

Partnerstvo, zaupanje in skupno načrtovanje

Iztekajoče se leto je zelo primeren čas, da pogledaš nazaj in razmišljaš o doživetem, narejenem, uresničenem, pa tudi o tistih stvareh, ki nimajo ravno prijetnega priokusa. Skoraj sočasno z iztekanjem leta 2001 se izteka prvo leto delovanja vlade Republike Slovenije v tem mandatu in za nas, zdravnike in zobozdravnike, prvo leto mandata ministra za zdravje gospoda Dušana Kebra s svojo ekipo.

Ni naključje, da sem prve stavke tega uvodnika začel na ta način, saj želim nakazati glavni dejavnik sprememb na področju zdravstvenega varstva v naši državi. In prav v tem primeru je ta nedvomno povezan z ministrov osebno in osebnostjo.

Sedanji minister je nakazal svojo željo po prisotnosti ožje in širše zdravstvene problematike v javnosti še, ko je bil strokovni direktor Kliničnega centra v Ljubljani. S prepletanjem resničnih izkušenj iz svoje prakse, katerim je dodal literarne elemente, je postal eden bolj branih kolumnistov v državi. Najširšemu občinstvu, še zlasti pa tistim, ki so jim osebne izkušnje z našim zdravstvom in zdravniki zapustile neprijetne spomine, je ponujal možnost zadoščenja. Tudi sam sem z veseljem prebiral Kebrove kolumne. Zelo hitro sem se lahko identificiral z dogodki, ki so opisovali vso težavnost pravilne presoje zdravnika ob konkretnih bolnikih. Tudi z opisovanjem šibkih točk našega zdravstva in našega poklica nisem imel velikih težav. Šibke točke zagotovo imamo in jih bomo imeli, tako kot jih imajo tudi v najbolj razvitih državah. Potrebno jih je ugotoviti in reševati. Način reševanja je zagotovo stvar pravilne presoje – še posebno s položaja direktorja z ustreznimi pooblastili in odgovornostmi za ukrepanje.

Kot predsednik Zbornice se pogosto udeležujem raznih evropskih sestankov. Praktično ni srečanja, ki ne bi bilo povezano z zdravstvenimi reformami. Zdravstvena reforma je nikoli dokončana zgodba, vsakdo ima svoje zamisli in svoje izkušnje. Skupna lastnost vseh pa je: v okviru financ, ki jih zdravstvu namenijo vlade in finančni ministri, ob najmanj enakem obsegu socialnih pravic, spreminjajoči se epidemiološki situaciji in hitrem razvoju zdravil in medicinske tehnologije državljanom zagotavljati vse bolj kakovostno in učinkovito zdravstveno varstvo. Vsem je skupni problem, da ekonomska moč tudi najrazvitejših držav ne zadošča za pokrivanje vseh stroškov, ki nastajajo v zdravstvu. Likvidnostne težave in negativno poslovanje zdravstvenih ustanov in zdravstvenih zavarovalnic so postale praksa, ki jo potihem vsi tolerirajo. Po eni strani je potrebno volivcem obljubiti vse, po drugi strani pa v jedro konflikta med državljanom (bolnikom) in zdravstvenim sistemom umestiti zdravnika. Prav to je razlog, da se prav vse evropske zdravniške organizacije ukvarjajo s problemom poklicne avtonomije zdravnikov. Zlasti ob pogojih pomanjkanja financ v zdravstvu, pomeni poklicna avtonomija zdravnikov pravzaprav pravico bolnikov in s tem manifestacijo avtonomije bolnikov.

Poklicna avtonomija zdravnikov ima po mojem prepričanju dva glavna sovražnika. Prvi je naše (zdravniško) lastno ignoriranje poklicne svobode. Tukaj zlasti mislim na ravnodušnost, s katero jo imamo enostavno za samoumevno. Drugi sovražnik je preveč reguliranja zdravstvenega sistema s strani države. Poseganja države v povratno zanko med medicinsko indikacijo in alokacijo virov prihajajo počasi in za državljana ali bolnika popolnoma neopazno. Mislim zlasti na sprejemanje smernic dobre klinične prakse, ki so ekonomsko in ne medicinsko utemeljene; pozitivne liste zdravil, ki vedno predstavljajo steznik za klinične odločitve; odločitve države o (ne)investicijah v medicinsko opremo in zapiranju bolnišnic ali



zmanjševanju števila bolniških postelj. Tudi v naši državi smo v zadnjih letih soočeni z reformami, ki izvirajo pretežno iz ekonomskih razlogov. Naši kolegi na pomembnih vodstvenih mestih kar tekmujejo v dokazovanju, kako uspešni so bili v raznih racionalizacijah. Bistveno smo skrčili posteljne zmogljivosti naših bolnišnic. Bistveno smo skrajšali povprečno trajanje hospitalizacije. Namenoma uporabljam besedo smo, saj brez aktivnega sodelovanja slovenskega zdravništva do takih rezultatov zagotovo ne bi moglo priti. Prav ti podatki kažejo na to, kako zelo se je povečala intenzivnost in produktivnost našega načina dela.

Na drugi strani ugotavljam, da na organizacijskem delu našega zdravstva ni prišlo do premikov, ki bi bili v podporo tem spremembam. Kljub

uveljavitvi zdravnika specialista družinske medicine v osnovnem zdravstvu te dejavnosti nismo ustrezno okrepili. V zadnjih letih celo raste število opredeljenih oseb na zdravnika, ki mu dodatno nalagamo pomembne in potrebne preventivne naloge. Niti približno nismo okrepili in povečali mreže ambulantne specialitike z vsemi ambulantnimi diagnostičnimi postopki, ki edini zagotavljajo varen in učinkovit način krčenja bolnišničnih zmogljivosti. Prišli smo v situacijo, ko se v sistemu zdravstvenega varstva pojavlja »kepa« bolnikov, ki ne morejo do bolnišničnega zdravljenja, ne morejo do ambulantnega specialista zaradi zdravljenja ali diagnostike in čakajo, da bodo z ustreznimi izvidi lahko ponovno obiskali svojega izbranega zdravnika, da se bo le-ta odločil za nadaljnje ukrepe. Osebnosti zdravnika ima velike težave, da zagotovi svojemu varovancu ustrezne termine za preglede, saj je ponudba premajhna. Če mu to uspe, to avtomatično pomeni, da bo nek drug bolnik drugega izbranega zdravnika moral počakati kakšen dan dlje. Preveč individualnega pristopa v državi, kjer skoraj vsakdo pozna nekoga, je lahko razlog za pojav krivic.

Zaradi izjemne počasnosti organizacijskih sprememb glede na hitrost racionalizacije ta »kepa« čakajočih bolnikov raste kot raste kepa snega, ki jo zavaljš po zasneženem klancu navzdol. Zelo podobno zgodbo bi lahko napisal, če bi govoril o dostopnosti do sodobne medicinske opreme, ki zdravnikom predstavlja veliko varnost ob sprejemanju pomembnih odločitev pri diagnostiki in zdravljenju. Za pravilno presojo pogosto nista dovolj le ustrezno znanje in izkušnost. Če nadaljujem s številom zdravnikov v naši državi, se glede tega podatka uvrščamo med »najrazvitejše« države v Evropi. Slovenski zdravniki smo bili pripravljeni zagotavljati delovanje našega zdravstva tudi z zavestnim odpovedovanjem temeljnim delovno-pravnim pravicam, ki jih vsakemu delavcu v državi zagotavlja Zakon o delovnih razmerjih. Kdo v tej državi je še pripravljen ob vseh zakonskih določilih preživeti na delovnem mestu 48 ur brez prekinitve? Kdo je še pripravljen iz meseca v mesec opravljati število nadur, ki bistveno presega omejitvev, zapisano v Zakonu o delovnih razmerjih? Če bi ta hip želeli organizirati delo zdravnikov v skladu z določili delovno-pravne zakonodaje, bi v trenutku morali povečati število zdravnikov v naši državi za slabo tretjino.

Vse to so argumenti, ki kažejo, kako velik del osebne odgovornosti in tveganja za nemoteno delovanje našega zdravstva smo zdravniki pripravljene prevzeti in nositi na svojih ramenih.

Poraba sredstev za zdravila v vseh državah zelo strmo raste. Strmo raste tudi pri nas, a vseeno počasneje kot v razvitejših državah. Smo ena

redkih držav, kjer je število predpisanih receptov že zadnjih osem let praktično enako. Kljub temu v javnih medijih pogosto beremo prispevke o razsipnem predpisovanju zdravil na recept.

Prepričan sem, da smo slovenski zdravniki v zadnjih desetih letih uspeli spremeniti svojo miselnost. Če smo še pred šestimi leti kot prvi tudi javno napadali vsak poizkus zdravstvene reforme v smislu racionalizacije in igrali vlogo odvetnika pravic zdravstvenega zavarovanca, smo se kasneje izkazali za aktivne partnerje v vseh reformah, ki so bile začete s širokim družbenim soglasjem. Uvedli smo stroškovno zavest. Podpirali smo zmanjševanje posteljnih zmogljivosti v bolnišnicah, podpirali in aktivno izvajali ukrepe racionalne farmakoterapije, bili aktivno vključeni v obvladovanje čakalnih dob in celo sami začeli vzpostavljati sistem za stalno zagotavljanje in nadzor kakovosti našega dela. Zavedamo se, da sistem lahko izboljšujemo le načrtovano, postopno in obzirno, vendar z jasno določenim ciljem in v tesnem sodelovanju z vsemi subjekti zdravstvene politike. Le na tak način smo pripravljeni tudi v bodoče prevzemati pomemben del odgovornosti in tveganj za neželene dogodke v sistemu zdravstvenega varstva.

V zgornjem besedilu sem skušal navesti le nekaj šibkih točk našega zdravstvenega sistema, s katerimi se boste verjetno strinjali vsi kolegice in kolegi, upam pa, da tudi minister za zdravje. Ne razlikujejo se bistveno od njegovih lastnih ocen. V zdravstvenem sistemu plujemo vsi na isti ladji. Vsi poznamo njene šibke in močne točke. Zaradi tega smo pri svojih odločitvah včasih zelo gotovi in odločni, spet drugič se odločamo na podlagi lastne presoje, do katere pridemo po skrbnem premisleku, na osnovi znanja in izkušenj. Na žalost se včasih izkaže, da presoja ni bila najboljša. To velja tako za kapitana kot za mornarje, le posledice napačne presoje se bistveno razlikujejo. Vsi vemo, da je zdravstvo velika ladja z veliko vztrajnostjo in je zato vsako spremembo smeri potrebno natančno pretehtati in se skupaj pripraviti na vsak veliki manever. Uspešnost manevra je odvisna od vseh, od kapitana pa do zadnjega mornarja, da ne govorim o tehnični opremljenosti ladje. Tako kot morajo mornarji zaupati kapitanu, mora tudi kapitan zaupati mornarjem. Iskreno morajo biti pripravljeni na pogovor o pomanjkljivostih, napakah, pa tudi o uspehih. Skupno morajo načrtovati ukrepe za zmanjševanje tveganj, ki pripeljejo do napak, in si pri tem tudi ustrezno porazdeliti odgovornosti in pooblastila. Le na ta način se bodo potniki počutili varne.

Sodobni teoretiki organizacije zdravstvenega varstva pišejo o potrebni decentralizaciji. To pomeni, da naj bi država »partnerjem« v zdravstvu zagotovila kar največjo možno avtonomijo z ustreznimi pooblastili in odgovornostmi. Partnerji so naslednji: uporabnik zdravstvenih storitev (državljan), plačnik zdravstvenih storitev (zdravstvene zavarovalnice) in izvajalec zdravstvenih programov. Izvršilna veja oblasti naj bi bila odgovorna za vzpostavitev takega decentraliziranega sistema in za stalno spremljanje in nadziranje delovanja ter za strateške usmeritve. Strateške usmeritve naj bi bile sprejete na način usklajevanja interesov vseh treh partnerjev ob ustreznem upoštevanju odgovornosti. V sodobnem svetu vodenja in upravljanja je najbolj želeno vrlina voditeljev, sposobnost pridobivanja najširšega možnega konsenza.

Če sem v prejšnjih letih govoril, da je slovensko zdravništvo končno dobilo ustrezno mesto in ustrezen vpliv na področju zdravstvene politike v naši državi, letos tega ne morem zapisati. Še kako smo občutljivi na navedbe, da je bila ustanovitev Zdravniške zbornice Slovenije ena večjih napak slovenske zdravstvene tranzicije. Ko smo pred nekaj leti postali partnerji v zdravstveni politiki, smo bili še zelo neboljani. Vendar smo

se zavedali pomena našega partnerstva in intenzivno gradili strukturo naše organizacije – Zdravniške zbornice Slovenije. Zavedamo se pomena dobrih podatkov in njihovih analiz. Zavedamo se in spoštujemo vrednote pravne države. Tudi zaradi tega se včasih obnašamo navidezno konzervativno. Imamo svoje poglede na probleme in potrebne spremembe v organizaciji osnovnega zdravstva. Izračunali in predvideli smo težave z obnavljanjem zdravniškega in zobozdravniškega kadra v državi. Vemo, da je potrebno povečati število študijskih mest na Medicinski fakulteti. Zavedamo se in priznavamo pomen preventivne medicine in hkrati vemo, da v prihodnjih letih ni utemeljeno pričakovati upadanja potreb po kurativnih programih. Izvedli smo reformo specializacij, na žalost (pa ne po naši krivdi) končni cilj še ni realiziran. Izdelujemo stališča do meril za vzpostavitev mreže zdravniških delovnih mest, ki bo temeljila na številu »živih« zdravnikov v državi. Predvidevamo posledice pomembnih razsodb Evropskega sodišča, ki utegnejo povzročiti velike spremembe na področju zdravstvene politike v Evropski uniji. Poznamo zdravstvene sisteme v državah Evropske unije in drugje, vseh so nam zlasti tisti, ki zagotavljajo visoko produktivnost, učinkovitost in kakovost, ter ob tem priznavajo zdravnikom poklicno avtonomijo, ki je sorazmerna njihovi odgovornosti. Seznanjeni smo z etičnimi dilemami medicine, ki se pojavljajo v razvitem svetu, in so povezane zlasti z naglim razvojem biomedicinskih znanosti ter pripadajočih tehnologij.

Kljub vsemu navedenemu v zadnjem letu nismo dobili v presojo niti enega samega predloga sprememb zdravstvene zakonodaje, ki je bila obravnavana v državnem zboru. Doslej nismo bili povabljeni, da sodelujemo pri pripravi nove zdravstvene zakonodaje, ki naj bi obravnavo v državnem zboru doživela v začetku naslednjega leta. Res je, da z ministrom – zlasti na sproščen in neformalen način – pogosto razpravljava o zdravstveni politiki in upam si trditi, da imava na deklarativni ravni zelo podobne poglede. Toda pogrešam resnično, formalno in zlasti kontinuirano institucionalno sodelovanje med Ministrstvom za zdravje in Zdravniško zbornico Slovenije – organizacijo vseh slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov.

Minister Dušan Keber ima nedvomne osebne zasluge za to, da po dolgih letih v Sloveniji prihaja do dviga prispevne stopnje za zdravstvo. Prav tako je njegova zasluga, da se z uvedbo trošarin na tobačne izdelke in alkoholne pijače uvrščamo med redke razvite države, ki s takimi ukrepi uvajajo individualno materialno odgovornost posameznika za zdravje. Nikoli v zgodovini samostojne Slovenije se še ni zgodilo, da bi bilo zdravstvo prva prioriteta državnega proračuna in to celo za dve leti naprej.

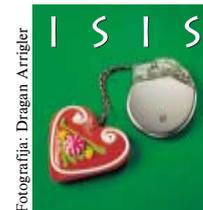
Omenjeni dosežki zagotovo predstavljajo dobro podlago za to, da ladja slovenskega zdravstva postopno lahko zapluje v mirnejše vode. Zaenkrat pa je še v nemirnih vodah. Ladja ni najbolje opemljena, pa tudi mornarji niso optimalno razporejeni oziroma, jih je na številnih oddelkih premalo. Številni razmišljajo, ali so še pripravljeni sprejemati tvegane odločitve glede smeri plovbe v temi, prepogosto z zastarelim radarjem, ki ne deluje vedno. V takih trenutkih se je namreč potrebno odločati na podlagi presoje.

Brez partnerstva, zaupanja in skupnega načrtovanja bodo na koncu prizadeti zlasti potniki.

Ne glede na vse povedano sem optimist. Optimist sem zlasti zaradi napredne miselnosti slovenskega zdravništva in pripravljenosti na aktivno vključevanje v težnji za napredek, ki bo zlasti koristil našim državljanom.

Vsem vam in vašim najbližjim želim ob prihajajočih božičnih praznikih in ob prehodu v novo leto veliko notranjega miru, ljubezni, strpnosti in osebne sreče.

Marko Bitenc



Vsebina

uvodnik	Marko Bitenc	• Partnerstvo, zaupanje in skupno načrtovanje	3
novice		•	8
iz glasil evropskih zbornic	Boris Klun	• Velika Britanija: Milijon bolnikov čaka na zdravljenje	26
intervju	Elizabeta Bobnar Najžer	• Prof. dr. Dušan Keber, minister za zdravje	27
aktualno	Konrad Kuštrin, Pavel Poredoš, Marko Bitenc	• Izjava za javnost	37
		• Predlagane smernice za odgovornost nacionalnih zdravniških združenj do svojih članov	38
		• Izjava za javnost strokovnega sveta Splošne bolnišnice Jesenice	39
	Dean Klančič, Brane Dobnikar	• Pridobivanje koncesij v Mestni občini Ljubljana	40
	Ignac Groznik	• Zdravniška zadruga Ambulatorium Zeleni trikotnik	42
	France Cukjati	• Nov koncept zdravstvenega varstva	44
	Vesna Švab	• Človkove pravice ljudi z duševnimi motnjami	46
	Ljiljana Slejko	• Dejavniki tveganja in stopnja ogroženosti z boleznimi srca in ožilja	48
	Alenka Kraigher	• Cepljenje - najučinkovitejša zaščita pred nalezljivimi boleznimi	52
	Zmago Turk	• Akupunktura danes	56
obletnice	V. Paver Eržen, M. Hribar Habinc	• Slovenska anestezija skozi poldrugo stoletje	58
	Gorazd Lešničar	• 40-letnica ustanovitve Infektološke sekcije SZD - Združenja za infektologijo SZD	62
	Janez Rugelj	• Ob 30. obletnici dela po Hudolinovi in socialno-andragoški metodi zdravljenja odvisnikov in drugih ljudi v stiski	65
zanimivo	Janko Berčič	• Dr. Frank H. Netter, zdravnik in umetnik (1906-1991)	67
program strokovnih srečanj		•	71
delo Zbornice		• Zapisniki IO ZZS	85
pravne novice	Tina Šapec Mahmutović	• Škodna odgovornost	91

*Veliko osebne sreče,
zdravja in strokovnega zadovoljstva
v novem letu 2001.*



Vodstvo Zdravniške zbornice Slovenije

SRČNI VZPODBUJEVALNIK

Počasno bitje srca je do petdesetih let preteklega stoletja lahko vzpodbujal le kak naraven dogodek, ki seveda ni imel trajnega, pogosto tudi ne pravega učinka. Srčni vzpodbujevalniki so osebam z bolnim srcem vnesli nov življenjski ritem. Niso le vzpodbujali srčne mišice k rednemu in pravilnemu delovanju, omogočili so prebujeno kakovost čustvovanja, intenziven smeh, intenziven jok, najpomembnejše od vsega pa - intenzivno ljubezen. Tokratna naslovnica je vabilo vsem: pojdemo vsaj s kančkom več ljubezni v novo leto.

Tekst in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

strokovna srečanja	Jože Balažič	• 80. redno letno srečanje Nemškega združenja za pravno medicino	93
	Matjaž Rode	• Odgovornost zobozdravnikov	97
	Matjaž Rode	• Redni letni kongres Svetovnega združenja stomatologov - FDI	99
	Tjaša Logar Dernič	• Ortodontija za vsa starostna obdobja	100
	Ksenija Tušek Bunc	• Ogroženost zaradi srčnožilnih bolezni	101
	Tomaž Rott	• Ob 18. evropskem kongresu patologov v Berlinu	104
	Željko Jakelič	• Kirurgija vratu	106
	Andrej Rant	• XI. kongres S. I. O. H.	108
	Tomaž Čakš	• Inštitut za higieno in epidemiologijo Prve medicinske fakultete Karlove univerze v Pragi	109
	M. Podgoršek, E. Klemenčič	• Kako do še boljših strokovnih medicinskih informacij?	111
tako mislimo	Berta Jereb	• Strahovi preteklosti	113
	Srečko Košuta	• Razprava na 138. redni letni skupščini ob 140- letnici Slovenskega zdravniškega društva v Mariboru 19. oktobra 2001	115
	Konrad Kuštrin	• Kako naprej	115
recenzija	Zdenka Čebašek Travnik	• Miloš Židanik: Sindrom odvisnosti od alkohola	117
zdravniki v prostem času	Vojko Flis	• La Specola v Firencah	118
	Miroslava Cajnkar Kac	• Marlene Dietrich	121
personalia		•	123
pisma uredništvu	Vladislav Pegan	• Pismo predsednika odbora za strokovno-medicinska vprašanja Nataši Švent Kučina, dr. med.	128
	Alojz Gregorič	• Zbegane živali iz basni gospoda Aleksandra Brunčka	128
koledar zdravniških srečanj		•	131
misli in mnenja uredništva	Anton Grad	• (Samo) spoštovanje zdravniškega poklica	148

S srcem z vami in za vas tudi v leto 2002.
 Uredništvo revije *I sis* • Atelier *I M* • Camera *d.o.o.* • Tiskarna *Povše* • Dragan *Arrigler*

Sodobna kontracepcija

Sredi oktobra 2001 je slovenska podružnica podjetja Schering AG na Brdu pri Kranju pripravila predstavitveni simpozij prve ultranizkodozne kontracepcijske tablete v Sloveniji.

V pozdravnem nagovoru je prof. dr. Helena Meden Vrtovec, dr. med., višja znanstvena svetnica, strokovna direktorica SPS Ginekološke klinike Kliničnega centra v Ljubljani, poudarila pomen sodobne kontracepcije v varovanju reproduktivnega zdravja žensk in nujnost širše promocije hormonske kontracepcije v Sloveniji, saj je uporaba kontracepcijskih tablet pri nas še vedno relativno nizka.

Moderatorica simpozija, prim. mag. Alenka Pretnar Darovec, dr. med., z Ginekološke klinike Kliničnega centra v Ljubljani je pozdravila uvajanje pomembne novosti v izbiri kontracepcije za ženske v Sloveniji. Dr. Bernd Duesterberg iz podjetja Schering AG, Nemčija, je predstavil klinične značilnosti logesta, asist. dr. Bojana Pinter, dr. med., z Ginekološke klinike Kliničnega centra v Ljubljani pa je pripravila predavanje o primerjavi nizkodozne kontracepcijske tablete z ultranizkodozno. Za konec je dr. Duesterberg predstavil še novosti v razvoju kontracepcije, med drugim tudi hormonske kontracepcijske oblike ter novosti v razvoju moške kontracepcije.

Letos mineva 40 let od začetka uporabe prve kontracepcijske tablete. Prvi hormonski pripravki so vsebovali pet- do desetkrat višje odmerke spolnih hormonov, kot jih vsebuje današnja kombinirana kontracepcijska tableta, zato so bili stranski učinki v preteklosti pogostejši. Zaradi pogostejših kardiovaskularnih zapletov ob jemanju kontracepcijskih tablet so raziskovalci že v začetku sedemdesetih let znižali odmerek estrogenov na manj kot 50 µg etinilestradiola v dnevni odmerku. Ta tako imenovana nizkodozna kontracepcijska tableta je povezana z bistveno manj neželenimi zapleti kot visokodozna, ki vsebuje 50 µg ali več etinilestradiola v dnevni odmerku. Da bi pojavnost kardiovaskularnih zapletov, ki so v večini odvisni od od-

merka estrogenov, zmanjšali še bolj, predvsem pri ženskah z dodatnimi dejavniki tveganja (npr. pri kadilkah, starejših ženskah), so raziskovalci že leta 1973 začeli preučevati tako imenovano ultranizkodozno kontracepcijsko tableto, ki vsebuje 20 µg ali manj etinilestradiola v dnevni odmerku.

Logest je prva ultranizkodozna kontracepcijska tableta v Sloveniji. Ob rednem in doslednem jemanju je enako učinkovita kot nizkodozna kontracepcijska tableta. V prvih mesecih se lahko pojavijo vmesne krvavitve, ki pa s trajanjem jemanja minejo. Estrogeni stranski učinki (glavobol, slabost, napihjenost, povečanje telesne teže) so pri ultranizkodozni tableti dvakrat redkejši kot pri nizkodozni tableti. Zvišanje telesne teže ženske najpogosteje navajajo kot razlog za opustitev kontracepcijskih tablet. To še posebej velja za mlajše, ki so zlasti zaskrbljene za svojo telesno podobo. Po kliničnih izkušnjah nizkodozna kontracepcija pri večini žensk ne vpliva na telesno težo in le majhen odstotek uporabnic se zredi za več kot 2 kg. Zato je sprejemljivost ultranizkodozne kontracepcijske tablete zelo dobra, tako pri mlajših kot pri starejših ženskah, in je delež opustitve kontracepcijskih tablet zaradi stranskih učinkov v prvem letu uporabe nižji od 10 odstotkov. Zaradi nižje doze estrogenov



Helena Meden Vrtovec, dr. med., višja znanstvena svetnica, strokovna direktorica SPS Ginekološke klinike KC v Ljubljani

je vpliv na lipide in koagulacijske dejavnike manjši. Kljub nižjemu odmerku estrogenov so ohranjeni številni koristni učinki kontracepcijskih tablet, kot so uravnavanje ciklusa, zmanjšanje anemij, zmanjšanje dismenoreje, redkejša pojavljanja ovarijskih cist in verjetno tudi manjše pojavljanje raka jajčnikov in maternične sluznice.

Prva ultranizkodozna tableta v Sloveniji predstavlja pomembno novost v izbiri kontracepcije in širi možnosti za večjo uporabo kontracepcijskih tablet v Sloveniji. Novost je dobrodošla tako za širšo izbiro kontracepcije ob prvem predpisovanju tablet kot tudi za tiste ženske, ki imajo ob drugih vrstah kontracepcijskih tablet pogostejše stranske učinke. Z novo možnostjo v izbiri kontracepcije bo lažje zagotoviti zadovoljstvo ženske z izbrano kontracepcijsko metodo. ■

Bojana Pinter

ePOCRATES

Računalniški register zdravil v žepu kmalu *conditio sine qua non?*

ePOCRATES je ameriška FDA-podatkovna baza zdravil za dlančnike, ki se je v dobrem letu dni izjemno hitro uveljavila in razširila, saj jo uporablja že prek 100.000 zdravnikov.

Strokovna poročila jo uvrščajo na vrh tovrstnih baz, predvsem zaradi izredno priročne uporabe. Podatkovna baza vsebuje imena zdravil po abecednem redu in po skupinah. Za vsako zdravilo so navedeni podatki: doziranje za odrasle in otroke, kontraindikacije, opozorila, interakcije, stranski učinki, uporaba v nosečnosti in v času dojenja, način metaboliziranja in izločanja, način delovanja, farmakološka skupina ter morebitna razvrstitve med narkotike, možnost vnosa lastnih komentarjev in podatki o proizvajalcih.

Najpomembnejša prednost ePOCRATES-a je, da je na voljo brezplačno in da se ga lahko avtomatsko posodablja preko interneta z vsemi tekočimi novostmi in spremembami, kar proizvajalci zagotavljajo tudi v bodoče. Izjemno pomembna je možnost ugotavljanja interakcij med izbranimi zdravili kjerkoli: pri pregledu, ob bolniški postelji, na hišnem obisku itd.

Tako se močno zmanjša možnost napak pri predpisovanju zdravil, ki se jim je zaradi velikega števila zdravil in njihovih interakcij sicer težko izogniti, in ker je potrebno mnogo zdravnikovega časa za sprotno spremljanje tovrstnih novosti in sprememb.

Slovenski uporabniki lahko iščejo zdra-



vila po ameriških FDA-komercialnih imenih, v primeru ostalih komercialnih imen pa po generičnih imenih. Generična imena za slovenska komercialna imena se nahajajo v našem Registru zdravil. Generična imena se le redko razlikujejo, npr. za paracetamol se uporablja generično ime acetaminophen.

Vsak zdravnik si lahko ePOCRATES brezplačno prenese v svoj dlančnik z naslova na internetu: www.epocrates.com. Da lahko uporabljamo programsko bazo **ePo-crates Rx™ 4.0 drug reference** podjetja e-

Pocrates, Inc. iz San Carlosa v Kaliforniji, moramo imeti dlančnik z operacijskim sistemom Palm OS (Palm, Handspring, Sony, TRGPro) s 1.300 KB prostega spomina in povezavo z internetom.

Z dosedanjjo uporabo ePOCRATES-a sem zadovoljen, saj predpisujem veliko raznovrstnih zdravil. Najnovejši podatki o zdravilih so mi kjerkoli pri roki, zlasti pa mi je v veliko pomoč enostavna možnost preverjanja interakcij. ■

Darko D. Lavrenčič

Voščilnice za novo Pediatrično kliniko

Ustanova Sklad za izgradnjo nove Pediatrične klinike v Ljubljani s pomočjo različnih prireditev in podjetij zbira sredstva za izgradnjo nove Pediatrične klinike v Ljubljani. Tako že tretje leto dobro sodeluje z uspešnim podjetjem EMMA d. o. o., ki izdeluje božično-novoletne in poslovne voščilnice ter razlednice,

ki so opremljene z znakom Pediatrične klinike. V skladu z medsebojno pogodbo delodobička od prodaje voščilnic že tretje leto namenjajo za izgradnjo nove Pediatrične klinike v Ljubljani. Podjetje EMMA d. o. o. se bo zaradi svojega prispevka že tretje leto zapored uvrstilo med velike donatorje v akciji za novo Pediatrično kliniko v Ljubljani.

Poiščite voščilnice z logotipom nove Pediatrične klinike in z nakupom tudi vi prispevajte za dobrobit otrok.

Informacije o prispevkih za novo Pediatrično kliniko so na voljo na domači strani Sklada: www.trzinka.si/skladpk.htm ■

Biserka Marolt Meden

Kulturna prireditve v Kliničnem Centru

Po letošnjem dolgem poletju so v Kliničnem centru Ljubljana zopet zaživele kulturne prireditve. Po zelo uspešni razstavi izdelkov prizadetih otrok iz Črne na Koroškem sta svoja dela v mesecu septembru razstavila najprej člana Likovne sekcije KUD-a. Slikar Edi Sever je predstavil svoje barvite akvarele. Sam se pogosto udeležuje likovnih kolonij, veliko ustvarja in razstavlja v raznih galerijah v Ljubljani in izven nje. Tokrat se mu je v razstavišču Kliničnega centra pridružil prijatelj, kipar Bojan Pahor. Razstavil je ciklus razpel. Manjše plastike, izdelane z ljubeznijo in pretanjenim občutkom, so pritegnile veliko pozornosti mimoidočih pacientov, uslužbencev in obiskovalcev Kliničnega centra. Veseli smo bili, da smo lahko v naših prostorih pozdravili dva velika mojstra likovne umetnosti.

16. oktobra je Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher pripravilo razstavo likovnih del svojih članov. Ob odprtju so glasbeni program pripravili učenci Glasbene šole Ljubljana Vič - Rudnik.

Razstavljena so likovna dela, ki so jih udeleženci tridnevne slikarske kolonije ustvarili v Savudriji. Že več let se zbirajo v počitniškem domu Kliničnega centra in v njem se

dobro počutijo. Rezultati so vidni tudi v veliki beri slik, ki tam nastanejo. Vsak od udeležencev po eno sliko, narejeno v tem času, podari upravi Kliničnega centra. Slike kasneje krasijo prostore na klinikah. Bolnikom, ki bivajo v teh prostorih, njihovim obiskovalcem, pa tudi tistim, ki v bolnišnico prihajajo le zaradi pregledov, je pogled na bolj domačo no-



Ladislav Ulčakar: Rdeča istrska prst

tranjost v veliko tolažbo. Puste stene namreč še bolj poudarjajo človekovo osamljenost in nas prisilijo k temu, da se še bolj ukvarjamo s sabo in svojimi težavami. Bolniki prihajajo v bolnišnico, ker pričakujejo, da jim bomo težave pomagali rešiti, in tudi prijazno in barvito okolje pri tem pomaga.

Tokrat je svoja dela razstavilo 28 likovnikov: Danica Bem Gala, dr. med., Saša Boljkovac, Bogdan Breznik, dipl. ing., Vilma Colja, Emilija Erbežnik, Janez Goltes, Marija Goms, Višnja Grubišič, dr. med., Karel Hruza, Leon Koporc, akad. slikar, Henrik Krnec, Janez Kovacič, akad. slikar, prim. Zora Lamprecht Rijavec, dr. med., Jano Milkovič, Dušan Müller, dr. med., prim. Jasna Müller, dr. med., Rado Okečič, doc. dr. Tone Pačnik, univ. dipl. psih., Edi Sever, Franc Skerbinek, Draga Soklič, Ljubo Soklič, Pavle Ščurk, Ladislav Ulčakar, Mira Uršič Šparovec, akad. slikarka, Zdenka Vinšek, Bernarda Zajec, sam. oblik., in Niko Zupan, dipl. ing.

Delo v koloniji je predstavil udeleženec

in dolgoletni član Likovne sekcije KUD-a Jano Milkovič. Povedal je, da je v Savudriji vladalo med likovniki dobro razumevanje, ustvarjalno vzdušje in pristni medčloveški odnosi. Tudi z vremenom so imeli srečo. Vsako jutro so odhajali iskat svoje motive sami, v dvoje ali v manjših skupinah. Ustvarjali so v različnih slikarskih tehnikah (akvarel, pastel, olje). Ob vsakodnevnih večernih srečanjih so prijazno in ustvarjalno razpravljali, tako da so bili večeri nepozabni. Tudi zaradi takšnega vzdušja se likovniki kolonije radi udeležujejo. Zanimanje za udeležbo kolonije je tolikšno, da žal ne morejo sprejeti vseh, ki bi se jim želeli pridružiti, ki bi radi izrazili, kar čutijo, in to delili z ostalimi. Število ustvarjenih del pa je tudi tolikšno, da vseh v Kliničnem centru niso mogli razstaviti.

Najprej je prisotne nagovorila predsednica KUD-a dr. Zvonka Zupanič Slavec.

Pozdravila je prisotne in se zahvalila Likovni sekciji KUD-a, da je zopet pripravila



Henrik Krnec: Zeleni samotar

dobro obiskano in zelo ustvarjalno slikarsko kolonijo. Zahvalila se je ustanoviteljema, Kliničnemu centru in Medicinski fakulteti, ter donatorjem (Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, Onkološki inštitut Ljubljana, Gostilna Štorklja in Fotokopirnica Lampič), ki so podprli in omogočili tokratno prireditev.

K odprtju razstave smo povabili tudi



Karel Hruza: Tesna sredozemska ulica

učence Glasbene šole Ljubljana Vič - Rudnik. Mladi kitaristi iz razreda profesorice Alenke Okorn, dr. med., so predstavili napredek pri učenju igranja kitare. Obiskujejo različne razrede glasbene šole, tako da smo poslušalci slišali začetnike in že prave mojstre. Vsi so igrali kitarske duete v spremstvu svoje profesorice. Zaigrali so: Nadja Krašovec - skladbi *Želva* in *Pingvin* (Politi), Jan Ravnik - *Etuda št. 3* (Albert), Urška Zore - *Poloneza* (Giuliani), Martina Tavčar - *Milonga* (Cardoso) in Tina Borštnar - *Spomin na Alhambro* (Tarrega). Program so izvedli zares brezhibno. Povedali so, da so se nastopa zelo veselili in da treme pred polno dvorano ni bilo preveč. Za njihove nastope so jih poslušalci tudi bučno nagradili. Takšnih aplavzov bodo doživeli še veliko, če bodo vztrajali in še naprej tako dobro delali. Poleg šole je učenju glasbe precejšnja obremenitev, hkrati pa tudi velika sprostitiv, kot je povedala Tina Borštnar, ki igra kitaro že 12 let in hkrati pridno študira na fakulteti za farmacijo.

Predsednica KUD-a je povabila pred mikrofona kliničnega psihologa doc. dr. Tonea Pačnika, tudi slikarja, ki se je letos prvič udeležil likovne kolonije. Povedal je, da se je s strahospoštovanjem pridružil mojstrom pri slikanju. V svojo sredino so ga sprejeli z veliko razumevanja, najbolj pa je hvaležen



Nastop kitarskega dua: Jan Ravnik s profesorico Alenko Okorn.

za drobne pripombe, pomembne in dragocene za vsakega ustvarjalca. To sodelovanje mu je bilo najlepše.

Prireditve je prijetno izzvenela: zadržali smo se pred slikami, ob skromnem prigrizku poklepetali s starimi znanci in prijatelji ter se že dogovarjali za naslednje korake, da

ne bo prekinjena tradicija teh prireditev v Kliničnem centru, ki jih pripravljamo za bolnike, njihove obiskovalce in za zaposlene, ki tudi v kulturnem delu najdejo smisel in sprostitiv po težkem delu. ■

Tekst in foto: Tatjana Praprotnik

Nič več nezmotljivi

Tudi zdravnik je samo človek, ki ima poleg zahtevanih vrlin tudi svoje napake. Tega se vse bolj zavedajo bolniki in uporabniki zdravstvenih storitev na vseh celinah, pa tudi zdravniki, ki so marsikje prostovoljno ali po sili razmer že "sestopili s piedestala", kamor so jih v preteklosti postavili bolniki, režimi ali družba v celoti.

Prijazna in hkrati kar se da človeška podoba zdravnika naj bi po mnenju psihologov in sociologov spodbudila bolj kakovostne in odprte odnose med zdravnikom in bolnikom, s tem pa koristila tako njima kot tudi družbi in državi (njeni ekonomiji). Nad odnosi v

zdravstvu niso razočarani in zaskrbljeni le na stari celini, marveč predstavlja odnos zdravnik - bolnik pogosto trn v peti tudi zdravstvu na nasprotni strani Atlantika. V ta namen se je v ZDA nedavno osnovala meddržavna zveza za izboljšanje odnosov med uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev. Vanjo so včlanjene zvezne države Teksas, Kalifornija, Florida, Arizona, Nevada idr. Na pobudo omenjene "zdravstvene antante" so zdravniki dobili zeleno luč za bolj sproščen in manj avtoritativen odnos do bolnikov, slednji pa naj bi bili bolj tolerantni in kooperativni v odnosih s svojimi lečečimi zdravniki in specialisti. Za-

nimivo je, da so Američani na piedestal postavili vljudnost, obzirnost, taktčnost in etičnost zdravnikovega delovanja. Pri tem so poudarili tudi, da zdravnik ni robot ali "superman", marveč samo človek, ki se je odločil za izredno humano in zahtevno poslanstvo, pri katerem pa mu lahko kdaj kljub najboljšim namenom tudi spodleti. Takrat ima vso pravico in dolžnost, da se "potrka po prsih" in v smislu priznanja "mea culpa" bolniku prizna, da se je pač zmotil, in se mu temu primerno tudi opraviči. ■

Vir: UPI, 10/2001

nm

XXXII. memorialni sestanek prof. dr. Janeza Plečnika

V prvem tednu meseca decembra bomo ponovno organizirali memorialni sestanek prof. dr. Janeza Plečnika, ki bo s predavanji na temo "Bolezni srca in ožilja" posvečen spominu na očeta koronarne srčne kirurgije prof. Reneja Favalaro.

Prof. Rene Favalaro je bil posebna osebnost, izjemen kirurg, humanist in znanstvenik. S svojo operativno metodo je rešil milijone ljudi. Vedno je v ospredje svojega dela postavljaj bolnika in njegovo usodo. Skozi



Prof. dr. Rene Favalaro v predavalnici Medicinske fakultete med predavanjem ob proslavi 30-letnice njegove prve koronarne operacije.

izjemno življenjsko zgodbo je razvijal idejo povezovanja bazične medicine s klinično prakso. "From basic research to clinical practice," so bili naslovi njegovih impresivnih predavanj.

Sam je poleg dela kirurga v skrbi za bolnika opravil izjemno delo učitelja. Izšolal je generacije srčnih kirurgov in postavil temelj kirurške in kardiološke šole pri zdravljenju koronarne bolezni na Cleveland Clinic Foundation v Združenih državah Amerike.

Prof. Rene Favalaro je imel veliko srce in dobroto je razdaljal, kjerkoli se je pojavil.

Imel je neizmerno energijo in neverjetno raziskovalni duh. Mladostni spomini so ga vezali na slovenske prijatelje in zaradi tega ni bil slučaj, da smo na Medicinski fakulteti v Ljubljani pred tremi leti praznovali 30-letnico njegove prve koronarne operacije.

Kot je s svojo dramatično smrtjo želel opozoriti na probleme današnjega sveta, tako nam za njim ostajajo ideje, ki nam jih je zapustil ob zadnjem obisku.

Koronarna bolezen in srčno popuščanje predstavljata v Sloveniji najpogostejši vzrok smrtnosti. Zaradi tega smo se odločili, da v duhu idej prof. Favalaro organiziramo simpozij, v katerem bodo predstavljeni sodobni principi bazične znanosti v povezavi s klinično prakso pri srčnem popuščanju in ko-

ronarni bolezni ter novi pogledi na preventivo, ki naj bi predstavljala temeljni kamen v boju za izboljšanje zdravja in podaljšanje življenja naših bolnikov.

Zadnji dogodki v svetu so nekaterim našim prijateljem iz Združenih držav Amerike preprečili sodelovanje.

Sredi priprav na letošnje srečanje se je v začetku novembra nenadoma poslovil naš veliki učitelj in prijatelj prof. dr. Charles Hahn. Ostajajo nam njegovo delo in njegove velike besede "Kvaliteta skozi prijateljstvo," ki naj bodo vodilo v teh decembrskih dneh simpozija.

Vabimo vse, ki se pri svojem delu posvečajo zdravljenju bolezni srca, da se nam pridružijo.

V želji, da bi bil simpozij dostopen čim večjemu številu zdravnikov, smo se odločili, da letos kotizacije ni.

Metka Zorc

Zelena luč za psihologijo in management

Raziskava, ki so jo med japonskimi diplomanti medicine izvedli na univerzah v Tokiu, Osaki in Jokohami, je pokazala, da so tamkajšnji bodoči zdravniki prepričani, da jim manjka predvsem znanja iz psihologije, s pomočjo katerega bi lahko hitreje prepoznavali ter bolje razumeli in obravnavali psihosomatske in psihične spremembe pri pacientih. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi raziskovalci, ki so v obsežni študiji vzeli pod drobnogled dvajset tisoč japonskih zdravnikov različnih specialnosti. Tudi ti najbolj pogrešajo bogastvo psihološkega znanja, njemu ob bok pa postav-

ljajo management. Področje vodenja, poslovanja, upravljanja, sodelovanja in komuniciranja s trgom (zavarovalnica, industrija, uporabniki), ki je v študijskem programu medicinskih fakultet po vsem svetu dokaj skromno zastopano (pogosto pa sploh odsotno), je v praksi vse bolj pomembno, zato se večina zdravnikov na visoko razviti zahodni polobli kasneje samoiniciativno odloča za študij poslovnih ved in managementa, poleg psihologije, seveda.

Vir: Die Welt, 11/2001

nm

Srečanje ob 25-letnici Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije

Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije (v nadaljevanju Društvo) je za svoj jubilej, 25-letnico obstoja (11. 12. 1976), vključilo v program dela za leto 2001 tudi ekskurzijo z ogledom rimske nekropole v Šempetru, cerkve na Sladki Gori, bogato okrašene s freskami z medicinsko vsebino, pomnikov zdravstvene preteklosti Celja in tamkajšnjega Muzeja novejšje zgodovine. Ekskurzija se je zaključila s kosilom in prijateljskim druženjem v krogu odličnih poznavalcev slovenske zgodovine zdravstvene kulture v hotelu Evropa v Celju.

17. oktobra smo se dobre volje odpeljali iz meglene Ljubljane proti Štajerski in se ustavili najprej v Šempetru v Savinjski dolini, kjer so se nam pridružili še člani društva iz štajerskega dela naše dežele. Kustosinja Andreja Trbovšek nas je ljubeznivo popeljala po rimski nekropoli in nas seznanila z rekonstruiranimi grobnicami in žarnimi posodami iz prvih stoletij (1. do 4. stol.) našega šteta. Leta 1952 so v Šempetru pri delih v sadovnjaku naleteli na kip sedeče ženske in več marmornih reliefov. Izkopavanja je prevze-

la SAZU (1952-1956), Pokrajinski muzej Celje pa je izkopal v letih 1964-1967 na vzhodni strani naselja. Odkrili so ostanke rimskega grobišča, ki se je razprostiralo ob cesti Emona-Celeia in je bilo verjetno uničeno ob večji poplavi Savinje ob koncu 3. stoletja. Po končanih izkopavanjih so bile rekonstruirane štiri marmorne grobnice, prelepi spomeniki Vindonijcev, Ennijcev, Priscijanov. Četrta grobnica, ki jo je postavil Gaj Spektatij Sekundin, pa ni dokončana in je brez okrasja.

Po ogledu rimske nekropole nas je pot vodila na Sladko Goro, kjer je čudovita Marijina cerkev (zgrajena je bila v letih od 1744 do 1754 na mestu podružnice lamberske župnije iz 14. stol., posvečene sv. Marjeti, in je postala sedež samostojne župnije leta 1786), stara romarska cerkev in najbogatejši primer štajerske baročne arhitekture. Med potjo nas je prim. Franc Štolfa seznanjal z okolico, zgodovino Celja in okolice, grofi Celjskimi in številnimi miti o njih.

Sladka Gora je bila že obsijana s soncem in župnik Rok Metličar nas je prijazno sprejel, nam razkazal cerkev ter nanizal nekaj

zgodovinskih in arhitekturnih značilnosti te bogate cerkve. Povedal je, da oboke prekriva množica drobnih figur in prizorov iz Marijinega življenja, prizori čaščenja čudodelne sladkogorske Marije ter personifikacije teoloških kreposti, kontinentov in letnih časov. Nato je besedo prevzela dr. Zvonka Zupančič Slavec, dr. med., podpredsednica Društva in vodja Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani. Razložila je, da je poslikava cerkve delo slikarja Franca Jelovška (1700-1764), ki je freske slikal v letih 1752 in 1753. Veliko je prizorov, ki prikazujejo različne bolnike, pri katerih je mogoče z veliko verjetnostjo sklepati o boleznih, poškodbi, naravni nesreči, pa vse do kužnih boleznih z umiranjem otrok, do slepote, ohromelosti, raka na obrazu ... Prav zanimivo je bilo razpravljanje med prisotnimi, večinoma zdravniki, o tem, katere bolezni so na poslikavah predstavljene. Jelovškovo delo so tudi freske nad Janečkovimi orglami in lok pod njimi. Avtor se je ob napisu s kronogramom upodobil na pevskem koru. Večina prizorov z bolniki je oštevilčenih, žal pa se zapisi niso ohranili. Pri oštevilčenih



Ogled rimske nekropole v Šempetru v Savinjski dolini (foto: doc. dr. Vlasta Jenčič, dr. vet.)



Člani Društva zbrano poslušajo razlago župnika Roka Metličarja (v sredini) v Marijini cerkvi na Sladki Gori (foto: doc. dr. Vlasta Jenčič, dr. vet.)

motivih je prišlo do čudežne ozdravitve, pri neoštevilčenih pa ozdravitve ni bilo. Slednji se nahajajo v kupoli nad glavnim oltarjem in predstavljajo utopljenca, obbolele za kužnimi boleznimi, neozdravljivo bolne. Cerkev kraši tudi kip sv. Apolonije (zavetnice zobozdravnikov) s kleščami v rokah in sv. Lucije (zavetnice zdravega vida) z očmi na pladnju.

