obremenjenost zdravnikov s pozitivnim predsodkom lahko povzroča tudi težave, kot jih pač povzročajo kakršnikoli predsodki.

Ena od njih je v tem, da zdravnikovo sporočilo nesorazmerno močno deluje na javnost, še preden se ta sploh zave vsebine sporočenega. Zato mora zdravnik toliko bolj premisliti, kaj v resnici sporoča javnosti in zlasti kakšne učinke bo imelo njegovo sporočilo. Predvsem gre za učinke, kajti medicinske vsebine sporočila največji del javnosti nikoli ne bo razumel. Zato je zdravnikovo sporočanje brez dvoma koristno, kadar gre za strokovne informacije, ki ljudem koristijo pri delovanju za boljše zdravje. Seznanjanje ljudi z zdravim življenjem, zdravo prehrano, ukrepi proti nalezljivim boleznim, boljša orientacija med možnimi oblikami zdravljenja; vse to prinaša ljudem koristi in s tem večja zdravnikova avtoriteta. Po drugi strani je razlaganje in problematiziranje ozkih strokovnih problemov, na katere posameznik laik niti malo ne more vplivati s svojim ravnanjem, bolj namenjeno samopromociji ali medzdravniškemu rivalstvu kot pa izboljševanju zdravja ljudi. Mislim da v to kategorijo sodijo tudi razvpite razprave o bolnišničnih okužbah in MRSA. To je resen, a ozko strokoven problem, ki ga z ukrepanjem lahko razrešijo izključno zdravniki, posameznik-laik pa pri tem ne more storiti praktično ničesar. Razen da se boji iti v bolnišnico in manj zauja v kakovost zdravljenja. Široke javne razprave o MRSA laiku samo povečajo občutek nemoči in zato iz njega naredijo večjega zdravstvenega nevrotika, kot je bil, preden se je zavedal zanj nerešljivega zdravstvenega problema.

Razen če zdravnik presodi, da po ustaljeni poti strokovnega dogovarjanja ni mogoče rešiti strokovnega (in običajno finančnega) problema, ki močno vpliva na zdravje ljudi. V tem primeru je javna provokacija pravzaprav nezaupnica zdravstveni po-



litiki - od strokovnih do profesionalno političnih ravni. In taka provokacija je lahko včasih v resnici boljša rešitev kot držanje križem rok. Čeprav se je dobro zavedati, da ima taka provokacija vedno svojo negativno ceno. V ljudeh na primer zmanjša količino zaupanja v medicino, zaseje dvom v postopke zdravljenja, v verodostojnost zdravnikov - vse to so učinki, ki negativno prispevajo k zdravstvenemu stanju ljudi. Torej je v tem primeru stvar presoje, kateri učinki javne provokacije - pozitivni premik v zdravstveni politiki ali negativen premik v zaupanju ljudi do zdravstva - so na koncu bolj koristni za zdravje ljudi. Med tovrstnimi javnimi provokacijami je zadnje čase izstopala obsežna in dobro koordinirana javna akcija kolegov onkologov, da bi prepričali politike v dokončanje nove onkologije. Seveda upravičenosti tega nikakor ne oporekam, vendar to kaže, da je na politiko včasih očitno lažje vplivati prek zganjanja javnega hrupa in uporabljanja javnosti za politične pritiske kot pa preko strokovno utemeljenega komuniciranja. Kljub temu, da je namen takih akcij dober, pa je to v določenem smislu vseeno izrabljanje javnosti; nenazadnje bo precej onkoloških bolnikov zdaj imelo občutek, da je njihovo zdravljenje veliko manj kakovostno, kot so glede na javne nastope zdravnikov lahko sklepali še pred nekaj meseci. V tem primeru torej posledice nezaupanja med stroko in politiko vsaj deloma in neupravičeno plačujejo bolniki.

Seveda na tem mestu zgolj nizam misli in jih urejam v nekatere papirnate principe. V življenju ni svetnikov, vsi smo krvavi pod kožo in želimo združiti nekaj dobrega in nekaj slabega in iz tega povleči še za silo pozitiven rezultat. Človek največkrat ni dovolj pameten, da bi natančno vnaprej poznal vse učinke svojih dejanj, zlasti če so namenjena tako zapletenemu organizmu, kot je javnost. Hkrati pa se je nesmiselno delati neumnega glede tistih učinkov, ki jih je kljub vsemu mogoče predvideti. Na primer glede učinka reklam, v katerih nastopajo zdravniki. Pri tem se mi zdi, da so precej trhla mnenja, da je zdravniku dovoljeno reklamirati vse, kar pomeni zdrav način življenja. Zdravnik, ki priporoča določeno milo, ne sporoča javnosti, da se je zdravo umivati in skrbeti za higieno. Tak zdravnik izkorišča "pozitivni predsodek o zdravnikih" za sporočilo, da je določena znamka mila ali zobne paste znanstveno preverjeno boljša od druge znamke. To pa praviloma ni res, zato so reklame z zdravniki precej nazoren primer javnega sporočanja, ki manjša pozitivni predsodek o zdravnikih. Kako pozitivno je to, pa naj se odloči vsak zase.

Alojz Ihan