Ker je bilo zdravstvo sredi 18. stoletja še v povojih in pri številnih boleznih ni znalo pomagati, so bolniki pogosto odhajali po božjo pomoč na romarske poti. Sladka Gora slovi po obiskih bolnikov iz tistega konca Štajerske in bližnjih hrvaških krajev. Bolni so prihajali s priprošnjami za svoje zdravje, zdravje svoje družine in bolne živine. Ozdravljeni so prihajali in se zahvaljevali.

Slikar Franc Jelovšek je zbral različne motive, številne bolnike je med dveletno poslikavo cerkve gotovo tudi videl, tako da si lahko s pomočjo teh fresk predstavljamo bolniki tedanjega časa. Redki primeri so patognomonični, kot slepci ali epileptiki. Umetnik je naslikal bolnike v vseh življenjskih obdobjih in poleg klasičnih bolezni – srčnih, revmatičnih, rakavih idr. – prikazal tudi množično umiranje pri kužnih boleznih, naravnih katastrofah in nesrečah.

Po ogledu nas je gospod župnik pred cerkvijo pogostil s kozarčkom rujnega iz lastne kleti, ki so si jo nekateri tudi ogledali. Uživali smo nad čudovitim razgledom po okolici in najraje bi še posedeli, a nas je čas priganjal.

Tako smo se odpravili proti Celju in se po kratkem ogledu mestnega jedra ustavili v Muzeju novejšje zgodovine z bogato Slovensko zobozdravstveno zbirko, edino v državi in daleč preko meja! Vodstvo muzeja z ravnateljico prof. Marijo Počivavšek nam je prijazno odprlo vsa vrata tega lepega in urejenega kulturnega hrama. Pobudnik in ustanovitelj Slovenske zobozdravstvene zbirke je prim. Franc Štolfa, dr. stom., predsednik Društva. Zbirka je bila odprta 5. 5. 1993 in vsebuje preko 3.000 predmetov. Sprva je bila razstavljena na velikem prostoru in je pregledno prikazovala razvoj zobozdravstvene stroke z njenim orodjem, pripomočki in opremo ter njene protagoniste. Nato so komercialno uspešnejši muzejski projekti zbirko izpodrinili, jo okrnili, preselili v manjši prostor in veliko artefaktov poslali v skladišče. Toda bogati zbirki, pomembni tudi za ves srednjeevropski prostor, se obetajo boljši časi. Letos je pridobila nove prostore na isti lokaciji in v letu dni lahko pričakujemo novo postavitve, tako da bodo



Veselo razpoloženje pred cerkvijo na Sladki Gori (foto: doc. dr. Vlasta Jenčič, dr. vet.)

dragoceni eksponati javnosti na ogled.

V muzejskih prostorih je sledilo strokovno srečanje Društva. Predsednik prim. Franc Štolfa je prikazal društveni razvoj, katerega člani so predvsem zdravniki, zobozdravniki, veterinarji, farmacevti, biologi ter strokovnjaki z naravoslovnih področij, ki jim zgodovina zdravstvene kulture v Sloveniji ter razvoj zdravstva in širjenje znanja med strokovno in laično javnost veliko pomeni. Leta 1955 je bilo ustanovljeno Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Jugoslavije, ki se je leta 1979 preimenovalo v Zvezo znanstvenih društev za zgodovino zdravstvene kulture Jugoslavije. Slovenska sekcija je bila ustanovljena leta 1963. Njen prvi predsednik je bil dr. Mirko Karlin. Ustanovni občni zbor Društva je bil 11. 12. 1976, registrirano pa je bilo 15. 8. 1978. Prvi predsednik je postal dr. Drago Mušič, ki je bil od 1980 do 1981 tudi predsednik zveze društev Jugoslavije. Drugi predsednik je bil veterinar dr. Milan Dolenc, njemu je sledil prim. dr. Velimir Vulikić, nato prim. mag. Mario Kocijančič. Društvo ima dve podružnici, in sicer zelo aktivno v Mariboru (ustanovljeno leta 1980) – njen predsednik je prim. prof. dr. Edvard Glaser – ter v Novem mestu (ustanovljeno leta 1982), ki ni več dejavna.

Društvo organizira predavanja in strokovna srečanja, v sodelovanju z Inštitutom za zgodovino medicine Medicinske fakultete organizira tudi simpozije, t. i. Pintarjeve dneve, sodeluje pri odkritju obeležij, kipov,

izdajanju knjig o pomembnih osebnosti iz zdravstva in njihovi vlogi, sodeluje pri prevodih in faksimiliranih izdajah redkih knjig slovenskih avtorjev, pomembnih za razvoj zdravniške vede. Člani se aktivno udeležujejo mednarodnih simpozijev za zgodovino medicine. Štirje so včlanjeni tudi v mednarodno združenje *International Society for the History of Medicine*, objavljajo strokovne prispevke v reviji *Vesalius*, kakor tudi v slovenskih strokovnih in poljudnih revijah ter časopisih. In še bi lahko naštevali ... Predsednik se je zahvalil vsem aktivnim članom za pripadnost, delavnost in zvestobo. Razvila se je tudi razprava ob spominih na prehojeno pot Društva.

Nekaterim so se že oglašali "trebuščki" in zato smo se rade volje odpravili v hotel Evropa, kjer so nam postregli z odličnim kosilom. Ob prijetnem pogovoru in prijateljskem druženju je čas kar prehitro mineval. Tako kot vedno, kadar se imamo lepo. Po prisrčnem slovesu smo se odpravili zopet vsak v svoj konec Slovenije. Tudi na poti domov so se razvili zanimivi pogovori in tako smo izvedeli še marsikaj zanimivega o življenju zdravnikov, njihovi požrtvovalnosti, preživljanju prostega časa idr.

Na tem mestu bi se radi iskreno zahvalili pokroviteljem, ki so omogočili jubilejno srečanje: Vzajemni zdravstveni zavarovalnici, d.v.z. iz Ljubljane ter celjskima podjetjema Telsim – Igor Berk, s. p., in Grafika Gracer, d. o. o.

Jelka Sever

Rezultati XX. zdravniškega teka po Rožniku 13. oktobra 2001



Prof. dr. Matija Horvat daje navodila tekmovalcem

4. Primož Novak	29:59,2
5. Matej Kastelec	31:17,5
6. Rudi Höfferle	31:42,6
7. Dejan Pirtošek	32:45,7
8. Tomaž Klinar	33:48,3
9. Simon Terseglav	34:15,8
10. Janko Dolinar	35:38,8
11. Jernej Breclj	35:50,8
12. Leon Lang	37:36,6
13. Robert Juvan	43:11,8
14. Gregor Škorjanc	43:12,0

Ženske letnik 1951 in starejše

1. Marta Škapin	35:22,0
-----------------	---------

Ženske letnik 1952 do 1961

1. Nada Osovnikar	29:53,7
2. Breda Starc	30:28,4
3. Jasna Čuk	36:10,5

Ženske letnik 1962 in mlajše

1. Nada Rotovnik Kozjek	25:23,7
2. Špela Štupnik	29:37,4
3. Kristina Tozon	30:20,3
4. Jana Ambrožič	30:30,6
5. Petra Pintar	32:19,2

Moški letnik 1941 in starejši

1. Ivan Florjančič	36:27,7
2. Rudi Škapin	39:46,8
3. Mihael Novosel	41:00,5
4. Lovro Koršič	41:59,7
5. Josip Turk	56:36,9

Moški letnik 1962 in mlajši

1. Marko Korošec	27:46,6
2. Tomaž Kastelec	27:52,7
3. Alojz Horvat	29:02,6

Moški letnik 1942 do 1951

1. Vito Starc	29:11,3
2. Vladimir Savič	32:44,7
3. Antun Srimac	36:16,8
4. Andraž Glavič	36:24,2
5. Gorazd Lešničar	38:01,0
6. Igor Bostič	38:23,3
7. Marjan Fortuna	43:26,4
8. Ivan Mrzlikar	52:50,1
Japec Jakopin	diskvalificiran

Moški letnik 1952 do 1961

1. Zoran Strniša	29:39,2
2. Igor Pirc	29:52,5
3. Aleksander Šosterič	35:48,9
4. Bojan Knap	36:23,4
5. Matjaž Šinkovec	36:57,7



Zagnani tekači so se pognali v jesensko obarvani gozd pod Rožnikom

Moški izven konkurence

- | | |
|----------------------------|---------|
| 1. Blaž Mihelič (1969) | 29:03,6 |
| 2. Ljubo Osovnikar (1954) | 30:05,1 |
| 3. Rok Mihelič (1964) | 31:08,9 |
| 4. Boris Ostan (1960) | 31:36,7 |
| 5. Ljubo Urajnar (1948) | 32:21,6 |
| 6. Jurij Dragar (1959) | 32:25,9 |
| 7. Branko Gradišnik (1951) | 36:59,1 |
| 8. Jernej Jakopin (1957) | 45:28,9 |

Ženske izven konkurence

- | | |
|------------------------------|---------|
| 1. Ivana Gradišnik (1973) | 28:59,8 |
| 2. Bernarda Gradišnik (1964) | 31:49,0 |
| 3. Katarina Leskovšek (1967) | 32:00,6 |
| 4. Vlasta Razinger (1946) | 44:36,6 |

Foto: Amadej Lah

Komisija med delom



PRVO OBVESTILO

vsem, ki ste se vpisali na MF v Ljubljani
v študijskem letu 1962/63,
in tudi vsem, ki ste se našemu
letniku pridružili v teku študija

Jeseni 2002 minevajo štiri desetletja od takrat, ko smo z začetkom študija medicine opredelili svojo poklicno pot. Tradicionalno srečanje letnika bi zato želeli zaznamovati še posebej svečano. Poleg družabnega večera načrtujemo tudi slovesnost v prostorih nove MF. Slovesnost želimo popestriti s predstavitvijo slik, anekdot in različnih, predvsem humorističnih utrinkov iz naših študentskih let.

**Zato organizacijski odbor prosi vse kolege, da do 30. januarja 2002 pošljejo tovrstne prispevke (slike, besedila itd.) na naslov:
prof. dr. Lovro Stanovnik, dr. med., Medicinska fakulteta,
Inštitut za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo, Korytkova 2, 1000 Ljubljana.**

Lep pozdrav in prisrčno vabljeni k sodelovanju!

Za organizacijski odbor prim. Katja Stražišcar, dr. med.

ZDRAVNIKI IN FARMACEVTI

Sodelovanje med obema poklicema je tudi v razvitem svetu marsikje še vedno omejeno le na predstavljanje novih zdravil in povezovanje na področjih, ki so vse bolj poslovno obarvana. Pravega strokovnega sodelovanja, ki bi bilo vsebinsko in praktično usmerjeno v neposredno dobrobit bolnikov in uporabnikov zdravstvenih storitev, pa je še vedno premalo. Do pričujočih ugotovitev so prišli strokovnjaki zdravstvenih oblasti v Veliki Britaniji in Italiji, ki so s poglobljeno študijo ugotovili, da so v trikotniku zdravnik – bolnik – farmacevt oglišča preveč vsaksebi in med seboj nepovezana. Tako je študija v Italiji pokazala, da si dobrih 80 odstotkov bolnikov želi, da bi se lahko bolje sporazumevali in sodelovali s svojim zdravnikom in farmacevtom – slednji naj bi bil posrednik med zdravnikom in bolnikom, kar pa seveda pogosto ne more postati samo na podlagi "komaj čitljivega recepta". Elektronski recepti, za katere nekateri zmotno menijo, da bodo izboljšali razmere, pa po mnenju poznavalcev koristijo predvsem zdravstveni blagajni, bolnik in zdravnik, pa tudi farmacevt, pa se zahvaljujoč elektronskim receptom in napotnicam še bolj odtujujejo in oddaljujejo drug od drugega. Zato jih nikakor ne gre prikazovati kot spodbuden korak v prizadevanjih za izboljšanje razmer in humanizacijo zdravstva. Prav tako si 79 odstotkov italijanskih farmacevtov, združenih v Federazione Ordine Farmacisti Italiani, želi boljšega stika tako z zdravniki kot tudi s svojimi strankami, uporabniki zdravstvenih storitev. Za piko na i pa kar 95 odstotkov zdravnikov v sosednji Italiji meni, da je izboljšanje odnosov in sodelovanja na relaciji zdravnik – farmacevt – bolnik *conditio sine qua non* uspešnega in učinkovitega zdravstva na pragu 21. stoletja. Največ bi lahko farmacevti s svojim znanjem in izkušnjami pripomogli k izboljšanju razmer na področju samozdravljenja in dodatnega, komplementarnega zdravljenja bolnikov, pa tudi k izboljšanju življenjskih navad in odpravi škodljivih razvad. Obenem pa italijanski zdravniki poudarjajo tudi nujnost učinkovitega sodelovanja na področju svetovanja, kjer je v korist bolnikov in uporabnikov potrebno čimprej določiti in razmejiti strokovne pristojnosti zdravnikov in farmacevtov.

Vir: ANSA, 10/2001

DRUŽINSKI ZDRAVNIK IN PRAVICE PACIENTOV

Strokovnjaki Svetovne banke, ki se med pomembnimi institucijami na globalnem nivoju pospešeno ukvarja tudi s pravicami pacientov, so najvišjim zdravniškim forumom (WMA) priporočili, naj bi zdravniki sami bolnike čimbolj izčrpno poučili o njihovih pravicah in dolžnostih, pristojnostih in obveznostih. Pravice pacientov, ki jih je Evropski parlament na predlog strokovne in laične javnosti v svoji resoluciji uvrstil med prednosti na stari celini že leta 1984, so v številnih državah še vedno v senci. Zdravstvo si po mnenju strokovnjakov Svetovne banke in WHO s tem povzroča predvsem škodo, saj je sodelovanje z osveščenim bolnikom (uporabnikom) veliko bolj spodbudno in uspešno, pa tudi cenejše, preprostejše in bolj učinkovito. Zato strokovnjaki WMA in Svetovne banke, v sodelovanju z nizozemskim Inštitutom za socialno medicino iz Amsterdama, predlagajo, naj bi vlogo vzgoje in izobraževanja bolnikov na področju pravic pacientov prevzeli družinski zdravniki. Ti na evropskih forumih uradno sicer še niso rekli zadnje besede, po mnenju WMA pa bi tudi sami najprej potrebovali več praktičnega znanja in aktualnih informacij s tega področja. Upoštevajoč njihovo preobremenjenost pa tudi dodatno finančno spodbudo za tovrstno izobraževalno delovanje.

Vir: WB Report 2000

SODELOVANJE NAMESTO TEKMOVANJA

Globalizacija vsak dan prinaša novosti na strokovnem in poslovnem področju. Ena izmed zadnjih je gotovo "koopetitivnost" (coopetition). Pojem označuje sodelovanje med konkurenti. Z namenom, da bi preživeli in se razvijali v razmerah globalnega trga, so se dosedanji konkurenti namesto za brezkompromisno tekmovanje (kompeticijo, competition) odločili za sodelovanje na določenih področjih, kjer jim skupno nastopanje v strokovnih in poslovnih prizadevanjih prinese več koristi kot dosedanje tekmovanje. Koncept sodelovanja med dosedanji konkurenti prihaja seveda iz ZDA, za novo, domiselno in obetavno obliko sodelovanja z nekdanjimi tekmeci pa

se je med drugimi odločilo tudi vodstvo zdravstvenih zavarovalnic. Prve korake s pomočjo koopetitivnosti nameravajo narediti na področju predstavitve, reklame in urejanja skupnih zadev - zlasti marketinga in reklamnih prizadevanj. Zdravstvene oblasti na novi celini pa h koopetitivnosti spodbujajo tudi "kompatibilne bolnišnice", ki bi tako bolniku lahko pod isto streho nudile vso potrebno oskrbo in storitve. S tem bi izvajalci in uporabniki prihranili čas in tudi denar (občutna bi bila zlasti racionalizacija administrativnih prijemov in z birokracijo povezanih stroškov).

Vir: USA Today, 11/2001

INTERDISCIPLINARNOST V ZDRAVSTVU

Zdravstvo, ki se je doslej razvijalo predvsem v smeri visoke (sub- in super-) specializacije, se vse bolj spogleduje z globalizacijo. Poznavalci trga delovne sile napovedujejo, da bodo v dobi zlatih ovrtnikov najbolj iskani, cenjeni - in temu primerno tudi odlično nagajevani - visoko specializirani posamezniki, t. i. "špice" na določenem strokovnem področju, kar v zdravstvu razvitega sveta doživljamo že danes. Obenem naj bi pravi bum doživeli tudi "generalisti" - strokovnjaki s širokim, manj poglobljenim, zato pa toliko bolj obsežnim znanjem z več ključnih področij, ki so kakorkoli povezana z njihovo osnovno dejavnostjo - nekakšni moderni poliglotti, in pa "multidisciplinarni", ki bodo v eni sami osebi uspeli združiti sodobno, dovolj poglobljeno in v praksi uporabno znanje z dveh ali treh ključnih področij - medicina, pravo, ekonomija; ekonomija, medicina, ekologija; psihologija, medicina, komunikologija; medicina, management, psihologija; medicina, mednarodni odnosi, ekonomija ipd.). Za ambiciozne "generaliste in multidisciplinarnarce" je na voljo skoraj neomejeno število možnosti izobraževanja in izpopolnjevanja. Številne izmed njih so že uveljavljene, torej verificirane in institucionalizirane. Tako ponujajo samo v bližnji Nemčiji zainteresiranim posameznikom trenutno 125 interdisciplinarnih študijskih smeri (predvsem na nivoju podiplomskega - specialističnega, magistrskega in doktorskega študija). ■

Vir: EU Market Strategy 2000.

nm



Svetovni dan hrane

Šestnajsti oktober je na pobudo FAO (Mednarodna organizacija za živila in kmetijstvo) od leta 1981 svetovni dan hrane, katerega letošnji slogan je bil: *Boj proti lakoti za zmanjšanje revščine.*

S pripravo stojnice na sejmu NARAVA – ZDRAVJE (16. do 21.10.), razstavami v zdravstvenih domovih, mestnih središčih, šolah in vrtcih po Sloveniji ter raznimi medijskimi dogodki smo svoj prispevek k svetovnemu dnevu hrane dodali tudi zdravstveni, pedagoški in medijski delavci.

V ta namen smo pri CINDI po Sloveniji razdelili številne zloženke in plakate: 1.861 plakatov "CINDI uravnotežena prehranska piramida" in "12 korakov do zdravega prehranjevanja", 10.330 zloženek "Uravnotežena prehrana", 1.650 zloženek "Slovenija v gibanju - z gibanjem do zdravja", 2.750 infor-

mativnih zgibank "Mavrični program hoje" ter 1.820 zgibank "Opuščanje kajenja in vzdrževanje telesne teže".

Prve grobe analize prehranskih navad v nacionalni raziskavi **Z zdravjem povezan vedenjski slog** so pokazale, da še vedno zaužijemo preveč skupnih maščob: 11 odstotkov tistih, ki so odgovorili, še vedno uporablja svinjsko mast za pripravo živil, 14,5 odstotka jih uporablja maslo kot namaz na kruhu, 42,5 odstotka jih uživa ocvrte jedi vsaj enkrat na teden, 47,6 odstotka jih uživa mleko s 3,2 odstotka mlečne maščobe ali polnomastno mleko oziroma domače kravje mleko. 6,9 odstotka tistih, ki so odgovorili, uživa sadje zelo redko ali nikoli. Zelenjavo uživa zelo redko ali nikoli 10,2 odstotka Slovencev.

Zaradi prvih rezultatov nacionalne raziskave smo se pri CINDI Slovenija odločili za naslednji slogan stojnice na sejmu Narava – zdravje: **Manj maščob - več sadja in zelenjave.** K sodelovanju smo povabili medicinske sestre, prof. zdravstvene vzgoje in fizioterapevte iz

zdravstvenih domov Ljubljana. Številnim obiskovalcem naše stojnice smo svetovali o uravnoteženi zdravi prehrani z manj maščobami, več sadja in zelenjave, o telesni dejavnosti, izmerili smo jim krvni tlak, določali odstotek maščobe v telesu ter indeks telesne mase. Z obiskom smo bili več kot zadovoljni. Marsikomu, zlasti našim najmlajšim, je zastal korak ob prehranski piramidi, izpolnjeni s pisano paletto živil ter opremljeni s priporočenim številom enot na dan. Med živili smo izbrali zlasti tista, ki vsebujejo manj maščob, bohotilo pa se je tudi veliko sadja in zelenjave. In še zahvala našim sponzorjem: Žitu, d. d., Ljubljanskim mlekarnam, d. d., Jati, d. d. in Slovenskim sadjarjem. ■

Dominika Novak Mlakar



Zdravniška zadruga Vrhnika objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista splošne/družinske medicine.

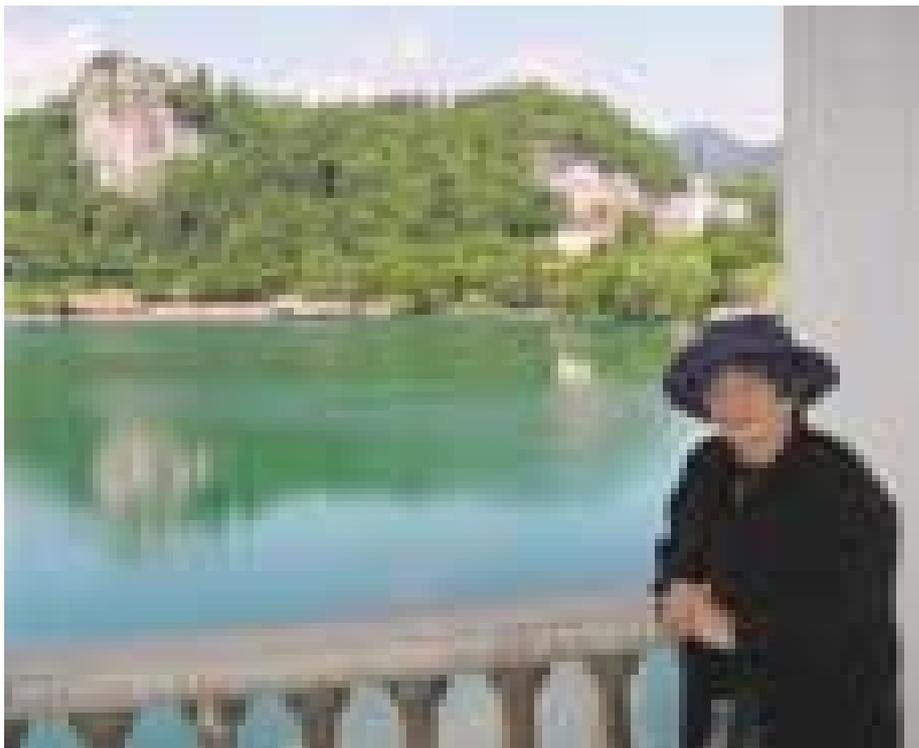
Pisne prijave pošljite na naslov:
Zdravniška zadruga Vrhnika, Cesta 6. maja 11, 1360 Vrhnika.

IPOKRATES: otroška nevrologija

Vtisi z dveh IPOKRATES-ovih seminarjev, povezanih z otroško nevrologijo

IPOKRATES (kar pomeni International Postgraduate Organization for Knowledge Transfer, Research and Teaching Excellent Students, na spletnih straneh je dosegljiv na naslovu <http://www.ipokrates.de>) je v letošnjem letu priredil dva seminarja s področja otroške nevrologije.

Organizacija prvega seminarja, s preprostim naslovom "Otoška nevrologija", je letos prvič pripadla Sloveniji (pred tem pa je organizacijo seminarja o intenzivni terapiji novorojenčkov odlično izpeljala prim. S. Burja v Mariboru). Bled je s svojo vedno navzočo privlačnostjo, še zlasti pa v mesecu maju, na seminarju gostil 60 nevropediatrov in nevropediatrinj iz evropskih dežel (Avstrije, Nemčije, Italije, Švice, Francije, Češke in Litve), Izraela, Južne Afrike in predvsem iz Slovenije. Za pisano in številno udeležbo gre zasluga predavateljem, kot so E. Mercuri iz Neuromuscular Unit, Hammersmith Hospital v Londonu (živčno-mišične bolezni), P. Genton iz centra Saint Paul v Marseillesu (primarno generalizirane epilepsije, juvenilna mioklonična epilepsija, razvrščanje epilepsij), L. Dubowitz iz Imperial College v Londonu (neonatalna nevrologija) in I. M. Ravnik, skupaj z Vali Tretnjakom, s Pediatrične klinike v Ljubljani (epilepsije s kognitivno simptomatologijo). Pierre Genton in Igor Ravnik sta predstavila novosti in poglede na razburkano in zanimivo področje epilepsij in epileptičnih sindromov. Eugenio Mercuri, ki je formalni naslednik Victorja Dubowitza, je sijajno izpolnil vrzel, ki je nastala, ker je profesor Dubowitz zaradi akutnih zdravstvenih težav teden dni pred seminarjem moral svojo udeležbo odpovedati. Dr. Mercuri je imel niz predavanj o živčno-mišičnih boleznih. Podrobno je predstavil mišično distrofijo Emery-Dreifuss, tako s kliničnega kot z genetskega vidika. Dotaknil se je tudi nove diagnostike – magnetne resonance mišičja. Manjkala pa seveda ni tudi predstavitev slavnega in že dolgo uporabljane Dubowitz točkovnega sistema za oceno zrelosti novorojenčkov in dojenčkov, ki ga je predstavila karizmatično stroga avtorica sama.



Dr. Lilly M. S. Dubowitz na Bledu

Drugi seminar, z naslovom "Kurikulum za odličnost v neonatologiji, neonatalni nevrologiji in nevrološki intenzivni negi", je v Parizu organiziral Pierre Gressens, nevropediatr in raziskovalec v bolnišnici Robert Debré v Parizu. V majhni hotelski predavalnici na Pasteurjevem bulvarju so se zvrstili predavatelji zvenceh imen: W. Dobyns, H. Hagberg, D. Ferriero, P. Gluckmann, C. Amiel-Tison, L. De Vries in P. Gressens. Veliko pozornosti so namenili hipoksičnim dogodkom ob rojstvu in možnostim zaščite otrok v kritičnih trenutkih, predvsem v obdobju t. i. terapevtskega okna, v katerem je verjetno mogoče radikalno spremeniti vpliv procesov, ki lahko poškodujejo možgane hipoksičnemu dogodku izpostavljenih otrok. Gospod William Dobyns s Chicago University Hospital je z nizom predavanj o možganskih nepravilnostih to področje z ameriško sistematičnostjo razdelil v pregleadne

sklope in nazorno pokazal, da je mogoče tudi zahtevno področje razvojnih nepravilnosti možganov zlahka obvladati, če si jih razdelimo po ustreznih podpodročjih. Manjkalo seveda ni tudi najnovejših genetskih spoznanj na tem področju. Kljub dramatičnim težavam, ko se nam je zahotelo skodelice jutranje kave (kot je to priznal Pierre Gressens sam), je bil seminar dobro organiziran, vsebina pa odlična. Med nami so se spletli tudi pomembni strokovni stiki, ki nam bodo v prihodnosti brez dvoma v veselje in prid.

S poročili je skoraj nemogoče dati vpogled v celoten razpon in težo novosti, ki smo jih slišali na seminarjih. O vzdušju pa lahko nekaj več povedo slike – utrinke s seminarja "Pediatric Neurology" si lahko ogledate na spletnem naslovu <http://animus.mf.unilj.si/neurology/> pod "dogodki".

David Neubauer, Damjan Osredkar

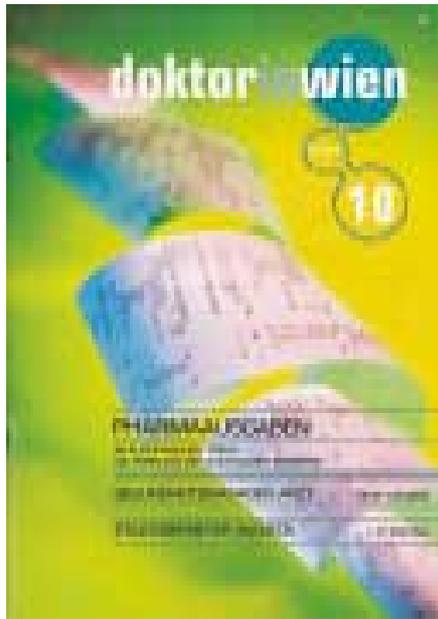
Velika Britanija: Milijon bolnikov čaka na zdravljenje

“Prilike iz Velike Britanije, kjer je na operacijskih seznamih 1,3 milijona čakajočih bolnikov, in kaotične razmere ob epidemijah gripe, ko ostarele bolnike ure in ure vozijo po državi in ti slednjič na poti tudi umrejo, se v Avstriji ne morejo in ne smejo zgoditi.”

Prim. dr. Walter Dorner, predsednik Dunajske zdravniške zbornice.

Teoretično ima vsakdo, ki živi v Veliki Britaniji, pravico do brezplačnega zdravljenja, v resnici pa trenutno čaka na zdravljenje približno milijon bolnikov, od tega 46.000 več kot leto dni.

Vlada je leta 1997 obljubila, da se bo čakalna lista skrčila na 100.000, vendar ni bilo



iz tega nič. Ker se bližajo volitve, se je zganil tudi minister za zdravje. Doslej so krivili za nastale razmere prejšnjo konzervativno vlado, sedaj pa razmišljajo tudi o tem, da bi izrabili proste kapacitete v drugih evropskih državah, predvsem v Nemčiji, kar bolniki delajo že samoiniciativno. Eden od operiranih bolnikov svetuje, da “sedite na prvo letalo in pridite sem”. V karikaturi Daily Maila je videti strumno četico v paradnem koraku s podnapisom “V Nemčiji smo dobili nov kolk”. Presenečeni bralec izve, da čaka na

zamenjavo kolčnega sklepa 62.000 bolnikov, da ima menda Nemčija neizrabljene zmogljivosti in celo nižje cene.

Ko se je 27-letna Michelle Cooper pred porodom četvorčkov brezuspešno obrnila na vrsto ustanov in dobila povsod podobne odgovore “preobremenjeni smo” ali “nimamo prostih zmogljivosti”, je bulvarski londonski list Sun demonstrativno rezerviral zanjo mesto v bolnišnici Rudolf Virchow v Berlinu. Poročevalec je poročal o popolni čistoči, o oddelku za problematične porode, o zadostnem številu zdravnikov ter obilici inkubatorjev in kar ni mogel verjeti, da je na kontinentu kaj takega tudi mogoče. Ministru so zagrozili, da se utegnejo Cooperji vrniti iz Nemčije z imeni kot Klaus ali Helga. Slednje je bilo menda le preveč in naslednji dan se je našla postelja tudi v Veliki Britaniji.

V vzhodnem Londonu naprošajo porodnice, naj prinesejo s seboj posteljno perilo in naj same očistijo stranišča, “če so natančne glede čistoče”. Tako neprivlačno je delo preobremenjenih in slabo plačanih zdravnikov in zdravnic, da namerava vlada v naslednjih treh letih na novo zaposliti 9.500 zdravnikov (zdravnic). Toda ljudje še vedno umirajo na hodnikih, kot je ob sliki napisal Daily Mail: “Hodniki v naših bolnišnicah so sramota.”

Razen nekaterih časopisov viri, od koder je doktorinwien črpal navedene podatke, niso navedeni. ■

Vir: doktorinwien, št. 10/2001

Boris Klun

Zdravstveni dom Ljubljana, CINDI Slovenija zaposli

**zdravnika specialista splošne/družinske medicine ali
zdravnika s končanim sekundarijatom ali
zdravnika specialista socialne medicine**

*z opravljenim strokovnim izpitom in veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije
za delo v preventivnih dejavnostih programa CINDI Slovenija.*

Prijavo z življenjepisom pošljite najkasneje 10 dni po razpisu na naslov: CINDI Slovenija, Ulica stare pravde 2, 1000 Ljubljana.

Prof. dr. Dušan Keber, minister za zdravje

Elizabeta Bobnar Najžer

“Skrb za zdravje se ne začne šele takrat, ko posameznik zboli, temveč že takrat, ko je zdrav. Na simbolni ravni bi to rad dokazal s predlogom za spremembo naziva Ministrstva za zdravstvo v Ministrstvo za zdravje.”

Dušan Peter Keber se je rodil 3. avgusta 1947 v Mariboru, gimnazijo je končal na Jesenicah leta 1965, študij medicine in specializacijo iz interne medicine pa v Ljubljani leta 1972 oz. 1978. Od leta 1982 je doktor znanosti, od leta 1983 docent, od leta 1990 redni profesor interne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani, od leta 1995 pa višji zdravstveni svetnik. Med leti 1990 in 1995 je bil predstojnik Katedre za interno medicino. Od 1983 do 1996 je bil direktor Kliničnega oddelka za žilne bolezni, od leta 1996 do leta 2000 pa je bil strokovni direktor Kliničnega centra. Med neprofesionalnimi zadolžitvami je potrebno omeniti njegovo predsedovanje Zdravstvenemu svetu (od leta 1988 do leta 1991) in članstvo od leta 1992 do 2000, predsedovanje Svetu za znanost in tehnologijo (od leta 1994 do leta 1998), članstvo v Svetu za visoko šolstvo Republike Slovenije (od leta 1993 do leta 1998) ter sodelovanje pri vodenju več tujih in domačih strokovnih združenj. V letih od 1988 do 1991 je bil član kolegija Odbora za varstvo človekovih pravic.

Na strokovnem področju je sooblikoval doktrine za obravnavo ateroskleroze, arterijske in venske tromboze ter rehabilitacije srčnih bolnikov. Njegovo pedagoško delo zajema poleg obveznosti pri dodiplomskem študiju medicine še številna podiplomska izobraževanja zdravnikov, veliko pa se ukvarja tudi s prosvetljevanjem javnosti. Na raziskovalnem področju je prispeval nova spoznanja na področju fiziologije raztapljanja krvnih strdkov. Je avtor ali soavtor več kot 400 bibliografskih enot, od tega več kot 40 člankov v najuglednejših tujih strokovnih revijah, več kot 50 poljudnih člankov, dveh strokovnih priložnikov in številnih zbornikov. Njegova dela so bila več kot 200-krat citirana v tujini. Organiziral je več mednarodnih in domačih strokovnih srečanj. Bil je ali je še recenzent pri štirih najpomembnejših mednarodnih strokovnih revijah s področja tromboze. Bil je mentor 15 doktorjem in magistrom znanosti. Na strokovno-organizacijskem področju je potrebno omeniti njegov prispevek pri reformi dodiplomskega in podiplomskega študija medicine (uvedba šestletnega študija, sekundarijat, specializacije), pri uvedbi strokovne verifikacije terciarnih zdravstvenih ustanov, pri verifikaciji strokovnega dela zdravnikov, pri uveljavitvi bibliometričnih kriterijev za ocenjevanje raziskovalnega dela, pri klasifikaciji zdravil in pri klasifikaciji zdravstvenih storitev. V zadnjih letih je pomembno prispeval k razvoju financiranja bolnišnic. Za študijske uspehe je prejel tri priznanja, med njimi Oražnovo nagrado za najboljšega študenta Medicinske fakultete. Za raziskovalno delo je prejel dve študentski Prešernovi nagradi in skupaj s sodelavci dve nagradi Sklada Borisa Kidriča. Leta 1994 je prejel priznanje Ambasador Republike Slovenije v znanosti.

29. 11. 2000 je postal minister za zdravstvo, svoje ministrstvo je nato preimenoval v Ministrstvo za zdravje.



Kako ocenjujete sedanje razmere v slovenskem zdravstvu? Se je vaše mnenje, ki ste ga imeli kot zdravnik in strokovni direktor KC, in mnenje, ki ga imate sedaj kot minister, kaj spremenilo?

Začel bom z drugim delom vprašanja. Kot minister skoraj vsak dan pridem do kakega novega spoznanja, tako da je moje poznavanje slovenskega zdravstva vedno bolj celovito, vendar pa se zato moja stališča ne spreminjajo bistveno; lahko bi rekel, da se spreminjajo v podrobnostih, ne pa v temeljih. Ta stališča sem postopno oblikoval vse svoje poklicno življenje, saj me je poleg ožje stroke vedno zanimalo tudi tisto na drugi strani njene ograde: nenehno me je mučilo vprašanje, zakaj nekatere stvari ne potekajo boljše. Naj kot zanimivost omenim, da so bili moji prvi članki, čeprav sem delal v bolnišnici in se poleg tega ukvarjal s temeljnimi raziskavami, namenjeni zdravemu načinu življenja in preventivi. Na prejšnjem delovnem mestu strokovnega direktorja Kliničnega centra sem imel priliko spoz-

nati tudi vse dobre plati in slabosti organizacije zdravstvenega varstva in njegovo financiranje, do vsebinskih odgovorov sem se dokopal že prej. Skratka, na položaju ministra se trudim uresničiti tisto, do česar sem se dokopal v dosedanem poklicnem življenju.

Na slovensko zdravstvo je sicer možno gledati na dva načina, optimističnega in pesimističnega. Dejstvo je, da je naš sistem zdravstvenega varstva na prelomnici. Dolga leta je bil usmerjen v spremljanje razvoja medicinske znanosti in tehnologije v svetu, v uvajanje novosti na področju diagnostike in zdravljenja ter v izgradnjo in obnavljanje zdravstvenih domov in bolnišnic. In ker za vse to nikoli ni bilo dovolj ljudi in denarja, smo nekako samoumevno odlagali razvoj na drugih področjih: pospeševanju zdravja in preventivi, celoviti in neprekinjeni obravnavi bolnika, zdravljenju in negi v domačem okolju, rehabilitaciji... Ob tem smo slabo skrbeli za razvoj upravljanja zdravstvenega sistema: za učinkovitost, za obvladovanje stroškov in za kakovost. Sedaj bo potrebno vse to dodati, in to na način, da ne bomo okrnili tistega, kar smo delali doslej. V ta namen poteka na ministrstvu obsežen projekt "Razvoj upravljanja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji", s katerim želimo izboljšati upravljanje in kakovost zdravstvenega varstva, ki se je doslej preveč razlikovala med posameznimi izvajalci. Posebej smo tudi pričeli vzpodbujati varovanje zdravja. Tako na sistemski ravni kot s posameznimi ciljnim projekti ministrstvo načrtno vzpodbuja skrb za zdravje vsakega posameznika, vzpodbuja pa tudi njega samega, da sem skrbi za svoje zdravje.

Težišče, okrog katerega se bodo odigravale vse spremembe, je naša namera, da se mora zdravstveni sistem poslej bolj osredotočiti na državljana. Ta opredelitev se utegne marsikomu zdeti zgolj fraza, saj je prepričan, da je to samoumeven cilj vsakega zdravstva in da ga v celoti izpolnjujemo že doslej. To sicer res drži za temeljni odnos med zdravstvenim delavcem in njegovim bolnikom, delovanja celotnega sistema pa uravnavajo drugačne vzpodbude. Naj samo spomnim, da je bilo donedavno financiranje izvajalcev namenjeno njihovem preživetju, ne pa količini in vsebini njihovega dela za državljan. Oskrbni dnevi, količniki in točke ne povedo ničesar, koliko in kakšne bolnike obravnavamo, ne vzpodbujajo nas k obravnavi čim večjega števila ljudi. Ko postanejo cilj nekakšne delne storitve za bolnike, jih posamezen zdravnik lahko zagotovi tako, da jih ponavlja na majhnem številu svojih pacientov in se ne trudi, da bi ugotovil, kaj se dogaja s preostalimi. Nobeno naključje ni, da sicer vemo, da opravimo šestnajst milijonov pregledov na leto, ne vemo pa, kolikšen delež prebivalstva nikoli ali skoraj nikoli ne pride do svojega izbranega zdravnika. Sistemsko se tudi premalo posvečamo kakovosti; kakovost obravnave in zadovoljstvo bolnika v ničemer ne vplivata na položaj zdravstvenega delavca in njegove ustanove. Nakupi opreme marsikdaj ne odražajo potreb prebivalstva: pomislite samo na pretiravanje z mamografi, ki so se ob neustreznem vrednotenju izvidov marsikje sprevrgli v sredstvo za preobremenjevanje Onkološkega inštituta z lažno pozitivnimi rezultati. Omogočiti moramo, da vsi državljanji pod enakimi pogoji pridejo do enako kakovostne obravnave. Osredotočenje na državljana pomeni, da moramo vsako odločitev – od strateških usmeritev zdravstvene politike preko financiranja izvajalcev in zagotavljanja kakovosti ustanov in posameznikov do vzpodbujanja prebivalstva k lastni skrbi za zdravje – tehtati s stališča, koliko vsak tak ukrep omogoča, da vsi državljanji pod enakimi pogoji pridejo do enako kakovostne obravnave. Na simbolni ravni smo to sporočili s spremembo imena iz Ministrstva za zdravstvo v Ministrstvo za zdravje. Nekateri so to cinično komentirali, češ da bi

čas za spreminjanje imena lahko uporabili pametneje. Njim sporočam, da nam to ni vzelo praktično nobenega časa.

Proračun 2002-2003

V dveletnem proračunu se odraža vaša vizija vodenja zdravstvenega resorja, ki je očitno naredila dober vtis na vaše kolege ministre, saj ste dosegli precejšnje povišanje sredstev v primerjavi s preteklimi leti. Bi lahko povzeli, kako vam je to uspelo?

Proračunska razprava bi bila premalo, saj v njej nikoli ni časa, da bi posamezni ministri lahko do potankosti razložili svoje načrte in bi druge ministre, ki si prav tako prizadevajo za svoja proračunska sredstva, prepričali v svoj prav. Za nekaj takega je potrebno prizadevanje ves čas in ob vsaki priliki. Dejstvo je, da z izjemo nekaj polemičnih razprav v povišanem tonu na začetku mandata med ministri nikoli nisem naletel na nasprotovanja svojim predlogom.

Menim, da je bilo odločilno, da sem uspel, ne toliko v proračunski razpravi, ampak skozi vse leto, dokazati predsedniku Vlade in ministrskim kolegom, da zdravstveno varstvo dejansko potrebuje več denarja. Z razmeroma grobim modelom, ki je upošteval porast stroškov zaradi davka na dodano vrednost (letno skoraj 10 milijard), povečanja plač (letno 28 milijard), demografskih sprememb (v zadnjih desetih letih 65.000 več ljudi, ki so starejši od 65 let in potrebujejo do petkrat več denarja za zdravje kot mlajši državljanji, to pa pomeni 20 novih milijard letno) ter naraščajočih stroškov za nova zdravila in nove metode diagnostike in zdravljenja (vsaj 10 milijard letno), se da dokazati, da je Zavod za zdravstveno zavarovanje zadnja leta nenehno zmanjševal plačilo za zdravstveni program, če je hotel ohranjati njegov obseg. Med izvajalci se je zato nakopičilo vsaj deset milijard izgub, kar pa je ob povečanih stroških pravzaprav še malo: da se dokazati, da so izvajalci zadnjih nekaj let uspeli opraviti letni program dela za vsaj šest milijard ceneje kot poprej; torej so dosegli že znatno racionalizacijo svojega dela.

Skrivnost uspeha je torej v čvrstih argumentih, zgolj tarnanje je premalo. Menim, da je velik dosežek, da je bilo v letošnjem letu zdravstvo opredeljeno v razvojnih načrtih države kot razvojni člen, kot dejavnik razvoja človeškega potenciala in ne zgolj kot element socialne varnosti, ki obremenjuje gospodarstvo. V desetih letih samostojnosti se zdravstvo ob tokratnem proračunu prvič omenja na prvem mestu državnih prioritet, znesek, ki je namenjen Ministrstvu za zdravje v letu 2002, pa je kar 100 odstotkov višji v primerjavi s tistim iz leta 2000, in to zlasti v prid investicij. To je še posebej pomembno, ker se pogovarjamo o dveletnem proračunu, za leti 2002 in 2003. Z višjo prispevno stopnjo se povečujejo tudi sredstva ZZZS. Če k temu dodam še porast BDP, bo zdravstvo v letu 2002 realno razpolagalo s približno 20 milijardami več denarja, ki bo namenjen investicijam, novim programom zdravstvenega varstva in krajsanju čakalnih dob. Resnici na ljubo to ne bo dovolj, tako da pričakujem, da bomo v drugem letu ponovno morali sprožiti zahtevo po povečanju prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje.

Potem se ne bi strinjali s trditvijo, ki jo je izrekel minister Voljč v Izidi, ko je imel intervju po koncu vseh mandatov, da je bilo zdravstveno ministrstvo z vladnega zornega kota eno od "manj pomembnih" kljub temu, da je upravljalo z drugo največjo javno blagajno?

Pač, najbrž to kar velja za preteklo desetletje. Za tako trditev je več vzrokov. V času tranzicije so vse države nekdanjega socialistič-

nega bloka doživele nazadovanje svojega zdravstva, v nekaterih državah je delež BDP za zdravstvo padel skoraj na polovico. Za Slovenijo to k sreči ne drži. Zavedati pa se moramo, da so bile tudi pri nas v prvih desetih letih samostojnosti državne prioritete večkrat prezaporedne. Najprej jo je zaposlovalo in finančno obremenjevalo samo ustanavljanje nove države, padec BDP, izguba nekdanjih trgov, lastninjenje, denacionalizacija, pridruževanje Evropski uniji in Natu... Zdravstvo je bilo razmeroma dobro urejeno še v prejšnji državi in je po reformi zavarovalniškega sistema v začetku devetdesetih let navzven učinkovalo dokaj stabilno, zato ni vzbujalo posebne pozornosti. Morda je k temu treba dodati še osebnost stil dosedanjih ministrov, ki niso bili pretirano vneti gladiatorji v vsakoletni borbi za svoj kos pogače v državnem proračunu. Res pa je, da je sedaj državno vodstvo spoznalo, da so zdravstvo, šolstvo, znanost in kultura v zenitu zanimanja držav za dolgoletno tradicijo: navsezadnje je zadovoljstvo državljanov z zdravstvenim sistemom pogosto vzrok, da kakšna vlada obstane ali pade. Menim, da je povečano zanimanje države za zdravje državljanov eden od znakov, da se je končalo obdobje tranzicije.

Ob začetku mandata ste izvedli obsežno reorganizacijo ministrstva. Je bila ta reorganizacija znak tudi za spremenjeno vlogo samega ministrstva? Kakšni so "delovni načrti" ministrstva?

Prejšnja organizacija, ki je imelo ministrstvo državna sekretarja za osnovno zdravstveno varstvo in za bolnišnično zdravstveno varstvo, pravzaprav odraža relativno ozkost njegovih ciljev in dokazuje, da se je ukvarjalo predvsem z izvajalci zdravstvenega varstva, ne pa z zdravjem državljanov. Sedaj vse izvajalce pokriva en sam državni sekretar, drugi se ukvarja z ekonomiko in organizacijo zdravstva, tretji pa s promocijo zdravja in preventivo. Nikakor se ne nameravamo ukvarjati zgolj s svojimi majhnimi proračunskimi sredstvi v okviru vlade, temveč želimo vsebinsko upravljati tudi s sredstvi zdravstvene blagajne, ki se zbirajo pri ZZS. Po količini denarja je to resda še druga največja blagajna, vendar je pri pokojninski blagajni vsebinskega dela bore malo, saj gre zgolj za izplačevanje pokojnin. Pri zdravstveni blagajni pa je treba denar učinkovito uporabljati za uresničevanje deset tisočev posamičnih pravic, namenjenih vsem državljanom. Naše ministrstvo upravlja z orjaškim proračunom več kot tristo milijard, uporabnikov tega proračuna pa je kar dva milijona Slovencev, od katerih se vsak zase lahko pritoži neposredno na ministrstvo.

V enem stavku izrečen cilj politike Ministrstva za zdravje je skrb za zdravje vseh državljanov v razmerah, ko pričakovanja presegajo vire. Neskladje med omejenimi viri in naraščajočimi zahtevami državljanov, ki se vedno bolj zavedajo zdravja kot temeljne vrednote in hkrati poznajo možnosti, ki jim jih omogoča nepojemajoč razvoj medicine v zadnjem desetletju, je vzrok za nestabilne finančne razmere in terja reforme v zdravstvenem sektorju.

Če pa predstavim podrobnosti našega dela, se znaten del bodočih sistemskih rešitev pripravlja v okviru Projekta razvoja upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Cilj projekta je reforma sistema povračil sredstev za izvajanje zdravstvene dejavnosti, reforma zdravstvenega managementa, razvoj indikatorjev kakovosti in učinkovitosti sistema ter priprava modela za razvoj strokovnih smernic ob vzpostavitvi učinkovitega informacijskega sistema. S temi cilji bo vzpostavljen sistem, ki bo prek kazalcev kakovosti in učinkovitosti podajal sliko zdravstvenega stanja državljanov in stopnjo njihovega

zadovoljstva z zdravstvenim varstvom. V letu 2001 smo vzpostavili delovanje projektne pisarne ter izvedli šest mednarodnih razpisov in izbor izvajalcev, kar je v zadnjih mesecih tega leta omogočilo začetek dela na projektu. Vendar pa tudi ostale aktivnosti ministrstva, ki niso sestavni del projekta, potekajo usklajeno z njim in ob stalnem predvidevanju končnih rešitev, tako da tudi ukrepi tekoče zdravstvene politike večinoma predstavljajo elemente za bodoče sistemske rešitve.

V letošnjem letu so se jasneje začeli obrisi novega financiranja izvajalcev zdravstvenega varstva, ki ne bo, tako kot doslej, temeljilo na poenostavljenih kazalcih storitev brez povezav z iskalci zdravstvene pomoči. Novi sistem bo tako na primarni kot sekundarni ravni temeljil na številu obravnavanih državljanov in na zahtevnosti njihove obravnave. Pogajalci ministrstva so pri celoletnih pogajanjih o splošnem in področnih dogovorih o obsegu in vrednosti programa zdravstvenega zavarovanja dosegli bistvene izboljšave sistema financiranja, ki je postal preglednejši, omogoča boljše primerjave med izvajalci, jih motivira za bolj učinkovito in kakovostno delo ter jih usmerja, da obstoječa sredstva uporabijo za čim večje število iskalcev zdravstvene pomoči.

Na ravni primarnega zdravstva je slabo regulirano podeljevanje koncesij ogrozilo obstoj zdravstvenih domov, zato je MZ pripravilo pravilnik o koncesijah, s katerim se ohranja in stabilizira funkcija zdravstvenega doma, hkrati pa pravilnik ne ovira podeljevanja koncesij in jih uporablja kot način, kako približati in povečati dostopnost zdravstvenega varstva lokalnem okolju, kjer bolnik živi.

Ob pripravi proračuna za leti 2002 in 2003 smo s spremembami Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju posegli tudi v boljšo opredelitev vsebine programa obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pripravili smo tudi izhodišča in zakonske podlage za uvedbo trošarin za alkohol in tobak, ki bi se namenile za financiranje zdravstva. S tem nismo le uvedli novega vira sredstev za zdravstvo; obdavčitev tvegane načina življenja pomeni tudi sodoben način uporabe davčne politike za preusmerjanje življenjskega sloga državljanov.

S spremembami Zakona o zdravstveni dejavnosti smo začeli urejati področje prenosa javnih pooblastil, ker je dosedanja ureditev terjala ustanavljanje poklicnih zbornic navzlic dolgoletni tradiciji strokovnih združenj. Spremembe zakona omogočajo prenos javnih pooblastil na vsa združenja. Pripravili smo tudi spremembe Pravilnika o merilih za oblikovanje cen zdravil, s katerim so se cene zdravil na letni ravni znižale za 3 %, in za te spremembe pridobili soglasje proizvajalcev in uvoznikov zdravil. Začeli smo tudi s pripravo učinkovitejših in bolj preglednih mrež javne zdravstvene službe, izdelavo preglednejših pritožbenih postopkov, uvedbo sistemskih vzpodbud za zagotavljanje celovite kakovosti v zdravstvu ter nadgrajevanjem projekta zdravstvene kartice.

Pričeli smo tudi s preventivno dejavnostjo in vzgojo za zdrav način življenja. Med ukrepi za zagotavljanje teh ciljev je bil sprejet pravilnik o izvajanju preventive srčnožilnih bolezni v ambulantah splošnih oziroma družinskih zdravnikov, v pripravi so navodila za program zgodnjega odkrivanja rakavih bolezni pri ženskah ter posodobljeni preventivni programi za otroke in šolsko mladino. Izvedena je bila presoja vsebine in obsega delovanja institucij javnega zdravja. MZ je koordiniralo in vzpodbudilo raziskave o zdravju in življenjskem slogu, ki bodo podlaga za načrtovanje in spremljanje ukrepov. V okviru aktivnosti za spremembo življenjskega sloga MZ vodi medijske aktivnosti ter pripravo nacionalne strategije spodbujanja nekajenja ter zakon o omejevanju rabe alkohola.

Katere bodo prednostne investicije v naslednjem proračunskem obdobju?

Investicije v zdravstvu so določene z zakoni, ki so bili sprejeti precej pred začetkom mojega mandata. Sedanja skupna vsota zakonsko sprejetih obveznosti je okoli 60 milijard tolarjev. Vseh želja skupaj je bilo celo za 140 milijard. **Pritok denarja za investicije je bil leta 2000 le 2,5 milijarde, za letos je 4,5 milijarde; upam, da bo drugo leto vsaj 6, čez dve leti pa 8 milijard.** Iz tega lahko izračunamo, koliko let čakanja je še pred nami. Zato je jasno, da smo bili prisiljeni pripraviti prioritete - tako za že sprejete investicije kot za načrtovane. Nekatere prioritete se bodo še spreminjale, vmes bodo nekatere potrebe postale večje od tistih, ki so bile znane poprej. **Najbolj so intenzivne aktivnosti glede investicij v Onkološki inštitut, Pediatrično kliniko ter v oddelke psihiatrije, ORL in okulistike mariborske bolnišnice, pa tudi nevrološke klinike in klinike ORL v Ljubljani.**

Resnici na ljubo moram povedati, da bi morali za denar, ki je trenutno na razpolago, potekati samo dve, morda največ tri investicije. Vendar nas različni razlogi, tudi politični pritiski silijo, da odpiramo več investicij, kot imamo denarja. Posledica je, da je že zdaj odprtih preveč investicij, da bi lahko končali vse tako naglo, kakor to dopušča sama gradnja. To je tipičen način investiranja v javnem sektorju, s katerim ni zadovoljen nihče, vendar si tudi sprememb nihče ne želi.

Kako boste vplivali na način uporabe sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje?

Najprej mogoče na splošno o Zavodu. Zavod dolga leta ni imel finančnih težav, ker je nekako uspeval razdeliti samo toliko denarja, kot ga je imel, in da je obvladal pritiske izvajalcev po širjenju programa in novih zdravstvenih storitvah. Kot sem že omenil, je v zadnjih letih drastično zmanjševal poplačilo materialnih stroškov. Letos se je prvič zgodilo, da bo Zavod 13 milijard tolarjev v izgubi, in če pristejemo zraven še 4 milijarde izgube, kolikor jo pričakujemo pri izvajalcih, predvsem bolnišnicah, potem gre za več kot 5% vsega proračuna, kar je zelo velika izguba za slovensko zdravstvo in seveda razlog za alarm. Ministrstvo je že v letošnjem letu doseglo, da je ZZS nekoliko izboljšal plačevanje materialnih stroškov, pa tudi v prihodnje praviloma ne bo dopuščalo, da se program "umetno" izpelje s pomočjo padanja cen. Vztrajali pa bomo pri pravičnejši delitvi denarja med izvajalce in pri večji izenačenosti regij pri dostopnosti do zdravstvenih storitev. Vsak izvajalec mora imeti z ekonomskega stališča enake možnosti za preživetje in poslovanje, neuspešnih izvajalcev ne bomo umetno vzdrževali pri življenju na račun drugih, kar je bila pogosto dosedanja politika. Ne bom rekel, da je bila to politika ZZS, tudi politika prejšnjih ministrstev je bila pri financiranju izvajalcev zelo neodločna. Ne izključujem, da se bo tudi sedanjemu ministrstvu godilo podobno, čisto zanesljivo pa bomo to znali zelo jasno povedati.

Mimogrede, kljub dejstvu, da je z racionalizacijami vselej mogoče nekaj privarčevati, je za zdravstvo zaradi razvoja znanosti značilno nenehno naraščanje stroškov. Vzemimo za primer samo zdravila: letos so stroški zanje zrastle za 16 %, kar ni bilo predvideno v finančnem načrtu ZZS.

Ali gre rast stroškov za zdravila le na račun višjih cen, ali so kakšni drugi vzroki?

Cene posameznih zdravil ne rastejo, praviloma celo padajo. Iz

leta v leto pa narašča količina predpisanih zdravil, ki so se na novo pojavila pred nekaj leti, poleg tega pa se pojavljajo popolnoma nova zdravila, ki so praviloma bistveno dražja od starih. V ZDA so se stroški za zdravila v zadnjih dveh letih obakrat povečali za 18%.

Če se vrneva k zavarovalnici, je treba pripomniti, da je zgolj distributer denarja med izvajalce. Denarja sama niti ne zbira niti nima pooblastil, da bi artikulirala zdravstveno politiko in z njeno pomočjo vplivala na delitev denarja. Seveda pa je izredno dragocen soustvarjalec te politike. Če nekateri menijo, da je v prvem desetletju te države imela bistveno večjo moč, kot ji pripada, se je to zgodilo le zaradi bolj pasivnega obnašanja ostalih partnerjev. V tem mandatu nameravamo ta razmerja spremeniti predvsem tako, da bomo sami bolj aktivni pri določanju glavnih smernic zdravstvene politike. Prvi tak primer je financiranje bolnišnic, kjer bo postopno uveden sistem, da bo denar sledil bolniku. Izbrali smo sistem plačevanja po tako imenovanih skupinah podobnih primerov, v angleščini DRG (diagnose related groups). Za obravnavo podobnih primerov bo veljala ista cena za vse bolnišnice. Skupin bo od 600 do 1.000, cene med njimi se bodo seveda bistveno razlikovale. Naj za nepoznavalce povem, da so se hospitalizacije do nedavna plačevale po oskrbnih dnevih in je bilo plačilo enako za pljučnico ali srčni infarkt, nič čudnega torej, da so se nekatere bolnišnice, na primer porodnišnice, reševale s podaljševanjem trajanja hospitalizacije. Sistem DRG je v svetu najbolj uveljavljena metoda financiranja bolnišnic. Cena za primer izvajalca omogoča racionalizacijo: ker tudi vsi primeri v isti skupini v resnici ne povzročajo enakih stroškov, mora z nižanjem stroškov pri nekaterih zagotoviti dražje zdravljenje pri drugih. To lahko stori s pomočjo različno dolge ležalne dobe, smiselnega izbiranja preiskav in zdravil itd. Nevarnost te metode je, da izvajalci pretirano varčujejo, da bi jim ostalo več denarja. To je mogoče preprečiti z ustreznim strokovnim nadzorom. V državi, ki nima dovolj denarja za zdravstvo, je nedvomno boljši sistem, ki vzpodbuja zdravljenje čim večjega števila bolnikov, kot pa tak, ki dopušča, da se veliko denarja potroši za enega samega bolnika, za številne druge pa ga zmanjka.

Kdaj naj bi ta sistem začel delovati?

Delno in v zelo okornih oblikah ta sistem že uveljavljamo. Opuutili smo plačevanje po bolniških oskrbnih dnevih in sedaj plačujemo bolnišnice po številu primerov. To je seveda še daleč od pravične cene za podobne primere, pa vendar že imamo različne cene za različne operativne in neoperativne stroke. Izvajalcu morebitni privarčevani denar ostane, kar je dobra vzpodbuda za varčevanje. Bolnišnica lahko prične omejevati stroške, ne da bi se bala, da bi se privarčevani znesek vrnil zavarovalnici.

S tem sistemom bo odpadla potreba po standardizacijah in razvrščanjih bolnišnic?

To vprašanje ste zastavili na povsem pravem mestu. Razvrščanje bolnišnic je imelo en sam glavni cilj: kako zagotoviti bolnišnicam, ki so plačevane po oskrbnih dnevih, zdravijo pa različno zahtevne bolnike, nekakšno pavšalno poplačilo višjih stroškov. Ta potreba sedaj odpade. Če bodo različno zahtevne oblike zdravljenja imele različno ceno, ne bo potrebno izumljati korektivnih faktorjev, ki bi bili zaradi svoje netransparentnosti vir novih sporov med izvajalci: eni bi trdili, da so premajhni, drugi pa, da so preveliki. Z novim načinom plačevanja bo odpadel velik del potrebe po kategorizaciji. Nekatera vprašanja pa bo potrebno kljub temu proučiti: npr. ali je splo-

šna bolnišnica, ki mora zagotavljati več strok, dražja od specialne bolnišnice, ki razvija eno samo stroko? Drug tak primer je terciarna ustanova Klinični center in v manjši meri nekateri klinični oddelki izven Kliničnega centra. Terciarna ustanova mora namreč razvijati nove metode in prenašati znanje iz tujine tudi za zelo redke bolezni, tako da razvoja ni mogoče plačati s ceno primera. Poleg tega je zadolžena za dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje, znanstvenoraziskovalno dejavnost in prenos znanja na druge zdravstvene ustanove. Tovrstne bolnišnice imajo povsod po svetu dodatna sredstva za tako imenovano terciarno dejavnost.

Ali to pomeni ponoven sistem univerzitetne bolnišnice?

Tega sistema nikoli nismo opustili, klinična bolnišnica ali klinični center dejansko pomeni univerzitetno ali akademsko bolnišnico. Poleg izobraževanja in raziskovalne dejavnosti taka ustanova opravlja nekatere storitve, ki jih zaradi redkosti, zahtevnosti, opreme in znanj ni mogoče opravljati v vsaki bolnišnici. Poleg običajnega deleža sredstev po sistemu povprečnega primera bo prejela še dodatna sredstva za razvoj. Naj omenim primer: za transplantacijo organov potrebujemo tolikšna vlaganja v znanje in opremo, da tega ni mogoče povrniti s ceno teh transplantacij. Lahko bi se sicer odločili, da bi take primere pošiljali v tujino (kar za nekatere redke bolezni tudi počnemo), vendar bi bili potem od tujine povsem odvisni.

Druga sredstva za zdravstvo

Povedali ste, da so potrebna precej višja sredstva za zdravstveni sektor, kot jih ima država ta trenutek na voljo. Ali in kje vidite dodatne možnosti zbiranja zdravstvenega denarja?

Zavedati se moramo, da država lahko nameni za zdravstveno varstvo le določen delež družbenega proizvoda, pri čemer ni pomembno, ali je denar iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali iz prostovoljnih doplačil ali celo iz posameznikovega žepa. Večina svetovnih ekonomistov se strinja, da ni mogoče iti preko 9% BDP, ne da bi zaradi tega trpela konkurenčnost gospodarstva. Za države v razvoju je značilno, da so bližje 5%, pa tudi masikatera razvita država želi znižati svoje stroške pod 9%. V Sloveniji smo donedavna namenjali za zdravstvo 7,6% BDP, v kar je všteto tudi prostovoljno zavarovanje, nedavni podatki pa govorijo o 7,8%. Moj cilj na začetku mandata je bil, da bi prišli vsaj na 8%. Najbrž nas bo razvoj medicine in drugih znanosti prisilil, da bomo povečali ta delež na 8,5%, ampak tukaj nekje se bomo ustavili. Potem bo absolutna količina denarja odvisna od rasti samega BDP. Seveda si vsi želimo, da bi se rast BDP nadaljevala s takim tempom kot doslej, torej okoli 4 odstotke na leto, vendar pa so napovedi ob nedavnih dogodkih postale bolj črnoglede in govorijo o padcu pod 4%. To se bo v sredstvih iz obveznega zavarovanja kar poznalo.

Letos smo uspeli kot nov vir za zdravstvo pridobiti del trošarin na proizvode, ki pomenijo tvegano obliko življenja: alkohol in cigarete. S podražitvijo teh proizvodov bomo po eni strani vsaj nekoliko vplivali na zmanjšano uporabo, po drugi strani pa bo pritekal svež denar, ki bo neposredno namenjen za investicije, za preventivne programe in deloma tudi za pokrivanje izgube ZZS. Tovrstna uporaba davkov je v Evropi zelo redka: le Švica in Finska imata nekaj podobnega, izven Evrope Avstralija in Nova Zelandija, nekaj držav pa se pripravljata na tak poseg. Pričakujemo, da bo tega denarja čez dve leti kake 4 milijarde ali celo nekaj več, to pa je že denar, ki bo bistve-

no pospešil investicije v zdravstvu.

Naslednji vir, o katerem zelo pogosto govorimo, je povečevanje obsega prostovoljnega zavarovanja. Ob uvedbi tega zavarovanja je zavarovalnica skušala doseči, da bi se takoj zavarovalo zelo veliko ljudi. To je dosegla tako, da so skoraj vsem zdravstvenim pravicam dodali nekaj odstotkov prostovoljnega zavarovanja. To je delovalo kot prisila in res so se dodatno zavarovali praktično vsi državljani. S tem smo zmanjšali solidarnost prejšnjega sistema in vnesli vanj elemente socialne krivičnosti: policia prostovoljnega zavarovanja je namreč enaka za vse, ne glede na višino dohodkov. Vsi elementi, ki dražijo zdravstveno varstvo, so povzročili, da se je policia prostovoljnega zavarovanja dražila iz leta v leto in je danes že tako visoka, da je za tiste z najnižjimi dohodki postala tako velik izdatek, da si jo komaj lahko privoščijo. Če bi prostovoljno zavarovanje hoteli še dodatno izrabljati, bi morali del storitev iz prostovoljnega zavarovanja prenesti v obvezno zavarovanje in zmanjšati pritisk na revnejše sloje prebivalstva, hkrati pa za premožnejše uvesti dodatne ponudbe, ki bi zdravstvu prinesle svež denar.

Ali namerava država sredstva za zdravstvo yposredno prispevati tudi iz drugih resorjev? Ali obstajajo kakšni načrti sodelovanja med ministrstvi v tej smeri?

Zagotovo je res, da za zdravje prebivalcev ni odgovorno zgolj Ministrstvo za zdravje. Socialna politika, majhna brezposelnost, odprava revščine, dobre ceste, izobraževanje, prehranska politika, različne oblike podpore zdravemu načinu življenja, učinkovita politika na področju legalnih in nelegalnih drog, vse to in še mnogo drugega lahko prispeva k boljšemu zdravstvenemu stanju prebivalcev. Zdravi prebivalci povzročajo manj stroškov, vendar je zmanjšanje stroškov zaradi boljšega zdravstvenega stanja prebivalstva še zelo oddaljen cilj. Idealno bi bilo seveda z vsemi ukrepi skupaj doseči, da bi bili vsi ljudje vse življenje zdravi, nato pa bi naglo umrli, ne da bi pri tem povzročili posebno velike stroške. Preden bomo tako stanje dosegli, če ga bomo sploh kdaj, se bodo stroški nenehno povečevali: dandanes namreč medicina večinoma podaljšuje življenje tako, da podaljšuje preživetje ljudi s kroničnimi boleznimi, ne pa tako, da bi jih popolnoma pozdravila. To pomeni, da se v družbi povečuje število kroničnih bolnikov, kar pomeni več stroškov za njihovo zdravljenje.

Če se vrnem na sodelovanje z drugimi ministrstvi, bi najprej omenil dogovore na področju zdravstvene vzgoje z Ministrstvom za šolstvo. Zastavljeni so dolgoročno in naj bi postopoma vplivali na povečano skrb ljudi za lastno zdravje. Posebej velja omeniti pripravo nacionalne strategije za promocijo zdravja z gibanjem in športno rekreacijo. Z Ministrstvom za delo, družino in socialno politiko pripravljamo skupne projekte na področju dolgotrajnega zdravljenja in nege na domu ter nacionalni program za varnost in zdravje pri delu. Pripravljamo tudi nacionalni program o varnosti in zdravju pri delu. Z Ministrstvom za okolje imamo skupne projekte na področju varovanja voda, sevanja in drugih področjih varovanja okolja. Na področju prehrane pripravljamo v sodelovanju z Ministrstvom za kmetijstvo nacionalno strategijo o zagotavljanju varne hrane in zdravega prehranjevanja. Skupni projekti potekajo tudi z Ministrstvom za obrambo.

Ali imate vzpostavljene kakšne mehanizme, s katerimi boste merili učinkovitost vseh teh programov?

Imamo. Na področju preventive so najpomembnejši pokazatelj

obdobni pregledi izbranih skupin prebivalstva. Tak je na primer projekt CINDI, ki proučuje dejavnike tveganja za srčnožilne bolezni. Spremljanje poglavitnih dejavnikov tveganja, npr. telesne teže, kajenja, krvnega tlaka, holesterola, krvnega sladkorja, telesne aktivnosti itd., na nekaj let pokažejo, ali se ti dejavniki tveganja zmanjšujejo ali povečujejo. V zadnjem desetletju so se na žalost povečevali. Upamo, da bomo z vsemi poprej opisanimi aktivnostmi dosegli, da se bodo postopno pričeli zmanjševati. Pravkar so pod našo koordinacijo splošni zdravniki v vsej Sloveniji pričeli analizirati te dejavnike pri svojih varovancih. V prvem letu bodo zajeli eno petino, v petih letih pa vse odrasle. S pomočjo te akcije, ki poteka v prvi fazi z razpošiljanjem vprašalnikov, nato pa s preventivnim pregledom, bomo zajeli tudi ljudi, ki morda še nikoli niso bili pri svojem zdravniku. Spremljanje dejavnikov tveganja bo postalo sestavni del prakse zdravnika v osnovnem zdravstvu. Vsak izbrani zdravnik bo moral v petih letih registrirati dejavnike tveganja pri svojih odraslih varovancih, nato pa bo z nadaljnjim spremljanjem ugotavljal, ali se iz leta v leto kaj spreminjajo. S tem bo lahko ocenjeval lastno uspešnost, npr. ali ima kaj manj bolnikov z visokim krvnim tlakom ali holesterolom, ali so njegovi bolniki kaj manj debeli kot pred nekaj leti itd. Ker se bodo podatki zbirali na državni ravni, bomo v nekaj letih dobili zelo dober pregled nad gibanjem dejavnikov tveganja po posameznih regijah, na podlagi katerega bomo lahko načrtovali zdravstvene ukrepe, hkrati pa bodo podatki služili tudi kot ocena kakovosti dela splošnega zdravnika. Naš pristop je že vzbudil pozornost tudi v tujini.

Podrobno smo predstavili ta program v oktobrski Izidi. Na predstavitvi, ki je bila namenjena direktorjem in izvajalcem, pa sem imela občutek, da je problem v financiranju te akcije. Splošni zdravniki menijo, da jim je država naložila preveliko finančno breme. Ali bo spremenjeno financiranje v osnovni dejavnosti?

V osnovni dejavnosti je bil že pred leti uveden napreden koncept financiranja — glavarina, vendar pa jo je zavarovalnica zameglila z dodatnim pogojevanjem, da mora zdravnik opraviti določeno količino storitev, izraženih v točkah. Izvajalci niso dobili vsega denarja za glavarino, če niso "oddelali" potrebnega števila točk. Število točk je bilo relativno visoko, preračunano v preglede je pomenilo več kot 40 pregledov na dan. Ob takem pogojevanju je glavarina izgubila praktično ves svoj smisel, zdravniki so se posvetili kopičenju pregledov. Razbohotilo se je naročanje lažjih pacientov na kontrolne preglede, tako da je delež kontrolnih pregledov ponekod že 80-odstoten. Za težje bolnike je zmanjkovalo časa, zato so jih vse pogosteje napotovali v specialistično obravnavo: v zadnjih letih se je to napotovanje kar podvojilo. Prekomerno število pregledov je zakrivilo tudi pavšalno plačevanje laboratorijskih storitev; v takih razmerah se tako splošni zdravnik kot specialist izogibata stroškov tako, da si podajata bolnika in kopičita nesmiselne preglede. Ta model bomo spremenili. Od splošnega zdravnika bo zavarovalnica poslej zahtevala samo polovico dosedanjih točk, tako da bo lahko bistveno zmanjšal število pregledov in se bo lahko bolnikom bolj posvečal. Ker ne bo več tolikšnega pritiska na preglede, bo zdravnik lahko posegel po novih načinih dela, na primer svetovanju po telefonu, predavanjih za večje skupine bolnikov, obravnavi vse družine na domu in podobno. Namesto da bi vsakega pacienta posebej učil, kako bo najbolj učinkovito obvladal zvišan krvni tlak ali holesterol, bo lahko priredil predavanje za nekaj deset ali sto bolnikov in jim namenil več ur časa.

Ker bodo bolniki na ta način bolje seznanjeni s svojo boleznijo, bodo redkeje hodili v ambulantno na kontrolne preglede. Tudi svetovanje po telefonu bo postalo pravilo. Prepričan sem, da se ga bodo bolniki pogosto posluževali, saj je tudi zanje lažje, če jim zaradi viroze ni potrebno priti v polno čakalnico, kjer se njihovi osnovni bolezni lahko pridruži še kakšna bakterijska okužba, sami pa svojo bolezen prenesejo na druge čakajoče. Ta nov način dela bo v znatni meri razbremenil zdravnika, zmanjšal pa bo tudi število napotitev k specialistu. Zahteva pa spremembo miselnosti, kar bo pri marsikaterem zdravniku največja ovira. Kdor v desetletjih svojega dela ni pomislil, da bi svoje bolnike namesto s petdesetimi pregledi dnevno lahko dobro oskrbel tudi z dvajsetimi, bo še naprej prepričan, da so za visoko število pregledov krivi bolniki sami. Inovativnejši zdravniki bodo dosegli zmanjšanje števila pregledov že v nekaj mesecih. O vseh prednostih novega sistema financiranja bomo zdravnike seznanjali na posebnih tečajih. Skratka, menim, da smo zdravnikom v osnovnem zdravstvu ponudili tolikšno delovno in finančno razbremenitev, da približno sto petdeset preventivnih pregledov, kolikor jih na novo terjamo od njih, tega še zdaleč ne preseže.

Lahko podrobneje predstavite ključni projekt ministrstva Razvoja upravljanja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji? Zanima me tudi, kakašna je usoda projektov, ki so jih začeli že vaši predhodniki, na primer mreža zdravniških delovnih mest, čakalne dobe?

Poleg tistega, kar sem že povedal, lahko dodam še nekaj podrobnosti. Projekt bo preuredil celotni sistem financiranja zdravstvenega sektorja: v njegovem okviru bo potekalo uvajanje sistema financiranja bolnišnic po skupinah podobnih primerov. Približno 600 do 1.000 skupin bo najprej potrebno definirati, nato pa opremiti s strokovnimi smernicami, ki bodo omogočale določitev stroškov oziroma cen. Ko bo to končano, bo potrebno razviti sistem indikatorjev, tako strokovnih kot finančnih, ki jih bomo uporabljali kot podlago za financiranje pa tudi kot podlago za kakovost storitev. Za analizo podatkov potrebujemo tudi ustrezno informacijsko podporo, zato bomo ustanovili centralni urad za zbiranje in analiziranje teh podatkov.

Zagotavljanje kakovosti je zelo pomembno, zato smo na ministrstvu vzpostavili oddelek za kakovost. Trenutno je v njem zaposlen le en strokovnjak, načrtujemo pa, da se bo oddelek postopno razširil. Kakovost zdravstvenih ustanov in posameznikov moramo izenačiti. Pri nas je v resnici možno, da v isti ustanovi, morda celo v isti sobi, sedi strokovnjak svetovnega formata, zraven njega pa nekdo, ki bi se mu morali pacienti izogniti v širokem loku. Oba imata isto plačo in tistemu, ki je slabši, se nikoli nič ne zgodi. Nihče mu ne reče, naj se popravi. To je nesprejemljivo, krivi za to pa so predstojniki. Menim, da se ne moremo izgovarjati na zdravnikovo svobodo in avtonomijo. Vsak zdravnik je lahko svoboden samo v mejah dobre klinične prakse.

Kakšni so roki projekta?

Projekt je načrtovan po fazah, kot celota pa ne bo zaživel prej kot v petih letih.

Kakšno bo vmesno obdobje?

Posamezne dele projekta bomo uvajali sproti, druge spremembe, ki niso del projekta, pa bomo načrtovali v skladu s končnim ciljem projekta. Poleg tega bo projektna skupina, ki bo sestavljena iz domačih in tujih strokovnjakov, iskala tudi vmesne rešitve. Pred-



vsem načrtujemo razmeroma hitro uvedbo financiranja bolnišnic po skupinah podobnih primerov, od drugih sprememb pa tiste, ki bodo bolnika postavile v središče sistema. Bolnik bo postal tako stroškovno mesto kot merilo za analizo kakovosti. Ko bo preobrazba končana, bomo vedeli, kateri zdravnik v kateri ustanovi je predpisal določeno zdravljenje za določeno bolezen in ali je bilo zdravljenje uspešno. Sistem nam bo dajal strokovne, epidemiološke in finančne podatke in omogočal primerjavo med izvajalci vse do zdravnikov.

Če se vrnem na vprašanje o mreži delovnih mest, čakalnih dobah, kako bo s tem v vmesnem obdobju?

V tem trenutku predstavlja obstoječa razporeditev zdravstvenih delavcev realno mrežo, v kateri se pri nekaterih strokah in poklicih kažejo znatne razlike med regijami. Mreža, ki jo vsi pričakujejo, analitična mreža, bo morala vsaj na primarni ravni določiti in zagotoviti enakomerno zastopanost posameznih strok in poklicev po regijah in s tem primerno dostopnost za državljane po vsej Sloveniji. Na sekundarni ravni mreža ne bo mogla biti tako enakomerna, saj bo potrebno upoštevati sedanjo razporeditev bolnišnic, vendar bo pri ambulantni dejavnosti vsaj za najbolj razširjene stroke prav tako potrebno zagotoviti boljšo dostopnost. Kjer bodo prevelika odstopanja, jih bo potrebno popraviti ne glede na morebitna negotovanja. Tukaj se začneja slabša stran zgodbe, saj se utegne zgoditi, da se bodo ponekod delovna mesta zapirala, drugod pa odpirala. Preveč naivno bi bilo pričakovati, da bo analitična mreža ohranila vsa obstoječa delovna mesta in dodala nova tam, kjer jih primanjkuje. To je zmotno sklepanje in prav zato se doslej še nikomur ni posebno mudilo,

da bi prikazal pravičnejšo novo mrežo. Seveda tudi novih delovnih mest ne izključujem povsem.

V kakšni fazi je sedaj ta projekt?

Skušal vam bom odgovoriti zelo odkrito: mrežo je mogoče izdelati v zelo kratkem času in verjetno na kakšni mizi že obstaja, vendar je brez nekaterih dogovorov ni mogoče takoj uresničiti. Tudi novi način financiranja bo močno vplival na mrežo, zlasti na številčnost posameznih specialistov. Zato lahko rečem, da priprave na vzpostavitev nove mreže že potekajo. Pričakujem, da bo v prihodnjem letu prišlo do dokončne odločitve.

Če postanemo člani Evropske unije, postane za nas obvezujoča tudi direktiva o delovnem času, to je 40 ur na teden. Po nekaterih izračunih bi bilo v Sloveniji v trenutku okoli 600 zdravnikov premalo. Za to pa bo odgovorno ministrstvo. Se že pripravljate na rešitev tega problema?

Večjega števila zdravnikov ne moremo dobiti čez noč, razen iz tujine. Pa tudi denarja zanje ne. Pravkar so v teku pogovori o povečanem številu zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, ki jih bo na kratek rok omogočil novi pokojninski zakon, ki nikogar z izpolnjenimi pogoji ne sili v upokožitev, na daljši rok pa bo to število zagotovil povečan vpis na Medicinsko fakulteto, in to čimprej, saj bomo do večjega števila specialistov z njegovo pomočjo prišli šele čez deset, enajst let. Treba pa je vedeti, da za nova delovna mesta potrebujemo nov denar, s tem pa se spet odpre zgodba z začetka pogovora, kako zagotoviti dovolj denarja za zaposlitve in programe.

Predvsem nam ne bo nič pomagalo, če določimo, da je za rešitev problema odgovorno ministrstvo, in to bi rad dodatno komentiral. Na ministrstvu se dobro zavedamo tega in drugih problemov, vendar bi bilo prav, da se jih zavedo tudi drugi deli piramide slovenskega zdravstva, v kateri je ministrstvo zgolj drobna pikica na vrhu. Od njih pričakujemo uresničljive predloge, ne samo apokaliptičnih opozoril in jadikovanj. V mojem ministrstvu je morda kakšnih 10 zdravnikov, ljudi z visoko izobrazbo je seveda nekaj več, ampak vseh skupaj nas ni toliko, kot jih ima en sam samcat oddelek neke slovenske bolnišnice. Nemogoče si je predstavljati, da bi bilo ministrstvo ob vseh nalogah, ki smo si jih zadali, edino zadolženo, da zazna čisto vsak problem, ga izmeri in predlaga uresničljive rešitve, vsi ostali deli zdravstvene piramide pa igrajo vlogo kritičnega, da ne rečem kritikastrskega komentatorja. Ministrstvo je odprto za vse pobude in pripravljeno je uporabiti svoja pooblastila, da z ustreznimi regulatornimi akti uresničuje vse smiselne predloge.

K dvigu števila kadrov lahko pripomore tudi večji vpis študentov na Medicinsko fakulteto. Ali mislite, da bo potrebno, da bi se ministrstvo v tem smislu povezal z Medicinsko fakulteto, predlagalo zvišanje vpisa na Medicinsko fakulteto, oziroma če se v tej smeri že kaj dela?

To smo ravnokar storili. Na informativnem srečanju sem z vodstvom Medicinske fakultete razpravljal o možnosti za povečanje vpisa, pri čemer smo omenjali številko 180 vpisanih študentov in studentk v prvi letnik.

Po spremenjenem zakonu morajo imeti vsi diplomiranci Medicinske fakultete za opravljanje zdravniškega poklica tudi specializacijo. Zaradi spremenjenega sistema se je specialistično izo-

brazevanje skoraj ustavilo. Problem je bilo predvsem neurejeno financiranje. Trenutno obstaja načrt, ki še vedno ni zaživel. Kako gledate na problem opravljanja specializacij? So sprejeti postopki smiselni? Ali bodo zagotavljali redno obnavljanje potrebnih kadrov v posameznih specialnostih?

Predlog, ki ga je pripravila Zdravniška zbornica, sem ves čas podpiral in tudi zagotovil, da ga je potrdila vlada. Prepričan sem, da je tik pred uresničitvijo, čeprav mu Združenje zdravstvenih zavodov še vedno nasprotuje. Čeprav sem prepričan, da so zdravniki z njim seznanjeni, naj ga na kratko predstavim: gre za odločitev, da bomo potrebno število specializantov določali na osnovi ocene bodočih upokojitev in povečanega zaposlovanja, tako da bi posamezna ustanova dobila novega specialista še v istem letu, ko bi izgubila starega. Seveda to predstavlja paralelno zaposlovanje in zahteva strog nadzor, da ne bi prišlo še do nadaljnega popačenja mreže delovnih mest. Zato je prav, da nadzor nad potrebnim številom novih specializacij prevzame Zbornica, njihovo financiranje pa poseben sklad, ki bi ga s svojimi sredstvi oblikoval ZZS. Paradokso je, da tej odločitvi najbolj nasprotujejo tisti, ki bi od njega imeli največje koristi: regijske bolnišnice, ki bi se od takrat, ko bi sistem v celoti zaživel, nikoli več ne ukvarjale s problemom nezasedenih delovnih mest specialistov, ki jim sedaj povzročajo velikanska nihanja v delovnih obremenitvah.

Kako gledate na problem čakalnih dob?

Najprej je treba povedati, da gre za dve vrsti čakalnih dob. Ene so posledica pomanjkanja denarja za drage posege in ozkih grl na dragi diagnostični opremi. Druge povzročajo pretirano napotovanje na specialistične preglede na sekundarni ravni. Omenil sem že, da je znan del napotitev posledica dejstva, da si na ta način zdravniki podajajo stroške za laboratorijske storitve. Večinoma pa je preobremenjenost specialistov posledica njihovih lastnih dolgoletnih napačnih predstav o tem, kateri bolniki potrebujejo stalno obravnavo pri specialistu. Dolgoletno nezaupanje v splošnega zdravnika je postopno pripeljalo do tega, da je v marsikaterem primeru postal samo še pisec napotnic na specialistične preglede. Resnica je drugačna: specialist bi moral biti v večini primerov le občasni svetovalec splošnemu zdravniku, v stalno obravnavo pa bi smel prevzeti le zelo izbrane primere. Če se vrneva k problemu čakalnih dob, mislim, da ne bi smelo biti čakalnih dob za prvi pregled pri specialistu. Povsem nesprejemljivo je, da kdorkoli čaka na pregled, ki bo morda odkril zelo resno, morda celo nujno stanje. Kot verjetno veste, smo v Kliničnem centru na moj predlog pred nekaj leti kot prvi v Sloveniji uvedli triažne ambulante v tistih specialnostih, kjer so se pojavljale čakalne dobe. V teh ambulantah bolnika brez čakanja opredelijo po nujnosti nadaljnje obravnave ali pa ga usmerijo k drugemu specialistu. Izkazalo se je, da so prednosti triažnega pregleda veliko večje kot pomanjkljivosti. V začetku je bil namreč deležen precej posmeha s strani nekaterih zdravnikov, češ da je to pač nekaj, kar je primerno le za vojne čase, ne pa za mirnodobno medicino.

Čakalne dobe na preglede se pojavljajo tudi v osnovnem zdravstvu verjetno prav zaradi donedavnega načina financiranja, ki je zdravnike silil v pretiravanje s pregledi. Novi način financiranja bo ta problem odpravil ali vsaj bistveno omilil. Pregledov naj bo toliko, kolikor jih bolniki po mnenju njihovih zdravnikov potrebujejo, ne pa toliko, kolikor jih določi financer.

Čakalnih dob na drage storitve, predvsem operacije, ne moremo rešiti brez povečevanja programov in novega denarja. Novo finan-

ciranje po skupinah podobnih primerov bo vsaj jasno pokazalo, kje so problemi največji. Ko bomo v kratkem končno zvedeli, kakšne primere pravzaprav zdravimo po slovenskih bolnišnicah in koliko jih je, bodo ti podatki postali osnova za načrtovanje obsega dela posamezne bolnišnice, na ravni vse Slovenije pa se bo pokazalo, koliko bolnikov z določenimi diagnozami letno lahko zdravimo z obstoječim denarjem. Potem bo morala odgovoriti družba kot celota, preko parlamenta, ali je s tem zadovoljna ali pa je pripravljena zagotoviti dodatna sredstva, ki bodo skrajšala čakalne dobe na najbolj kritičnih področjih.

In to se bo potem reševalo posebej?

Tako je. Vsako leto je na voljo nekaj novega denarja, bodisi na račun nove prispevne stopnje ali pa porasta BDP. Del tega denarja gre za nove programe, del pa bomo na pogajanjih med partnerji usmerjali na področja, kjer bodo čakalne dobe najbolj kritične.

Strokovna podpora ministru

Zaokrožila sva velik segment. Sedaj me zanima področje, ki ga imenujem strokovna podpora ministru kot dopolnilo rednim službam. Omenili ste, da boste oživili vlogo Sveta za zdravje. Zakaj in na kakšen način?

Svet za zdravje, kot ga vidim sam, je medresorsko telo. V svetu za zdravje bi morali sodelovati ministri, katerih področja se na ta ali oni način dotikajo zdravja. Na začetku pogovora sva jih že imenovala: izobraževanje, kmetijstvo, gospodarstvo, okolje, ceste, notranje zadeve, malone vsa ministrstva. Običajno tak svet za zdravje vodi predsednik vlade, njegov operativni namestnik pa je minister za zdravje; s tako zasedbo se podkrepi njegova vloga. Tak svet za zdravje ima seje dvakrat ali trikrat na leto in se na njih opredeljuje do tistih medresorskih vprašanj, ki ključno vplivajo na zdravje. Subvencije v kmetijstvu, na primer, lahko bistveno vplivajo na pridelavo zdravih ali manj zdravih živil. Onesnaževanje okolja, legalne in nelegalne droge, zdravstvena vzgoja, alkohol v prometu so drugi takšni primeri. Preko Sveta za zdravje bi postali nekateri zdravstveni problemi jasno razvidni kot zadeva več resorjev.

In vi ga nameravate v takem smislu oživiti oziroma vzpostaviti na novo, ker je sedanja sestava, pa tudi njegova vloga in pomen popolnoma drugačna?

Sedanja sestava iz zdravstvenih strokovnjakov je sama po sebi zagotavljala neučinkovitost. Na to sem že ves čas opozarjal. Pred leti sem bil pobudnik, da se ustanovi svet za zdravje v taki vlogi, kot sem jo opisal zgoraj. Namesto tega so ga sestavili večinoma iz zdravnikov. Tako je nastalo še eno telo strokovnjakov brez oblastnih vzvodov, ki tožijo nad malo denarja in nad tem, da jih nihče ne posluša.

Novo vlogo ste namenil tako Zdravstvenemu svetu kot razširjenim strokovnim kolegijem. Kakšna je ta vloga?

Razširjeni kolegiji bodo po novem izven vpliva politike, dobili bodo polno strokovno avtonomijo. Zaradi obstoječega zakona, ki določa, da minister sprejme pravilnik o razširjenih kolegijih, bom to zadolžitev sicer opravil, vendar bom v pravilnik zapisal samo imena razširjenih kolegijev in njihove sedeže, vse ostalo pa bo povedala stroka sama. Predvsem minister ne bo imel vpliva na sestavo razširjenih kolegijev. Sestavljati bi jih morali, po mojem mnenju, najvidnejši

strokovnjaki, ki bi jih predlagale klinike in strokovna združenja. Razširjene kolegije vidim kot mesto, kjer se dokončno oblikujejo strokovne smernice za določeno področje. Imeli bodo torej končno strokovno avtoriteto, ne pa tudi neposrednega vpliva na sredstva za zdravstveno varstvo. Njihove predloge, ki bodo posegali na delitev sredstev, bo obravnaval Zdravstveni svet, vendar le s stališča izvedljivosti, ne pa s stališča strokovne ustreznosti.

Stroka bo tako dejansko avtonomna, s tem pa se bo povečala tudi njena odgovornost. V kolikor bo kreirala predloge, ki bodo izven časovnega in prostorskega konteksta, to je izven možnosti te države, potem bo pač odločanje prepustila drugim arbitrom. Na primer, če stroka naslovi na ministra, ki razpolaga z 10 novimi milijardami, zahteve za 100 milijard, potem je jasno, da bo minister sam določil prioritete, ker ne bo mogel upoštevati vseh želja. Stroka bo morala ravnati razumno.

Predloge stroke, ki bodo zahtevali nova sredstva ali se bodo na kak drug način dotikali zdravstvene politike, bo obravnaval Zdravstveni svet, ki bo po novem tesneje povezan z ministrom. Zdravstveni svet bo posvetovalno telo ministrstva, na njegovo sestavo bo v znatni meri vplival minister, saj mu bodo člani sveta pomagali pri določanju poglobitvenih smernic zdravstvene politike in ga podpirali pri njenem izvajanju. Skratka, Zdravstveni svet bo strokovno koordinativno telo za pomoč pri političnem odločanju. Če se s predlogi razširjenih kolegijev ne bo strinjal, vanje po strokovni plati ne bo mogel posegati, pač pa bo ocenil njihovo izvedljivost. Lahko bo od razširjenega kolegija zahteval dodatna pojasnila, izjemoma bo lahko naročil neodvisno strokovno mnenje iz tujine.

Razširjeni strokovni kolegiji bodo torej pri svojih predlogih morali uskladiti zahteve stroke s finančnimi zmožnostmi države. V začetnih razpravah o takšni vlogi kolegijev je bila stroka precej zadržana, saj je menila, da vselej lahko predlaga samo najboljšo rešitev, pa čeprav je bistveno dražja od vseh ostalih. Za drugačne rešitve naj bi bila zadolžena politika. Lahko bi naštel številne dokaze, da je takšno stališče preveč ekstremno. Že dejstvo, da v ZDA porabijo za zdravstvo nekajkrat več denarja kot pri nas, bi pomenilo, da se pri nas ne držimo najnovejših strokovnih smernic. To ni res. Za srčni infarkt so ustrezni različni načini zdravljenja, ki se po ceni precej razlikujejo. Včasih je to odvisno tudi od tega, kje bolnik zboli. Možnosti bolnika v Murski Soboti so drugačne kot možnosti v Ljubljani. Če bo stroka predlagala eno samo rešitev, ji bomo zlahka dokazali, da je neuresničljiva in jo pozvali, da ponudi tudi drugačne možnosti. Če tega ne bo storila stroka, bo odločitev moral sprejeti nekdo drug, ker sistem brez odločitve ne more delovati.

Kako kot minister v sedanjem zdravstvenem sistemu vidite vlogo Zdravniške zbornice?

Zdravniška zbornica je v segmentu javnih pooblastil podaljšana roka države. Nekatere stvari lahko opravlja lažje in bolj učinkovito, kot bi jih opravljal resorno ministrstvo, in to je tudi temeljni razlog za to, da ji je država podelila del svojih pristojnosti. Zbornice s pooblastili so potrebne zlasti za poklice, ki terjajo zaradi svojega pomena visoko stopnjo nadzora. Zbornica lahko tak nadzor prav s pomočjo svojih članov izvaja bolj učinkovito kot odmaknjena država. Zdravniška zbornica je dokazala, da želi resno delati na področju programov specializacij, podeljevanja in podaljševanja licenc, strokovnega nadzora, indikatorjev kakovosti dela itd. Lahko pa bi ji počital, da si občasno zaželi tudi vloge neodvisnih strokovnih združenj, kar ji

po definiciji ne pripada, včasih pa se loti tudi vloge, ki pripada sindikatu. Menim, da bi morala biti ministrstvo in Zbornica po naravi stvari pogosteje na isti strani, kar pa seveda ne pomeni, da Zbornica ne bi mogla imeti do posameznih vprašanj, ki ne zadevajo njenih javnih pooblastil, drugačna stališča. Seveda pa se zastavlja vprašanje, zakaj si Zbornica poleg osnovne vloge, zaradi katere je bila ustanovljena, želi še vlog drugih arbitrov v zdravstvu. To samo podkrepljuje moje prepričanje, da bi moralo priti do združitve Zdravniške zbornice z Zdravniškim društvom, saj bo v nasprotnem primeru društvo zaradi neenakopravnega položaja pri financiranju usahnilo.

Zbornica večino svojih sredstev pridobi s članarino, zato nekatere menijo, da je bolj zavezana svojim članom kot državi. Ne gre pozabiti, da ji je obvezno članarino dodelila država, da izvršuje njena pooblastila. Na tem področju je še precej nerešenih vprašanj. Zbornica bi prav zaradi dejstva, da se financira na podlagi zakona, morala biti podvržena javnim razpisom, računskemu sodišču in vsem ostalim pravilom, ki veljajo za javni sektor. Nenehno se tudi obnavlja vprašanje, ali je obvezna članarina res nujna za vsakogar ali zgolj za zasebnike. O tej temi poteka tudi spor pred ustavnim sodiščem.

Vrednotenje zdravniškega poklica

Kakšno je vaše stališče do zdravniškega poklica kot svobodnega poklica? Na primer, da bi vsak zdravnik neodvisno sklepal pogodbe o svojem delu z različnimi bolnišnicami, ali kot zasebnik sam operiral svoje paciente v bolnišnici.

Mogoče ob tem vprašanju pristransko navijam za svoj poklic, vendar v resnici verjamem, da je zdravniški poklic zelo svoboden in zelo avtonomen. Večino dela poteka na osnovi osebnih odločitev in je izpostavljen veliki odgovornosti, ki je ne more nadomestiti skupinska odgovornost. Iz tega tudi izpeljujem podobna stališča, kot jih ima po mojem razumevanju tudi predsednik Zbornice, namreč, da bi se cena zdravnikovega dela morala oblikovati bolj individualno in ne po uravnilovskem principu kolektivnih pogodb. Morda je za del zdravnikov ustrezen današnji model plač državnih uslužbencev, za tiste, ki bi bili radi svobodnejši in bi bili pripravljeni prevzeti tudi tveganja te svobode, pa bi bilo primernejše sklepanje individualnih ali skupinskih delovnih pogodb. Seveda pa taki zdravniki ne bi več potrebovali sindikata, ki bi se boril za njihove plače.

Kako pa sicer gledate na vrednost zdravnikovega dela v sedanji organiziranosti slovenskega zdravstva? Ali se vam zdi, da je pregledno opredeljena ali bi jo bilo smiselno opredeliti drugače?

Sedanje izhodišče je urna postavka ne glede na količino, kako-
vost in zahtevnost opravljenega dela. Gre za uravnilovko med zdravnikom, ki jo zagovarjata tako sindikat kot država. To pomeni, da ima vsakdo na enakem delovnem mestu enako plačo, ne glede na to, da nekateri izvajajo najzahtevnejše storitve, drugi pa le enostavno dnevno rutino. To je seveda povsem združljivo z načeli sindikalnega boja, ni pa združljivo s tistim, kar sva prej govorila o visoki avtonomiji in svobodi zdravnikovega poklica. Menim, da bi morali zdravniki drug drugemu priznati razlike, ki obstajajo in so razvidne. Če bi zdravniki v resnici zagovarjali individualnost svojega poklica, bi si morali prizadevati za drugačno opredelitev vrednosti svojega dela.

Kako je z vrednotenjem zdravniškega dela v sedanjem sistemu zdravstvenega varstva? Ali menite, da bi bilo potrebno vedeti, ko-

likšen del cene storitve je tisti del, ki je ovrednoten kot zdravnikovo delo, ter ali bi bilo možno tudi tako obračunavati storitve v edanjem sistemu?

Vrednost zdravnikovega dela v ceni posamezne storitve je mogoče oceniti in bi jo v primeru pogodbenega dela, ki sem ga že omenil, celo morali poznati. Seveda pa bi nas zgolj vezava na storitve prinesla v storitveni sistem, ki ni najboljši: zdravniki bi bili vzpodbujeni k opravljanju čim večjega števila storitev, ne pa k zdravljenju čim večjega števila bolnikov. Ker sam zagovarjam poplačilo za celotno obravnavo določenega bolnika, bi bolj zagovarjal plačevanje zdravnikov po primeru, ki bi ga bilo mogoče uvesti v specialističnih ambulantah. Glavarina je prav tako tak primer plačevanja. Plačilo zdravnikovega dela po storitvah prihaja v poštev pri tako imenovanih servisnih dejavnostih, ko en zdravnik opravi storitev po naročilu drugega zdravnika.

Kakšno je vaše stališče do zadnjega obljubljenega oziroma dogovorjenega dviga zdravniških plač, da bi se izenačile s sodniškimi. Ali menite, da je prav, da se to naredi, ali ne?

Podpisani aneks h kolektivni pogodbi je potrebno uresničiti, za kar sta odgovorni obe strani. Naj pa ponovno povem, da nikoli ni bilo govora o izenačitvi, temveč uskladitvi plač s sodniškimi. To pa še vedno ostaja področje pogajanja. Pri pogajanjih ima vsaka stran svoje argumente. Obstaja veliko nejasnosti, kaj pomeni uskladitev, glede na nekatere značilnosti obeh poklicev. Zlasti je vladna stran, moji predhodniki, vselej odpirala vprašanje konkurenčne klavzule, ki sodniku preprečuje, da bi mimo svojega poklica opravljal še kaj drugega, medtem ko je zdravniku to omogočeno. Vsekakor pa tudi zadnji podpisani aneks pogojuje dokončno uskladitev plač s spremembami kolektivne pogodbe, pri katerih pa smo se s sindikatom Fides znašli v mrtvem teku.

Ne glede na končno rešitev menim, da so si zdravniki že z obstoječimi dohodki izborili dokaj ustrezen položaj na lestvici javnih poklicev. Težko si je zamišljati še dodatno rast za 12% (ob hkratnem povečanju števila zaposlitev), ne da bi to povzročilo zlom plačne politike v vsem javnem sektorju. Na zdravniške plače so sedaj namreč vezane tudi plače učiteljev, ki so v letošnjem letu dosegli, da mora ostati razmerje njihovih plač do zdravniških najmanj nespremenjeno. Pripomba sindikata Fides, da si je vlada sama kriva, če je na to pristala, je cinična; navsezadnje je vlada v preteklosti pristala tudi na uskladitev njihovih plač s sodniškimi. Zato bi v nadaljevanju pogajanj morali začeti z vsebinskim dogovarjanjem.

V katero smer bi bilo po vašem mnenju bolje, da bi se obrnil vsebinski dogovor: k zagotovitvi izplačila dodatka, oziroma izpolnitvi aneksa h kolektivni pogodbi, ki je bil navsezadnje podpisan pred učiteljskim dogovorom, k popolnoma novemu besedilu kolektivne pogodbe, ali k možnosti, da se zdravniki vključijo kar v sistem plač delavcev v javnem sektorju?

Skoraj zanesljivo bodo zdravniki vključeni v zakon o javnih uslužbencih, vsaj iz dosedanjih razprav izhaja tako. Vendar bodo tudi v tem zakonu zdravniške plače v določenem razmerju z ostalimi poklici, zato še vedno ostaja prostor za dokončanje pogajanj o spremembah kolektivne pogodbe. Seveda bi bilo treba ob tem čim prej, recimo kot znak dobre volje, znižati pretirane dopuste. Za vmesno obdobje do drugačne ureditve zdravniških plač smo že poleti Fidesu posredovali nekatere predloge, ki pa jih Fides ni sprejel.

Pomembna novost pa bi bila, če bi za del zdravnikov lahko uvedli že omenjeno "svodnjaštvo", ki bi jih po mojem mnenju vsaj de facto izločilo iz zakona o javnih uslužbencih.

Kakšno je stanje tega dogovarjanja?

Stanje je tako, da bo nova pogajanja z vsemi sindikati, tudi s Fidesom, vodila skupna vladna komisija, tako da Ministrstvo za zdravje ne bo več sodelovalo v pogajanjih.

Poznate ali ne poznate njihovih trenutnih izhodišč?

Samo okvirno. Seznanjen sem s splošnimi izhodišči, ki jih je v začetku leta sprejela vlada, da bo potrebno zmanjšati neutemeljene razlike v plačah med posameznimi poklici in poklicnimi skupinami.

Kako ste zadovoljni s potekom harmonizacijskih postopkov na področju zdravstva?

Organizacija zdravstvenega varstva je v Evropski uniji prepuščena vsaki državi posebej, saj gre za silno občutljivo področje, ki ga je v kratkem času nemogoče poenotiti. Zato na področju zdravstva v ožjem pomenu besede teh postopkov z izjemo izenačevanja izobraževalnih standardov praktično ni. Ogromno dela imamo na "mejnih" področjih: na področju zdravil, kemikalij, prehrane in varovanja okolja. Tu smo imeli opravka s spremembami vrste zakonov in pripravo številnih pravilnikov, od katerih jih nekaj deset še ostaja za prihodnjo polovico leta.

Kako vidite našo Izido v današnji Sloveniji?

Mislím, da ste zelo hitro dokazali smiselnost svojega obstoja in da ste zelo koristen stanovski časopis. Seveda pa bi morali še marsikaj narediti za to, da bi med zdravnike prihajale vse relevantne informacije in da bi bilo poročanje bolj uravnoteženo. Mislím, da imajo informacije še vedno pridih tradicionalnega zdravništva, usmerjenega v kurativo in k posameznemu bolniku, manj pa je prispevkov o globalnih problemih zdravstva in javnem zdravstvu. Pogrešam tudi nekaj več zdravstvene ekonomike.

Obstaja posebna revija, ki se ukvarja samo z zdravstveno ekonomiko.

Res je, vendar te revije zdravniki ne berejo. Izido pa zdravniki berejo.

Spoštovani gospod minister, najlepše se vam zahvaljujem za vaš čas. Med najinim dolgim pogovorom sva predstavila vaše strokovne poglede na mnoga področja, še vedno sva jih veliko namerno pustila ob strani. Upam, da bova še kdaj imela priložnost za razgovor, kamor bova lahko vključila tudi te. Ob koncu pa bi vas vseeno želela vprašati nekaj bolj osebnega. Kaj Dušan Keber najraje dela, kadar ni minister za zdravje?

Rad delam veliko stvari, vendar bi se zlagal, če bi vam rekel, da jih v zadnjem letu kaj prida počnem. Čisto zares mi zmanjkuje časa. Če pa vam lahko odgovorim za nekaj let skupaj, potem prosti čas uporabim za pisanje različnih prispevkov za časopise, za nujno dozo telesne aktivnosti, za delo okrog hiše in za branje knjig. Pred leti sem rad potoval in to me še vedno mika. Če pa bi po tem, kar najbolj pogrešam, sklepal, kaj najraje delam, potem je to pisanje.

Razgovor je bil opravljen 15. oktobra 2001, avtoriziran 26. novembra 2001

Zdravniške organizacije za svoje člane

Vse tri zdravniške organizacije: Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Fides, Slovensko zdravniško društvo in Zdravniška zbornica Slovenije so 14. novembra organizirale skupno novinarsko konferenco, na kateri so javnosti predstavile poglede na aktualne dogodke v zdravstvu. Na novinarski konferenci so sodelovali: **Konrad Kuštrin**, dr. med., predsednik sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Fides; prim. **Rasta Rakar Radešček**, dr. med., namestnica predsednika sindikata Fides in predsednica sindikata Fides Klinični center Ljubljana; prof. dr. **Pavel Poredoš**, predsednik Slovenskega zdravniškega društva; asist. mag. **Marko Bitenc**, dr. med., predsednik Zdravniške zbornice Slovenije; prim. **Andrej Možina**, dr. med., podpredsednik Zbornice, predsednik odbora za bolnišnično zdravstvo pri Zbornici; prof. dr. **Vladislav Pegan**, dr. med., predsednik odbora za strokovno-medicinska vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije; **Miran Rems**, dr. med., predsednik sveta zavoda bolnišnice Jesenice.

Novinarjem so bila predstavljena gradiva, ki jih v nadaljevanju v celoti objavljamo: skupna izjava za javnost, priporočene smernice za odgovornost nacionalnih zdravniških združenj do svojih članov (dokument CP 1999/032) in odgovori na stališča in sklepe ministra za zdravje po opravljenem upravnem nadzoru v Splošni bolnišnici Jesenice.

Elizabeta Bobnar Najzer

Izjava za javnost

Skupna novinarska konferenca Slovenskega zdravniškega društva, Zdravniške zbornice Slovenije in sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Fides,

sreda, 14. november 2001 ob 10.00

Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10/II., Ljubljana

V zadnjem času se na vse tri zdravniške organizacije obračajo člani, ki ugotavljajo, da so se razmere za opravljanje zdravniškega poklica v zadnjih mesecih spremenile. Bistveni predpogoj za opravljanje zdravniškega poklica je zaupanje v odnosu med bolnikom in zdravnikom. Zagotovo morajo biti za tako zaupanje v celoti izpolnjeni vsi pogoji, izmed katerih je bistvena ustrežna kakovost opravljanja dejavnosti. Za ustrežno kakovost opravljanja našega poklica je potrebna strokovna usposobljenost, ustrežna raven opremljenosti z medicinskimi napravami in pripomočki ter ustrežna kadrovska zasedba zdravnikov, zdravstvenih delavcev in sodelavcev.

Vse tri zdravniške organizacije ugotavljajo, da se v letu 2001 ti dejavniki niso bistveno spremenili, ne glede na to pa ugotavljamo, da se v zadnjih desetih letih vztrajno spreminjajo na slabše, zlasti na področju kadrovske zasedbe in opremljenosti.

V naši državi trenutno še nimamo izdelanega sistema, ki bi tekoče in transparentno meril kakovost našega dela. Zdravniška zbornica Slovenije je pred dvema letoma začela projekt, ki naj bi že v naslednjem letu omogočil določitev standardov kakovosti in sprotno spremljanje kakovosti našega dela do ravni posameznega zdravnika in zobozdravnika. Zdravstveni kazalci, ki jih vsako leto objavi Inštitut za varovanje zdravja, kažejo nenehne trende izboljševanja. Še posebej dobri so v naši državi zdravstveni kazalci s področja porodništva in perinatologije, kjer se tudi v letu 2000 še uvrščamo med razvitejšie države. Za vse tri zdravniške organizacije je nesporejmljivo na splošno negativno ocenjevati učinke zdravniškega dela in s tem celotnega zdravstvenega sistema na podlagi posameznih tragičnih izidov obravnave bolnikov. Še posebej se ne strinjamo z načinom obravnave primerov suma na slabo klinično prakso na neustrezen,

hiter način. Menimo, da je na podlagi pavšalnih ocen, brez ustreznih objektivnih podatkov, zelo nevarno posegati in nekonstruktivno ustvarjati občutek strahu in nezaupanja s strani pacientov ter s tem zmanjševati zaupanje prebivalstva do našega zdravstvenega sistema.

Preskrbljenost slovenskega prebivalstva z zdravniki se uvršča med najracionalnejše v državah znotraj evropske regije. Iz tega izhajajo primerjalno tudi bistveno večje obremenitve na posameznega zdravnika v Sloveniji. Če k temu dodamo še nesprejet dolgoročni stabilni sistem obnove kadrov (na številnih področjih že obstajajo generacijski prepadi), si v prihodnjih letih lahko obetamo na vseh področjih zdravniškega dela še bistveno slabše pogoje, kot jih je navedla prof. Novakova v primeru kadrovske zasedbe v ljubljanski porodnišnici.

Do posameznih primerov slabe klinične prakse prihaja povsod po svetu in tudi pri nas. Zdravniška storitev, ki ne bi bila povezana vsaj z najmanjšim tveganjem za zaplet, ne obstaja. Za ugotavljanje razlogov za pojavljanje zapletov je potrebno upoštevati način dela, ki je uveljavljen v razvitih državah. Ustrezni postopki so edino zagotovilo, da tako zdravnik kot bolnik na koncu postopka dobita ustrezen zaključek. Vse tri zdravniške organizacije se pri obravnavi primerov, kjer gre za sum na slabo klinično prakso, držijo smernic, ki jih je sprejel Stalni odbor zdravnikov pri Evropski uniji (CP 1999/032).

S tem sporočilom želimo obvestiti slovensko javnost, da v tem trenutku ni nobenih objektivnih razlogov, da bi se zmanjšalo zaupanje slovenske javnosti v slovensko zdravstvo.

V zadnjem času je bilo načelih veliko problemov. Zgolj z ugotavljanjem krivcev za posamezne primere ne bomo rešili nakopičenih problemov, ki jih je potrebno reševati konsenzualno in sistemsko. ■

*Konrad Kuštrin, dr. med.,
predsednik sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Fides*

*prof. dr. Pavel Poredoš,
predsednik Slovenskega zdravniškega društva*

*asist. mag. Marko Bitenc, dr. med.,
predsednik Zdravniške zbornice Slovenije*



Predlagane smernice za odgovornost nacionalnih zdravniških združenj do svojih članov

Preambula

Nacionalne zdravniške organizacije, članice Stalnega odbora evropskih zdravnikov in zobozdravnikov (CP) priporočajo, naj organizacije med svoje obveznosti vključijo varovanje poklicnih pravic in svoboščin, ki so sicer vsakemu članu zagotovljene ob včlanitvi v posamezno organizacijo. Zato Stalni odbor evropskih zdravnikov in zobozdravnikov predstavlja ta dokument kot primer naloga za nacionalna zdravniška združenja.

CP predlaga, da nacionalna zdravniška združenja upoštevajo naslednje smernice:

Splošno

1. Prevedejo in prilagodijo vsebino tega dokumenta svojim lastnim in posebnim okoliščinam, funkcijam in odgovornostim, kot določajo njihovi statuti in predpisi.

Nediskriminacija zdravnikov in zobozdravnikov

2. Varujejo pravico registriranih zdravnikov in zobozdravnikov, da v svojih strokovnih prizadevanjih (zaposlovanje, usposabljanje, nenehno podiplomsko izobraževanje ali delovni pogoji) ne bodo diskriminirani na podlagi rase, barve kože, religije, narodnostne pripadnosti, družbenega izvora, spola, spolne usmerjenosti ali etnične ozadja.

Pravično sojenje

3. Vzpostavijo odgovoren in učinkovit sistem postopkov, ki varujejo pravice članov do pravične, objektivne, takojšnje in varne disciplinske obravnave. Kjer so disciplinski ukrepi prepuščeni neodvisnim pritožbenim telesom, morajo nacionalne zdravniške organizacije zagotoviti, da ocena ravnanja njihovih članov pred temi organi sledi pravilom zakonitosti, pravičnosti, nepristranskosti in učinkovitosti.

To ne izključuje, da lahko disciplinska telesa v primerih, ko zanesljivi dokazi kažejo na kaznivo postopanje ali očitno ogrožanje pacientov ali javnosti, uporabijo preventivne ukrepe, kot je suspendiranje strokovnega dela ali javna obtožba.

4. Varujejo pravice vsakega zdravnika ali zobozdravnika, tudi če je obtožen ravnanja, ki ni v skladu s pravili stroke, da velja za nedolžnega, dokler njegova krivda ni dokazana. Zdravnik ali zobozdravnik ne more biti spoznan za krivega za kršitev pravil stroke, če dejanje ali opustitev dejanja, katerega ga dolžijo, po etičnem kodeksu organizacije ali njenih predpisih, veljavnih v času, ko je bilo storjeno, ne predstavlja kršitev določil omenjenih aktov.

5. Priznajo pravico do pritožbe in ustrezno zadoščenje ali rehabilitacijo v primeru, ko je bil zdravnik ali zobozdravnik žrtev postopka, ki ni v skladu s postopkovnimi pravili.

Svoboda izražanja

6. Spoštujejo pravico zdravnikov ali zobozdravnikov do svobodnega in odgovornega tako govornega kot pisnega izražanja o strokovnih zadevah. Tako svobodo izražanja je treba zaščititi zlasti, kadar zdravnik ali zobozdravnik govori v imenu svojih pacientov, ocenjuje kakovost zdravstvenih storitev, naznanja pomanjkanje virov ali dokazuje politiko, ki je v nasprotju s poklicno etiko.

Svoboda sestajanja in združevanja

7. Priznavajo in varujejo pravico zdravnikov ali zobozdravnikov do svobodnega sestajanja in združevanja, vključno s pravico do oblikovanja skupin ter pridruževanja skupinam ali zdravniškim zvezam z namenom, da predstavljajo svoje poklicne interese.

Strokovna neodvisnost

8. Varujejo pravico članov, da so, kadar je potrebno za zagotavljanje interesov pacientov, moralno in tehnično neodvisni, ter da jim je zagotovljen svoboden dostop do informacij, odločanje in predpisovanje zdravil.

9. Varujejo pravico zdravnikov ali zobozdravnikov do informiranja pacientov o časovnih omejitvah in omejitvah zdravstvenih virov, ki jim jih nalagajo tretje strani.

10. Varujejo pravico svojih članov, da svobodno organizirajo svojo prakso skupaj z drugimi kolegi pod pogojem, da vsakdo spoštuje strokovno neodvisnost in osebno odgovornost vsakogar, ter da so zaščiteni interesi pacientov.

11. Varujejo, v skladu z upoštevanjem interesov pacientov, pravico zdravnikov ali zobozdravnikov, da na osnovi dobro preišle in tehtnih znanstvenih razlogov ali ugovora vesti zavrnejo izvajanje določenih posegov ali sodelovanje pri takih posegih.

Zagovarjanje pacientovih pravic

12. Podpirajo zdravnike in zobozdravnike, da svojim pacientom, na osnovi znanstvenih dokazov in v okviru veljavnega načina predpisovanja zdravil, ponudijo najbolj učinkovite in napredne preventivne, diagnostične ter terapevtske postopke.

Udeležba v organizacijskih dejavnostih

13. Vzpodbujajo pravico pooblaščenih zdravnikov ali zobozdravnikov, da dejavno sodelujejo pri načrtovanju institucionalnih politik in vodenja. Nacionalne organizacije lahko razmislijo o uvedbi demokratičnih postopkov, s katerimi bi člani, v skladu z načeli enakopravnosti, imeli možnost, da kandidirajo za vodilne položaje ter za sodelovanje kot člani v različnih telesih organizacije.

14. Z naklonjenostjo sprejemajo vprašanja zdravnikov ali zobozdravnikov o institucionalnih zadevah in jim dajejo razumne, real-

ne in zadovoljive odgovore na postavljena vprašanja.

Strokovna kariera

15. Zagotovijo:

- javno objavo priložnosti in zahtev za načrtovanje kariere;
- da se pri načrtovanju strokovne kariere upošteva le medicinska sposobnost in usposobljenost;
- da delovni pogoji zdravniku ali zobozdravniku zagotavljajo stabilnost, finančno neodvisnost in ustrezno socialno zaščito.

16. Varujejo pravice zdravnikov ali zobozdravnikov do pravičnega postopka pri kandidiranju za prosta delovna mesta v splošni medicini, bolnišničnih oddelkih ali administrativnih zdravstvenih storitvah, tako da izbira med prosilci temelji na neprejudiciranih, objektivnih in strokovno zanesljivih kriterijih.

Etično okolje

17. Dejavno varujejo in razvijajo skupne vrednote in načela poklicne etike. ■

Prevod in priredba:

Elizabeta Bobnar Najzer, Tadej Gale in Aleksandra Šarman

Izjava za javnost strokovnega sveta Splošne bolnišnice Jesenice

Ostališčih in sklepah ministra za zdravje po opravljenem upravnem nadzoru v Splošni bolnišnici Jesenice so bili mediji obveščeni na novinarski konferenci 6. novembra 2001. V sklepu je minister zaključil, da bo dal pobudo za opustitev porodniške dejavnosti, oddelek pa naj bi še naprej izvajal ginekološko dejavnost. To odločitev utemeljuje s strokovne in ekonomske plati. Minister meni, da bi bilo za vzpostavitev dobre klinične prakse potrebno vložiti velike napore, ki pa še ne zagotavljajo rešitve problemov.

Minister se je odločil za tak ukrep na podlagi upravnega in strokovnega nadzora. V zaključkih omenjenih nadzorov ni nikjer ugotovitve, da je potrebno porodniško dejavnost opustiti, predlagane pa so izboljšave stanja (s katerimi se strinjamo) na organizacijskem področju. Ob tem ni upošteval nobene od pisnih pripomb, ki so bile posredovane po strokovnih nadzorih. Po upravnem nadzoru za to sploh ni bilo možnosti, saj je bil strokovni svet obveščen o sklepih uro pred ministrovno novinarsko konferenco (ki je bila v Ljubljani) po elektronski pošti.

Perinatalni informacijski sistem Slovenije (PISS) daje že od leta 1993 objektivne podatke o vsakem porodu v vsaki porodnišnici. Po teh podatkih (upoštevanih je veliko parametrov, objavljenih v strokovni literaturi, tako da so dosegljivi) je naša porodnišnica vedno uvrščena v zgornjo tretjino (od 14 porodnišnic). Dogajajo se napa-

ke, tudi usodne. Analizirajmo jih in jih preprečimo!

Minister govori o obstoječi mreži porodnišnic, ob tem pa ne predstavlja podatkov o mreži oziroma vsaj podatkov analize nadzorov obeh gorenjskih porodnišnic (obe sta v zgornji tretjini). Samo širša analiza je lahko podlaga za radikalen ukrep. Taka analiza je bila objavljena ob obisku ministra v bolnišnici in pri gorenjskih županih!

Ministru se zdi, da nismo sposobni vložiti velikega napora v spremembe (strokovne in organizacijske). Trdimo, da v bolnišnici obstaja kritična masa zdravnikov in osebja s pozitivnim odnosom do stanja in potrebnih izboljšav. Dogovarjamo se o strokovni pomoči kolega s klinike, ki bi bil pripravljen prevzeti vodenje.

Trdimo, da je delovanje ginekološko-porodniškega oddelka v sklopu splošne bolnišnice (ob prisotnosti kirurga, internista, pediatra, transfuziologa ...) varnejše. Ne nazadnje se sprašujemo tudi o ekonomski upravičenosti predlaganega ukrepa, ki bi dejavnost le delil na dve ustanovi, ne bi pa pomenil prihranka v smislu zmanjševanja stroškov, kot je npr. vzdrževanje stavb itd.

Opozarjamo na vse večjo centralizacijo v državi, ki se kaže na vseh področjih, tudi na področju zdravstva. V državi ni niti politične volje, pa tudi strokovni vrh ni pripravljen izvesti kategorizacije bolnišnic, prav tako tudi ne delitve dela med sekundarno in terciarno dejavnostjo. ■

Strokovni svet Splošne bolnišnice Jesenice

Pridobivanje koncesij v Mestni občini Ljubljana

Zdravniška zbornica Slovenije si že od julija 1997 prizadeva urediti podeljevanje koncesij za zasebno delo zdravnikov in zobozdravnikov v Mestni občini Ljubljana. Žal po vseh letih to področje ostaja neurejeno. Nedavna odločitev mestnega sveta, da ne podeli koncesij zainteresiranim, ki imajo že v celoti opremljene prostore, pa je bila povod za novinarsko konferenco, na kateri smo javnosti predstavili problematiko dostopnosti pacientov do zdravstvenega varstva na osnovnem nivoju. V nadaljevanju v celoti objavljamo kronologijo prizadevanj Zdravniške zbornice ter sporočilo zdravnikov Zdravniške zadruge Ambulatorium Zeleni trikotnik. Problematika podeljevanja koncesij obstaja tudi v nekaterih drugih lokalnih skupnostih po Sloveniji. Za vse upamo, da se bodo v prihodnosti čim prej uredile, tako v zadovoljstvo bolnikov kot zdravnikov.

Elizabeta Bobnar Najžer

Problematika najema prostorov ter podeljevanja koncesij

Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljnjem besedilu ZZS) si že več kot tri leta prizadeva, da bi lahko zdravniki, ki si želijo opravljati javno zdravstveno službo kot zasebni zdravniki in izpolnjujejo z zakonom določene pogoje, tudi bili zasebni zdravniki.

Osnovni problem, ki se vleče že vsa leta, je dejstvo, da zdravniki, katerim je v preteklih letih MOL podelila koncesijo za opravljanje javne zdravstvene službe, nimajo možnosti za opravljanje te službe najeti obstoječih prostorov v zmogljivostih zdravstvenega doma, ampak morajo angažirati lastna – zasebna sredstva, da si zagotovijo pogoje za delo. Pri tem Zbornica poudarja, da si ves čas prizadeva, da bi v vseh primerih, kjer je glede na razpoložljive prostorske možnosti to možno, teklo izvajanje javne zdravstvene službe tako zaposlenih kot tudi zasebnih zdravnikov v danih prostorih zdravstvenih domov, saj bi bilo to ekonomsko ter z vidika organizacije javne službe smotno. Prostori so bili zgrajeni iz javnih sredstev ter s samopriskrbi in zato je smiselno, da se s tem namenom tudi uporabljajo.

Do letošnjega leta je zdravnikom, ki so izpolnjevali vse pogoje za zasebno zdravniško službo, torej imeli tudi ustrezne prostore (praktično v vseh primerih zasebne), MOL praviloma podelila ustrezno koncesijo, v letošnjem letu pa je 12 kandidatov podelitev koncesije zavrnila. Ob tem se je večina kandidatov znašla v težkem, predvsem finančnem, položaju, saj imajo nove ordinacijske prostore sedaj prazne in ne morejo opravljati programa za javna sredstva.

Štiri zavrnitve podelitve koncesije je Mestna občina Ljubljana utemeljila z ugotovitvijo, da je predlagana lokacija izvajanja koncesije neustrezna, ker bi se zmanjšala dostopnost do zdravstvenega varstva za prebivalce, za katere je prosilec skrbel na svojem dosedanem delovnem mestu v okviru zdravstvenega doma. V enem primeru je bil razlog za zavrnitev podelitve koncesije za področje zobozdravstvenega varstva otrok in mladine v tem, da ta dejavnost kot dejavnost posebnega družbenega pomena zahteva dispanzerski pristop dela, ker je njen precejšen del preventivnega značaja, pa mora ostati v okviru zdravstvenega doma, da se ohranja interdisciplinarni princip skrbi za otroke in mladino. Ena negativna odločba za podelitev koncesije za področje zobozdravstvenega varstva otrok in mladine

je bila utemeljena tako z neustreznostjo predlagane lokacije za izvajanje koncesije kot s posebnim družbenim pomenom te dejavnosti, v enem primeru pa je bilo ugotovljeno, da bi podelitev koncesije onemogočila nemoteno zagotavljanje in izvajanje zobozdravstvenega varstva odraslih v zdravstvenem domu.

Do letošnjega leta in podobnih primerih MOL ni zavračala vlog za podelitev koncesije.

Kronološki pregled dejavnosti in predlogov ZZS pri urejanju javne zdravstvene službe primarnega nivoja na področju MOL

Julij 1997: Zdravniška zbornica, Ministrstvo za zdravje ter Združenje zdravstvenih zavodov uskladijo enotni vzorec koncesijske pogodbe, ki naj bi ga upoštevali vsi podelitelji koncesij.

September 1997: Dogovor na sestanku direktorjev zdravstvenih domov, da ZD Ljubljana in ZZS posredujeta usklajen predlog Pravidnika za najem prostorov Ministrstvu za zdravje.

September 1997: Zbornica posreduje ZD Ljubljana predlog sprememb in dopolnitev osnutka pravilnika ter večkrat povabi direktorja ZD Ljubljana na sestanke za uskladitev. Direktorja ob dogovorjenem terminu nikoli ni bilo.

Marec 1998: MOL sprejme sklep, da se izvede projekt "Ljubljana – glavno mesto RS in sistem zdravstvenega varstva v njem". Dal naj bi tudi odgovore na predmetno problematiko.

April 1998: Zbornica posreduje MOL predlog pravilnika za oddajo prostorov v najem zasebnim zdravnikom ter usmeritve - stališča Zbornice za izvajanje osnovnega zdravstvenega varstva.

Maj 1998: Ker ni odziva s strani mestnih oblasti, Zbornica zaprosi predsednika Sveta MOL, da pomaga pri razrešitvi nastale situacije.

Julij 1998: Predsednik Sveta MOL oblikuje delovno skupino za pripravo pravilnika, v katero povabi predstavnike Sveta MOL, ZZS, ZD Ljubljana, Ministrstva za zdravje, oddelka za zdravstvo MOL in ZZS.

Julij 1998: Delovna skupina sprejme osnovne usmeritve delovanja osnovnega zdravstvenega varstva.

Avгust 1998: Zbornica pripravi za obravnavo na delovni skupini delovno gradivo ter izvede med svojimi člani - zdravniki, zaposleni-

mi v ZD Ljubljana, anketo o pripravljenosti oziroma interesu za opravljanje zasebne zdravniške prakse v okviru javne zdravstvene službe.

September 1998: Sledijo obtožbe ZD Ljubljana in nekaterih predstavnikov mestne oblasti, da Zbornica deluje v nelegitimni delovni skupini ter da ruši ZD Ljubljana.

September 1998: Županja MOL skliče sestanek, na katerega povabi ZZS, Ministrstvo za zdravje, ZD Ljubljana, Odbor za zdravstvo Sveta MOL, predsednika sveta zavoda ZD Ljubljana, oddelek za zdravstvo MOL ter sindikat zdravstva ter socialnega skrbstva. Rezultat sestanka je bil, da naj koordinacijo sestankov zainteresiranih institucij prevzame podžupan, pri čemer naj skupina pripravi usklajen predlog pravilnika za oddajo prostorov ZD Ljubljana koncesionarjem.

Oktober 1998: Usklajevanje stališč in rešitev v predmetnem pravilniku. Od takrat dalje skupina, klub številnim zaprosilom Zbornice, ni bila več sklicana. Kljub številnim prošnjam s strani ZZS, da naj županja sprejme na pogovor predsednika Zbornice, do pogovora, zaradi neodziva županje, do danes ni prišlo.

Marec 1999: Županja izda odredbo o načinu oddajanja poslovnih prostorov v najem in določanju najemnin (veljala naj bi za vse prostore, ki so last oziroma jih upravlja MOL ali od nje pooblaščen organizacije, torej vključno s prostori zdravstvenega doma).

Marec 1999: Zainteresirani kandidati za zdravniško službo naslovijo vloge za najem prostih ordinacij, vendar v aprilu mestna oblast vse vloge zavrne in jih vrne vlagateljem s pripisom, da so brezpredmetne in da se odredba ne nanaša na področje zdravstva.

Zato so v letih 1999, 2000 in 2001 vsi kandidati za zasebno zdravniško službo uredili lastne prostore, investirali izdatna sredstva in nato na podlagi vloge prejeli koncesijo.

V prvi polovici leta 2001 je bil pri mestnih oblasteh ustanovljen Svet javne zdravstvene službe

1. Prva seja Sveta javne zdravstvene službe MOL je bila 05. 07. 2001 - to je bila konstitutivna seja, ki jo skliče in vodi podžupan (županje ni bilo).

2. Na seji je bil predstavljen osnutek gradiva "Analiza zdravstvene dejavnosti v MOL". Pri pripravi tega gradiva niti zasebni zdravniki niti ZZS niso imeli možnosti sodelovali, čeprav so tako predlagali.

3. Gradivo je bilo v načelu ocenjeno kot dobra osnova za nadaljevanje dela, vendar le kot osnova, saj ima precej pomanjkljivosti, napak in tendenciozno prikazuje stanje v korist JZ ZD Ljubljana in v škodo zasebnih zdravnikov oziroma kandidatov za zasebno dejavnost.

4. Predlagani "Poslovniki o delu sveta" ni bil sprejet, ker je bilo nanj preveč pripomb in naj bi bil pripravljen do naslednje seje.

5. Druga seja Sveta je bila 12. 07. 2001, ker se je mudilo zaradi podelitve koncesij prosilcem in bližajočega se razpisa ZZZS za program zdravstvenih storitev. Poslovnika niso pripravili, ker ni bilo časa.

6. Razen za eno zdravnico v splošni medicini, so bile vse koncesije zavrjene.

7. Zapisnik te seje je ZZS dobila šele 13. oziroma 14. 09. 2001 (čež

dva meseca), ko so zdravniki, prosilci za koncesijo, že prejeli sklepe o zavrnitvi svojih vlog za podelitev.

8. Zdravniki vložijo pritožbo na naslednjo raven - županjo.

9. Vse pritožbe so bile zavrjene.

10. Tretja seja Sveta je bila 26. 10. 2001, na kateri ni bilo mogoče ukreniti nič, da se stanje izboljša.

11. Pripravlja se pritožba na sodišče, ki naj presodi domnevno nezakonito ravnanje, v razpravi je tudi predlog za vložitev pritožbe na ustavno sodišče, ki naj presodi zakonitost aktov, ki so bili podlaga za odločanje o vlogah kandidatov. ■

*Asist. Dean Klančič, dr. med.,
predsednik regije zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov pri ZZS*

*Brane Dobnikar, dipl. univ. prav.,
generalni sekretar ZZS*

Zdravstveni dom Izola objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista pediatra

za nedoločen čas, s polnim delovnim časom.

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta,
- specializacija iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije.

Nastop dela po dogovoru.

*Kandidati naslovijo vlogo na: Zdravstveni dom Izola,
Kadrovska služba, Dantejeva 1, 6310 Izola.*

Zdravniška zadruga Ambulatorium Zeleni trikotnik

Sporočilo zdravnikov Zdravniške zadruge Ambulatorium Zeleni trikotnik za tiskovno konferenco pri Zdravniški zbornici glede podeljevanja koncesij za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti kot javne službe v Mestni občini Ljubljana

Zdravniško zadrugo Ambulatorium Zeleni trikotnik z. b. o. smo navedeni zdravniki (v okviru) ustanovili 17. 12. 1997. S prvimi aktivnostmi za ustanovitev smo pričeli že leta 1992. Z gospo županjo Viko Potočnik smo se že v začetku njenega mandata pogovarjali o ustanovitvi stomatološkega centra, ki bi nudil tudi podiplomsko strokovno izobraževanje (na sestanku, ki ga je imel z županja idejni vodja projekta mag. Ignac Groznik, dr. stom.). S pozitivnim mnenjem županje smo pričeli iskati ustrezno lokacijo. Po nasvetu županje in podžupana smo najprej hoteli takšen center zgraditi na lokaciji zraven ZD Fužine (ker je ZD Fužine zgrajen le do polovice). Svetovali so nam, da najprej uredimo nakup zemljišča, potem pa se bomo pogovarjali naprej. Ker nakup zraven ZD Fužine zaradi denacionalizacijskih zahtev ni bil možen, smo opogumljeni s pozitivnim odnosom najodgovornejših v Ljubljani iskali novo lokacijo in jo našli v novogradnji na Savski cesti. V stavbi na Savski 10 smo marca 2000 kupili 450 kvadratnih metrov poslovnih površin za zdravstveno dejavnost. V teh prostorih smo zgradili šest stomatoloških ordinacij, eno demonstracijsko stomatološko ordinacijo, štiri ordinacije za splošno medicino in prostor za zobno tehniko.

Naši cilji

1. Ustanovitev stomatološkega centra z večino stomatoloških dejavnosti oziroma specialnosti na enem mestu (zobne bolezni, protetika, paradontologija, mladinsko zobozdravstvo, ortodontija, zobna tehnika) – združenih bi bilo več zobozdravnikov zasebnikov (s koncesijo), kar bi pomenilo novo kakovost v zobozdravstveni oskrbi občanov Ljubljane (ponavljamo, da je za tak center v začetku svojega mandata podala pozitivno mnenje tudi gospa Vika Potočnik).

2. Zdravniško zadrugo smo želeli organizirati podobno, kot deluje osnovna zdravstvena dejavnost v državah Evropske unije. S tem bi pridobili tudi model, kako organizirati osnovno zdravstveno službo v Sloveniji v bodoče.

3. Razširitev dejavnosti zadruge tudi na področje splošne medicine, kar pomeni dodatno kakovost v zdravstveni oskrbi bolnikov.

4. Ustanovitev učnega centra za podiplomsko strokovno izobraževanje zobozdravstvenih delavcev iz držav nekdanje Jugoslavije. (V ta namen smo se že povezali z njimi in imamo že konkretne ponudbe, prav tako se bomo vključili v projekt Pakt stabilnosti za JV Evropo, ki zdravnikom iz teh držav zagotavlja finančne vire za strokovno izobraževanje. V zvezi s tem so v teku pogovori na Ministrstvu za evropske zadeve in na Ministrstvu za zdravje. S tem bi se povečal ugled tudi mestu Ljubljana, od tujcev, ki bi prihajali na izpopolnjevanje v Ljub-

ljano, pa bi imelo mesto navsezadnje tudi finančno korist.)

5. Razni preventivni programi, kar nam je predlagal sam Oddelek za zdravstvo pri Mestni občini Ljubljana (MOL).

6. Posebna ponudba za diplomatski zbor.

Zamisel o takšnem centru, ki bi bil tudi učni center, smo najprej, preden smo sploh začeli iskati drugo lokacijo, predlagali Zdravstvenemu domu Ljubljana, vendar pa je v ZD Ljubljana ni bilo mogoče uresničiti. Zdravstveni dom Ljubljana je iz povsem realnih praktičnih razlogov negativno odgovoril na našo vlogo za ustanovitev učnega centra, za kar smo dobili mandat od evropskih strokovnih institucij (FDI).

Zaradi uresničitve zamisli o takšnem centru smo člani naše zdravniške zadruge investirali v nove prostore in opremo. V nov center smo investirali za nas ogromna sredstva (okrog 300 milijonov tolarjev), ki smo jih pridobili večinoma s krediti bank na osnovi našega programa. V prostore smo investirali že pred sedanjim predlogom Pravilnika o koncesijah za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti kot javne službe, ki ga je pripravilo Ministrstvo za zdravje, in pred Nacionalnim programom zdravstvenega varstva Republike Slovenije, ki ga je objavilo Ministrstvo za zdravje konec leta 2000. Ponovno poudarjamo, da smo se za to odločili, ker v Zdravstvenem domu Ljubljana ni bilo mogoče najeti ali odkupiti prostorov, ki so potrebni za to dejavnost. Hkrati pa je bilo potrebno v prošnji za koncesijo že navesti točno lokacijo predvidene dejavnosti (po 35. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti).

Do leta 2001 so se koncesije v Mestni občini Ljubljana za opravljanje te dejavnosti redno podeljevale (v skladu z 41. in 42. členom Zakona o zdravstveni dejavnosti), zato smo se tudi odločili za investicijo v zdravstvene prostore. Podeljevanje koncesij je bilo prekinjeno z mnenjem Sveta javne zdravstvene službe Mestne občine Ljubljana, kar pa je bilo šele na koncu postopka za pridobitev koncesije, ko so že vsi kandidati za koncesijo morali investirati v svoje prostore in navesti naslov. Nihče pa pred tem (pred nakupom prostorov) ni obvestil (niti Mestna občina Ljubljana niti Ministrstvo za zdravje) Zdravniške zbornice Slovenije ali kandidatov za koncesijo, da bo podeljevanje koncesij izven zdravstvenega doma popolnoma prekinjeno.

Po izgradnji našega centra, ko smo končno pridobili naslov, ki je eden od pogojev za vlogo za koncesijo, smo štirje člani zadruge (Majda Grebenc Gregorčič, Ignac Groznik, Vojka Kostevc, Majda Senekovič) zaprosili za logično pričakovano koncesijo za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti kot javne službe, ki pa nam je bila brez **resnih strokovnih in ekonomskih argumentov** zavrnjena. S to odločitvijo je nekatere člane naše zadruge MOL postavila v izredno nezavidljiv socialnoekonomski položaj.

Člani Zdravniške zadruga Ambulatorium Zeleni trikotnik

Majda Grebenc Gregorčič, dr. stom.,
 mag. Ignac Groznik, dr. stom.,
 Pavel Groznik, dr. stom.,
 Leon Herman, dr. stom.,
 Vojka Kostevc, dr. med., spec. splošne med.
 prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom.,
 Majda Senekovič, dr. stom.,
 Vladimir Senekovič, dr. med., spec. kirurg
 Adela Stecher, dr. med., spec. anesteziolog

Pri tem moramo navesti naslednja dejstva:

1. Vsi štirje člani naše zadruga, ki smo zaprosili za koncesijo, smo zaposleni v ZD Ljubljana za nedoločen čas in smo s tem po sedaj veljavni zakonodaji v mreži javne zdravstvene službe. Po dosedanji zakonodaji je koncesija vezana na vsakega posameznega zdravnika, ki je v mreži (tudi v zdravstvenem domu), in se je koncesija po dosedanji pravni praksi do obravnavanja naših vlog avtomatsko podelila vsakemu, ki je izpolnjeval pogoje. S tem, da nam MOL ni podelila koncesija, nas je postavila v diskriminatoren, neenakopraven pravni položaj napram vsem dosedanjim prosilcem, ki jim je bila koncesija odobrena.

2. Vsi smo pridobili pozitivna mnenja Zdravniške zbornice, Zavoda za zdravstveno zavarovanje in Ministrstva za zdravje, ki jih pojmuje kot strokovna mnenja in na podlagi katerih bi nam morala biti dodeljena koncesija.

3. Razmerje med zasebnimi zobozdravniki koncesionarji in zaposlenimi zobozdravniki v Sloveniji je 50 : 50. To razmerje je v Ljubljani veliko slabše za zobozdravnike koncesionarje.

4. ZD Ljubljana smo predlagali različne oblike sodelovanja in izkoriščanja skupnih kapacitet, vendar nismo dobili pozitivnega odgovora.

5. Lokacija na Savski 10 ustreza vsem zahtevam glede mirujočega prometa (dovolj parkirišč) in dostopnosti z mestnim avtobusom (proge v bližini: 2, 7, 12, 17, 19, 22). V bližnji okolici te lokacije ni nobenih drugih zdravstvenih ustanov, področje pa se stanovanjsko tudi zelo hitro širi, zato menimo, da smo z lokacijo našega centra izboljšali dostopnost do zdravstvene službe. Obrazložitev v naših negativnih odločbah glede podelitve koncesije, da je lokacija neprimerena, je po našem mnenju milo rečeno neobjektivna. Ob tem moramo poudariti, da si nobeden od zaposlenih na Odboru za zdravstvo MOL sploh ni vzel časa, da bi si prišel ordinacije ogledat.

6. Ordinacije v našem centru so narejene in opremljene po visokih strokovnih normativih, za konzultacije (tudi mednarodne) bo na voljo najnovejša računalniška oprema (z digitalnimi kamerami in prenosom slike).

7. Ministrstvo za zdravje pripravlja pravilnik, po katerem naj bi se koncesije podeljevale predvsem zdravnikom zasebnikom za zasebno delo v prostorih zdravstvenega doma. To je bil že pred leti naš predlog, vendar pa ga predvsem zaradi prostorske stiske v ZD Ljubljana in zaradi negativnega stališča vodilnih v ZD do zasebnega dela ni bilo mogoče uresničiti.

8. Z našim odhodom v svoje prostore bi se tudi sprostile capaci-

tete v ZD, tako da bi v ZD končno lahko začeli uvajati evropski delovni čas (sedanji delovni čas zdravnikov v ZD je od 7. do 13. ure oziroma od 13. do 19. ure).

Podporo za izgradnjo našega centra so podali:

1. Županja mesta Ljubljana gospa Vika Potočnik, ki je tudi podelila plaketo mesta Ljubljana za leto 2001 prof. dr. Rodetu za organizacijo podiplomskega izobraževanja stomatologov iz celotne Evrope v Ljubljani.

2. Gospodarska zbornica Slovenije.

3. Ministrstvo za evropske zadeve.

4. Svetovni kongres FDI v Kuala Lumpurju leta 2001.

5. Zdravniška zbornica Slovenije, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Ministrstvo za zdravje preko pozitivnih mnenj za podelitev koncesije našim članom.

6. Izvršilni odbor Stomatološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva.

Člani Zdravniške zadruga Zeleni trikotnik predlagamo:

1. Podelitev koncesij vsem, ki imajo izpolnjene pogoje, ki so bili potrebni za pridobitev koncesij do sedaj (izpolnjeni splošni pogoji glede izobrazbe in last ali najem ordinacije).

2. Spremenjeno podeljevanje koncesij naj se prične takrat, ko bo pripravljen nov sistem podeljevanja koncesij, ki ga pripravlja Ministrstvo za zdravje. Vsekakor pa se morajo v prehodnem obdobju izvesti tisti, ki so že dokazano investirali v prostore za opravljanje zdravstvene dejavnosti pred objavo Nacionalnega programa zdravstvenega varstva Republike Slovenije.

3. Da Zdravniška zbornica Slovenije predstavi vrednost investicije, ki je za bolnike sedaj žal neizkoriščena, posameznim članom naše zadruga pa predstavlja eksistenčno ogroženost, Ministrstvu za zdravje, Vladi Republike Slovenije, Državnemu zboru, mednarodnim zdravniškim organizacijam in institucijam Evropske unije, ki skrbijo za organizacijo zdravstvenega varstva. ■

*Mag. Ignac Groznik, dr. stom.,
 predsednik Zdravniške zadruga Ambulatorium Zeleni trikotnik*



Nov koncept zdravstvenega sveta

France Cukjati

Nič več avtoriteta za področje medicinske doktrine, ampak posvetovalni organ za vprašanja organizacije in financiranja zdravstva

“Strokovne podlage za oblikovanje zdravstvene politike in doktrinarna vprašanja usklajuje zdravstveni svet kot republiški strokovni kolegij, ki se oblikuje pri ministru, pristojnem za zdravstvo, iz predstavnikov razširjenih strokovnih kolegijev, medicinske fakultete in pristojnih zbornic.”

(1. odstavek 75. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti, Ur. l. RS 9/92).

To sestavo zdravstvenega sveta (iz predstavnikov razširjenih strokovnih kolegijev (RSK), Medicinske fakultete in zbornic) je že leta 1993 uresničil takratni minister za zdravstvo doc. dr. Božidar Voljč, ki je s tem na področju medicinske stroke zdravstvenemu svetu dodelil najvišjo avtoriteto v državi. Leta 2000 je takratni minister Andrej Bručan, dr. med., zdravstveni svet dopolnil s predstavnikom ministrstva, tako da ga je sestavljalo 15 članov: 11 predstavnikov RSK-jev in po en predstavnik medicinske fakultete, ministrstva za zdravstvo in zdravniške ter lekarniške zbornice.

Sedanji minister dr. Dušan Keber pa je radikalno posegel v sestavo in vsebino dela zdravstvenega sveta (glej Pravilnik o Zdravstvenem svetu, Ur. l. RS št. 88/2001 z dne 9. 11. 2001). Po novem bo njegova sestava naslednja:

- 8 članov s področja zdravstvenega varstva,
- 4 člani s področja javnega zdravstva, upravljanja zdravstvenega varstva, zdravstvene epidemiologije in informatike,
- 3 člani s področja zdravstvene ekonomike in zavarovalništva.

Prvih 8 članov predlagajo Medicinska fakulteta, Fakulteta za farmacijo, Slovensko zdravniško društvo, Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica, Zbornica zdravstvene nege, Klinični center in drugi. Ostalih 7 članov pa predlagajo Inštitut za varovanje zdravja, Zavod za zdravstveno zavarovanje in Združenje zdravstvenih zavodov.

V zdravstvenem svetu ni več prostora za razširjene strokovne kolegije, za predstavnike kirurgije, interne medicine, ginekologije, splošne medicine, stomatologije itd. Celotne njihove predloge bo zdravstveni svet obravnaval le, če bodo posegali na področje zdravstvene politike in financiranje zdravstva. Nihče več torej ne more pričakovati, da bo zdravstveni svet kot najvišji strokovni organ v državi arbitrarno odločal in potrjeval smernice, načela, pravila, algoritme... diagnostičnih in terapevtskih postopkov. Zdravstveni svet ni več namenjen temu, da bi (v skladu s še veljavnim zakonom) usklajeval doktrinarna medicinska vprašanja in s tem v spornih primerih av-

toritativno postavljati kriterije, na podlagi katerih bi lahko ministrstvo neko zdravniško storitev opredelilo za strokovno napako.

In tako je tudi prav.

Sedanji minister je, kot kaže, spoznal, da njegova naloga ni reševati, postavljati ali štiti doktrinarnih vprašanj ali celo presojeti, kdaj je neka storitev strokovno pravilna ali napačna. Naloga državne politike je, da skrbi za organizacijo in financiranje zdravstva, strokovna vprašanja pa so v pristojnosti "civilne" stroke. Kot je sodstvo samostojna veja oblasti, tako mora biti tudi medicinska stroke samostojna, daleč od nepredvidljive muhavosti dnevne politike. Biti mora neodvisna od političnih ali finančnih pritiskov. Tega se mora zavedati tudi zdravništvo (na fakulteti, v društvu, v Zbornici in na klinikah), da v nov zdravstveni svet ne bo predlagalo strokovnih avtoritet s področja "diagnostike in terapije", ampak le strokovnjake za organizacijo in financiranje zdravstva.

Ob teh obsežnih, a pozitivnih spremembah zdravstvenega sveta se moramo zavedati tudi novih nalog, ki čakajo slovensko zdravništvo. Prazen prostor, ki je nastal, bo treba čimprej zapolniti. Zbornica, društvo, fakulteta in RSK-ji bodo morali čimprej oblikovati novo strokovno avtoriteto, nov najvišji strokovni organ v državi, ki bo na področju medicinske doktrine sposoben sprejeti breme najvišje avtoritete v državi. ■

Zdravstveni dom Ljubljana objavlja prosto delovno mesto
zdravnika

za določen čas v enoti Moste - Polje.

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta,
- 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.

Človekove pravice ljudi z duševnimi motnjami

Vesna Švab

Svetovna zdravstvena organizacija v svojem zadnjem sporočilu ob dnevu duševnega zdravja, ki je letos posvečeno zakonodaji, v uvodnem delu govori o tem, da v večini držav obstajata na tem področju dve težnji. Prva, politična, skuša urediti predpise v zvezi s sprejemom in zdravljenjem proti bolnikovi volji, kar se pri nas kaže v dolgotrajnem sprejemanju zakona o duševnem zdravju, ki ureja to področje. Nova zakonodaja predvideva omejitev sprejemov in dolžine bivanja v bolnišnicah z ostrejšimi regulacijami ob sprejemih in z zagovorništvom v psihiatričnih bolnišnicah. Druga težnja prihaja s strani strokovnjakov in svojcev ljudi z duševnimi motnjami, ki skušajo zagotoviti pravočasno in učinkovito zdravljenje tudi takrat, ko bolnik temu nasprotuje, če je njegovo psihično stanje takšno, da ne more presoditi, kakšno pomoč potrebuje. Ti dve težnji sta si v navidezem nasprotju. Odnos javnosti, ki je pod vplivom medijskega poročanja o duševnih motnjah, je razdvojen: pojavlja se zgroženost pred zapiranjem ljudi, romantično prepričanje, da bi lahko bolnike ozdravili le tako, da bi jih osvobodili, in hkrati pritiski, da bi ljudi, ki naj bi bili zaradi svoje duševne motnje nepredvidljivi, zaprli in odstranili iz kroga "normalnih". Večina teh nasprotujočih si pozivov je ideoloških, kar pomeni, da skušajo problem rešiti na splošno, za vse ljudi z duševnimi motnjami, čeprav je očitno individualen. Večina ljudi z duševnimi boleznimi lahko živi samostojno, nekateri potrebujejo občasno intenzivno skrb in redki nepretrgano varovanje.

V procesu sprejemanja zakonodaje o duševnem zdravju je treba javno spregovoriti o vseh kršenjih pravic ljudi z duševnimi motnjami, zato da bo zakonodajalec na problem lahko odgovoril kompleksno in upošteval mnenja stroke, bolnikov in njihovih svojcev.

Kršitve pravic bolnikov izhajajo iz stigmatizacije – ožigosanja ljudi z duševnimi motnjami. Ožigosanje je najbolj očitno v filmski industriji, ki nepretrgano in odločno predstavlja duševne bolnike kot morilce ali bebce. Razlogi za širjenje teh zmotnih prepričanj so kompleksni. Svetovna zdravstvena organizacija in Svetovna zveza psihiatrov, ki sta v zadnjih letih sprožili široko antidiskriminacijsko gibanje po celem svetu, opozarjata, da ožigosanje ljudi z duševnimi boleznimi izhaja pretežno iz neznanja. Poznavanje vzrokov, znakov, posledic in uspehov zdravljenja duševnih motenj bistveno zmanjša izločevanje. Neznanje je tudi razlog za otopelost in nedejavnost v psihiatričnih in socialnih institucijah, kjer zdravijo in skrbijo za ljudi s hudimi duševnimi motnjami. Občutek nemoči, zaradi katerega izgoreva osebje v teh službah, pa je v veliki meri tudi posledica pogostih ponovnih poslabšanj bolezni in posledično sprejemov v bolnišnico, zaradi česar se zdi, da so uspehi zdravljenja slabi. Razlogi za pogosto vračanje bolnikov in dolgotrajno bivanje v bolnišnicah so jasni – najdemo jih v očitno pomanjkljivem in nezadostnem spremljanju pacientov zunaj bolnišnic. V Sloveniji lahko govorimo o skrajni neodgovornosti zdravstvenega sistema, ki zagotavlja pomoč ljudem s hudimi duševnimi motnjami v glavnem le takrat, ko je že prepoz-

no. Bolnik s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami ima zunaj bolnišnic malo podpore. Zdravijo se lahko v psihiatričnih dispanzerjih, kjer se na kontrolnih pregledih pogovorijo s psihiatri v povprečju enkrat mesečno, večinoma manj kot deset minut. Obiski na domu so izjemni, le ob hudih poslabšanjih stanja. Tudi za te nujne posege na bolnikovem domu morajo svojci velikokrat dolgo prositi za zdravniški pregled ali patronažni obisk. Ne poznamo delovne terapije na domu, nimamo usposobljenih patronažnih sester, ki bi imele pooblastila in znanje za ustrezno ukrepanje. Obiski pri psihologu in psihoterapevtsko zdravljenje so pri hudih duševnih motnjah prej izjema kot pravilo. Zdravnik obišče bolnika na domu praviloma zaradi vztrajanja svojcev in sosedov, ko je kriza že tako huda, da ogroža bolnika in njegove bližnje. Nekaj pomoči nudijo nevladne organizacije, ki se ukvarjajo z rehabilitacijo, vendar je ta pomoč omejena na socialne intervencije in svetovanje, saj nimajo nikakršne pomoči zdravstvene stroke. Glede na svoje kadrovske in finančne omejitve ter omejene pristojnosti lahko prevzemajo skrb le za zelo omejeno število bolnikov.

Posledice pomanjkljive in pretrgane skrbi so zanemarjenost, odričenost, neredno prejemanje zdravil in poslabšanja zdravstvenega stanja bolnikov. Razloge za prepozno pomoč vidim v krepitvi institucionalnih oblik skrbi – bolnišnica in ambulantni psihiatri naj bi bili sposobni odgovoriti na vse krize, zato se sredstva vlagajo v obnavljanje in gradnjo novih bolnišnic, medtem ko se zdravljenje v domačem okolju zanemarja in celo krči; v pomanjkanju splošnih zdravnikov, ki jih imamo bistveno manj kot na primer v Bolgariji in na Hrvaškem, ki sta sicer ekonomsko slabše razviti; v podhranjenosti osnovnega zdravstvenega varstva; v slabi koordinaciji med zdravstvenimi in socialnimi službami. Sliko dopolnjuje neredno in zakonsko neurejeno financiranje nevladnih organizacij, ki delajo na področju rehabilitacije – svoje poslanstvo spremljanja in podpore tako lahko izvajajo le v zelo omejenem obsegu in brez zadostnega števila usposobljenih kadrov.

Ob pomanjkljivem spremljanju in skrbi je problem sprejema proti volji le obrobna težava večine bolnikov in njihovih svojcev. Poleg tega je to tudi težava, ki se pojavlja prav zaradi pomanjkljive in neustrezne skrbi in spremljanja. V državah, kjer so pomoč, zdravljenje in spremljanje pacientov v skupnosti dobro organizirani in pregledni, je sprejemov pacientov proti njihovi volji manj.

Nekateri (redki) bolniki s hudimi duševnimi motnjami potrebujejo nepretrgano institucionalno skrb: v vseh državah sveta in v vseh družbenih okoljih. Varstvo za to skupino bolnikov naj bi pri nas zagotavljali nekateri socialni zavodi. Razmere, kadrovska zasedba in okolje v teh zavodih se izboljšujejo. Ob teh izboljšanjih pa so ti zavodi interno in menda po navodilu varuha človekovih pravic spreminili svoje pravilnike tako, da sprejemajo le tiste bolnike, ki se s tem strinjajo in ki sami pristanejo na odvzem opravilne sposobno-

sti. Absurdnost te zahteve je dobro razvidna, vendar ne glede na to, po nekakšnih kafkovskih principih, velja. Ta pravila dejansko pomenijo, da za najbolj bolne, najbolj prizadete in ovirane ni več mogoče najti zatočišča. Država jih je potisnila v bolnišnice – dokler je v njih še kaj prostora, potem pa na ceste, kjer je možnost njihovega preživetja majhna.

Na naraščajoče probleme na področju skrbi za ljudi s hudimi duševnimi motnjami je potrebno odgovoriti nemudoma. Bolnišnice so prenapolnjene, dolžina bivanja v bolnišnicah se krajša, število ambulantnih pregledov narašča. Podobno kot v drugih državah. Da bomo lahko na problem pravočasno in ustrezno odgovorili, je potrebno načrtovati razvoj služb za duševno zdravje. Osnova za takšno načrtovanje je lahko le resna ocena potreb po službah za duševno zdravje v naši državi – vsaj za tiste bolnike, ki so pomoči najbolj potrebni, to so bolniki s hudimi duševnimi motnjami – in ustrezna zakonska osnova za premik teže skrbi iz institucij v skupnost. Že nekaj let predlagamo, da bi ta proces začeli z ustanovitvijo medresorske (socialno-zdravstvene) skupine usposobljenih strokovnjakov in uporabnikov (bolnikov in svojcev), ki bi v skladu s potrebami načrtovala, nadzirala in ocenjevala delovanje služb za duševno zdravje. Te so po svoji naravi sestavljene iz strokovnjakov različnih strok – medicinskih in socialnih. Določiti je treba normative in standarde za skupnostne zdravstvene in socialne službe, zagotoviti preglednost njihovega delovanja in oceniti njihovo delo.

Pozivam k temu, da se tudi v naši državi oblikuje tesno povezan in pacientom naklonjen sistem socialnih in psihiatričnih služb ter služb osnovnega zdravstvenega varstva. Za to reformo potrebujemo politično voljo in pripravljenost za neposredno komunikacijo med izvajalci, uporabniki in tistimi, ki o sistemu odločajo.

Zakonodajalca in komisije, ki pripravljajo novo zakonodajo na področju duševnega zdravja, opozarjam, da naj upoštevajo dejanske potrebe pacientov in naj nanje odgovorijo z ustreznimi zakonskimi določbami. Oblikovanje zakona o zaščiti pacientov pred sprejemom proti volji pomeni obravnavanje posledic in ne vzrokov za naraščajoče težave na področju duševnega zdravja. Kot zdravnik se vsakodnevno srečujem s pacienti, ki se zatekajo v bolnišnico zaradi pomanjkanja pomoči po odpustu, in to ocenjujem kot hudo kršitev njihovih pravic do zdravljenja in do rehabilitacije, kot so opredeljene v zakonu o zdravstvenem varstvu.

Svoje mnenje dopolnjujem z zaključki delovnega srečanja Psihiatrija v skupnosti v Psihiatrični bolnišnici Idrija, ki ga je organizirala skupaj s Slovenskim združenjem za duševno zdravje ŠENT 26. 4. 2001. Srečanje smo pripravili v sklopu prireditev ob svetovnem dnevu duševnega zdravja, vodil ga je predstojnik idrijske bolnišnice prim. dr. Jože Felc. Udeležili so se ga predstavniki nevladnih organizacij (ŠENT, VEZI), centrov za socialno delo iz primorske regije, zdravniki in sestre iz idrijske psihiatrične bolnišnice, vodja službe v socialnem zavodu Dutovlje in predstavnica Zavoda za zaposlovanje iz Kopa.

Zaključki posveta:

Skupnostno skrb za psihiatrične bolnike lahko definiramo kot skupinski pristop k obravnavi, v katerem enakopravno sodelujejo vsi udeleženci: bolniki, svojci in skrbniki, socialni delavci, psihiatri, zdravniki v osnovnem zdravstvenem varstvu, patronažne medicin-

ske sestre in osebje nevladnih rehabilitacijskih služb.

Ministrstva oblikujejo politiko na področju duševnega zdravja ekskluzivno – to pomeni, da izključujejo znanja in sodelovanje različnih strok. Opozarjamo na posledice pomanjklivega sporazumevanja, ki nas ovira pri ustrezni skrbi. Ponovno pozivamo k oblikovanju medsektorske komisije, ki bo omogočila načrtovanje in nadzor nad službami za duševno zdravje pri nas. Na nujnost sodelovanja nas opozarjajo tudi mednarodne institucije (SZO, WAPR – World Association for Psychosocial Rehabilitation).

Pozivamo k oblikovanju interdisciplinarnih delovnih skupin, ki naj omogočijo načrtovanje skrbi za vsakega bolnika posebej.

Pozivamo, da se z zakonom uredi invalidski status bolnikov s hudimi duševnimi motnjami, ki zaradi tega, ker njihova bolezen navadno nastopi v obdobju doraščanja ali v zgodnji odrasli dobi, ne morejo pridobiti dovolj delovnih let, da bi dobili pravico do invalidske upokojitve.

Opozarjamo, da smo z evalvacijo dokazali, da so skupnostne službe za podporo bolnikom, ki so pod skrbništvom, učinkovite pri skrbi za kakovost življenja bolnikov in da so cenejše kot državna zavodska ali bolnišnična oskrba.

Osebe, ki dela v skupnostnih službah, potrebuje in pričakuje pomoč psihiatrije. Predlagamo, da že v času hospitalizacije sodelavci v skrbi obvezno naredijo rehabilitacijski načrt za posameznega bolnika, v katerem načrtujejo skrb tudi po odpustu iz bolnišnice.

Do naslednjega srečanja bo izbrana delovna skupina pripravila osnutek za tak načrt, ki ga bodo začeli uporabljati v idrijski in ljubljanski psihiatrični bolnišnici. Pripravljeni načrt bo vseboval tudi pisno privolitev bolnika, da sodeluje v sprejetem rehabilitacijskem procesu.

Pomladi letos sta delegaciji Svetovne zdravstvene organizacije in Evropske zveze psihiatrov obiskali sedež Slovenskega združenja za duševno zdravje ŠENT v Ljubljani. Obe delegaciji sta izrazili navdušenje nad našim delom in izrazili zaskrbljenost zaradi neurejenega financiranja naših služb. Poudarili so, da so v tujini (Danska, Nizozemska) podobne skupnostne službe vključene v sistem državnih zdravstveno-socialnih služb in da pričakujejo, da bo razvoj podobno potekel tudi pri nas. Predsednica evropske komisije je pozvala ministra za zdravje, da vpliva na izboljšanje povezovanja med psihiatričnimi in skupnostnimi službami. Izrazili so tudi zaskrbljenost zaradi pomanjkanja interesa za skupnostno psihiatrijo in zaradi nemožnosti kriznih intervencij na bolnikovem domu ter v prehodnih ustanovah, ki jih pri nas pravzaprav ni. ■



Dejavniki tveganja in stopnja ogroženosti z boleznimi srca in ožilja

Ljiljana Slejko

Uvod

V zadnjih letih vse več govorimo in pišemo o preprečevanju bolezni srca in ožilja. Zavedamo se, kako pomembno je zmanjšati tveganje za nastanek najhujših oblik koronarne in drugih vrst aterosklerotične žilne bolezni ter na ta način zmanjšati prezgodnjo invalidnost in umrljivost ter podaljšati preživetje. Zdravniki, zaposleni v medicini dela, se moramo zavedati, da s takšnim preprečevanjem lahko ohranimo delavčevo zdravje in s tem tudi njegovo sposobnost za delo. Po sprejetju novega zakona o invalidskem in pokojninskem zavarovanju se je zvišala starostna meja za upokojitev. V kolikor ne bomo spremenili našega sedanjega načina življenja, bomo upokojitev težko dočakali.

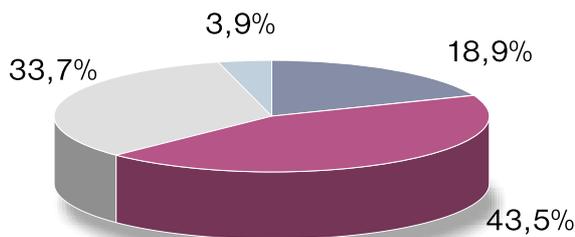
Material in metoda

V letu 2000 smo v ambulanti pregledali 2.045 aktivnih prebivalcev dolenjske regije, od tega 1.618 (79,1 odstotka) moških in 427 (20,9 odstotka) žensk.

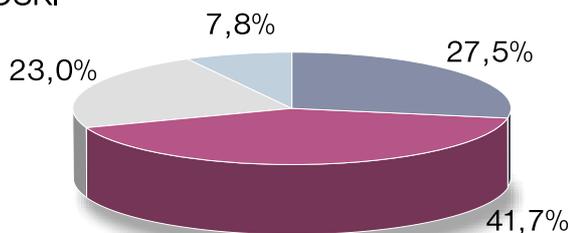
Povprečna starost pregledanih je 36,8 let.

GRAF 2: ZASTOPANOST PREGLEDANIH OSEB PO STAROSTNIH SKUPINAH IN SPOLU

ŽENSKE



MOŠKI



■ 21-30 ■ 31-40 ■ 41-50 ■ 51-60

Zdravniški pregled je vključeval anamnezo, antropometrijske meritve (višina, teža), klinični pregled in laboratorijski odvzem krvi. Stanje prehranjenosti smo določili z ITM (indeks telesne mase) = kg/m².

Čezmerno telesno težo imajo tisti pregledani, pri katerih je ITM > 25.

Pregledane osebe smo klasificirali, da imajo visoko raven holesterola v krvi, če jim je izmerjena serumska raven holesterola presešla 5 mmol/l.

Vrednost HDL-holesterola smo opredelili za patološko, če je znašala < 1,2 mmol/l.

Pri določanju zvišanega krvnega sladkorja smo upoštevali vrednost > 5,6 mmol/l.

Visok krvni tlak smo beležili, če je bilo povprečje vsaj treh meritev krvnega tlaka nad 140 mmHg sistolično ali 90 mmHg diastolično.

Za kadilce smo opredelili vse osebe, ki redno kadijo.

Telesno dejavnost smo določili na osnovi vprašalnika. Telesno dejavne so osebe, ki se s telesno dejavnostjo ukvarjajo več kot 3-krat tedensko po več kot 30 minut.

Globalno ogroženost pregledanih oseb z BSO (bolezni srca in ožilja) smo določili s pomočjo "Vprašalnika o stopnji ogroženosti", ki je sestavni del zloženke "Nevarnosti za srce in ožilje" avtorjev doc. dr. R. Accetto, dr. med., in asist. M. Bulc, dr. med. Stopnja ogroženosti smo ovrednotili s seštevkem vseh dejavnikov tveganja: spol in starost, družinska obremenjenost, krvni tlak, kajenje, holesterol (skupni in HDL), sladkorna bolezen, rekreativna telesna dejavnost in telesna teža (ITM).

Vse pregledane osebe smo seznanili o njihovi stopnji ogroženosti z boleznimi srca in ožilja.

Posameznikom, ki so glede na vprašalnik srednje ogroženi, smo svetovali upoštevanje načel zdravega življenjskega sloga s poudarkom na dejavnikih, ki posameznika najbolj ogrožajo (ustno in pisno svetovanje – brošure, članki, zloženke).

Tiste posameznike, ki jih bolezni srca in ožilja zelo ogrožajo, smo napotili izbranemu osebnemu zdravniku v nadaljnjo obravnavo.

Rezultati:

Krvni tlak

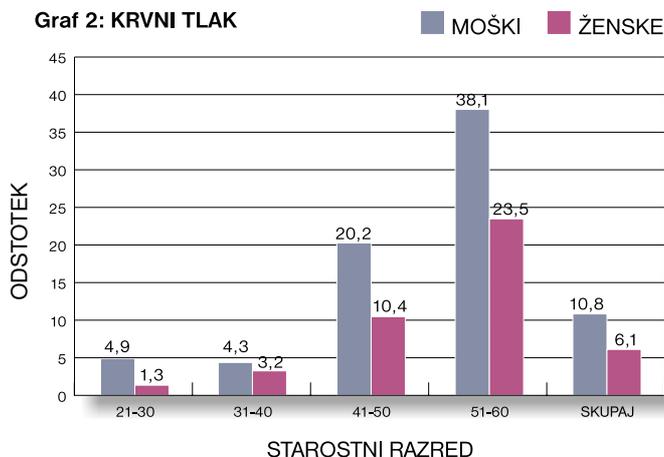
Pri 10,7 odstotka moških in 6,1 odstotka žensk smo zabeležili zvišan krvni tlak. Delež se zvišuje s starostjo pri moških in pri ženskah (graf 2).

Holesterol v krvi

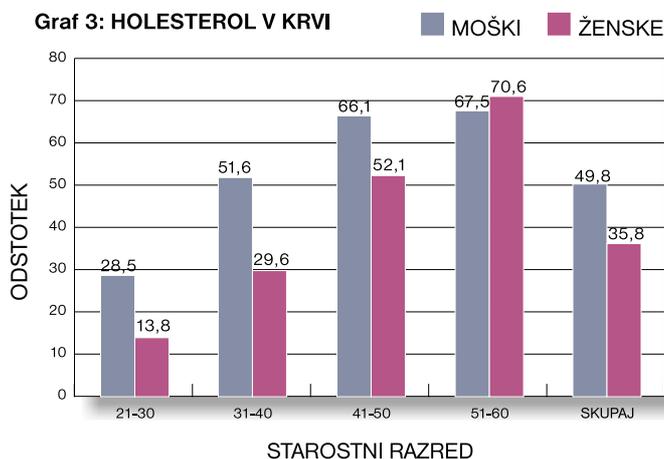
Iz rezultatov je razvidno, da ima 49,8 odstotka pregledanih moških in 35,8 odstotka pregledanih žensk zvišan skupni holesterol v krvi.

Delež pregledanih z zvišanim holesterolom pri moških narašča že po 30. letu starosti, pri ženskah pa po 40. letu starosti (graf 3).

Graf 2: KRVNI TLAK

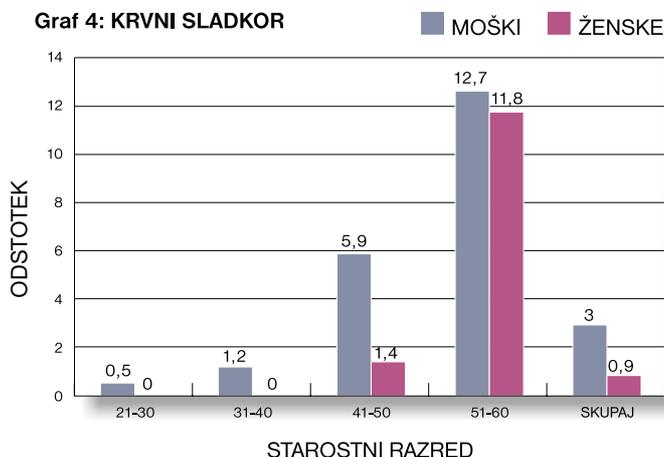


Graf 3: HOLESTEROL V KRVI

**Krvni sladkor**

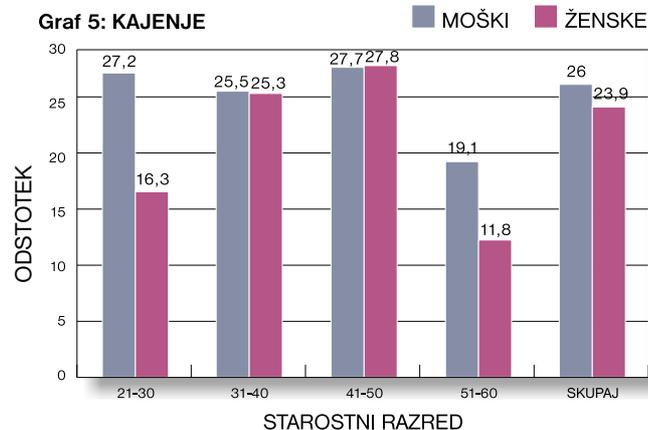
Pri pregledanih smo ugotovili majhno število takih z zvišanim krvnim sladkorjem, in to v starostni skupini nad 50 let. Obstaja razlika med spoloma (graf 4).

Graf 4: KRVNI SLADKOR

**Kajenje**

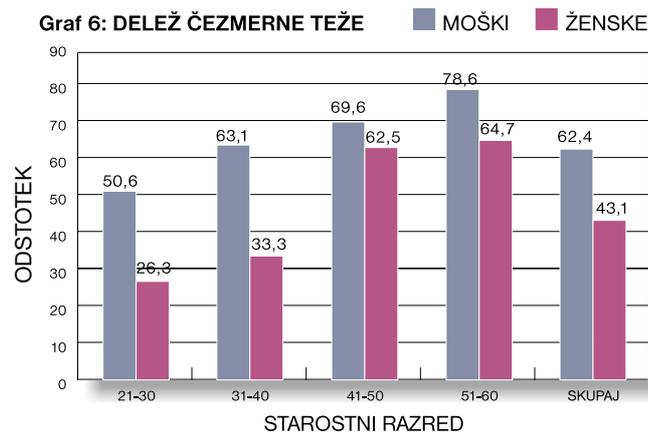
Delež kadilcev je še vedno velik (25,9 odstotka moških in 23,9 odstotka žensk) z incidenco upadanja po 50. letu starosti (graf 5).

Graf 5: KAJENJE

**Stanje prehranjenosti**

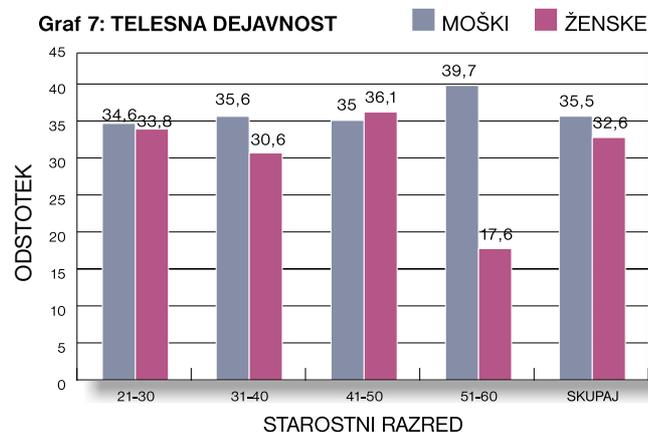
62,4 odstotka moških in 43,1 odstotka žensk je čezmerno prehranjenih. Pri moških je ta delež velik že pri 20. letu starosti, pri ženskah pa po 40. letu (graf 6).

Graf 6: DELEŽ ČEZMERNE TEŽE

**Telesne dejavnost**

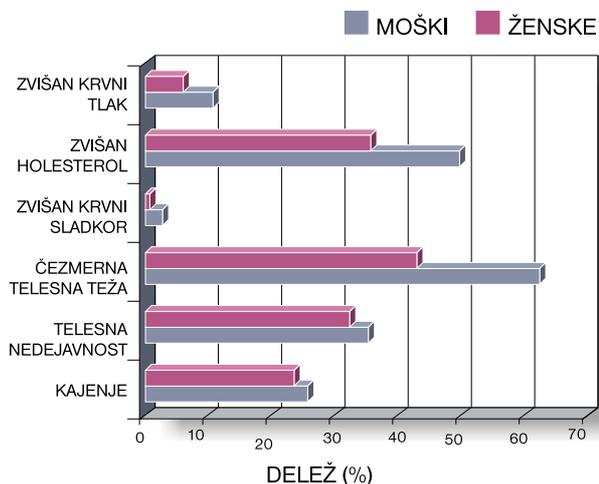
Zelo spodbuden je podatek, da je večina pregledanih telesno dejavnih (graf 7).

Graf 7: TELESNA DEJAVNOST

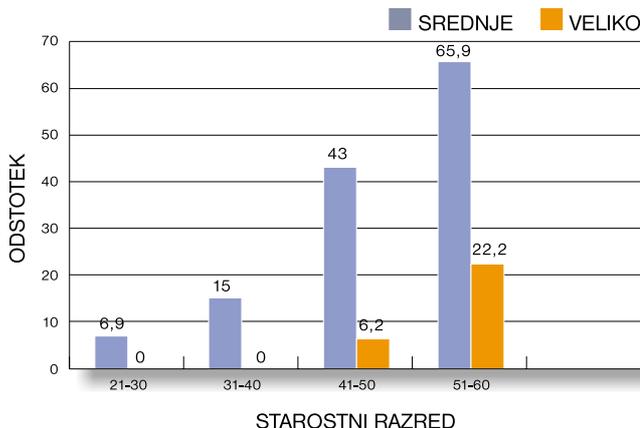


Prevalenco dejavnikov tveganj v pregledani populaciji prikazuje graf 8.

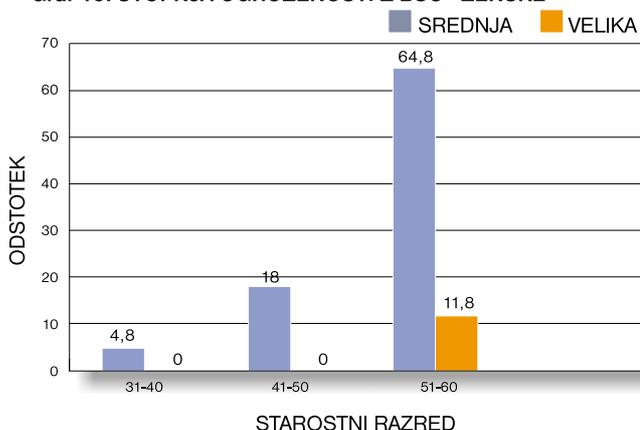
Graf 8: PREVALENCIA DEJAVNIKOV TVEGANJA



Graf 9: STOPNJA OGROŽENOSTI Z BSO - MOŠKI



Graf 10: STOPNJA OGROŽENOSTI Z BSO - ŽENSKE



Stopnja globalne ogroženosti je prikazana na grafih 9 in 10.

Iz rezultatov je razvidno, da so moški bistveno prej in bolj ogroženi z BSO.

Srednje tveganje, da bodo v naslednjih 10 letih zboleli za koronarno boleznijo, je prisotno že pri moških, starih od 20 do 29 let (6,9 odstotka). V starosti od 50 do 59 let pa je srednje tveganje prisotni že pri 65,8 odstotka zaposlenih.

Veliko tveganje je prisotno že v starosti od 40 do 49 let (6,2 odstotka) in narašča do 22,2 odstotka v starosti od 50 do 59 let.

Na podlagi teh podatkov lahko ocenimo, da bo v naslednjih 10 letih 71 moških zbolelo za koronarno boleznijo.

Pri ženskah je stanje nekoliko milejše. Zelo ogrožene s koronarno boleznijo postanejo po 50. letu starosti (v našem primeru samo 2 osebi). V isti starostni skupini je 67,7 odstotka žensk srednje ogroženih.

Iz teh podatkov lahko ocenimo, da bo v naslednjih 10 letih 7 žensk zbolelo za koronarno boleznijo oziroma skupno 78 oseb.

Zaključek

Prikazani rezultati kažejo, da so dejavniki tveganja (v pregledanem vzorcu aktivnega prebivalstva) prisotni v velikem odstotku, kar je zaskrbljujoče. Posebej izstopajo: čezmerna telesna teža, zvišan holesterol v krvi in kajenje.

Ocena ogroženosti s koronarno boleznijo je pokazala, da živijo moški bolj tvegano kot ženske. Pri njih se ogroženost pomembno poveča po 40. letu starosti, pri ženskah pa po 50. letu starosti. Ker se starostna meja za upokožitev zvišuje, je pričakovati zmanjšano delovno zmoglost oziroma invalidnost aktivnega prebivalstva.

Literatura:

- Študija dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni v Ljubljani. Zdrav. Var. 1992; 3-4: 64-71.
- Accetto R., Bulc M. Nevarnosti za srce in ožilje. Zloženka. Slovensko zdravniško društvo, Krka 1999. Novo mesto.
- Accetto R., Dobovšek J. Slovenske smernice za obravnavanje bolnikov z arterijsko hipertenzijo. Ljubljana, Sekcija za arterijsko hipertenzijo, SZD 2000.
- Prevenirna koronarne bolezni v klinični praksi, Povzetek priporočil Druge skupne delovne skupine evropskih in drugih združenj za koronarno preventivo, Krka.

Splošna bolnišnica Celje objavlja prosta delovna mesta

dve delovni mesti zdravnikov specialistov s področja ginekologije,
dve delovni mesti zdravnikov specialistov s področja anesteziologije in reanimatologije
eno delovno mesto zdravnika specialista s področja patomorfologije

Prijave za prosta delovna mesta sprejema Splošna bolnišnica Celje,
 Kadrovsko-splošna služba, Gregorčičeva 7, 3000 Celje.
 Vabimo k sodelovanju!

Cepljenje - najučinkovitejša zaščita pred nalezljivimi boleznimi

Alenka Kraigher

Cepljenje je poleg preskrbe z zdravo pitno vodo in hrano ter poleg sanitacije okolja v boju proti nalezljivim boleznim za človeštvo prispevalo največ. Zahvaljujoč cepljenju sedaj mnogih nalezljivih bolezni, zaradi katerih so otroci in odrasli težko zbolevali, postali invalidi in umirali, danes ne srečamo več. Sodobna imunologija uči, da ima imunološki spomin, pridobljen s cepljenjem več generacij, pomen pri dolgotrajnem zavarovanju pred boleznimi, kar prispeva k izboljšanju kakovosti življenja. Rezultati sistematičnega cepljenja so več kot očitni. Cepljenje je pripeljalo do izkoreninjenja črnih koz pred več kot 20 leti. Bližamo se izkoreninjenosti otroške paralize. Občutno se je znižalo število zbolelih za drugimi boleznimi, pri katerih se precepljenost iz leta v leto povečuje. Na drugi strani pa so dobro poznane posledice prenehanja cepljenja.

Nikoli ni bila dokazana vzročna povezanost med cepljenjem in smrtjo dveh otrok po cepljenju proti oslovskemu kašlju na Japonskem. Vsekakor pa je dokazano, da je nepreverjeni dogodek, ki je sprožil plaz opustitve cepljenja proti oslovskemu kašlju ne le na Japonskem, temveč tudi v Evropi, zahteval več sto smrtnih žrtev, ker so necepljeni otroci zboleli za oslovskim kašljem. Na Japonskem so zaradi nedokazanih trditev o škodljivih učinkih cepljenja proti oslovskemu kašlju leta 1975 začasno prekinili s cepljenjem. Nekaj let kasneje je za to boleznijo zbolelo 35.000 otrok, od katerih jih je 118 umrlo. V Angliji (1977) in na Švedskem (1983) se je pojavila trditev o tveganju za zaplet po cepljenju proti oslovskemu kašlju. Zaradi tega je precepljenost padla z 90 odstotkov na vsega 30 odstotkov. Nekaj let kasneje je v Angliji zbolelo 102.500 otrok, 36 jih je umrlo, na Švedskem pa je bilo zaradi oslovskega kašlja hospitaliziranih kar 2.300 bolnikov, od katerih so trije umrli. Šele dobrih petnajst let po izsiljeni opustitvi cepljenja proti oslovskemu kašlju in velikem razmahu te težke bolezni po celem svetu je uspelo ponovno vzpostaviti zaupanje v cepljenje proti oslovskemu kašlju, ki sedaj sistematično poteka tako na Japonskem kot tudi v ZDA in vseh evropskih državah.

V državah nekdanje Sovjetske zveze je zaradi stalnega zniževanja deleža cepljenih proti davici izbruhnila epidemija, ki se je razširila tudi na druge države po svetu. Na Nizozemskem so nekajkrat zapored izbruhnile epidemije otroške paralize med pripadniki določene verskih skupnosti, ki cepljenja ne dopuščajo. Epidemije, ki so se razširile tudi izven meja te države, so zahtevale smrtne žrtve in številni bolniki so ostali trajni invalidi. Nedavno je epidemija ošpic na Nizozemskem zahtevala poleg na tisoče zbolelih tudi smrtne žrtve in to je resen dokaz, kako nevarno je, če zataji cepljenje.

Cepiva so po Zakonu o zdravilih enako kot kri in krvni proizvodi ter radiofarmaki razvrščena med rizična zdravila. Za ta zdravila veljajo posebne zahteve za uvoz, razdeljevanje, shranjevanje in analizo preizkušanje.

Cepivo je kot tudi vsa ostala zdravila sestavljeno iz učinkovine in pomožnih snovi. Cepivo je lahko oslabiljen (atenuirano cepivo) ali

uničen (mrtvo cepivo) virus ali bakterija oziroma le njihovi delci (split cepivo). Nastopajo v obliki raztopine ali v liofilizirani obliki glede na njihove fizikalne in biološke lastnosti. Pomožne snovi so nosilci fizikalno-kemijskih lastnosti, ki podpirajo terapevtski učinek cepiva in prispevajo k njegovemu boljšemu prenašanju. Med pomožnimi snovmi, ki so nepogrešljivi dodatki cepivom, so adjuvansi, ki zvečajo imunski odgovor na aplicirano cepivo. Z dodatkom adjuvansov lahko zmanjšamo aplicirano koncentracijo antigena, pri čemer dosežemo enak terapevtski učinek. Uporabljajo se aluminijeve spojine, ki imajo veliko adsorptivno kapaciteto. Aluminijev hidroksid je ena izmed aluminijevih spojin, ki se uporablja tudi kot zdravilna učinkovina in ne le kot pomožna snov. Konzervansi zmanjšujejo možnost kontaminacije, kar je posebej pomembno pri cepivih z več odmerki. Kot konzervansi se uporabljajo 2-fenoksietanol, tiomersal in drugi. Tiomersal je kemično O-(etilmerkuri)-benzojeva kislina. V vlogi konzervansa se dodaja kremam, raztopinam za topikalno uporabo, v cepiva in tekočine za čiščenje okularnih kontaktnih leč, vsekakor je v mnogih živilih, ki jih zaužijemo vsak dan. V naštetih farmacevtskih oblikah se ponavadi uporablja v koncentraciji 0,002 do 0,01 odstotka. V cepivih proti hepatitisu B in nekaterih drugih je njegova koncentracija od 0,004 do 0,006 odstotka. Priporočilo SZO za dovoljeni dnevni vnos živega srebra je 0,1 do 0,5 mg/kg telesne teže. Vsebnost tiomersala v cepivih je v primerjavi z dovoljenim peroralnim vnosom torej zanemarljiva. Kljub temu si proizvajalci prizadevajo, da bi cepiva vsebovala le najnižje možne koncentracije tiomersala. Stabilizatorji ohranjajo učinkovitost cepiva (magnezijev sulfat ipd.). Pri proizvodnji nekaterih cepiv vstopajo v proces tudi antibiotiki in formaldehid, ki pa pustijo v cepivu le sledi.

Uspesnost cepljenja vrednotimo z laboratorijskimi metodami, npr. kolikšno koncentracijo zaščitnih protiteles v krvi v povprečju dosežemo po cepljenju, in z ocenjevanjem učinkovitosti cepljenja z epidemiološkimi metodami, npr. kolikšen delež cepljenih oseb ob izpostavljenosti okužbi ne zboli. Cepiva ne sprožijo pri vseh cepljenih enakega imunskega odziva. Strokovnjaki se zavedamo, da cepiva sprožijo nastanek zaščitnih protiteles samo pri določenem deležu cepljenih oseb, dobra cepiva pri 96 do 98 odstotkih, torej ne 100-odstotno. To primarno pomanjkljivost cepljenja se premosti s tem, da se zagotovi dovolj visok delež cepljenih oseb v ciljni populaciji in tako imenovana kolektivna imunost (herd immunity) zavaruje pred okužbo tudi redke necepljene in osebe, pri katerih se imunost po cepljenju zaradi različnih vzrokov ni uspela razviti. Sekundarno pomanjkljivost cepljenja, to je upadanje imunosti s časom, pa premostimo s pravočasnim dajanjem pozitivitvenih odmerkov. Podatek o tem, kolikšen delež ciljne skupine lahko zaščiti posamezno cepivo, je ključnega pomena pri načrtovanju programa cepljenja. To pomeni, da se na podlagi podatkov o imunogenosti in učinkovitosti dolo-

či, koliko odmerkov in kako velik delež cepljenih bo potreben za solidno zaščito prebivalstva in posameznikov. Pri uvedbi masovnega cepljenja se vselej upošteva potreba pa zagotovitvi varnosti cepljenja (vaccination safety) in navadno tudi razmerje med koristjo in stroškom (cost-benefit). Med novejšimi metodami je poznano matematično modeliranje, s katerim se z veliko zanesljivostjo napoveduje ne le gibanje nalezljivih bolezni, temveč tudi ocenjuje tveganje za razširjenje bolezni in vplive cepljenja na posameznika in prebivalstvo.

Nalezljive bolezni, proti katerim poteka cepljenje

S cepljenjem preprečujemo številne nalezljive bolezni in mnoge so se zaradi cepljenja že umaknile.

V veliki epidemiji **otroške paralize**, ki je pred pol stoletja zajela celo Evropo, smo tudi pri nas zabeležili okoli 150 zbolelih. V letih od 1933 do 1948 se je v Sloveniji zdravilo zaradi otroške paralize 420 bolnikov. Od leta 1946 do 1962 je zaradi otroške paralize umrlo 96 bolnikov, mnogo več jih je ostalo trajnih invalidov. Sedaj prav zaradi cepljenja, ki je bilo pri nas dosegljivo že leta 1957, že več kot 20 let nimamo otroške paralize, zaradi katere po svetu otroci, ki še niso deležni cepljenja, še vedno umirajo ali postajajo invalidi.

Davica je bolezen, zaradi katere je zaradi zadušitve z gnojnimi membranami, ki so pokrile sapnično votlino, in zaradi toksičnega učinka zahrbtna bakterije skoraj v vsaki družini zbolel ali celo umrl vsaj eden. Leta 1946 je bilo v Sloveniji 2.265 primerov davice. Po letu 1947, ko se je ponovno začelo množično cepljenje proti davici, pa je število zbolelih začelo naglo upadati. Že več kot 30 let je minilo, odkar smo v Sloveniji zabeležili zadnji primer davice, in zaslugo za to ima cepljenje. Prav to nas je rešilo tudi pred vnosom davice iz držav nekdanje Sovjetske zveze, kjer je pred štirimi leti v epidemiji davice, ki je izbruhnila, ker cepljenja niso izvajali sistematično v dovolj visokem deležu, zbolelo okoli 150.000 ljudi in umrlo 8.000 bolnikov.

Povzročitelj **tetanusa** je stalno prisoten v okolju, še posebej v zemlji in prahu. Brez cepljenja bi vsak v primeru poškodbe ali rane tvegala, da zbolijo za mrtvičnim krčem, ki se konča v velikih mukah, v polovici primerov s smrtjo. Od leta 1927 do 1947 je bilo 866 primerov tetanusa. Po vojni se je število zbolelih za tetanusom celo podvojilo. Zahvaljujoč cepljenju sedaj že več desetletij pri nas ne poznamo tetanusa novorojenčkov. Žal pa za tetanusom še danes zbolijo in tudi umrejo stari ljudje, ki niso bili cepljeni.

Preden je bilo mogoče cepljenje proti **ošpicam**, je bolezen prebolel praktično vsak otrok. Ocenjujejo, da je na svetu letno zbolelo 130 milijonov ljudi, od katerih jih je 7 do 8 milijonov umrlo. Vključevanje cepljenja proti ošpicam v programe cepljenja pa je znižalo tako število zbolelih kot število umrlih za ošpicami. Po podatkih SZO v deželah v razvoju vsako leto še vedno zbolijo 45 milijonov otrok, od katerih jih 1,13 milijona zaradi ošpic umre. Tako so ošpice med vsemi boleznimi, proti katerim cepimo, najpogostejše odgovorne za smrt otrok.

V Sloveniji je bilo pred cepljenjem letno do 400 primerov ošpic na 100.000 prebivalcev. Epidemije so se pojavljale v valovih, kar je značilno za ošpice, saj se je število zbolelih povečalo, ko se je v prebivalstvu nakopičilo oseb, dovzetnih za ošpice. Leta 1969 je bilo kar pet smrtnih primerov zaradi ošpic, nato pa je vsakih sedem let po en otrok zaradi ošpic umrl. Po uvedbi varnega in učinkovitega cepljenja se je število zbolelih za ošpicami v Sloveniji bistveno zmanjšalo. Od leta 1996 do 1998 je za ošpicami zbolelo skupno le 29 otrok. Leta 1999 je

za ošpicami zbolela le 30-letna ženska. Vsekakor pa je s cepljenjem z dvema odmerkoma cepiva proti ošpicam potrebno nadaljevati, dokler ne bodo tudi v drugih državah po svetu znižali števila zbolelih.

Ošpice kažejo povsem različno naravo v urbanih ali ruralnih območjih. Na urbanih območjih sledimo endemioepidemijskim obdobjem. Ošpice so kontinuirano prisotne med prebivalstvom in kažejo sezonska nihanja. Na ruralnih območjih se od časa do časa pojavijo lokalne epidemije, ki se širijo od ene skupine do druge, glede na to, kako te skupine z medsebojnimi stiki prenašajo okužbo. Glede na te značilnosti imajo otroci, ki bivajo v urbanih območjih, večjo verjetnost, da se okužijo v mlajši starosti kot njihovi vrstniki na ruralnih območjih. Smrtnost zaradi ošpic se je zmanjšala v veliki meri zaradi izboljšanega življenjskega standarda, kar ilustrira dejstvo, da je smrtnost zaradi ošpic pri otrocih v Afriki tudi od 5 do 15-odstotna, v ZDA pa je od 0,1 do 0,2 odstotka. Poglavitni vzroki smrtnosti pri ošpicah so zapleti, tako virusni zaradi delovanja virusa ošpic kot bakterijski zaradi dodatnih bakterijskih okužb, ki so posledica oslabilnega imunskega sistema. Z uvedbo antibiotičnega zdravljenja se je bistveno zmanjšala smrtnost zaradi bakterijskih zapletov. Res učinkovitega zdravila proti samim ošpicam pa nimamo in zato je najboljši način izkoreninjenja bolezni, kar pa bi bilo možno doseči le s cepljenjem.

Po podatkih se pri zbolelih za ošpicami pojavi postinfekcijski encefalitis na 1.000 do 2.000 bolnikov, subakutni sklerozirajoči panencefalitis na 100.000 bolnikov, smrt pa pri 1 do 3 na 1.000 primerov ošpic. Po cepljenju proti ošpicam so ugotovili encefalopatijo ali encefalitis na 1 od 2,5 milijona odmerkov cepiva, kar je bistveno manj pogosto kot po prebolelih ošpicah. Glede avtizma in Crohnove bolezni pa so študije pokazale, da ni vzročne povezave s cepljenjem proti ošpicam.

Mumps je neprijetna otroška bolezen, če pa za mumpsom zbolijo odrasel moški, lahko pride do orhitisa in posledične sterilnosti. Mumps se v visokem odstotku zaplete z meningitisom. Meningealni znaki so prisotni pri 30 odstotkih obolelih, encefalitis se pojavi pri enem od 6.000 obolelih, povprečna smrtnost je 1,4 odstotka. V Sloveniji se po uvedbi obveznega cepljenja leta 1979 število zbolelih iz leta v leto manjša. Zadnja leta zbolijo za mumpsom manj kot 50 otrok.

Oslovski kašelj je pri otrocih, starih nad šest mesecev, le redko smrtna bolezen, vendar traja 1 do 2 meseca, zato kašelj bolnika zelo izmuči. Pred uvedbo cepljenja je bilo v ZDA letno 120.000 primerov bolezni. Po uvedbi cepljenja je število naglo padlo na dobrih 1.000 primerov na leto. Zaradi glasnosti nasprotnikov cepljenja je prišlo v ZDA in v nekaterih državah Evrope do porasta incidence oslovskega kašlja v osemdesetih letih. V celoti gledano je gibanje proti cepljenju "krivo" za milijone primerov bolezni in stotine mrtvih in okvarjenih otrok v državah, kjer cepljenje ni bilo obvezno. Dokler pri nas nismo imeli cepiva, smo beležili vsako leto epidemije te bolezni. Leta 1955 je kar 30 otrok umrlo. Zadnja leta je prijavljenih okoli 100 primerov oslovskega kašlja vsako leto, saj še nismo uspeli zagotoviti 95-odstotne precepljenosti.

Rdečke so relativno blaga otroška bolezen, katere najpogostejši zaplet je artritis/artralgija. Če se z virusom okuži noseča ženska, lahko pride do okužbe in težkih razvojnih nepravilnosti pri plodu (slepota, možganska in srčna okvara, smrt). Po letu 1990, ko smo s sistematičnim cepljenjem proti rdečkam večstopensko zajeli vse otroke v drugem letu starosti in pred vstopom v prvi razred ter v 7. razredu, se število zbolelih za rdečkami očitno zmanjšuje. Za rdečkami

je še pred desetimi leti zbolelo okoli 12.000 otrok vsako leto. Rezultati uspešnega programa cepljenja so opazni predvsem v zadnjih štirih letih, ko je bilo prijavljenih le še največ 54 primerov rdečk letno. S tem smo dosegli veliko mero varnosti tudi pred prirojenimi okvarami, ki so posledica okužbe z virusom rdečk v nosečnosti.

Od 1990 do 1999 je bilo v Sloveniji prijavljenih povprečno 10 zbolelih (od 2 do 20 primerov) za meningitisom, ki ga povzroča bakterija **Haemophilus influenzae b (Hib)**. V tem času so trije otroci umrli. Proti *Haemophilus influenzae b* cepimo v Sloveniji že od leta 1995 otroke, pri katerih obstajajo zdravstveni razlogi, in otroke, katerih starši so to cepljenje želeli, še preden je bilo leta 2000 uvedeno za vse otroke do petega leta starosti. Četudi so bila za to potrebna precejšnja finančna sredstva, ki jih je zagotovil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, je bila korist tega, da so bili poleg trimesečnih otrok cepljeni tudi vsi otroci do petega leta starosti, vsaj dvojna. Prvič, da smo v enem letu opravili delo petih let in s cepljenjem v najkrajšem možnem času zaščitili najbolj ogroženo skupino otrok, in drugič, da smo zaradi velikega interesa staršev za to cepljenje zvišali tudi delež cepljenih otrok proti vsem drugim boleznim, saj je cepljenje proti Hib potekalo s kombiniranim cepivom in obenem z drugimi cepljenji.

V letu 2000 smo zabeležili pet primerov meningitisa, povzročene s Hib, do konca oktobra 2001 pa tri.

Hepatitis B je razširjen po vsem svetu (v letu 2000 je bilo na svetu že 400 milijonov nosilcev tega virusa, to je 5 odstotkov svetovnega prebivalstva). Incidenca akutnega hepatitisa B se je od leta 1992, ko je bila 6 na 100.000 prebivalcev, znižala na 1,3 na 100.000 prebivalcev leta 2000. Bolezen je najpogostejša v starosti med 15. in 45. letom.

V Sloveniji poteka cepljenje zdravstvenih delavcev, študentov medicinskih šol, bolnikov na dializi, spolnih partnerjev HBsAg-pozitivnih oseb, novorojenčkov HBsAg-pozitivnih mater, bolnikov s spolno prenesenimi boleznimi in njihovih spolnih partnerjev, intravenskih uživalcev droge, gojencev zavodov za duševno in telesno prizadete. Od leta 1998 poteka sistematično cepljenje otrok pred vstopom v osnovno šolo, kar je skladno s strategijo obvladovanja te bolezni po vsem svetu. V večini držav po svetu poteka masovno cepljenje proti hepatitisu B. Italija je začela s cepljenjem novorojenčkov in otrok v starosti 12 let že leta 1991. Portugalska je leta 1995 uvedla cepljenje adolescentov, kar je izvajala Španija že od leta 1992, s cepljenjem novorojenčkov pa je pričela že leta 1994. Francija in Grčija sta leta 1994 uvedli cepljenje novorojenčkov in adolescentov. V Franciji še sedaj cepljenje poteka po enakem programu in je obvezno za novorojenčke, cepljenja šolskih otrok pa ne opravlja več javna zdravstvena služba, pač pa proti plačilu njihovi osebni zdravniki. Tudi Nemčija je uvedla cepljenje novorojenčkov.

Program cepljenja v Sloveniji je usklajen s programi, ki jih poznajo v najrazvitejših državah sveta

Program cepljenja v Sloveniji je usklajen s programi EU in drugih držav po svetu. Slovenski parlament je sprejel Zakon o nalezljivih boleznih, s katerim je določil, da bo varovanje pred nalezljivimi boleznimi s sistematičnim in brezplačnim cepljenjem zagotovljeno za vse. Podobno kot v tujini, tudi pri nas program cepljenja predpiše minister za zdravje in program cepljenja vsako leto objavi v Uradnem listu skupaj s seznamom pooblaščenih zdravnikov, med njimi

so tudi zasebni zdravniki, ki ob upoštevanju sodobne doktrine na področju varnega cepljenja cepijo njim zaupano ciljno populacijo. Cepiva po pooblastilu države centralno uvaža in razdeljuje Inštitut za varovanje zdravja, ki po principu usposobljenega dobrega gospodarja skrbi za nemoteno preskrbo po celi državi. Stroške za nabavo cepiva pokrije Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Uporabljajo se le kakovostna cepiva, ki ustrezajo evropskim standardom in s katerimi cepijo tudi v drugih evropskih državah. Registracijo cepiv ureja Zakon o zdravilih, ki natančno določa postopek in institucije, ki izdelajo strokovna mnenja k registraciji cepiv, primernih za naše prebivalstvo. Cepiva morajo ustrezati vsem standardom, določilom naše zakonodaje in zadostiti kontroli kakovosti vsake serije cepiva v pooblaščenem kontrolnem laboratoriju za analizo preskušanje zdravil. Vsi, ki cepijo, morajo zagotoviti varne postopke cepljenja, hladno verigo za cepiva, voditi predpisane evidence in poročati o cepljenju ter o morebitnih pojavih ob cepljenju.

Novorojenčki so praviloma pred odpustom iz porodnišnice bešežirani, cepljeni proti tuberkulozi. V kolikor niso cepljeni v porodnišnici, prejmejo cepivo v prvem letu starosti. Ko dopolnijo otroci tri mesece starosti, se prične s cepljenjem proti davici (Di), tetanusu (Te), oslovskemu kašlju (Per), hemofilusu influence tip b (Hib) in otroški paralizi (polio). Otroci morajo prejeti tri zaporedne doze teh cepiv do dopolnjenega enega leta starosti. Takoj po dopolnjenem prvem letu starosti so obvezniki za cepljenje proti ošpicam (O), mumpsu (M) in rdečkam (R). V kolikor gre otrok v organizirano varstvo pred enim letom starosti, mora prejeti vsaj dva odmerka cepiva proti davici, oslovskemu kašlju, tetanusu, otroški paralizi, hemofilusu influence b in en odmerka cepiva proti ošpicam, mumpsu in rdečkam. Takoj, ko otrok dopolni eno leto, pa prejme še cepivo proti mumpsu in rdečkam.

Pred vstopom v osnovno šolo morajo otroci prejeti vsaj štiri odmerke cepiva proti davici, tetanusu, otroški paralizi in dva odmerka cepiva proti ošpicam in mumpsu ter vsaj en odmerka cepiva proti rdečkam. Pri sistematičnem pregledu pa prejmejo cepivo proti hepatitisu B. Do 18. leta starosti so potrebne še pozitivni odmerki, in sicer eden proti oslovskemu kašlju (eno leto po tretjem odmerku), Hib, ošpicam in mumpsu, po trije proti davici in otroški paralizi in štirje proti tetanusu.

Novorojenčke, katerih matere so HBsAg-pozitivne, se cepi proti hepatitisu B s cepivom za otroke v prvih 12 do 24 urah ob istočasnem dajanju imunoglobulina proti hepatitisu B. Ob indikacijah cepimo otroke še s cepivom proti hepatitisu A, proti pneumokokni okužbi in proti noricam.

Cepljenja so kasneje potrebna zaradi šolanja, opravljanja poklica, potovanja in drugih dogodkov. Cepljenja so za otroke in odrasle potrebna v primeru stika s povzročitelji nalezljive bolezni, kot so npr. tetanus, davica, steklina, klopni meningitis, gnojni meningitis, hepatitis A in B.

Neželeni pojavi

Poleg velikih koristi cepljenja so občasno po cepljenju možni neželeni pojavi. Možne so tudi alergične reakcije. Pojavi, pridruženi cepljenju, se pokažejo neposredno ob cepljenju ali pa nekaj ur, dni ali tednov po cepljenju. Zelo redko se zgodi, da stanje zahteva obravnavo pri zdravniku ali hospitalizacijo. Pred cepljenjem zdravnik opravi kratek pregled in se pogovori s starši oziroma cepljeno osebo

ter svetuje, kaj storiti ob morebitnih težavah po cepljenju. Tudi pisno gradivo za starše je na voljo na vsakem cepilnem mestu.

Proizvajalci že med kliničnim preizkušanjem cepiv, pa tudi kasneje, ko je cepivo že v množični uporabi, spremljajo pojave in ugotavljajo njihove značilnosti, ki jih potem zapišejo tudi na listu, vložnemu v škatlico s cepivom. Na ta način se spremljajo vsi pojavi, ki so kakorkoli časovno povezani s cepljenjem. Pojave, pridružene cepljenju, spremljajo tudi cepitelji in o njih poizvedujejo, pa ne le neposredno po cepljenju, temveč celo več tednov in mesecev po njem, saj ob vsakem cepljenju povprašajo o morebitnih stranskih pojavih po predhodnih cepljenjih. Seznam pojavov, ki so časovno sovpadali s cepljenjem posameznikov, kar pa nikakor ne pomeni, da se jih tudi pričakuje pri vsakem cepljenju, še manj pa da so vzročno povezani s cepljenjem, je podobno dolg kot pri vseh zdravlilih, tudi pri aspirinu, antibiotikih in vitaminih, ki jih množično uživajo otroci in odrasli.

Ob vse manjšem zbolevanju za nalezljivimi boleznimi, proti katerim cepimo, je vsak pojav, pridružen cepljenju, zelo opazen in vzbudi pozornost tako zdravnikov kot tudi cepljenih in njihove okolice.

Strokovnjaki ocenjujemo, da je tveganje za zdravstveno okvaro zaradi bolezni, ki se ob prenehanju cepljenja gotovo spet pojavijo, mnogo večje od tveganja za težave po cepljenju. Te ocene temeljijo na izsledkih obsežnih populacijskih epidemioloških raziskav, ki so ovrgle hipoteze o škodljivosti cepiv oziroma v večini primerov niso ugotovile vzročne povezanosti.

Namesto zaključka

Malo je držav, kjer so vsa cepljenja, tako kot pri nas, za vse otroke brezplačna. V mnogih državah po svetu se necepljeni otroci zaradi tveganja pred razširitvijo bolezni v kolektivu ne morejo vključiti v predšolsko varstvo in v šolo. Cepljeni morajo biti tudi dijaki in študenti ter zaposleni na delovnih mestih, kjer jih ogrožajo nalezljive bolezni, ki jih je mogoče preprečiti s cepljenjem. Pa tudi na potovanja v razne dežele, kjer so nalezljive bolezni, ne more, kdor se poprej ne cepi. Nastop vojaške službe, preden se opravi potrebna cepljenja, pa sploh ni možen.

Kakovostne analize ogroženosti zdravja populacije zaradi nalezljivih bolezni slonijo na znanstvenih metodah, ki vključujejo podatke o epidemioloških značilnostih nalezljivih bolezni, o obsegu cepljenih, učinkovitosti cepiv in druge. To so kompleksna znanstvena preučevanja, s katerimi se dobi odgovore na vprašanja, zakaj je ob zmanjševanju števila zbolelih za nalezljivimi boleznimi cepljenje še vedno potrebno, zakaj so prekinitve cepljenja za krajše ali daljše obdobje za prebivalstvo lahko usodne, zakaj je potrebno poleg individualne imunosti doseči tudi kolektivno, zakaj je kljub možnim stranskim pojavom, pridruženim cepljenju, le-to nepogrešljivo potrebno za vse prebivalstvo.

Ravnotežje med individualnim in splošnim dobrim je na področju varovanja pred nalezljivimi boleznimi politično vprašanje. Država se ima pravico sklicevati na pomembno vrednoto oziroma etični princip naše civilizacije, imenovano dolžnost skrbi za druge oziroma skrb za splošno dobro. Ali bi morala družba res pasivno sprejeti ceno bolezni, kljub možnostim, ki jih ponuja znanost? Ali bi morale biti nalezljive bolezni res še vedno del človekove eksistence? Zakaj bi morali malčki preboleti bolezni in tvegati prezgodnjo umrljivost, dolgoletno nesposobnost ali celo invalidnost, če to prav zaradi cepljenja ni potrebno?

Soočeni smo s paradoksom, da kljub neizpodbitnim dokazom, da noben ukrep ni učinkovitejši od cepljenja, nekateri cepljenju ne zaupajo, na drugem koncu sveta pa ljudje nimajo niti materialnih niti finančnih možnosti, da bi se s cepljenjem zavarovali pred nalezljivimi boleznimi. Ali ne meji to na zgodbo iz preteklosti oziroma iz mnogih držav po svetu, kjer si cepljenje lahko privoščijo samo nekateri, ker preprosto ni dostopno vsem oziroma družba ne obravnava vseh enako?

Izkušnje kažejo, da so cepljenja prinesla ne le za posameznika, temveč za vse človeštvo, ogromno prednosti, zato bi tveganje po opustitvi cepljenja moralo biti dovolj velik argument, da se cepljenju odzove vsak ali da se ga vsaj ne zavrača v imenu drugih.

Relativno visok delež cepljenih proti posameznim boleznim v Sloveniji sedaj zagotavlja ugodno stopnjo varnosti pred razširjenjem nalezljivih bolezni in varuje tudi redke necepljene. Tako se ne bodo vrnile bolezni, zaradi katerih so otroci potrebovali železna pljuča in bergle (otročka paraliza), traheotomijo (davica), se borili z lajajočim kašljem in obupnim lovljenjem sape (oslovski kašelj) ter se rodili s prirojenimi okvarami srca, slepoto in gluhostjo (rdečke) ali pa celo umrli.

Ne nadna odločitev o opustitvi obveznega cepljenja bi torej predstavljala ogromno tveganje. S tem bi bila prevzeta prevelika odgovornost za nepopravljive posledice, ki bi jih prinesel ponoven pojav nalezljivih bolezni in epidemij. Te posledice so za zdravje oziroma življenje ljudi neprimerljivo večje, kot pa je tveganje za nastanek zdravstvenih težav, ki se le izjemoma pridružijo cepljenju.

Svetovna zdravstvena organizacija uporablja vse sile, da bi se drugo tako hudo bolezen izbrisali z zemeljske oble. Prva so bile črne koze, druga pa naj bi bila otroška paraliza. Nato pa bi se poskušali povsem znebiti še ostalih. Najprej davice, ki je v mnogih državah že vrsto let ni bilo, razen prinesenih primerov na primer iz držav nekdanje Sovjetske zveze. Težava je le, da povzročitelj spreminja svoje lastnosti, zato bo verjetno še nekaj težav, preden bo bolezen povsem izginila. Ambiciozen, vendar ne neuresničljiv cilj je hepatitis B. Človek je edini vir okužbe in edini prenašalec, zato bi bolezen izginila, če bi bili vsi ljudje cepljeni. To bi bil čudovit dosežek, saj hepatitis B povzroča okvare jeter in raka na jetrih. Sledijo rdečke, ki sicer niso težka bolezen, vendar izjemno nevarna, če zbolijo nosečnica. Svetovna zdravstvena organizacija namenja velika sredstva državam, ki nimajo dovolj lastnih sredstev, za izvajanje cepljenj. Eden takih programov pomoči je GAVI, sklad, v katerega dajejo denar svetovna banka, WHO, UNICEF in premožni posamezniki, npr. tudi Bill in Melinda Gates. Cilji so ambiciozni, vendar so izvedljivi. In res ni razloga, da bi s popuščanjem pri cepljenjih tvegali bolezni ravno zdaj, ko smo le korak pred ciljem in ko se soočamo s porajajočimi boleznimi, antibiotično rezistenco in ko svet trepeta zaradi groženj bioteroristov z antraksom, botulizmom, črnimi kozami, tularemijo, kugo, salmonelami in drugimi boleznimi, proti katerim cepiv ni mogoče dobiti.

Da nalezljive bolezni ne priznajo meja med državami niti kontinenti, da se v kratkem času iz enega obolenja lahko razvije epidemija in da biološke agense lahko uporabijo proti človeku tudi teroristi, so znana dejstva, s katerimi se soočamo v praksi. Sodoben način življenja nam je prinesel mnogo hitrejših in več komunikacij ter potovanj po vsem svetu, zato ne moremo biti nikoli prepričani, da smo pred nalezljivimi boleznimi varni, dokler še kje na svetu obstajajo njihovi povzročitelji. ■

Akupunktura danes

Zmago Turk

Ko se te dni minister Keber na Kitajskem dogovarja za dolgo-ročno sodelovanje na področju medicinskih znanosti med Ljudsko republiko Kitajsko in Republiko Slovenijo, se mi zdi potrebno, da kot še aktualni predsednik stalne strokovne skupine za akupunkturo pri Ministrstvu za zdravje zapišem nekaj dejstev in svojih pogledov na današnje stanje akupunkture na Slovenskem.

Da bi prikazali razvoj akupunkture na Slovenskem, se je potrebno spomniti, da smo prvi slovenski zdravniki obiskovali kitajske šole v Pekingu že leta 1978. Takrat so tudi na podlagi političnih dogovorov prihajali k nam prvi kitajski zdravniki in nas seznanjali s tradicionalnimi metodami kitajske medicine. Pozneje nas je nekaj dobilo državne štipendije, da smo obiskovali tečaje akupunkture v Pekingu, na tradicionalni kitajski akademiji, ki je delovala v okviru Svetovne zdravstvene organizacije in Združenih narodov. Tam smo dobili najosnovnejša znanja s področja akupunkture in že leta 1980 smo v Sloveniji ustanovili samostojno sekcijo za akupunkturo in tradicionalno medicino. Ta sekcija je v zadnjih dvajsetih letih doživljala vzpone in padce in je še danes samostojna sekcija z okoli 70 člani v okviru Slovenskega zdravniškega društva. Ustanovljena je bila tudi stalna strokovna skupina pri razširjenem strokovnem kolegiju fizikalne medicine in rehabilitacije, ki je skrbela za strokovni nadzor in razvoj akupunkture. Pozneje so slovenski zdravniki obiskovali posamezne tritedenske tečaje, ki so jih prirejali predvsem na Hrvaškem, ter prihajali domov z relativno skromnim znanjem s področja akupunkture, ki je zahtevalo nujno dodatno izobraževanje. To smo poskušali izvesti preko organiziranega šolanja, ki ga je sekcija pripravila v okviru strokovnega programa, prinesenega delno s Kitajske, večinoma pa iz evropskega programa šolanja akupunkture. Takšen program šolanja so natančno izdelali na inštitutu Ludwig Boltzman na Dunaju pod vodstvom prof. dr. Jochanesa Bischka in pa v nemškem združenju za akupunkturo pod vodstvom prof. dr. Baara. Takšno šolanje slovenskih zdravnikov v okviru Slovenskega zdravniškega društva je trajalo kar nekaj let in okoli 30 študentov je končalo prvi in drugi tečaj, nekateri pa tudi zaključne tečaje na Akademiji za tradicionalno medicino v Pekingu. Nekateri smeli udeleženci tritedenskega tečaja v Zagrebu so se odločili, da bodo kar sami začeli izobraževati slovenske zdravnike s področja akupunkture tudi na Fakulteti za šport Univerze v Ljubljani. Tam so organizirali tečaje, ki seveda niso imeli nobene strokovne podlage, še manj pa verifikacijo v sekciji za akupunkturo Slovenskega zdravniškega društva. Strokovna skupina za akupunkturo in tradicionalno medicino je na podlagi programa izobraževanja pripravila zahtevo po dodelitvi posebnega znanja znotraj slovenske Zdravniške zbornice. Predlog je bil v odboru za izobraževanje pozitivno ocenjen, vendar so bile dodelitve posebnega znanja zamrznjene zaradi vsesplošne kategorizacije posebnih znanj znotraj slovenske medicine. Akupunktura kot zdravstvena storitev je bila verifilirana kot možna zdravstvena storitev, financirana s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v protibolečinski ambulanti Anesteziološke službe Kliničnega centra v Ljubljani in v protibolečinski ambulanti Oddelka za rehabilitacijsko medicino

Učne bolnišnice v Mariboru. Vse ostale ustanove in zasebniki, ki so se ukvarjali z akupunkturo, niso dobili verifikacije za izvajanje akupunkture na Slovenskem. Večinoma so jo izvajali v zasebnih ambulantah, nekateri slovenski zdravniki pa znotraj posebnih lepotilnih salonov in drugih centrov za nego telesa ali kože. Še več je izgubljala akupunktura takrat, ko so se z njo začeli ukvarjati posamezni kozmetičarji in kozmetičarke oziroma diplomirani maserji in so jo prekvalificirali v akupresuro, refleksoterapijo in podobne nestrokovne in neustrezne izraze za oblike stare tradicionalne kitajske medicine.

Nič kaj bolje se akupunkturi ni godilo tudi drugod po svetu. Avstrija ima stroge zakonske predpise, po katerih lahko izvaja akupunkturo samo zdravnik. Nobenim drugim zdravstvenim delavcem niso dovolili, da posegajo v človeško telo. V Nemčiji so strokovna zdravniška združenja zavzela enako stališče, vendar so se z akupunkturo legalno ukvarjali tudi t. i. heilprakticusi, za katere se je mislilo, da se lahko priučijo izvajanja akupunkture. Stališče slovenske komisije za etična vprašanja pod vodstvom prof. dr. Trontlja je, da je akupunktura že del slovenskega zdravstvenega sistema, da jo lahko izvaja samo ustrezno izobražen zdravnik in da naj se izvaja v zdravniških ordinacijah in oddelkih. Seveda pa to načelno stališče težko zaživi v aktualnem političnem in gospodarskem trenutku, ko nad zdravilstvom in zdravlilci, ki ponujajo tudi razne oblike tradicionalne kitajske medicine, ni prav nobenega nadzora.

Za pravilno razumevanje akupunkture, predvsem pa tradicionalne kitajske medicine je potrebno povedati, da je akupunktura samo majhen del tradicionalne kitajske medicinske vede, ki je stara skoraj 5.000 let. Zapiski s področja akupunkture, meridianov, energije so stari več kakor 5.000 let in se skozi to obdobje niso dosti spremenjali. Za pravilno razumevanje akupunkture v smislu razumevanja delovanja človeškega telesa je absolutno potrebno poznavanje takratne miselnosti in pogledov na zdravje in življenje nasploh. Tradicionalna kitajska medicina je temeljila na nekaj osnovnih postulatih, brez katerih ni možno izvajati tradicionalne kitajske medicine. To so postulati o delovanju chi energije, delovanju jina in janga, o teoriji petih elementov in teoriji meridianov. Brez poznavanja teh osnovnih principov ni mogoče razumeti 720 točk, ki so napisane na teh meridianih in izven njih in so kutana prezentacija visceralnih sprememb energetskega stanja človeškega telesa. Kitajci so do skrajnih potankosti izdelali fizični pregled človeškega telesa, ki obsega kompleksnost pregleda od lasišča do nohtov na nogi. Vsaka posebnost barve, tonusa, vlažnosti predstavlja za poznavalca akupunkture izredno pomemben podatek. Če je kje pomembna anamneza, potem je znotraj kitajske medicine. Diagnostika na osnovi pulza je posebna veda tradicionalne kitajske medicine, ki jo obvladajo samo najbolj vrhunski specialisti tega področja. Na podlagi teh informacij, osebnega pregleda, si akupunkturist ustvari sliko o zdravstvenem stanju človeškega organizma. Absolutno poznavanje povezanosti posameznih točk z meridiani in globinskimi organi daje možnost draženja teh akupunkturnih kožnih arealov. Med 700 točkami je potrebno izbrati skupino 15 do 20 točk, ki predstavljajo terapevtski program za izvajanje akupunkture. Le-ta se lahko izvaja z igelno sti-

mulacijo, elektrostimulacijo, lasersko stimulacijo ali pa s pomočjo pritiska. Napačna je terminologija, ki jo uvajajo nekateri, da gre za akupresuro. Potrebno bi bilo zapisati, da gre za punktopresuro akupunkturne točke. V izvajanju igelne akupunkture je seveda potrebna popolna sterilnost, zato danes uporabljamo večinoma igle za enkratno uporabo ali pa plinsko sterilizirane igle. Miselnost, razširjena v slovenskem medicinskem prostoru, da je akupunktura zgolj protibolečinska terapija, je seveda zmotna. Res je, da se z draženjem nekaterih akupunkturnih točk močno poveča raven enkefalinov in endorfinov v krvi, kar je že leta 1976 dokazal raziskovalec Pomeranz, vendar je zgolj poskus zmanjšanja bolečine z draženjem akupunkturnih točk, brez da pri tem postavimo pravo energetsko diagnozo zdravstvenega stanja bolnika, premalo. Ravno zaradi takšnega pomanjkljivega znanja je akupunktura pogosto neuspešna. V slovenski sekciji za akupunkturo smo se dogovorili, da akupunkturo uporabljamo predvsem tam, kjer s sodobnimi, znanimi in uporabnimi metodami šolske medicine nimamo uspeha. Predvsem jo uporabljamo pri kroničnih glavobolih neznanega izvora, pri alergičnih reakcijah, pri psihonevrotskih disbalansih in povsod tam, kjer smo izključili resnejšo progredientno bolezen.

Drugega dela tradicionalne kitajske medicine, to so predvsem zdravila, posebne oblike masaže in obloge, na Slovenskem nismo dosti preučevali. Nasploh v slovenski medicini ni resnejših znanstvenih člankov, ki bi bili odmevni in bi prenesli resnejše znanstveno preverjanje. Največ strokovnih člankov je bilo napisanih o akupunkturi pri glavobolih (Turk, Müller, Cesar), pri Sudeckovih distrofi-jah, o akupunkturi pri zdravljenju otroške inkontinence in senene-

ga nahoda. Sekcija za akupunkturo je zavzela kritično stališče do nekaterih "kliničnih" poročil posameznih slovenskih zdravnikov v javnih medijih, ker so neznanstveno in nekritično poročali o svojih metodah akupunkture in uporabi le-te v svoji vsakdanji praksi. Tako stališče bomo zavzeli tudi v prihodnje.

Tudi znanstvena poročila kitajskih akupunkturistov v njihovi literaturi je potrebno jemati z rezervno. Njihova poročila težko prenesejo strokovno kritiko, še posebej, če se tiče uspeha pri terapijah. Iz tega razloga smo slovenski zdravniki akupunkturisti izredno veseli političnih dogovorov o sodelovanju slovenske medicine s strokovnjaki tradicionalne kitajske medicine in v njihovih izobraževalnih programih. Želimo izkoristiti vsa njihova tradicionalna znanja, ki bi nam lahko pomagala pri zdravljenju nekaterih težko rešljivih medicinskih problemov na Slovenskem. Menimo pa, da moramo slovenski zdravniki sami postaviti kritično mejo v odnosu do akupunkture, zahtevati, da ostane akupunktura v zdravniških rokah, ter razčistiti, kje in kdo lahko slovenske zdravnike uči akupunkture in kakšne kvalifikacije učitelj potrebuje. Menimo, da mora akupunktura podleči enakim strokovnim kriterijem izobraževanja, diagnostike in terapije, kot so jih deležni vsi drugi postopki v slovenski medicinski znanosti. Potrebno je najti metodo sankcioniranja za vse tiste, ki takšnih zahtev ne bodo izpolnili. Pogosto je poučevanje, predvsem pa terapija na področju akupunkture, ki ni kontrolirana, postala vir dobrega zaslužka, kar seveda ne meče najlepše luči na slovenske zdravnike. Želimo si, da bi novo sodelovanje z domovino tradicionalne kitajske medicine prineslo nove dosežke in nove uspehe v korist medicinskih znanosti na Slovenskem. ■

NOVAK

Slovenska anestezija skozi poldrugo stoletje

Vesna Paver Eržen, Miša Hribar Habinc

Zgodovinska odmaknjenost je nedvomno pomemben in zanesljiv vidik za presojo dosežkov v razvoju vsake stroke. Vsakdana anestezioološka praksa in tudi njena prihodnost temeljita na trdnih pravilih, ki vključujejo bistvena spoznanja in dosežke zgodovinskega razvoja stroke. Če teh dejstev ne priznavamo, preti stroki nevarnost nekritičnega uveljavljanja novih metod in tehnik, ki niso vedno boljše od že uveljavljenih. Zato je prav, da se ozremo na sedanje stanje in prihodnost naše stroke v luči dosedanjih razvojnih dosežkov in ugotovitev.

Ko se danes oziramo k začetkom in kasnejšim mejnikom v razvoju naše stroke, se s ponosom spominjamo dr. Leopolda Nathana, takrat vodilnega ljubljanskega kirurga, ki je 24. februarja 1847 prvi v slovenskem prostoru izvedel etrovo omamo, kar je bilo le štiri mesece potem, ko je dr. Morton kot prvi na svetu 16. oktobra 1846 v Bostonu demonstriral sploh prvo uspešno etrovo narkozo.

Letos se spominjamo tudi častitljive 100. obletnice prve izvedbe subarahnoidne anestezije, ki jo je oktobra 1901 v Ljubljani izvedel kirurg prof. Edo Šlajmer.

V prvih letih po 2. svetovni vojni je imel vodilno vlogo pri uvajanju napredne anestezije v slovenski prostor kirurg akademik prof. Božidar Lavrič. Prof. Lavrič je uspešno sodeloval z britanskima anesteziologoma dr. Patrickom Shackeltonom in dr. Russelom Daviesom, ki sta v letih 1945 in 1946 delovala v takratni Jugoslaviji.

Na ljubljanski kirurški kliniki je bila opravljena prva endotrahealna intubacija 23. aprila 1947. Ta poseg, ki ga je izvedel prof. Miro Košak, kasneje naš vodilni srčnožilni kirurg, štejemo za začetek sodobne anestezije v Sloveniji. Prvi Slovenec, ki je izvedel poseg intubacije, je bil kasnejši profesor ortopedije v Ljubljani, dr. Radivoj Bobič, ko je med vojno leta 1944 še kot študent medicine delal v vojaški bolnišnici v Grumu v Italiji.



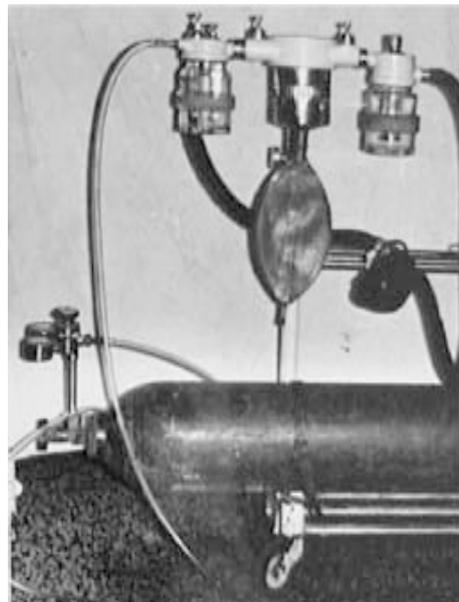
Sporočilo o prvi etrski narkozi v Ljubljani v časopisu "Illirisches Blatt"

In kje so pomembni mejniki slovenske anestezije?

Pomemben mejnik pri uveljavljanju anestezije kot samostojne medicinske stroke pri nas pomeni ustanovitev prvega oddelka za anestezijo na Kirurški kliniki v Ljubljani pod vodstvom prim. Draga Hočevarja, ko je leta 1949 opustil kirurško delo in se povsem posvetil anesteziji. S svojimi sodelavci je leta 1953 organiziral tudi prvo slovensko anesteziološko šolo.

Na pobudo prof. Darinke Soban, prve profesorice anesteziologije v Sloveniji, je leta 1960 takratni sekretariat za zdravstvo izdal dekret, da mora vsaka bolnišnica z operativno dejavnostjo imeti tudi anesteziologa. Ta odlok je vzpodbudil ustanavljanje anesteziooloških oddelkov in razcvet slovenske anestezije, ki je postopno začela širiti svojo dejavnost še na področja intenzivnega zdravljenja, zdravljenja bolečine in respiracijske terapije. Tudi v osnovni anestezioološki dejavnosti so se pričele usmeritve na različna kirurška področja: otroška anestezija, torakalna, nevrokirurška in kardiovaskularna anestezija.

- Kronološki pogled nam tako pokaže nove mejnike, kot so:
- leta 1964 je bil v Splošni bolnišnici Maribor ustanovljen prvi samostojni anestezijski oddelk pod vodstvom dr. Stojana Jeretina, ki je pred tem vodil tudi prvi oddelk za intenzivno terapijo, ustanovljen leta 1960 v sklopu kirurškega oddelka Splošne bolnišnice Maribor;
 - leta 1966 je bil ustanovljen anestezijski oddelk v Splošni bolnišnici Celje pod vodstvom prim. Jožeta Četine;
 - leta 1968 sledi ustanovitev oddelka za anestezijo v Splošni bolnišnici Ptuj pod vodstvom prof. Lučke Toš;
 - leta 1971 je bila pod vodstvom dr. Stojana Jeretina v ljubljanskem Kliničnem centru ustanovljena Centralna anestezijsko rea-



nimacijska služba (CARS), ki je poleg anestezije vključevala tudi intenzivno zdravljenje (Centralna intenzivna terapija, CIT). S svojim strokovnim potencialom je uspešno sledila svetovnemu razvoju stroke in odločilno prispevala k prenašanju sodobne prakse v naše okolje. V njenem okviru so tako nastali:

- leta 1975 prvi oddelek za respiracijsko fizioterapijo pod vodstvom prim. Jasne Vončina,
- leta 1975 prvi anestezijski razvojni oddelek, ki ga je vodila prim. Nasta Delak,
- leta 1978 prvi oddelek za zdravljenje bolečine pod vodstvom prim. Jasne Müller.

Postopoma so do leta 1984 vse bolnišnice v Sloveniji dobile anestezijske oddelke, kar je pomemben dosežek pri širjenju znanja in napredne prakse naše dejavnosti v slovenskem prostoru.

Dodiplomsko izobraževanje

Pouk in s tem vedenje o naši stroki se je med študenti na dodiplomski ravni pričelo širiti pred 40 leti. Takrat je bila na Medicinski fakulteti v Ljubljani prof. Darinka Soban izvoljena za asistentko in je vodila vaje iz anesteziologije pod okriljem kirurške katedre.

Po dolgoletnem uspešnem delu s študenti in dejavni zavzetosti za napredek strokovnega usposabljanja anesteziologov je bil v sklopu Katedre za kirurgijo leta 1987 ustanovljen Razred za anesteziologijo in reanimatologijo pod vodstvom prof. Sobanove. Dodiplomski pouk v tem obdobju je obsegal predavanja iz anesteziologije, pouk oživljanja in prve pomoči ter klinične vaje iz anestezije v operacijskih sobah.

Leta 1994 je Razred prerasel v Katedro za anesteziologijo z reanimatologijo pod vodstvom predstojnice prof. Marije Pečan.

Podiplomsko izobraževanje

Začetek organiziranega podiplomskega izobraževanja za slovenske anesteziologe sega v začetek 50. let prejšnjega stoletja, ko so se pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije v Kopenhagenski anesteziološki šoli izobraževali tudi naši učitelji. Prvi diplomanti te šole so bili prim. Drago Hočevar, prim. Jasna Müller in prof. Darinka Soban.

Iz njihovega znanja, navdušenja in delavnosti se je razvila priz-

nana slovenska anesteziološka šola, v kateri so se v letih od 1953 do 1970 v polletnih in enoletnih tečajih izobraževali številni slovenski in drugi anesteziologi takratne Jugoslavije.

Že leta 1947 je bila uzakonjena 3-letna specializacija iz anesteziologije, ki je leta 1970 prerasla v 4-letno specializacijo iz anesteziologije z reanimatologijo.

Med leti 1970 in 1980 je dr. Stojan Jeretin oblikoval podiplomsko izobraževanje po takratnih mednarodnih vzorcih. V CARS KC Ljubljana so se uveljavili različni "večnivojski" interdisciplinarni strokovni sestanki za kritično in analitično obravnavo stroke. Tak pristop k strokovnemu delu so privzeli tudi na drugih slovenskih anestezioloških oddelkih. V tem času so organizirali mednarodni simpozij, t. i. "Februarske dneve", ob katerih je redno izšel tudi zbornik predavanj. Uvedeni so bili tudi redni tečaji oživljanja za vse zdravstvene delavce v Kliničnem centru.

V naslednjem desetletju (1980-1990) je izobraževanje specialistov anesteziologije potekalo v neprekinjenem dvosemestrskem 4-letnem vodenem podiplomskem pouku z ustreznim pisnim gradivom in preverjanjem pridobljenega znanja. Podiplomski pouk je vodila prof. Pečanova.

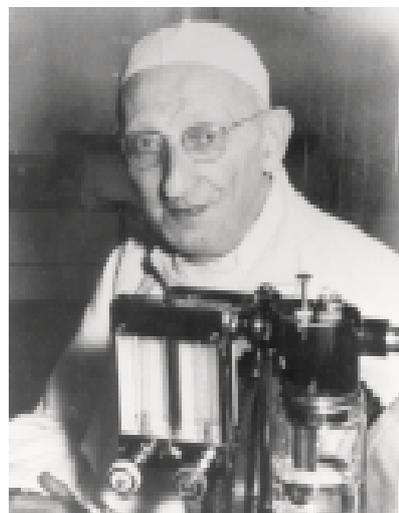
V sklopu stalnih prizadevanj za ohranjanje stika z evropskim in svetovnim razvojem na področju anesteziologije in s tem tudi z vsebino in oblikami izobraževanja za našo stroko smo se leta 1993 vključili v neprekinjeno poenoteno mednarodno podiplomsko izobraževanje Fondation Européenne d'Enseignement en Anesthésiologie – FEEA. Glavni cilj FEEA, ki deluje od leta 1986, je poenotenje in izboljšanje ravni znanja s področja anesteziologije. Učni program je celovit in pokriva vse sestavne dele naše specialnosti: anestezijo, intenzivno medicino, terapijo bolečine, respiracijsko terapijo in urgentno medicino. Pred vsakoletnim tečajem izide zbornik vseh predavanj, ki velja za temeljno učno gradivo v slovenščini. Do sedaj je bilo izdanih devet zbornikov tečajev.

Od leta 1995 pod okriljem Slovenskega združenja za intenzivno medicino poteka "Šola intenzivne medicine" z multidisciplinarnim pristopom, v kateri anesteziologi sodelujejo kot predavatelji in slušatelji.

Za uspešno podiplomsko izobraževanje slovenskih anesteziologov je pomembno, da je Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok v Kliničnem centru Ljubljana



.....
prof. Edo Štajmer



.....
Prim. Drago Hočevar



Ob prvem tečaju v Ljubljani. V spodnji vrsti so z leve proti desni prim. Judita Mešič z Golnika (pulmologinja, ki se je prišla učiti intubiranja), prim. Drago Hočevar, prim. Jasna Müller, v zgornji vrsti z leve proti desni pa prof. Darinka Soban, dr. Boža Trdina in prim. Ivanka Žigon. Slika je iz leta 1958.

maja 1996 pridobil naziv Evropski učni center.

Ta naziv je podeljen po evropskih normativih, ki jih določata in preverjata Evropska akademija za anesteziologijo (ustanovljena leta 1978, med ustanovnimi člani je tudi dr. Jeretin) in Odbor za anesteziologijo, reanimatologijo in intenzivno medicino pri Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS, Združenje evropskih zdravnikov specialistov). To pomeni, da slovenski specializanti danes opravljajo večji del svojega specialističnega staža v učnem centru z evropsko kontrolo kakovosti.

Priprava na vključitev Slovenije v Evropsko unijo zahteva prilaganje tudi na področju anesteziološkega izobraževanja. Članice Evropske unije morajo imeti usklajene vsebine in trajanje specializacij. Po priporočilu UEMS smo uskladili vsebino in trajanje specializacije z evropskimi normami in leta 2000 je Zdravniška zbornica Slovenije sprejela 6-letno specializacijo iz anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine.

Usposabljanje sodelavcev

Anesteziolog opravlja svoje storitve pri anesteziji in intenzivnem zdravljenju skupaj z medicinsko sestro (MS) oziroma zdravstvenim tehnikom (ZT), kar je tudi uradno potrjen slovenski standard in priporočilo Evropske akademije za anesteziologijo ter Odbora za anesteziologijo, reanimatologijo in intenzivno medicino pri UEMS. S

Potrnilo o imenovanju Kliničnega oddelka za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok za Evropski učni center

šolanjem MS in ZT za pomoč anesteziologu je začela že prof. Sobanova v zgodnjih 60. letih, nadaljevalo pa se je z verificiranimi 100-urnimi podiplomskimi tečaji in izdajo priročnika.

Danes MS in ZT na interdisciplinarnih domačih in mednarodnih sestankih znanja pridobivajo in jih tudi posredujejo drugim. MS pri anesteziji želijo svoje znanje zaokrožiti s specializacijo iz zdravstvene nege na področju anestezije in intenzivne terapije.

Podobno se od leta 1972 strokovno usposablja tudi višji respiracijski terapevti. Svoja znanja in strokovne izkušnje dopolnjujejo na letnih podiplomskih interdisciplinarnih seminarjih. Izdani zborniki predavanj tudi drugim služijo kot učbeniki.

Na obeh visokih šolah za zdravstvo, v Ljubljani in v Mariboru, anesteziologi na dodiplomskem študiju poučujejo anestezijo, urgentno medicino, oživljanje in respiracijsko fizioterapijo.

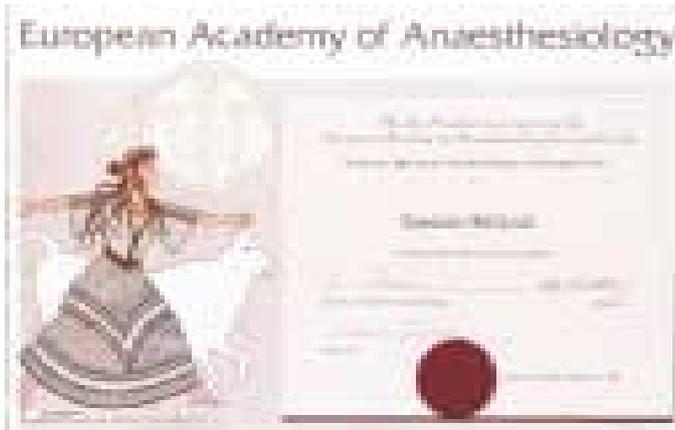
Novosti zadnjih nekaj let

Preobrazba naše specializacije je prinesla tri vrste sprememb: v vsebini in trajanju specializacije, v pomenu mentorstva ter v določitvi učnih mest. Naša specializacija je temeljna specializacija. Časovno se je podaljšala na področju intenzivne medicine za eno leto, na področju terapije bolečine za dva meseca in za mesec dni na področju respiracijske terapije. Vsebinska novost sta 2 meseca urgentne medicine in 2-mesečni izbirni program. Zaželeno je, da specializant v tem obdobju del svojega specializantskega kroženja opravi v priznani univerzitetni ustanovi v tujini. S tako izmenjavo smo pri nas že pričeli, in sicer z The College of Anaesthetists iz Dublina. Prvi specializanti odhajajo na Irsko januarja 2002. Nova specializacija naj bi bodočim anesteziologom zagotovila dovolj pravega znanja za uspešno klinično delo, kakor tudi za pridobitev ustreznega evropskega spričevala.

V želji po uskladitvi kakovosti podiplomskega izobraževanja v evropskem prostoru je bil uveden evropski izpit iz anesteziologije in intenzivne terapije. Sestavljen je iz dveh delov: pisnega in obliki izbirnih vprašanj in ustnega razgovora pred štirimi mednarodnimi komisijami. Od leta 1997 poteka prvi del evropskega izpita v Ljubljani na Kliničnem oddelku za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, kandidati pa prihajajo iz slovenskih bolnišnic in tudi iz tujine. Do sedaj je v celoti opravilo evropski izpit iz anesteziologije in intenzivne terapije 5 slovenskih anesteziologov, prvi, pisni del v Ljubljani pa skupaj 32 kandidatov.

Slovenska anestezija že več kot 150 let uspešno sledi evropskemu in svetovnemu razvoju in tudi danes ne zaostaja za dosežki v širšem okolju. Klinično delo na slovenskih anestezijskih oddelkih je povsem primerljivo z enakimi oddelki v srednji in zahodni Evropi. V zadnjih desetih letih smo na kliničnem področju nanižali kar nekaj uspehov, ki si jih delijo vsi anesteziološki oddelki v Sloveniji. Razvili smo zdravljenje akutne pooperativne bolečine oziroma organizirali t. i. "Acute Pain Service" ter se vključili v bolnišnično urgentno medicino kot terapevti in učitelji. K razmahu transplantacijske dejavnosti, ki poteka zaenkrat samo v Kliničnem centru, so anesteziologi veliko prispevali, saj aktivno so-





Diploma za opravljen evropski izpit iz anesteziologije in intenzivne terapije

delujejo v vsem perioperativnem obdobju transplantacije. Vsi slovenski anesteziološki oddelki pa sodelujejo v donorskem programu. Na področju kardioanestezije in intenzivne terapije teh bolnikov se je poleg ljubljanskega v zadnjih letih uspešno razvil in uveljavil podoben oddelek tudi v mariborski bolnišnici.

Kljub temu, da so bile nekatere klinične raziskave slovenskih anesteziologov objavljene v odmevnih strokovnih revijah, je čutiti počasnejši napredek pri raziskovalni dejavnosti. To je delno posledica vedno bolj omejenih finančnih sredstev za raziskovalno dejavnost, kakor tudi prevelike obremenjenosti anesteziologov s kliničnim delom. Svojo raziskovalno dejavnost je z zagovorom doktorske disertacije na ljubljanski Medicinski fakulteti doslej uspešno potrdilo 11 slovenskih anesteziologov.

Odprti problemi in naloge

Poglaviti problem je premajhno število anesteziologov in medicinskih sester pri anesteziji. Tudi zanimanja za našo stroko med mladimi zdravniki ni dovolj, ker nudi manj priložnosti za zasebno strokovno dejavnost v primerjavi z drugimi medicinskimi specialističnimi strokami. Čeprav je pouk na dodiplomskem študiju dokaj obsežen in študente seznanja s pestrostjo našega poklica, je odziv diplomantov na ravni izbirnega dela sekundariata relativno majhen in posledično majhno je tudi zanimanje za specializacijo. Feminizacija medicine je splošen pojav v evropskem prostoru. Kljub psihični in fizični zahtevnosti anesteziologije se na prosta delovna mesta javljajo v glavnem zdravnice. Zaradi premajhnega števila anesteziologov na oddelkih opažamo preutrujenost, t. i. "burn out", pogoste bolezni in odsotnost zaradi porodniških dopustov. Številne družinske obveznosti ob zahtevnem rutinskem delu pa zdravnicam zmanjšujejo možnosti za uspešno kariero, kar se odraža v manjšem uveljavljanju stroke na raziskovalnem področju ter v širšem javnem in društvenem delovanju.

Dosežena raven naše stroke nam danes omogoča uspešno anestezirati bolnike v vseh starostnih obdobjih, od

nedonošenčkov do stoletnikov, in jih tudi pooperativno zdraviti. Nadaljnji razvoj anesteziologije bo potrebno usmeriti v neprekinjeno izboljševanje njene kakovosti. To ne pomeni le uporabe novih metod in tehnik, ampak se bomo morali predvsem bolj posvetiti bolniku ter mu zagotoviti čim boljše počutje in udobje tako pri anesteziji v celotnem perioperativnem obdobju kot v enotah za intenzivno zdravljenje. Med take ukrepe sodi tudi zagotavljanje sedacije in analgezije pri različnih diagnostičnih in terapevtskih posegih ter nena zadnje tudi pomoč pri paliativni oskrbi umirajočih bolnikov.

Kljub obsežnim in raznolikim oblikam naše dejavnosti pa smo anesteziologi v primerjavi z drugimi specialisti še vedno premalo poznani kot stroka in izvajalci. Podobne izkušnje imajo tudi drugod. Za prepoznavanje nas samih in s tem tudi stroke je pomembno, da smo vključeni v čim več bolnišničnih dejavnosti in si s tem večamo vlogo in položaj v bolnišnicah in v družbi. Zelo pomembno je, da ob vidnih kliničnih in znanstvenih dosežkih o tem seznanimo javnost preko različnih informacijskih medijev in s tem širimo vedenje o nas in naši stroki.

Tako kot na vseh medicinskih področjih potrebujemo tudi v naši stroki prodorne kolegice in kolege, ki bodo osebno zavezani stroki in bodo z življenjsko energijo in poletom gradili nove poti ter bodo s svojim ugledom bogatili medsebojna razmerja s kolegi in bolniki. ■

Viri:

1. Akademik Božidar Lavrič. Pomen in vloga anestezije v kirurgiji. V: Kornhauser P. ed. *Pro Medico*. Ljubljana: Lek, 1963;2:1-3.
2. Bobič R. Spomini na zaveznike in na študentska leta. *Feljton. Zdrav Vestn* 1977; 46:276-7.
3. Soban D. Rojstvo anesteziologije v Jugoslaviji. *Ob obletnici smrti R. P. W. Shackeltona. Zdrav Vestn* 1978; 47:337-40.
4. Toš L. 10. obletnica anestezijskega oddelka v Ljubljani. *Arhiv Kliničnega oddelka za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, Klinični center Ljubljana*.
5. Soban D. Šele 150 let anestezije. *Operater je odločilno odkritje pospremil s stavkom: "Gospoda, to ni sleparija!". DELO*, 16. oktober 1996, str. 12.
6. Manohin A.: Predstavitve razvoja anesteziologije v Sloveniji do leta 2000. Vir: <http://www2.mf.uni-lj.si/cmanohin/zgodovina5.htm>
7. *Information F. E. E. A. Third edition. July 2001.*
8. *European Board of Anaesthesiology Training Guidelines. Union Européenne des Médecins Spécialistes. BJA* 1996.



40-letnica ustanovitve Infektološke sekcije SZD - Združenja za infektologijo SZD

Gorazd Lešničar

O ddelek za infekcijske bolezni in vročinska stanja Splošne bolnišnice Celje je v sodelovanju z Združenjem za infektologijo SZD in Zdravniškim društvom Celje 5. in 6. oktobra 2001 v Celju organiziral Infektološki simpozij ob 40-letnici ustanovitve Infektološke sekcije SZD – Združenja za infektologijo SZD. Simpozij je bil v modri dvorani Celjskega sejma, ki je trenutno največja in najmodernejša kongresna zgradba v Celju, primerna zaradi svoje lokacije, velikega števila parkirnih prostorov, možnosti uporabe dodatnih pomožnih prostorov in prijetnega okolja.

Letos mineva natanko 40 let od ustanovnega občnega zbora Infektološke sekcije septembra leta 1961 v Celju, ki je pomenil uvod v prvi Infektološki simpozij pri nas. Celjsko področje je namreč imelo v povojnem obdobju mnogo epidemij različnih nalezljivih bolezni in zaradi tega je imel ustanovni občni zbor s simpozijem poseben pomen za mesto in okolico. Infektološka sekcija SZD je bila ustanovljena po zgledu Združenja infektologov Jugoslavije (ustanovljenega istega leta v Beogradu) z namenom, da bi strokovno povežala zdravnike, ki so delovali na infekcijskih oddelkih v Sloveniji. Na sestankih sekcije, simpozijih in kongresih so slovenski zdravniki lahko izmenjali svoje izkušnje in poglede na novosti v diagnostiki in zdravljenju infekcijskih bolezni. Medsebojne spodbude in zaupanje pa so pravo jamstvo za kritičnost pogledov pri organizaciji dela in posodabljanju doktrin. Po letu 1980 doktrinarna infektološka stališča oblikuje Razširjeni strokovni kolegij za infektologijo, Infektološka sekcija pa nenehno pomaga pri vzdrževanju strokovnega nivoja slovenske infektologije.

Infektološka sekcija se je decembra 1997 preimenovala v Združenje za infektologijo pri SZD, kar v veliki meri ponazarja našo željo po tesnem medsebojnem sodelovanju infektologov, kakor tudi po sodelovanju s strokovnjaki sorodnih strok in s partnerji.

Ustanovitev Infektološke sekcije v Celju smo z organizacijo splošnega Infektološkega simpozija v Celju tokrat obeležili že tretjič, kar postaja že tradicionalno. Simpozij smo namreč pripravili tudi ob deseti in petindvajseti obletnici ustanovitve naše sekcije, vselej z repertoarjem najaktualnejših tem takratnega časa.

Uvodni govor ob svečani otvoritvi jubilejnega Infektološkega simpozija v Celju je imel glavni organizator srečanja in urednik Zbornika predavanj, prim. prof. dr. Gorazd Lešničar, ki je na kratko orisal



prehojeno štiridesetletno pot Infektološke sekcije oziroma Združenja za infektologijo pri SZD. Pojasnil je tudi razloge, zakaj je bil ustanovni občni zbor pred 40 leti, tj. 30. septembra 1961, ravno v Celju, hkrati pa ni mogel skriti ponosa, da se je to zgodilo prav na Štajerskem, v knežjem mestu ob Savinji.

Prisrčne pozdravne besede so izrekli tudi številni ugledni gosteje: v imenu soorganizatorja sedanjega predsednika Združenja za infektologijo, asist. prim. mag. Igor Muzlovič, dr. med., predstojnika Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja v Ljubljani, doc. dr. Ludvik Vidmar, dr. med., direktor Splošne bolnišnice v Celju, gospod Samo Fakin, dr. med., v. d. strokovnega vodje Splošne bolnišnice Celje, prim. Vilibald Vengust, dr. med., in v imenu vodstva Klinike za infekcijske bolezni "Dr. Fran Mihaljevič" v Zagrebu prim. Dražen Borčić, dr. med.

Na letošnjem simpoziju v Celju so strokovnjaki različnih specialnosti spregovorili o najaktualnejši infektološki problematiki, ki je bila tematsko razdeljena v tri sklope. Uvodni del simpozija je bil posvečen pomenu in vlogi sodobnega infektologa ter pomenu sodelovanja s sorodnimi strokovnjaki, zlasti mikrobiologi in epidemiologi, ter sodelovanja s partnerji, tj. splošnimi in družinskimi zdravniki.

Drugi sklop predavanj je obravnaval problematiko bolnišničnih okužb in seps s posebnim poudarkom na obvladovanju na meticilin odpornega *Staphylococcus aureus* (MRSA). Zadnji dan je bil posvečen že tradicionalni, še vedno zelo aktualni temi, virusnemu hepatitisu.

Skupaj se je zvrstilo 24 zanimivih predavanj, izšel pa je tudi 256 strani obsegajoč Zbornik predavanj. Živahno dejavnost slovenskih infektologov že samo po sebi izpričuje dejstvo, da je to bil že tretji Infektološki simpozij, prirejen letos v naši državi (prvi v Ljubljani, drugi v Mariboru), omeniti pa je potrebno tudi letošnji simpozij slovenskih mikrobiologov v Ljubljani, kjer so infektologi prav tako aktivno sodelovali.

Slovenska infektologija ima dobre korenine, saj njen razvoj seže v čas križarskih vojn, ko je bila leta 1280 v Ljubljani ustanovljena prva izolirnica. Sledili so številni špitali in lazareti, leta 1889 pa ustanovitev prvega infekcijskega oddelka na Ptuj. Od osmih infekcijskih oddelkov, ki so bili na slovenskem ustanovljeni v letih od 1889 do 1962, danes v naši državi poleg Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja (ustanovljena leta 1945) delujejo le še štirje oddelki za infekcijske bolezni in vročinska stanja – v Mariboru, Celju,

Murski Soboti in Novem mestu.

Različne razvojne možnosti bolnišnic v naši državi so pomenile tudi zelo različen regionalni razvoj infektološke stroke. Neskladen razvoj brez ustrezne strokovno-organizacijske "mreže" je privedel do današnje situacije, ki se kaže z razvito in institucionalizirano infektologijo le v osrednjem in vzhodnem delu države, v zahodnem delu pa ni več niti bolnišnične niti ambulantne infektološke dejavnosti (infekcijski oddelek v Šempetru pri Novi Gorici je bil ukinjen leta 1979, v Izoli pa leta 1989). Infekcijska oddelka v Brežicah in na Ptuj sta bila ukinjena leta 1953 in 1981.

Na izhodišču uresničevanja enotnih možnosti pri uveljavljanju pravic do bolnišničnega in ambulantnega zdravljenja, s predvideno standardizacijo in kategorizacijo slovenskih bolnišnic, zaradi globalno neperspektivnega načina financiranja, ki vodi v spore med regionalnim in centralističnim pristopom zdravljenja v Sloveniji, ne moremo pričakovati pomembnega napredka in primerljivosti z državami Evropske unije.

Slovenski infektologi smo tako v svoji osrednji temi na jubilejnem simpoziju v Celju skušali osvetliti vlogo sodobnega infektologa, zato smo razpravljali o sedanjem stanju v infektologiji na strokovno-organizacijskem, pedagoškem in raziskovalnem področju v Sloveniji ter ocenili kazalce razvoja stroke in pomen infektologa v bližnji prihodnosti. Razčlenili smo vsa delovna področja infektologa in še posebej poudarili enotnost infektološke stroke, ki zdravi tako otroke kot odrasle. Posebno mesto dobiva danes infektolog pri svetovanju v preventivi in zdravljenju z antibiotiki, v racionalni mikrobiološki diagnostiki, obvladovanju in preprečevanju bolnišničnih okužb ter v t. i. "turistični medicini". (Tabeli 1, 2)

Več kot 50-letna samostojna specializacija predstavlja dober temelj za novo "evropsko specializacijo" iz infektologije, ki bo omogočala še bolj široko razgledanost specialistov infektologov tudi na področju tropskih in parazitarčnih bolezní, v imunologiji, molekularni biokemiji, klinični mikrobiologiji, epidemiologiji, farmakologiji in nenazadnje na področju infekcijskih bolezní, ki se lahko zlorabijo kot biološko orožje z različnimi nameni, zaradi česar je potrebno hitro ukrepanje in dobra povezanost s sorodnimi strokami.

Najvišji strokovni infektološki organ v Sloveniji je Razširjeni strokovni kolegij za infektologijo, ki se bo moral v sodelovanju s Klinikom za infekcijske bolezni in vročinska stanja ter Katedro za infekcijske bolezni in epidemiologijo čim prej spopasti z izdelavo mreže za infektologijo, kar bo velik zalogaj in potencialno "vir spora" med infektologi in Ministrstvom za zdravje, pa tudi med posameznimi infektologi ali celo infekcijskimi oddelki. Mreža bo namreč prinesla bolj jasno (stopenjsko) delitev dela med infektologi in bolj enakomerno in uravnoteženo oziroma poenoteno prenašanje bremen strokovnega, raziskovalnega, pedagoškega in razvojnega dela, s posledičnim finančnim ovrednotenjem teh dejavnosti in kadrovskega potreb. Upam, da nas bo to delo še tesneje povežalo in da ne bo vzrok za razhajanja.

Vsekakor pa bi bilo potrebno vlagati še več naporov za prepoznavnost in izkoriščenost infektologov tako v bolnišnicah kot tudi drugih zdravstvenih ustanovah. Priporočljivo je, da ima vsaka regionalna bolnišnica, ki nima infekcijskega oddelka, sistematizirana mesta za infektologe.

Glede na pričakovane premike v razvoju infektologije lahko pričakujemo buren in blesteč napredek naše stroke, kar je dobra osnova za svetlo prihodnost, pa tudi zahteva in zagotovilo za trdo delo infektologov.

Čeprav se je v zadnjih 50 letih že zdelo, da bomo obvladali večino infekcijskih bolezní, so se naše preuranjene napovedi ob pojavu novih in novih patogenih mikroorganizmov in ob vse večji odpornosti starih, že dobro znanih patogenih klic proti kemoterapevtikom izkazale kot utopija. Staranje prebivalstva, med katerim je vse več imunsko neodpornih zaradi mnogih kroničnih bolezní in s tem povezanih oportunističnih okužb, spremenjene ekološke in klimatske razmere in nekritična uporaba kemoterapevtikov so pripeljali do novih problemov, ki jih zlasti v zaprtih ustanovah že vrsto let poznamo kot hišne okužbe, v bolnišnici pa govorimo o bolnišničnih okužbah. Odpornost proti antibiotikom je rezultat delovanja različnih mehanizmov. Zelo pomemben je selektivni pritisk zaradi pogosto nekritične uporabe antibiotikov v bolnišnicah, ambulantni praksi in tudi v živinoreji. Antibiotike uporabljamo v napačnih indikacijah, odmerkih in trajanju zdravljenja. Zaradi bolnikov z zmanjšanim imunskim odzivom je širjenje odpornih sevov v bolnišnicah hitrejše kot med ostalim prebivalstvom.

Dejavnosti na področju obvladovanja in preprečevanja bolnišničnih okužb so namenjene zaščiti bolnikov, zdravstvenega osebja in drugih oseb v bolnišničnem okolju. Uspešni programi prinašajo pozitivne klinične učinke in velike prihranke. Zaradi bolnišničnih okužb se zvišujeta obolevnost in smrtnost bolnikov, podaljšuje se ležalna doba, povečuje se poraba dragih sredstev, bolniki pa tudi po pravni poti zahtevajo odškodnine. Razvoj bolnišničnih okužb med osebjem povzroči odsotnost z dela in celo odškodninske zahtevke. Škode, ki nastane zaradi bolnikovega nezadovoljstva in zmanjševanja ugleda ustanove ter s tem njene konkurenčnosti, pa se niti ne da denarno ovrednotiti.

Cilj obvladovanja okužb je znižanje števila le-teh s smiselnimi ukrepi in izboljšanjem kakovosti dela v bolnišnicah. Naloge skupin za nadzor bolnišničnih okužb so predvsem izdelava navodil, svetovanje, preučevanje in nadzor.

Uvodno predavanje drugega dela simpozija, ki ga je imela prim. dr. Bufonova, je bilo posvečeno prav smernicam za pripravo pro-



**Otvoritveni
govor
predsednika
organizacijskega
odбора prim.
prof. dr.
Gorazda
Lešničarja**



Poslušalci na infektološkem simpoziju

grama za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb.

Proti metilcinu odporni *Staphylococcus aureus* (MRSA) je najpogostejši in eden najpomembnejših povzročiteljev bolnišničnih okužb. Prevalenca MRSA narašča v večini držav in je posledica nedoslednega upoštevanja higienskih ukrepov ter nepravilne in pretirane rabe antibiotikov.

Mnogo strokovnih srečanj na temo bolnišničnih okužb se je zvrstilo v zadnjih letih in tudi sklop predavanj na letošnjem Infektološkem simpoziju v Ljubljani je bil posvečen tovrstnim okužbam, zlasti okužbam z odpornimi stafilokoki.

Tako smo zaradi aktualnosti tudi na našem simpoziju večino referatov s temo bolnišničnih okužb posvetili obvladovanju okužb z MRSA.

Ljubljanska skupina strokovnjakov, z asist. mag. Igorjem Muzlovičem na čelu, je v svojem referatu prikazala rezultate raziskave, ki opisuje strategijo preprečevanja širjenja MRSA in učinkovit model reševanja problema odpornih mikroorganizmov, ki bi ga lahko uporabile tudi druge bolnišnice v Sloveniji.

V zadnjem izmed sedmih referatov je Tjaša Žohar Čretnik predstavila pomembno vlogo kliničnega mikrobiološkega laboratorija pri racionalni uporabi antibiotikov, saj s hitrimi in standardiziranimi metodami za identifikacijo in določanje občutljivosti za antibiotike ter takojšnjim sporočanjem lahko omogočimo hiter prehod z izkustvenega na usmerjeno antibiotično zdravljenje.

Zbirni podatki mikrobiološkega laboratorija so namreč pomembni tudi za pripravo priporočil in ukrepov na lokalni, državni in mednarodni ravni.

Le s skupinskim pristopom in povezovanjem med specialisti infektologi, mikrobiologi, epidemiologi in drugimi strokovnjaki, ki so vključeni v delo z mikrobi, bolniki in antibiotiki, lahko pričakujemo napredek pri obvladovanju bolnišničnih okužb.

V zaključkih živahne razprave so infektologi poudarili, da mora biti obvladovanje bolnišničnih okužb v državi skupinsko, strokovno, ekspeditivno in tudi znanstveno delo. Zavzeli so se za čim hitrejšo uveljavitev enotnega programa za obvladovanje okužb v državi. Opozorili so na stigmatizacijo bolnikov, ki so naseljeni oz. okuženi z odpornimi klicami, zlasti MRSA, in se zavzeli, da bi ti bolniki imeli enake možnosti

pri sprejemu na bolnišnične oddelke, klinike in socialne ustanove. Opozorili so tudi na nujnost elektronskih povezav in vključenosti v informacijske sisteme za čim hitrejšo pridobitev informacij s področja sorodnih specialnosti, zlasti mikrobiologije in epidemiologije.

Čeprav v minulem desetletju nismo organizirali nobenega simpozija o virusnih hepatitisih (v letih od 1971 do 1984 je bilo organiziranih deset jugoslovanskih simpozijev), se je leta 1988 iz vrst infektologov, virologov, gastroenterologov in patologov oblikovala skupina strokovnjakov, ki sodelujejo na področju virusnih hepatitisov in se vključujejo v raziskovalne projekte, predvsem na področju hepatitisa C in B. Omenjena skupina strokovnjakov se povezuje tudi z drugimi medicinskimi strokami (imunologi, epidemiologi, transfuziologi, psihiatri in drugimi), ki sodelujejo pri preučevanju tudi v razvitem svetu zelo pomembnega zdravstvenega problema, tj. hepatitisa C, s katerim je okuženega 1 do 2 odstotka človeštva in je najpogostejši vzrok za presaditev jeter.

V zaključke teme smo po zanimivi razpravi zapisali, da bo virusni hepatitis tudi v bodoče "buril duhove" med strokovnjaki, saj gre za množično bolezen z visokim odstotkom kroničnih bolnikov in visoko umrljivostjo ter s še številnimi medicinskimi neznankami.

Le s skupinskim delom (strokovnjaki različnih specialnosti) in povezovanjem med bolnišnicami bomo lahko obvladovali to bolezen po sodobnih načelih.

Samo poglobljeno načrtovano, usklajeno, skupinsko in raziskovalno delo omogoča objektivizacijo naših rezultatov zdravljenja in primerljivost med seboj in z drugimi državami.

Z ozirom na aktualne dileme v zvezi s cepljenjem proti hepatitisu B je zbor strokovnjakov s področja hepatitisa v soglasju z vsemi udeleženci simpozija med zaključke uvrstil tudi naša priporočila, v katerih se zavzemamo za nadaljevanje cepljenja proti hepatitisu B, kot ga določa Republiški program imunoprofilakse. Okužbo z virusom hepatitisa B lahko učinkovito preprečimo le s cepljenjem, cepivo pa hkrati (posredno) preprečuje tudi pojav jetrnega raka. Sporočilo smo poslali tudi ministru za zdravje, prof. dr. Dušanu Kebru.

Po končanih predavanjih prvega dne se je vrsta udeležencev simpozija udeležila organiziranega oglada Starega gradu Celje, zvečer pa slavnostne večerje v hotelu Evropa, kjer smo v sproščenem vzdušju, ob dobri kapljici, prigrizku in prijetni "živi" glasbi skromno proslavili tudi visok življenjski jubilej ustanovitelja slovenske Infektološke sekcije, dolgoletnega predstojnika Infekcijskega oddelka v Celju in častnega občana mesta Celje prim. prof. dr. Janka Lešničarja. S skromnimi priznanji in darili smo izrekli zahvalo tudi dosedanjim, še živečim predsednikom naše sekcije oziroma združenja: prim. dr. Marku Suhaču, prim. prof. dr. Janku Lešničarju, doc. dr. Vladimirju Brinovcu, prof. dr. Franju Piklju in sedanjemu predsedniku, prim. asist. mag. Igorju Muzloviču.

Ob tej priložnosti smo se zahvalili tudi vsem avtorjem za pripravo besedil, sodelavcem za strokovno, lektorsko in tehnično ureditev zbornika in pokroviteljem za finančno podporo pri izvedbi simpozija in tisku zbornika. Glavni pokrovitelj simpozija je bilo podjetje Schering-Plough – predstavništvo iz Ljubljane, večerjo pa je omogočila Krka iz Novega mesta.

Simpozija se je v dveh dneh udeležilo blizu 200 zdravnikov in medicinskih sester, ki so ob zaključku prejeli potrdila o udeležbi. Tudi večji medijski pozornosti zaradi aktualnih tem gre verjetno zahvala za veliko zanimanje za Zbornik predavanj, saj smo že kmalu po končanem simpoziju razdelili preko 500 izvodov omenjene brošure. ■

Ob 30. obletnici dela po Hudolinovi in socialno-andragoški metodi zdravljenja odvisnikov in drugih ljudi v stiski

Janez Rugelj

1. Presaditev Hudolinovega sistema v Slovenijo

Pred tridesetimi leti, dne 23. 2. 1971, sem po temeljnih predpripravah na dan prevzema dolžnosti predstojnika na nekdanjem oddelku Psihiatrične klinike "Škofljica" po mehanizmu vojaškega prevrata ukinil prejšnji (skrajno lagodni in permisivni) tradicionalni psihiatrični sistem obravnavanja alkoholikov in nevrotikov in - kljub odkritemu nasprotovanju vodstva klinike - uvedel kopijo vsestransko dejavnejšega Hudolinovega (kompleksnega socialno-psihiatričnega sistema) zdravljenja in rehabilitacije alkoholikov. (Hudolinov sistem je bil že takrat in je še vedno najbolj popoln in učinkovit sistem za množično rehabilitacijo alkoholikov).

Dva meseca po vzpostavitvi novega sistema sem povabil Hudolinovega pomočnika, prof. dr. Branka Langa, da je v teku enotedenskega strokovnega sodelovanja na oddelku potrdil točnost Hudolinovega koncepta. Pozneje sem na osnovi sprotnega vrednotenja rezultatov dela postopno modificiral Hudolinov sistem ter po moji odstranitvi iz "Škofljice" leta 1974 začel na temelju Hudolinove doktrine oblikovati socialno-andragoški sistem zdravljenja alkoholikov, drugih odvisnikov in drugih ljudi v stiski, ki je dejansko rezultat več kot 500 modifikacij Hudolinovega sistema.

Bistvo Hudolinovega sistema je bilo naslednje: skupinsko obravnavanje alkoholika v bolnišnici, dispanzerju in klubu zdravljenih alkoholikov (KZA), obvezno vključevanje alkoholikove družine, tudi otrok, študij alkoholizma z izpitom in nadaljevanje zdravljenja alkoholikov v KZA (Hudolin, 1991).

Omenjeni sistem so do leta 1973 prevzeli vsi psihiatrični oddelki po Sloveniji, razen Psihiatrične bolnišnice Begunje.

V obdobju od 1971 do 1974 sem s pomočjo sodelavcev na terenu po vsej Sloveniji ustanovil skoraj 100 skupin in KZA, v katerih je s pomočjo več kot 200 terapevtov (zdravnikov, socialnih delavcev, psihologov, medicinskih sester...), ki so se za delo izobrazili na Škofljici, delovalo blizu 2.000 treznih in urejenih alkoholikov. Skupine in KZA so delovali pod mentorstvom republiškega Združenja KZA, ki sem ga osebno ustanovil in vodil. Vsi tedanji terapevti (razen Franca Hebra, dr. med.; Marinke Sila, dipl. soc. delavke, in mag. Toneta Kladnika, dipl. soc. delavca) so zaradi pritiskov postopoma opustili Hudolinov sistem. Danes - razen omenjenih in mene - po njem ne dela nihče več.

2. Zatrteje Hudolinovega sistema v Sloveniji

Zaradi ustanovitve tolikšnega števila klubov so se nekateri odgovorni ljudje v psihiatriji in politiki ustrašili možnih posledic zmanjševanja zapitosti slovenske družbe, pa tudi naraščanja družbenega vpliva bivših, zdravljenih alkoholikov, ki so kritično razodevali bistvo zapitosti takratne politične in poslovne birokracije, zato so se odločili, da s korenitim posegom zavrejo "boj" proti alkoholizmu.

Vlogo izvršitelja zatrtja Hudolinovega sistema v Sloveniji je sprejel tedanji direktor Psihiatrične klinike dr. Miloš Kobal, ki je s pomočjo popolnoma ubogljivih sodelavcev zlahka dosegel moj suspenz v začetku leta 1974.

Ker sem bil kljub suspenzu še naprej predsednik republiškega Združenja KZA, so se socialistični oblastniki lotili specialne manipulacije: na temelju na novo noveliranega zakona o društvih so razglasili, da KZA ne morejo imeti statusa društev. Meni je oblast naložila, da kot predsednik Združenja KZA SRS razpustim vse klube in poskrbim za uničenje žigov, milica pa je nadzorovala (!), da je bila razpustitev v redu in pravočasno opravljena. Vse to se je dogajalo v komunističnem sistemu leta 1976. Nekdanji KZA so bili formalno priključeni osnovnemu zdravstvu, kjer so v veliki večini postopoma ugasnili.

Celotno odpravo Hudolinovega sistema v Sloveniji sta vodila dr. Miloš Kobal in soc. delavka Majda Gaspari, ki je bila pomočnica predsednika CK ZKS F. Popita, pred tem pa se je povzpela celo na mesto ministrice za zdravstvo (!).

3. Na ruševinah Hudolinovega sistema smo oblikovali socialno-andragoški sistem

V obdobju od leta 1974 do danes sem postopno oblikoval socialno-andragoški sistem, katerega bistvo je v delovanju alternativne terapevtske skupnosti (ATS). Gre za vsestransko aktiviranje človeka v stiski, z namenom, da v dolgotrajnem prizadevanju vsaj zmanjša usodno distanco, ki ga loči od uspešnih vrstnikov. Premik navzgor dosega s pomočjo nad 50 različnih vzgojno-terapevtskih sredstev: redna jutranja telovadba, vzdržljivostni tek z maratoni, planinarjenje s prehojenimi transverzalami, opustitev vseh škodljivih odvisnosti, trajno izobraževanje, kreativno pisanje, biblioterapija, terapevtsko postenje...

Naša ATS, ki jo tvorijo 3 redne terapevtske skupine, dva kluba in več raznih vzporednih in ad hoc skupin - vse vodim osebno, je na svetu enkratna skupnost ljudi, ki so bili nekoč v duševni stiski, danes pa so vsi nealkoholiki, nekadilci, telovadci, maratonci, planinci, ljubitelji dobre knjige, vsi si prizadevamo za dobro partnerstvo, starševstvo in poklicanost.

V skupnosti je vedno približno ena tretjina lagodnih in osebno motenih ljudi, ki se izmikajo obveznostim v programu, zato ga prej ali slej zapustijo in živijo po starem.

Skupnost šteje od 100 do 120 ljudi v starosti od 16 do 70 let, povprečna izobrazba je med višjo in visoko, v njej je vedno nekako 10 zdravnikov in psihologov - trenutno je v njej 9 doktorjev in magistrstrov znanosti.

V skupnosti je zdravo jedro visoko ozavešenih ljudi, ki šteje sedaj 30 ljudi, v programu pa so že od 4 do 26 let, ki predstavlja zgled za osebnostno preobrazbo novih članov.

Potrebno je bilo 30 let, da se je naša skupnost razvila do današnje visoke stopnje razvoja. Če bi se danes moški mojega formata lotil oblikovanja podobne terapevtske skupnosti, bi potreboval vsaj 15 let, da bi dosegel raven delovanja moje terapevtske skupnosti.

4. Premagovanje ovir

Za nami, zlasti pa za menoj, je 30 let boja za ohranitev in razvoj sistema ter celo za preživetje. Vse okoliščine tega boja do leta 1992 sem natančno prikazal v knjigi "Dramatična pot" (Rugelj, 1992), zato bom le omenil poglavitve ovire, ki sem jih moral premagati, da sem obdržal sebe in svoj sistem:

- leta 1973 so me s potvorjenimi obtožbami suspendirali z mesta predstojnika oddelka na Škofljici in v ta namen pridobili kuharice, kurjače in medicinske sestre, da so glasovali za moj suspenz;

- s premestitvijo na psihiatrični dispanzer so me na silo spet napravili za tradicionalnega psihiatra, a sem se jim hitro izmuznil in med počitnicami leta 1974, ko so bili šefi na dopustu, po tajnih pripravah ustanovil štiri dispanzerske skupine ter se tako enkrat za vselej popolnoma odmaknil od načina delovanja tradicionalne psihiatrije v Sloveniji;

- moral sem se zoperstaviti trem prisilnim upokojitvam, prvič 1982., drugič 1985. z gladovno stavko v Avstriji in tretjič leta 1995 spet z gladovno stavko, ki je trajala 35 dni. Pri zadnji je šlo zelo zares, saj so si moji stari nasprotniki in njihovi novi pomagači zelo prizadevali, da bi mi za stalno odvzeli zdravniško licenco. Pred tem so me izključili iz Slovenskega zdravniškega društva, a je Okrožno sodišče v Ljubljani po sedmih letih odločbo o izključitvi razveljavilo;

- v zadnjih 10 letih sem moral prestati številna ponižanja, ko so proti meni uporabljali nekega bivšega pacienta, ki ga je hčerka razkrinkala kot pedofila in svojega posiljevalca ter ga je zaradi psihopatijske zapustila družina, cerkveno sodišče pa je razglasilo njegov zakon za ničn. Uporabljali so ga za kazenske sodbe (z namenom, da bi me utišali), za mojo izključitev iz Slovenskega zdravniškega društva in za poskus odvzema licence;

- moji nasprotniki so me nameravali strokovno diskvalificirati. Ker v Sloveniji ni psihiatra, ki bi bil kompetenten za ocenjevanje mojega dela (saj nihče ne dela nič podobnega kot jaz), so najeli strokovnjaka SZO, da je prišel na "inšpekcijo". Priredil sem mu celodnevni simpozij v angleščini o našem delovanju in njegova ocena mojega dela je bila pozitivna, z običajnimi kritičnimi pripombami, češ da se sistem obnese le pri visoko motiviranih ljudeh in ne pri splošni popu-

laciji. A ta pripomba je nesmiselna, saj velja tudi za vse druge modele uspešnega zdravljenja.

Kljub odporom se je socialno-andragoška metoda uveljavila v Sloveniji. Po njeni rahlo modificirani obliki delajo prej omenjeni trije "veterani" in mag. Andrej Perko, dipl. psiholog v Kamniku.

5. Rezultati dela po socialno-andragoški metodi (shematično) (Rugelj, 2000):

- Zaradi asocialnega vedenja je alkoholika možno pozdraviti samo v izjemnih razmerah, v katerih se bivši alkoholik korenito spremeni in napravi iz sebe kaj izjemnega, da se žena spet z ljubeznijo zazre vanj. Do sedaj se je to dokazano pripetilo samo v nekaj redkih primerih, ne oziraje se na dejstvo, da se jih na stotine vzdrži alkohola.

- Prišli smo do spoznanja, da se lahko jedrni nevrotiki pozdravijo samo v izjemnih pogojih partnerskega zdravljenja v skupini in terapevtski skupnosti, ki traja vsaj 5 do 10 let. Bistvo zdravljenja pa je v vsestranski organizaciji in spodbujanju zapoznelega osebnostnega dozorevanja s pomočjo različnih dejavnosti in v "čiščenju" (obujanju iz podzavesti) travmatičnih dogodkov, doživetih v otroštvu in pozneje.

- Dokopali smo se do razumetja bistva uspešnega zdravljenja "ljudi v stiski", ki temelji na dejstvu, da je velika večina ljudi usodno obremenjena z lenobo. Leni ljudje zaostajajo za bolj uspešnimi vrstniki in zaostajanja ne morejo prenesti brez omame: alkoholne, nikotinske, potrošniške, nevrotične, narkomanske itn. Lenoba je posledica zatiranja otroške radovednosti s strani nevrotičnih (patoloških) staršev in šole.

- Pri skoraj vseh "ljudeh v stiski", ki prihajajo v mojo psihiatrično ordinacijo, je lenoba z vsemi njenimi implikacijami še močnejše izražena. Za silo se uredijo le redki, če sprejmejo načelo, da se človek v stiski lahko reši samo, če se odloči za dolgoročno prizadevanje na telesnem, intelektualnem, socialnem in duhovnem področju. Domala vsi se srečajo z dvema ovirama:

- a) dejstvom, da "ura zamujena ne vrne se nobena" (ki pa ni povsem resnično, kajti "nikoli ni prepozno"),

- b) tragičnim dejstvom, da se "ljudje v stiski", ki se lotijo navedenih dejavnosti, večinoma hitro utrudijo, odidejo iz programa in se prepustijo blaženosti "naglavnega greha" lenobe, tako da se pogreznejo v samoprevaro, ko živijo za spoznanje bolje od tistih v njihovem okolju, ki še manj "migajo". Izjem je na žalost malo!

- Prepričali smo se v resničnost trditve Morgana Scott-Pecka (Scott-Peck, 1990), češ da je uspešna psihoterapija možna samo pri nevrotičnih osebah, ki se (celo pretirano) zavedajo odgovornosti za svojo "polomijado", ne pa pri karakternih nevrotikih, kajti slednji se ne doživljajo kot izvir svojih težav, zato se sami niso pripravljene spremeniti, marveč pričakujejo spremembe pri drugih, ki so v njihovih slepih očeh povzročitelji njihovih težav. Karakterne nevrotike je menda možno (vsaj delno) spremeniti, če se ob represivnih sredstvih uporabi še psihoterapija.

- Spoznali smo resničnost ugotovitev francoskega psihiatra Nicol-la, da ima med moškimi optimalne možnosti za osebnostni razvoj samo tisti, ki je dosegel razvojno stopnjo "dobrega gospodarja" (Nicoll, 1996).

- Soočamo se z dejstvom, da velika večina staršev naših odraslih

zdravljencev nasprotuje njihovemu zdravljenju. Vzrok: zavedajo se, da pri radikalni psihoterapiji neizogibno pride do analize in ocene vloge (praviloma vedno) patoloških staršev pri oblikovanju duševne stiske njihovih otrok. Če starši zavrnejo razširjeno družinsko psihoterapijo, morajo zdravljeni prekiniti stike s primarno družino (Janov, 1970). Človek v stiski pač ne more ozdraveti, če korenito ne uredi odnosov s primarno družino. Če ureditev ni možna, je nujna prekinitev! ■

Literatura:

- Janov, A. 1989. *The Primal Scream*. Prevod: Primalni krik. Novi Sad: Obzor.
 Hudolin, V. 1991. *Alkoholški priručnik*. Zagreb: Medicinska naklada.
 Nicoll, M. 1996. *Psychological Commentaries on the Teaching of Gurdjieff and Ouspensky*, Vol. 1-6. USA: Samuel Weiser, Inc., York Beach, Maine.
 Rugelj, J. 1992. *Dramatična pot, 1. del*. Ljubljana: Samozaložba.
 Rugelj, J. 2000. *Pot samouresničevanja*. Ljubljana: Samozaložba.
 Scott-Peck, M. 1990. *Ljubezni in duhovna rast*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Pripis uredništva:

Za stališča, objavljena v članku avtorja Janeza Ruglja, odgovarja avtor. Uredništvo se distancira od izjav, ki utegnejo biti žaljive za avtorjeve kolege.

Zdravstveni dom Slovenska Bistrica objavlja delovno mesto

zobozdravnika

za določen čas s polnim delovnim časom,
 in sicer za dobo 12 mesecev (nadomeščanje odsotnega delavca),
 s 3-mesečnim poskusnim delom.

Nastop dela takoj oziroma po dogovoru.

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta - smer stomatologija,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljan Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Kandidati naj svoje vloge pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Slovenska Bistrica, Partizanska ul. 30, 2310 Slovenska Bistrica.

ZANIMIVO

Dr. Frank H. Netter, zdravnik in umetnik (1906-1991)

Letos se izteka 10. leto odkar je umrl Frank H. Netter, svetovno znan medicinski ilustrator. Ker se ga takrat nismo spomnili, naj bo pričujoči zapis posvečen 10. obletnici njegove smrti.

Spoznali smo ga okoli leta 1965, ko je CIBA, švicarska tovarna zdravil, prodirala na naše tržišče. Zastopniki, ki so nam prinašali prospekte za zdravila, so nam podarili tudi kak izvod CIBA Clinical Symposia. Publikacija je izhajala v angleškem, nemškem in francoskem jeziku.

Vsak zvezek je obravnaval le eno medicinsko področje: vrtoglavico, otološke diagnoze in zdravljenje naglušnosti, plastične posege, ščitnico in drugo. Besedilo je napisalo 4 do 5 priznanih avtorjev, za ilustracije pa je poskrbel dr. Netter, ki se je pod vsako risbo različno podpisal.

Netter je živel v New Yorku. Že kot deček je obiskoval Metropolitan Museum of Art in se navduševal nad slikami Velasquesa, Sargenta in drugih mojstrov. Risanja se je učil na akademiji v New Yorku. Leta 1920 je bil že uspešen umetnik, ki je svoje risbe objavljajl v časopisih Saturday Evening Post, Esquire in The New York Times. Preživljal bi se lahko kot komercialni ilustrator. Njegova mati ni nikdar podpirala sinove želje, da bi postal umetnik. Na njeno željo se je vpisal na New York University Medical College. Po končanem študiju se je kot kirurg zaposlil v zasebni ordinaciji na Manhattnu, ki pa zaradi svetovne krize ni dolgo delovala. Sklenil je, da bo postal medicinski ilustrator.

S farmacevtsko tovarno CIBA je pričel sodelovati 1936. leta. Najprej je risal prospekte za nova zdravila in jih leta 1948 objavil v knjižni

obliki. Zbirko so sprejeli s takim navdušenjem, da se je CIBA odločila razširiti program z izdajanjem zvezkov z anatomijo in patologijo vseh sistemov človeškega telesa. Tako je nastal pomemben projekt The Netter Collection of Medical Illustrations. Prvi zvezek so objavili 1953. in zadnjega 1993. leta, kar zajema 40 let Netterjeve dejavnosti. Najbolj znana so Clinical Symposia, monografije, ki so izhajale vsake tri mesece in obravnavale vsa področja medicine. Največje Netterjevo delo pa je bil Atlas of Human Anatomy, ki je postal najbolj iskan atlas medicinske stroke. Žal je bil atlas njegova zadnja mojstrovina. Dr. Netter je umrl dve leti pozneje, star 85 let.

Za lažje vrednotenje Netterjevega vpliva na medicino, predvsem pa na anatomijo, je treba primerjati njegovo delo z ostalimi umetniki, ki so kot on združevali umetnost in znanost.

Začetki študija anatomije segajo nazaj do starih Egipčanov, medicinska ilustracija pa se je pojavila šele v renesansi. Leonardo da Vinci in Michelangelo sta bila prva, ki sta se učila na kadavru. Leonardo je narisal nekaj lepih skic, vendar je umrl, preden jih je zbral v enotno delo. Skice so se izgubile, odkrili in objavili so jih šele v prejšnjem stoletju.

V istem času je živel zdravnik Andrej Vesalius. Bil je prvi, ki je zaradi študija anatomije opravil obdukcijo človeka. Pri tem je odkrival napake Claudiusa Galena, zdravnika iz časa Rimljanov, ki je svoje znanje anatomije pridobival med seciranjem živali. Njegove trditve so bile do renesanse splošno priznane. Ker pa Vesalius ni bil več risanja, je pooblastil Ticianovega učenca Jana Stefana van Kalkerja iz Flandrije, da je risal zanj. Andrej Vesalius je svoje izsledke objavil v več knjigah: De humani Fabrici libri septem (De Fabrica). Delo je izšlo leta 1543 v barvah. Original so pred kratkim prodali na dražbi v New Yorku. Da bi dosegel estetsko raven in znanstveno natančnost, je torej Vesalius tesno sodeloval s priznanimi slikarji. De Fabrica je bil nekaj stoletij osnovni pripomoček za učenje anatomije. Šele tehnološka odkritja so prinesla nova spoznanja o anatomiji človeka.

Dobrih 400 let ni bilo človeka, ki bi dosegel lepoto risb iz De Fabrica in dopolnil to, česar tudi Vesalius ni mogel videti. Nato se je pojavil Frank H. Netter, ki ima svoj način umetniškega risanja, anatomske pa je natančen, kot bi gledali fotografije. Netterjeve risbe ne podajajo samo anatomske strukture, temveč bolj lepoto kot morbidnost preparata. Kadar je risal ljudi med preiskavami, jim je dal na obraz izraz strahu, nelagodnosti, pričakovanja, kot bi ga kazal vsak od nas, ki bi sodeloval pri preiskavi. Netterja so leta 1941 poimenovali "medicinski Michelangelo". De Bakey pravi: "Netterjev prispevek za humano medicino je velik. Naučil nas je več anatomije kot katerikoli ilustrator od 16. stoletja dalje." Netter je imeniten medicinski ilustrator 20. stoletja. Narisal je skoraj 4.000 risb iz anatomije, fiziologije in patologije. Dokumentiral je vse, od CAT in MRI do prve presaditve srca. Deloval je skoraj 50 let, njegove risbe pa najdemo v vseh pomembnejših me-

dicinskih knjigah po svetu. Netter je izpopolnil tudi Vesaliusov učbenik (De Febrica). Odkritje mikroskopa v 17. stoletju je poglobilo znanje anatomije, odkritje rentgenskih žarkov pa je anatomom omogočilo študij tkiva in organskih sistemov na živih ljudeh. CAT, ultrazvok in MRI dajejo možnost, da vstopamo v živo človekovo telo.

Netterjevo delo se z njegovo smrtjo ni moglo končati. Z njim nadaljujejo trije njegovi najožji sodelavci.

John A. Craig

Netterju se je pridružil leta 1972, ko je ta po naročilu CIBE pričel z novo vrsto umetniškega dela – Clinical Symposia (leta 1998 so praznovala 50. obletnico neprekinjenega izhajanja). Dr. Craig, ki nadaljuje Netterjevo tradicijo, je vodja risarjev in svetovalec skupine, ki izdaja Clinical Symposia, in sodeluje pri Nova CON: Disease Education Series (CD-rom), kot tudi pri Netter Collection of Medical Illustrations.

J. A. Craig je postal zdravnik in specialist oftalmolog na medicinski fakulteti Galveston Texas. Trenutno dela v svojem ateljeju v Austinu, Texas.

Carlos Guimaraes Machado

Je najmlajši član Netterjeve skupine in sodeluje pri istih revijah kot J. A. Craig. Preden je prišel v ZDA, je bil kardiolog v Rio de Janeiro. Živi in deluje v Austinu, Texas.

David J. Mascaro

Z Netterjem sta pripravljala risbe za III. del mišičnoskeletnega sistema, ki je bil del Netterjeve zbirke The Netter Collection of Medical Illustrations. Mascaro sodeluje v Clinical Symposia, prispeval je tudi risbe za Congestive Heart Failure v III. izdaji Nova CON: Disease Education Series (CD-rom). Razstavljal je v Evropi, na Japonskem in v ZDA. Ima naziv M. S., trenutno je profesor za medicinsko ilustracijo na Medical College of Georgia, Augusta.

Od vseh Netterjevih publikacij smo preko CIBE dobivali le Clinical Symposia, za ostale sploh vedeli nismo. CIBA je pozneje postala CIBA-GEIGY, obe sta se združili s SANDOZ-om in januarja 1997 so prevzeli ime Novartis. Julija 2000 je Novartis prodal pravice Netterjeve zaupščine ameriški firmi Havas Medimedia in njeni podružnici Icon Learning Systems.

Pri nas medicinske knjižnice Netterja nimajo v svojih zbirkah. Pred 15 leti sem na policah našel nekaj zvezkov Clinical Symposia, danes jih ni več najti. V najboljšem primeru so jih dali v arhiv. Tako mlajši kolegi ne bodo imeli prilike spoznati umetniško izdelanih in strokovno dognanih Netterjevih medicinskih ilustracij. ■

Po internetu priredil: Janko Berčič



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.

Inštitut za anatomijo
Inštitut za histologijo in embriologijo
Inštitut za patologijo
Inštitut za sodno medicino

vabijo na

XXXII. MEMORIALNI SESTANEK PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

z mednarodno udeležbo v tednu Univerze v Ljubljani

Velika predavalnica Medicinske fakultete, Korytkova 2, Ljubljana
6.-7. december 2001

Ljubljanski grad, Ljubljana
8. december 2001

MEDNARODNI SIMPOZIJ V SPOMIN PROF. RENEJA FAVALORA

s strokovno temo: Bolezni srca in ožilja

Pod častnim pokroviteljstvom gospoda Milana Kučana, predsednika Republike Slovenije

Organizatorja strokovnega programa: Inštitut za histologijo in embriologijo, predstojnica: prof. dr. Metka Zorc, in Združenje kardiologov Slovenije, predsednik: prof. dr. Miran F. Kenda

Častni predsednik: akademik prof. dr. Dušan Ferluga

Pokroviteljji: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Klinični center v Ljubljani, Slovensko zdravniško društvo, Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport Republike Slovenije

Organizacijski odbor strokovnega programa: predsednica: prof. dr. Metka Zorc, podpredsednica: prof. dr. Ruda Zorc Pleskovič, tajnici: Darinka

Moder, prof., asist. dr. Mateja Legan, člani: prof. dr. Miran F. Kenda, prof. dr. Charles Hahn +, prof. dr. Ninoslav Radovanović, prof. dr. Robert Hobbs, prof. dr. Olga Vraspir Porenta, prof. dr. Draga Štiblar Martinčič, prof. dr. Zdenka Pajer Likozar, prof. dr. Nina Gale, prof. dr. Dean Ravnik, prof. dr. Jože Balažič, prof. dr. Meta Hočevar, prof. dr. Katja Boh, doc. dr. Danijel Petrovič, doc. dr. Andrej Čor, asist. dr. Bojana Žvan, asist. dr. Matej Podbregar, asist. mag. Janez Kirbiš, blagajnik: Magda Pezdirc, ing. kem.

Glavni sponzorji: Lek d.d., Ljubljana, Krka, d. d., Novo mesto, Merck Sharp and Dohme Idea, INC., podružnica Ljubljana, Pfizer H.C.P. Corporation, podružnica Ljubljana, Pliva Ljubljana d.o.o.

STROKOVNI PROGRAM

Četrtek, 6. decembra 2001

9.00–10.30 Svečana otvoritev

Pevski zbor študentov Medicinske fakultete COR

Otvoritev: *Metka Zorc*

Pozdravne besede: *Milan Kučan*

Pozdravni govori: *Dušan Keber, Miha Žargi, Dušan Ferluga, Miran F. Kenda*

- *Metka Zorc: Rene Favaloro – legenda, ki živi*
- *Roberto Favaloro: Preteklost, sedanjost in prihodnost koronarne kirurgije – ideje, ki jih je začrtal Rene Favaloro*
- *Ninoslav Radovanović: Charles Hahn: nova vizija koronarne kirurgije*

10.30–11.00 Odmor

Rene Favaloro: »Od bazične raziskave do klinične prakse«

Srčno popuščanje

11.00–13.00 Predsedstvo: *Piotr Ponikowsky, Miran F. Kenda*

- *Danijel Petrovič, Ruda Zorc Pleskovič: Nova spoznanja zgradbe miokarda in vezivnega ogradja srca*
- *Piotr Ponikowsky: Patofiziologija srčnega popuščanja – state of the art*

- *Andrej Pernač, Matija Horvat*: Srčno popuščanje: ocenitev in napotki. Kako bi kardiolog ocenil srčno popuščanje?
- *Peter Rakovec*: Aritmije in srčno popuščanje
- *Piotr Ponikowsky*: Vloga natriuretičnega peptida pri srčnem popuščanju
- *Sergio Dalla Volta, Dinko Anzulović Mirošević*: Endotelijska disfunkcija pri srčnem popuščanju
- *Matej Podbregar*: Metabolizem pri kroničnem srčnem popuščanju
- *Nada Ružič*: Novi izzivi ehokardiografije v diagnostiki in prognozi srčnega popuščanja
- *Igor Zupan*: Novi izzivi v diagnostiki in prognozi srčnega popuščanja z invazivno diagnostiko

Razprava

13.00–15.00 Kosilo

Kaj mora kardiolog vedeti o kirurškem zdravljenju srčnega popuščanja?

15.00–16.30 Predsedstvo: *Ninoslav Radovanović, Janez Kirbiš*

- *Ninoslav Radovanović*: Revaskularizacija miokarda pri srčnem popuščanju
- *Metka Zorc*: Histološka diagnostika: Apoptoza in proliferacijski markerji kot prognostični dejavnik za kirurško zdravljenje srčnega popuščanja
- *Ninoslav Radovanović*: Kirurško zdravljenje srčnega popuščanja – RADO-operacija (osebne izkušnje)
- *Magdi Jacob*: Transplantacija – za koga?
- *Igor Gregorič*: Umetno srce – nove možnosti pri zdravljenju srčnega popuščanja

Razprava

16.30–17.00 Odmor

Srčno popuščanje: napredki in izzivi za zdravljenje v novem tisočletju

Symposium sponsored by Krka

17.00–18.30 Predsedstvo: *Babeth Rabinowitz, Miran F. Kenda, Jože Drinovec*

- *Babeth Rabinowitz*: Srčno popuščanje: nov obraz stare bolezni
- *Miran F. Kenda*: Praktične smernice za uporabo ACE-inhibitorjev
- *Nada Ružič*: Praktične smernice za uporabo betablokatorjev
- *Irena Keber*: Klinika za srčno popuščanje: organizacija, razvoj in izkušnje

Razprava in zaključki

18.30 Pogostitev v organizaciji Krke

Rene Favaloro: »Od bazične raziskave do klinične prakse«

Petek, 7. decembra 2001

Koronarne ateroskleroze

9.00–10.30 Predsedstvo: *Enrique Gurfinkel, Marko Noč*

- *Vita Čebašek, Marija Hribernik*: Razvoj in anatomija koronarnih arterij
- *Metka Budihna, Gorazd Drevenšek*: Regionalne razlike v lokalizaciji receptorjev v koronarkah človeka
- *Pavel Poredoš*: Patofiziologija ateroskleroze v koronarkah

Akutni koronarni sindrom

Symposium sponsored by Pfizer

- *Enrique Gurfinkel*: Antitrombotično zdravljenje pri akutnem koronarnem sindromu
- *Marko Noč*: Akutni koronarni sindrom – vloga statinov – perspektive v novem tisočletju
- *Štajer Dušan, Nina Zidar*: Mehanski zapleti pri miokardnem infarktu

Razprava

10.30–10.45 Odmor

Focus on cure

Symposium sponsored by Lek

10.45–11.30 Predsedstvo: *Michel Bertrand, Aleš Žemva*

- *Michel Bertrand*: Novi principi zdravljenja akutnega koronarnega sindroma v luči CURE in PCI – CURE
- *Marko Noč*: Reperfuzijsko zdravljenje razvijajočega se srčnega infarkta z elevacijo ST-spojnice

Razprava

Difuzna in distalna koronarna bolezen

11.30–12.45 Predsedstvo: *Miladin Đorđević, Aleš Žemva*

- *Danijel Petrovič*: Apoptoza, proliferacija in patohistološke spremembe pri difuzni in distalni koronarni bolezni
- *Pavel Poredoš*: Disfunkcija endotelija pri difuzni in distalni koronarni bolezni
- *Aleš Žemva*: Homocistein, nov dejavnik tveganja za difuzno in distalno koronarno bolezen
- *Ninoslav Radovanović*: Kirurško zdravljenje difuzne in distalne koronarne bolezni – endarterektomija koronarnih arterij
- *Miladin Đorđević*: Koronarna kirurgija brez uporabe izven telesnega krvnega obtoka. Kdaj in zakaj? Nova strategija in perspektiva za prihodnost

Razprava

12.45–14.00 Kosilo

Ateroskleroza karotidnih arterij - novo zdravljenje v novem tisočletju

14.00–15.00 Predsedstvo: *Bojana Žvan, Danijel Petrovič*

- *Bojana Žvan*: Aterosklerotični plak in stentiranje karotidnih arterij
- *Zoran Milošević*: Stentiranje karotidnih arterij v Sloveniji
- *Igor Gregorič*: Kirurgija v preventivi možganske kapi

Razprava

15.00–15.15 Odmor

Infekcija s chlamydia pneumoniae in ateroskleroza

Symposium sponsored by Pliva

15.15–17.00 Predsedstvo: *Pekka Saikku, Metka Zorc*

- *Metka Zorc*: Uvod
- *Enrique Gurfinkel*: Infekcija in ateroskleroza
- *Pekka Saikku*: Chlamydia pneumoniae – vzrok bolezni
- *Darja Keše, Metka Zorc, Janez Kirbiš, Aleksander Rotter*:

Laboratorijska okužba z bakterijo *Chlamydia pneumoniae* pri bolnikih z boleznijo venčnih arterij

- *Mateja Legan, Metka Zorc, Darja Keše, Ruda Zorc Pleskovič, Olga Vraspir Porenta*: Difuzna in distalna koronarna bolezen in okužba z bakterijo *Chlamydia pneumoniae* – naše izkušnje
- *Metka Zorc, Ruda Zorc Pleskovič, Mateja Legan, Olga Vraspir Porenta*: Case report *Chlamydia pneumoniae* – naše izkušnje
- *Janez Kirbiš, Darja Keše, Danijel Petrovič*: Direktni in serološki dokazi prisotnosti *Chlamydia pneumoniae* pri bolnikih z akutnim koronarnim sindromom
- *Tatjana Anič Milič*: CROAATS – preliminarni rezultati

Razprava in zaključki

- 19.00 Tradicionalni koncert zdravnikov s podelitvijo spominskih diplom profesorja Janeza Plečnika študentom Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani Jasmini Spaseska, Davidu Šuranu in Mojci Velikonja.
Velika dvorana Slovenske filharmonije, Kongresni trg 10, Ljubljana.

Rene Favaloro: »Od bazične raziskave do klinične prakse«

Sobota, 8. decembra 2001

Ljubljanski grad

Challenging dream of preventive cardiology

Symposium sponsored by MSD

9.00–10.15 *Metka Zorc*: Uvod

- *Helmut Deffner*: Pozdravni nagovor (MSD Slovenija)

Heart protection study (HPS)

Predstavitev

Predsedstvo: *Pavel Poredoš, Jurij Dobovišek*

- *David Wood*: Uporaba izsledkov raziskav v vsakdanji klinični praksi
- *Irena Keber*: Hart protection study (HPS) – zdravljenje s statini v kombinaciji z dodatkom antioksidantov pri bolnikih z zvišanim tveganjem za koronarno bolezen
- *Zlatko Fras*: Nacionalni program primarne in sekundarne preventivne bolezni srca v Sloveniji

Razprava

10.35–11.00 Odmor

Renaal in Fortzaar – predstavitev

11.00–13.00

- *Rado Kveder*: Rezultati raziskave RENAAL
 - *Rok Accetto*: Pomen medicine podprte z dokazi
 - *Ingrid Os*: FORTZAAR – Nova moč v zdravljenju hipertenzij
 - *Marko Medvešek*: Priporočila za prakso v luči rezultatov raziskav RENAAL in HPS pri diabetikih
- Razprava in zaključki

- 13.00 *Metka Zorc, Miran F. Kenda*: Zaključek XXXII. memorialnega sestanka prof. dr. Janeza Plečnika
- 13.30 Posebno družabno srečanje

Prijavo pošljite na naslov: Inštitut za histologijo in embriologijo, Medicinska fakulteta, Korytkova 2/1, 1000 Ljubljana, po faksu: 01 54 37 361.
Informacije: Darinka Moder, prof., tel.: 01 54 37 360.

Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo in Združenje pnevmologov Slovenije

organizirata

ob 50-letnici prve bronhoskopije v Sloveniji in v okviru Golniških dni 2002

MEDNARODNO SREČANJE RESPIRATORNIH ENDOSKOPISTOV

Golnik, Brdo pri Kranju, 10.–12. oktober 2002

Strokovni program bo obsegal:

1. različne tehnike bronhoskopije,
2. zgodnje odkrivanje pljučnega raka,
3. torakoskopijo,
4. interventno bronhoskopijo.

Učne delavnice:

1. odstranjevanje tujkov iz spodnjih dihalnih poti,
2. biopsijske tehnike,
3. bronhoskopska igelna aspiracija,
4. interventni bronhoskopski posegi,
5. internistična torakoskopija.

Teme posterjev: premedikacija in anestezija pri bronhoskopiji, endoskopija in biopsijske metode, biopsija in BAL v diagnostiki intersticijskih pljučnih bolezni, bronhoskopija pri bolnikih z imunsko pomanjkljivostjo, bronhoskopija na intenzivnem oddelku, slikovne tehnike pri vodenju endoskopskih posegov, bronhoskopija v diagnostiki pljučnih okužb, diagnostika in zamejitev pljučnega raka, diagnostična in terapevtska obravnava bolezni plevre.

Srečanje je namenjeno skupini respiratorne endoskopije: bronhoskopistom in asistentom.

Udeležba je omejena na 30 bronhoskopistov in 30 asistentov. Priporočena je dejavna udeležba s posterjem. Zadnji rok za oddajo abstraktov je 1. avgust 2002.

Zaradi omejitve števila udeležencev svetujemo čim prej prijavo s plačilom kotizacije. Kotizacijo poravnate preko žiro računa št.: 51500-603-34158, sklic na št. 00 290000-1, v znesku 35.000,00 SIT.

Informacije in prijave sprejema gospa Irena Dolhar, tel.: 04 25 69 111, faks: 04 25 69 117, e-pošta: irena.dolhar@klinika-golnik.si, splet: www.klinika-golnik.si



TEDEN UNIVERZE V LJUBLJANI

Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete
dr. Lojz Kraigher

Inštitut za anatomijo
Inštitut za histologijo in embriologijo
Inštitut za patologijo
ter
Inštitut za sodno medicino
Medicinske fakultete v Ljubljani
vabijo na

32. KONCERT ZDRAVNIKOV ob XXXII. MEMORIALNEM SESTANKU PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

Podelitev

Spominskih diplom profesorja Janeza Plečnika

Priznanja profesorja Franceta Hribarja

petek 7. decembra 2001 ob 19. uri

Velika dvorana Slovenske filharmonije, Kongresni trg 10, Ljubljana

SPORED

M. Držečnik: Votum Hippocratis

Zbor študentov Medicinske fakultete COR

Podelitev spominskih diplom profesorja Janeza Plečnika za najboljši študijski uspeh na Medicinski fakulteti v Ljubljani pri predmetih anatomija, histologija z embriologijo in patologija. Prejmejo jih *Jasmina Spaseska, David Šuran in Mojca Velikonja*

Podelitev priznanja profesorja Franceta Hribarja za vrhunske dosežke v stroki in znanosti ter pomemben prispevek k razvoju patologije v Sloveniji. Priznanje prejme *doc. dr. Mara Popovič, dr. med.*

Priznanja podelita dekan Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani *prof. dr. Miha Žargi* ter častni predsednik Memorialnega sestanka *akademik prof. dr. Dušan Ferluga*

J. Gallus: Alleluia ardeus est cor meus

Harmonizacije protestantskega korala: Ein Kind geboren zu Betlehem

Zbor študentov Medicinske fakultete COR

Zborovodja *Jerica Bukovec*

A. Piazzolla: Nightclub 1960 (iz "Zgodovine tanga")

Jure Volk, oboa

Alenka Okorn, kitara

J. S. Bach: Božični oratorij BWV 248

Recitativ

Arija (štev. 56)

Rebeka Radovan, sopran

Marko Zupan, 1. violina

Miha Benedik, 2. violina

Vilim Demšar, viola

Zvonimir Rudolf, violončelo

Tomo Havliček, kontrabas

Jure Volk, oboa

Pavle Kornhauser, klavir

Narodna: Dečva moja je foušarca, prir. Uroš Krek

Narodna: Prišel ljubi je pod okno, prir. Karel Boštjančič

Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč

Zborovodja *Venčeslav Zdravec*

Irska narodna: Monaghan jig

I. McLaughlin: The dark island

Irska narodna: My darling asleep

Folk Etc.

Anton Cerar, gosli

Ivan Volarič, kitara

Sašo Debelec, kontrabas

Darja Podpečnik, harmonika

T. Morley: Now is the Month of Maying

F. Marolt: Marko skače (prir. Jurij Gregorc)

Vokalna skupina Kliničnega centra Vox medicorum

Umetniška voditeljica *Judita Cvelbar*

J. S. Bach - Ch. Gounod: Ave Marija

G. Verdi: Arija Filipa iz 4. dejanja opere Don Carlos

Boris Klun, bas

Vladimir Kobler, klavir

Narodna: Rasti, rožmarin (prir. Emil Adamič)

Narodna: Še rož'ce so žalovale (prir. Vasilij Mirk)

Narodna: Roža na vrtu zelenem cvete (prir. Slavko Mihelčič)

Vse tri narodne pesmi je za skupino PRO MEDICO in pevki priredil *Andrej Misson*

Judita Cvelbar, sopran
Mojca Golež, alt
Marko Zupan, 1. violina
Miha Benedik, 2. violina
Vilim Demšar, viola
Zvonimir Rudolf, violončelo
Tomo Havliček, kontrabas
Jure Volk, oboa
Pavle Kornhauser, klavir

T. Albinoni: Adagio v g-molu
Ljubljanski zdravniški orkester Camerata medica
Dirigent Andrej Ožbalt

A. Foerster: Gorenjski slavček
Odlomek iz III. dejanja opere
Folklorna skupina KUD KC in MF COF (Klub optimističnih folkloristov)
Umetniški vodja Bruno Gaberšek
Plesna priredba Mirko Ramovš
Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč
Zborovodja Venčeslav Zadavec
Ljubljanski zdravniški orkester Camerata medica
Dirigent Andrej Ožbalt

Spored oblikoval Pavle Kornhauser
Koncertni del vodi Zvonka Zupanič Slavec

Vstop prost
Po koncertu dekan Medicinske fakultete v Ljubljani prof. dr. Miha Žargi
prisrčno vabi na sprejem v obnovljenih prostorih Slovenske filharmonije

**V centru Šempetra v Savinjski dolini
oddamo prostore,
primerne za kakršnokoli
zdravniško ordinacijo ali zdravstveno
dejavnost.**

**Informacije na
tel: 041 710 639.**

**Zavod za zdravstveno varstvo Celje
v sodelovanju s**

Psihiatrično kliniko Ljubljana

organizira učno delavnico

DEPRESIVNI IN SUICIDALNI BOLNIK V AMBULANTI ZDRAVNIKA SPLOŠNE MEDICINE

**Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18, Celje
24.-26. januar 2002**

PROGRAM

Četrtek, 24. januarja 2002

- 14.00 Pozdravne besede, *asist. mag. Ivan Eržen, dr. med.*
14.05–15.30 Samomor in samomorilni poskus pri Slovencih, *prof. dr. Onja Tekavčič Grad, klin. psih. spec.*
15.30–15.45 Odmor
15.45–17.45 Diagnostika in terapija depresivnega in suicidalnega bolnika, *doc. dr. Slavko Zihel, dr. med.*
17.45–18.15 Odmor
18.15–19.45 Delo v skupinah (moderatorji: *Onja Grad, Mojca Močnik Bučar, Anka Zavasnik, Slavko Zihel*)

Petek, 25. januarja 2002

- 8.30–9.00 Samomor v regiji Celje v obdobju 1985 do 1999, *Nuša Konec Juričič, dr. med.*
9.00–10.30 Vloga družine in drugih sistemov pri obravnavanju depresivnega in suicidalnega bolnika, *Mojca Močnik Bučar, dr. med.*
10.30–12.00 Delo v skupinah
12.00–13.30 Kosilo
13.30–15.00 Komunikacija z depresivnim in suicidalnim bolnikom, *Anka Zavasnik, klin. psih. spec.*
15.00–15.30 Odmor
15.30–17.00 Delo v skupinah
17.00–18.00 Video

Sobota, 26. januarja 2002

- 8.30–10.00 Izguba kot dejavnik tveganja pri depresiji in samomorilnem vedenju, *prof. dr. Onja Tekavčič Grad*
10.00–10.30 Odmor

10.30–12.00 Delo v skupinah
12.00–13.00 Zaključek seminarja

Kotizacija: 30.000 SIT z vključenim DDV (vključuje kosilo in pogostitve med odmori); nakažite jo na žiro račun: 50700–603–31733, sklic na št. 00 01500.

Število udeležencev: do 25. Če bo prijavljenih več, bomo izvedbo ponovili. Prosimo, da prijave pošljete najkasneje do **8. 1. 2002** z enotno prijavnico za udeležbo na zdravniških srečanjih, objavljeno v Izidi, na naslov: Nuša Konec Juričič, Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18, 3000 Celje ali po e-pošti: nusa.konec@zzv-ce.si

Prenočišče si lahko rezervirate v Hotelu Štorman v Celju, tel.: 03 42 60 426 (cena enoposteljne sobe 8.300 SIT).

Veselimo se srečanja z vami!



Združenje zdravnikov družinske medicine
Katedra za družinsko medicino
Inštitut za varovanje zdravja
organizirajo strokovno srečanje

18. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: ZDRAVNIKOVO DELO IZVEN AMBULANTE – BOLNIK S KRONIČNO BOLEČINO

Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, Ljubljana
25.–26. januar 2002

Strokovni odbor: Igor Švab, Mateja Bulc, Štefek Grmec, Janko Kersnik, Maja Klemenc, Danica Rotar Pavlič, Irena Vatovec Progar

Organizacijski odbor: Igor Švab, Dean Klančič, Ana Artnak

Namen delavnice je izobraziti zdravnike družinske medicine, da poznajo pomen zdravnikovega dela izven ambulate, se seznanijo in praktično preizkusijo spoznanja s tega področja, oblikujejo ustrezna stališča o delu na terenu in svoja spoznanja preizkusijo v praksi in v obliki priporočil za delo.

Zdravniki naj bi se na delavnici tudi naučili, kako to znanje prenesti na svoje kolege. Delavnice so namenjene vsem zdravnikom družinske medicine, ki jih zanima nov pristop k reševanju strokovnih problemov na terenu. Za mentorje študentom in specializantom pa je udeležba na eni izmed delavnic pogoj za mentorstvo v naslednjem obdobju. Udeleženci bodo na koncu delavnice usposobljeni praktično uporabiti načela dela zdravnika družinske medicine na terenu. Svoje znanje bodo znali prenesti študentom, specializantom in svojim kolegom. Skupaj bodo izdelali osnutek priporočila za obravnavo srčnega bolnika na domu.

PROGRAM

Petek, 25. januarja 2002

- 8.30 Prihod in registracija
- 9.00 *Maja Pavlin Klemenc*: Predstavitve namena in ciljev delavnice
- 9.20 *Maja Pavlin Klemenc*: Bolnik s kronično bolečino v ambulanti družinskega zdravnika
- 9.45 *Jelka Pirc*: Bolnik s kronično bolečino – sodelovanje zdravnika družinske medicine in specialista
- 10.30 Kava
- 11.00 Delo v skupinah: Izkušnje z delom izven ambulate
- 12.30 Kosilo
- 14.00 *Igor Švab, Dean Klančič*: Smernice za vodenje bolnika s kronično bolečino
- 14.15 Delo v skupinah: Izkušnje z obravnavo bolnika s kronično bolečino – razprava ob domači nalogi
- 15.45 Kava
- 16.15 Delo v skupinah: Obravnava smernic in priprava priporočil
- 17.45 Plenarni sestanek. Poročanje skupin in zaključek prvega dne
- 19.30 Skupna večerja

Sobota, 26. januarja 2002

- 9.00 *Danica Rotar Pavlič, Elizabeta Bobnar Najžer*: Zdravnik v stikih z javnostmi
- 10.30 Kava
- 11.00 Delo v skupinah: Zdravnik v stikih z javnostmi – igranje vlog – intervju
- 13.00 Kosilo
- 14.30 Delo v skupinah: Zdravnik v stikih z javnostmi – igranje vlog – okrogla miza, forum
- 16.00 Kava
- 16.30 Plenarni sestanek: Predstavitve skupin – najboljše in najslabše vloge
- 17.30 Zaključek delavnice

Naloga: Primer enega ali dveh bolnikov s kronično bolečino, ki vas je kot zdravnika posebej angažiral. Pri delu v skupinah – Zdravnik v stikih z javnostmi – sodelujejo: Eva Longyka, Elizabeta Bobnar Najžer, Danica Rotar Pavlič. Vodje skupin so: Maja Pavlin Klemenc, Davorina Petek, Dean Klančič.

Kotizacija: 20.000 SIT (DDV ni vključen). Zdravniki, ki so vpisani v podiplomski tečaj iz družinske medicine, upokojeni zdravniki in zdravniki sekundariji so oproščeni kotizacije (zaradi oblike dela – delavnice – in omejenega števila mest je udeležba omejena na prva dva prijavljena iz vsake skupine). Kotizacija pokriva gradivo v obliki zbornika, ki bo vseboval doktrinarna izhodišča delavnice in obdelavo nekaterih praktičnih primerov zdravnikovega dela izven ambulate, in ga bodo udeleženci dobili na svoj naslov že pred delavnico, da se bodo lahko pripravili na dejavno sodelovanje. Udeleženci bodo prisostvovali predavanjem, predstavili praktične izkušnje lastnega dela na terenu in dejavno delali v skupinah pod nadzorom usposobljenih vodij skupin. V kotizacijo so vštetih kava in napitki med odmori, izlet po Slovenskih goricah ter skupna večerja. Prenočišče in kosilo niso vključeni v kotizacijo. Kotizacijo boste plačali po prejetju računa, ki vam ga bomo izstavili v mesecu novembru, lahko pa jo boste izjemoma plačali tudi ob registraciji ali na račun: Slovensko zdravniško društvo, Združenje zdravnikov družinske medicine, Komenskega 4, 1000 Ljubljana: 50101-678-48620, sklic na številko 20400. V tem primeru prijavi priložite fotokopijo plačane položnice ali pa jo prinesite na srečanje. Na ZZS smo vložili vlogo za priznanje kreditnih točk.

Prijave: Zaradi priprave na delavnico in priznanja udeležbe za kreditne točke za podaljšanje licence so potrebne predhodne prijave. Enotno prijavnico pošljite na naslov ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, elektronska pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si. Rok za prijave: 6. 1. 2002.

Informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, elektronska pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si.

Prenočišča si rezervirajo udeleženci sami.

Splošna bolnišnica Maribor

Služba za ginekologijo in perinatologijo

Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo

organizira učno delavnico

»DOPPLER V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU«

Splošna bolnišnica Maribor, Maribor

30.-31. januar 2002

PROGRAM

Sreda, 30. januarja 2002

- 9.00–10.15 Fizikalni principi Dopplerjevega efekta v medicini
(*B. Breyer, Zagreb*)
- 10.20–10.45 Tehnika prikaza in biološki efekti Dopplerjevega ultrazvoka
(*B. Breyer, Zagreb*)
- 10.45–11.00 Odmor
- 11.00–11.30 3D-analiza perifolikularne vaskularizacije v upodobitvi
»power Doppler« (*V. Vlajsavljević*)
- 11.30–12.00 Dopplerjeva preiskava v ginekologiji (corpus luterum,
salpingitis, torsio, GEU) (*M. Reljič*)
- 12.00–12.30 Dopplerjeva analiza subendometrialnega pretoka
(*V. Vlajsavljević*)
- 12.30–13.00 Uspešnost postopkov OBMP in perifolikularen pretok
(*V. Gavrić Lovrec*)
- 13.30–15.00 Kosilo
- 15.00–15.45 Kvantitativne Dopplerjeve meritve pri patološki
vaskularizaciji ovarialnih tumorjev (*I. Takač*)
- 15.45–16.00 Premor
- 16.00–16.15 Pretok kontrasta skozi jajcevode med ehohisterosonografijo
(VHS) (*V. Gavrić Lovrec*)
- 16.15–17.00 Mesto Dopplerjeve analize v diagnostiki tumorjev dojke
(*D. Arko*)

Četrtek, 31. januarja 2002

- 9.00–9.30 Barvni Doppler in zgodnja implantacija (*V. Vlajsavljević*)
- 9.30–10.00 Standardizacija preiskav z Dopplerjem v porodništvu
(*I. Japelj*)
- 10.00–10.30 Vrednost Dopplerjeve preiskave v zgodnji nosečnosti
(*M. Podobnik, Zagreb*)
- 10.30–10.45 Premor
- 10.45–11.15 Dopplerjeva preiskava ob terminu (*K. Ogrizek Pelkič*)
- 11.15–12.00 Dopplerjeva preiskava a. uterine kot presejalne metode

gestacijske hipertenzije in zastoja v rasti
(*B. Šajina*, Ljubljana)

- 12.30–13.15 Dopplerjeva fetalna ehokardiografija, malformacije srca in velikih krvnih žil (*U. Marton*, Zagreb)
13.30–15.00 Kosilo
15.00–17.00 Vaje

Program učne delavnice je namenjen ginekologom, ki želijo razširiti znanje o preiskavah z ultrazvokom v ginekologiji in porodništvu.

Delo bo potekalo v skupini z največ 10 kandidati.

Vodja učne delavnice: prof. dr. Veljko Vlajsavljevič, dr. med.

Predavatelji: prof. dr. Branko Breyer, dr. med., Zagreb, prof. dr. Mario Podobnik, dr. med., Zagreb, mag. Ula Marton, dr. med., Zagreb, asist. mag. Barbara Šajina, dr. med., asist. dr. Milan Reljič, dr. med., mag. Vida Gavrić Lovrec, dr. med., doc. dr. Iztok Takač, dr. med., mag. Darja Arko, dr. med., prim. Igor Japelj, dr. med., prim. mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med.

Kotizacija za udeležbo na tečaju znaša 50.000,00 SIT (z vračunanim 19-odstotnim DDV). Kotizacija vključuje predavanja, okrepčilo med odmori in kosila. Kotizacijo plačate na žiro račun Splošne bolnišnice Maribor, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, sklad prof. dr. M. Černelča, št.: 51800-743-47228, sklic na št. 30-08, s pripisom »Doppler v ginekologiji in porodništvu«. S seboj prinesite potrdilo o plačilu.

Prijavnico pošljite na naslov: Splošna bolnišnica Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, ga. Andreja Šlag, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 178, faks: 02 33 12 393, e-pošta: gin.perinat@sb-mb.si



24. IATROSSKI ALPE-JADRAN

Posvetovanje športne medicine, združenje s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel Alpe-Jadran

Kranjska Gora
31. januar–1. februar 2001

PROGRAM

Četrtek, 31. januarja 2002

- 19.00 Gostilna Martin - pivnica, Kranjska Gora: Otvoritev 24. iatrosski in zakuska

Petek, 1. februarja 2002

- 10.00 Smučarski tek na progi za hotelom Kompas v Kranjski Gori

Kategorije za moške in ženske:

- A - do vključno 35 let starosti
B - do 50 let
C - nad 50 let
Ženske 3 km, moški 5 km.

- 12.00 Podkoren - tekmovanje v veleslalomu

Kategorije za moške in ženske:

- A - rojeni 1970 in mlajši
B - 1969 - 1960
C - 1959 - 1950
D - 1949 - 1940
E - 1939 in starejši

- 13.30 Drugi tek na skrajšani progi za najboljših 5 v vsaki kategoriji

- 15.00 Hotel Lek - koktajl

- 16.00 Posvetovanje športne medicine
Slavnostna razglasitev rezultatov

Večerja

Kotizacija za teke: 3.500,00 SIT

Kotizacija za VSL: 10.000,00 SIT

Skupna kotizacija za teke in VSL: 12.000,00 SIT

Kotizacijo nakažite na račun Goriškega zdravniškega društva, št.: 52000-678-80987.

Prijave skupaj z odrezkom o plačani kotizaciji pošljite do 26. januarja 2002 na naslov: Franci Koglot, dr. med., Bolnišnica Šempeter pri Gorici, 5290 Šempeter pri Gorici. Kasnejših prijav ne sprejemamo. V prijavi navedite: spol, letnico rojstva, delovno mesto, ustanovo oziroma društvo, za katero nastopate.

Za ekipo štejejo trije najbolje točkovani moški in dve ženski. Udeleženci tekmujejo na lastno odgovornost.

Tekmovanje šteje za izbiro uradne slovenske zdravniške reprezentance za nastop na svetovnem prvenstvu.

Štartne številke in vozovnice s popustom dobite od 9. ure dalje na poligonu Podkoren.

Pokrovitelj: Lek d.d., Ljubljana

Organizacijski odbor Iatrosski:

- Franci Koglot, dr. med., Nova Gorica
Spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med., Ljubljana
Prim. Tone Lah, dr. med., Jesenice

Medicinska fakulteta v Ljubljani

Katedra za kirurgijo

Klinični center Ljubljana

SPS Kirurška klinika

organizira

XXXVIII. PODIPLOMSKI TEČAJ KIRURGIJE

1. predavalnica Kliničnega centra, Ljubljana

1.-2. februar 2002

PROGRAM

Petek, 1. februarja 2002

- 9.00–15.15 Bolezni prostate (*Moderator: B. Sedmak*)
 9.00–9.15 Uvodne misli (*B. Sedmak*)
 9.15–9.30 Anatomske in patomorfološke značilnosti klinično pomembnih bolezni prostate (*Z. Ovčak, A. Mašera*)
 9.30–9.45 Klinični pregled, laboratorijski testi in metode detekcije bolezni prostate (*B. Sedmak*)
 9.45–10.00 Moški s prostatičnimi težavami pri splošnem zdravniku (*F. Bečan*)
 10.00–10.15 Razprava
 10.15–10.30 Odmor
- 10.30–10.45 UZ, TRUZ in biopsija prostate - pomen preiskovalnih metod (*B. Sedmak*)
 10.45–11.00 Vnetje prostate - klinični znaki in način zdravljenja (*M. Žuntar, I. Bizjak*)
 11.00–11.15 Benigna prostatična obstrukcija in možnosti zdravljenja z zdravili (*K. Kisner*)
 11.15–11.30 Benigna prostatična obstrukcija in kirurške metode zdravljenja (*D. Cotič*)
 11.30–11.45 Alternativne metode zdravljenja benigne prostatične obstrukcije (*A. Kolenc*)
 11.45–12.00 Razprava
- 12.00–13.00 Odmor za kosilo
- 13.00–13.15 Radikalna prostatektomija (*N. Vodopija*)
 13.15–13.30 Zdravljenje napredovalega raka prostate (*M. Mihelič*)
 13.30–13.45 Onkološki pristop pri zdravljenju raka prostate (*F. Marolt*)
 13.45–14.00 Pregled uspešnosti zdravljenja raka prostate na Kliničnem oddelku za urologijo SPS Kirurške klinike v Ljubljani (*B. Štrus, M. Lovšín*)
 14.00–14.15 Razprava
 14.15–14.30 Odmor za kavo

- 14.30–14.45 Endoskopski posegi na spodnjih sečilih, kateterizacija in zapleti (*B. Pogačar*)
 14.45–15.00 Diferencialna diagnoza bolezni prostate in infravezikalne obstrukcije (*A. Kmetec*)
 15.00–15.15 Razprava
 Delavnica: petek od 15.30 do 17.30, 2. predavalnica Kliničnega centra

Sobota, 2. februarja 2002

- 9.00–13.00 Zlomi zaradi osteoporoz (Moderator: *R. Komadina*)
 9.00–9.15 Uvod (*R. Komadina*)
 9.15–9.30 Epidemiologija (*Mateja Rok Simon*)
 9.30–9.45 Sodobne možnosti zdravljenja zlomov in zmanjševanje posledic zlomov kosti (*V. Smrkolj*)
 9.45–10.00 Biomehanika zloma zaradi krhkosti kosti (*R. Komadina*)
 10.00–10.15 Intraartikularni zlomi proksimalne stegenice (*D. Smrke*)
 10.15–10.30 Razprava
 10.30–10.45 Odmor za kavo
- 10.45–11.00 Ekstraartikularni zlomi proksimalne stegenice (*A. Čretnik*)
 11.00–11.15 Zlomi zapestja (*J. Pšenica*)
 11.15–11.30 Zlomi proksimalne nadlahtnice (*F. Štefanič*)
 11.30–11.45 Zlomi hrbtničnih vretenc (*D. Brilej*)
 11.45–12.00 Zdravljenje osteoporoz (*A. Kocijančič*)
 12.00–12.15 Medicinska rehabilitacija pacienta z osteoporozo (*A. Demšar*)
 12.15–12.30 Razprava
 12.30–13.00 Preskus znanja
 Zaključek tečaja

Kotizacija za udeležence:

- enodnevna kotizacija je 18.000,00 SIT,
- dvodnevna kotizacija do 10. 1. 2002 je 22.000,00 SIT, po tem datumu 28.000,00 SIT,
- za sekundarije 10.000,00 SIT,
- za udeležence delavnice šivalne tehnike znaša kotizacija **dodatnih 10.000,00 SIT.**

V kotizacijah je vračunan davek na dodano vrednost. Kotizacijo nakažite na žiro račun Medicinske fakultete v Ljubljani, št.: 50103-603-41175, sklic na št. 230-10, "za XXXVIII. podiplomski tečaj kirurgije".

Ob registraciji bo potrebno, kot dokazilo poprejšnjega plačila, predložiti kopijo virmana.

Vsak udeleženec s plačano kotizacijo prejme zbornik del tega podiplomskega tečaja in zbirko testnih vprašanj; v kotizaciji je vračunano kosilo in kava med odmori. Vsi udeleženci bodo prejeli potrdilo o udeležbi na tečaju. Tistim, ki bodo uspešno opravili preskus znanja, bomo poslali potrdilo o aktivni udeležbi in uspešnem preskusu znanja po pošti.

Sprejemna pisarna med prireditvijo: Avla pred 1. predavalnico Kliničnega centra, Ljubljana. Odrpta je med 8. in 14. uro vsakega dne predavanj.

Informacije in prijave: Medicinska fakulteta, Katedra za kirurgijo, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, tel.: 01 52 47 384, 52 22 525 ali sprejemna pisarna XXXVIII. podiplomskega tečaja kirurgije.

Društvo zobozdravstvenih delavcev Celje
organizira

CEDENS – VIII. DAN CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA

Narodni dom Celje, Trg celjskih knezov 9, Celje
15. februar 2002

PROGRAM

Velika dvorana

- 9.00 Prihod in prijava
- 10.00 *Nikola Potočnik*: Uvodne besede
- 10.30 *Nikola Potočnik*: Uporaba in vzdrževanje nasadnih inštrumentov
- 11.00 *Milan Kuhar*: Rešitve nekaterih zapletov po oskrbi z delno protezo
- 11.30 *Igor Kopač*: Pomen in načini poliranja gingivalne stopnice

- 12.00 Odmor za kosilo

- 15.00 *Daniel Žerdoner*: Dvig sinusnega dna pri neugodnih anatomskih pogojih za vstavev dentalnih implantatov
- 15.30 *Gorazd Lešničar*: Infekcije s parenteralno prenosljivimi virusi v zobozdravstvu

- 16.00 Odmor

- 16.30 *Matjaž Rode*: Maligni potencial belih madežev v ustni votlini
- 17.00 *Marta Škapin*: Zobozdravnikova priporočila o dojenju
- 17.30 *Jože Pungershek*: Uporaba mikroskopa v mikrokirurški endodontiji

- 18.00 Zaključek

Mala dvorana – Dentalna razstava naših sponzorjev

- 19.00 Polona – Zabavna prireditve in podelitev Schwabovih priznanj v hotelu Štorman Celje

Kotizacija: 15.000,00 SIT. Žiro račun: 50700-678-67474, za CEDENS.
Kotizacijo lahko poravnate tudi ob registraciji na dan prireditve.

Dodatne informacije: Nikola Potočnik, dr. stom., Mestni trg 5, 3310 Žalec,
tel.: 03 57 16 044, Dragica Planko, JZ ZD Celje, Gregorčičeva 5, 3000 Celje
tel.: 03 54 34 351, faks: 03 54 41 356.

International Harm Reduction Association in

Odsev se sliši

prirejata

13. MEDNARODNO KONFERENCO O ZMANJŠEVANJU ŠKODE ZARADI DROG

in

2. MEDNARODNI KONGRES: ŽENSKÉ IN DROGE

Cankarjev dom, Ljubljana

3.-7. marec 2002

Želimo si, da bi se je udeležili vsi, ki se srečujejo z različnimi oblikami odvisnosti, predvsem pa od prepovedanih drog, alkohola in tobaka.

Na konferenci bomo izmenjali znanje ter izkušnje pri obravnavi odvisnosti in jih predstavili javnosti. A konferenca naj bo tudi priložnost za nove ideje in vzpostavitev dejavnosti in organizacij s področja preprečevanja in zdravljenja odvisnosti v Republiki Sloveniji ter za razstavo.

Tako bomo vse prebivalce Slovenije ponovno poskušali opozoriti na resnost problema odvisnosti in pokazali tudi nekaj vzpodbudnih možnosti reševanja tovrstnih težav.

Konferenca bo potekala v organizaciji mednarodne organizacije o zmanjševanju škode (International Harm Reduction Association) ter ustanove Odsev se sliši. To je neodvisna in samostojna ustanova splošno koristnega, dobrodelnega in trajnega namena za zagotavljanje pomoči vsem oblikam programov preprečevanja in zdravljenja odvisnosti in pridobivanje dodatnih finančnih sredstev za izgradnjo novega Centra za zdravljenje odvisnosti od drog.

Informacije: asist. Andrej Kastelic, dr. med., Center za zdravljenje odvisnih od drog, Klinični oddelek za mentalno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, tel.: 01 54 21 350, 54 02 030, faks: 01 54 21 354, e-pošta: andrej.kastelic@guest.arnes.si

Center za intenzivno interno medicino
SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana
organizira 2. simpozij

AKUTNI KORONARNI SINDROM V SLOVENIJI

Hotel Kompas, Bled
14. april 2002 ob 11. uri

Preliminarni naslovi predavanj

- Koronarna ateroskleroza kot infekcijska bolezen
- Prehospitalna obravnava akutnega koronarnega sindroma – pogled iz koronarne enote na teren
- Nenadna srčna smrt in oživljanje – od priporočil do objektivnih znanstvenih dejstev
- Bolnišnično zdravljenje po uspešnem kardiopulmonalnem oživljanju – izkušnje in priporočila Centra za intenzivno interno medicino
- Primarna PTCA pri razvijajočem srčnem infarktu z elevacijami ST-spojnice – čas za bolj odločen korak iz Kliničnega centra v regionalne bolnišnice
- AKS brez elevacije ST – katera zdravila in kdaj zgodnji invazivni pristop?
- Hemodinamska podpora z intraaortno balonsko črpalko – naše izkušnje z več kot 200 bolniki
- Zdravljenje bolnika po PTCA – kaj mora nujno vedeti internist in splošni zdravnik
- Mehanični zapleti AMI – naše izkušnje in priporočila za regionalne bolnišnice
- Novosti in trendi v kirurgiji srca

Okrogla miza

- Aktualni problemi pri zdravljenju akutnega koronarnega sindroma v Sloveniji – kaj se je spremenilo od lanskega simpozija?

Kotizacije ni.

Brezplačno kosilo za udeležence.

Informacije: doc. dr. Marko Noč, dr. med., Center za intenzivno interno medicino, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 29 061, faks: 01 43 17 155.



CINDI Slovenia
organizira

INTERNATIONAL CONFERENCE “HEALTH PROMOTION THROUGH PHYSICAL ACTIVITY AND NUTRITION”

Zdravilišče Radenci, Radenci
18.-21. april 2002

PRELIMINARY PROGRAMME

Thursday, 18 April

Afternoon

Registration

Opening session

Minister of Health
Minister of Education

Session 1:

Health and development – need for investments in health;
Directions for the promotion of physical activity and nutrition as part of Slovenian health promotion strategies

– Chairpersons: *J. Maučec Zakotnik, P. Oja*

- Regional differences in social – economic determinants of public's health, health status and health related behaviour in Slovenia (*L. Zaletel Kragelj, M. Gruntar Činč*)
- Need for investment in health and social-economic development (*E. Ziglio, M. Gruntar Činč*)
- Strategic directions for physical activity promotion in Slovenia – the national action plan (*Z. Fras, C. Klajnšček*)
- Strategic directions for nutrition promotion in Slovenia – Food and nutrition policy for Slovenia (*J. Maučec Zakotnik, M. Gabrijelčič*)

Friday, 19 April

Morning

Session 2:

Directions for the promotion of physical activity and nutrition, as part of European health promotion strategies

– Chairpersons: *P. Puska, J. Maučec Zakotnik*

- How to tackle a global epidemic of Chronic Non-Communicable Diseases – challenges and possibilities for physical activity and nutrition (*P. Puska, WHO headquarters*)
- CINDI WHO partnership in the fight against Chronic Non-Communicable Diseases – directions and possibilities for physical activity and nutrition promotion (*A. Shatchkute*)
- The new EU health promotion programme: the Eurodiet recommendation and the role of physical activity and nutrition (*C. Sandvik, M. Sjöström*)
- Development of monitoring of physical activity and nutrition; the need for accurate and comparable data (*M. Sjöström*)
- Recent actions to promote health-enhancing physical activity in Europe (*P. Oja*)
- Recent directions and actions to promote healthy nutrition across Europe (*A. Robertson*)

Afternoon

Session 3:

Physical activity - nutrition partnership: health and policy potential –

Chairpersons: *M. Fogelholm, Z. Fras*

- Co-promotion of physical activity and nutrition – natural partnership and synergy (*K. Fox*)
- Physical activity and nutrition in the fight against the global epidemic of obesity (*M. Fogelholm*)
- Public health nutrition and healthy lifestyle strategies: the role of research and training (*A. Yngve, M. Sjöström*)
- Lack of training and professionals in public health and health promotion in Slovenia - where to go? (*M. Premik, L. Zaletel Kragelj*)
- Lack of training in public health nutrition in Slovenia – proposal of new directions in nutrition training curriculum (*Žlender, D. Pokorn, M. Pavčič, V. Koch*)

Saturday, 20 April

Morning

Fitness session: field-testing of participants' health-related physical fitness with 2 km walking test

Session 4:

Good examples and practices of physical activity and nutrition promotion for health – Chairpersons: *A. Robertson, L. Zaletel Kragelj*

- Multilevel community health promotion: the North-Karelia project (*P. Puska*)
- Promoting health through nutrition and physical activity – an integrated part of the Health and Development project “Mura” (*B. Belovič, E. Zelko, J. Maučec Zakotnik*)
- National strategy for the promotion of health-enhancing physical activity: the Finnish experience (*P. Oja*)
- National strategy for healthy food and nutrition policy: the WHO experience (*A. Robertson*)
- The Heart Beat Wales health promotion project (*H. Howson*)
- European physical activity promotion programs (Planning and evaluating health promotion programs and campaigns) (*C. Foster*)

- The implementation of nutrition and physical activity recommendations (The Nordic Nutrition Recommendations) (*M. Fogelholm*)

Afternoon

Session 4 continued:

Good examples and practices of physical activity and nutrition promotion for health - Chairpersons *Z. Fras, M. Sjöström*

- Slovenia on the Move project – the common project of CINDI Slovenia and Sports Union of Slovenia (*D. Novak Mlakar, A. Kranjc Kušlan*)
- CINDI Russia experiences in promotion of physical activity and nutrition (*R. Potemkina*)
- CINDI Poland experiences in promotion of physical activity and nutrition (*W. K. Drygas*)
- CINDI N. Ireland experiences in promotion of physical activity and nutrition (*B. Gaffney*)
- Lifestyle interventions in Slovenian primary health care system – implementation of Slovenian CINDI approach as a national strategy for prevention of coronary heart disease (*J. Maučec Zakotnik, Z. Fras*)
- Evidence on effects of non-pharmacological lifestyle intervention on risk factors for CND (*Z. Brazdova*)
- Using NGO's as an extension to primary health care interventions (PEP groups) (*A. Ingve*)

Sunday, 21 April

Morning

Session 5:

From strategies to community action – workshops on physical activity and nutrition promotion in various target groups and settings

Workshops are led by the international guest speakers and Slovenian experts and include free participant presentations (see call for short presentation).

Preliminary workshop topics:

1. Food based dietary guidelines and physical activity guidelines in various target groups and settings (guided by *A. Robertson, M. Fogelholm, M. Gabrijelčič, Z. Fras*)
2. Assessment and monitoring of health-related physical activity and fitness (guided by *P. Oja, C. Foster, H. Berčič, A. Juričan*)
3. Assessment of food habits (guided by *M. Sjöström, M. Adamič, M. Pavčič, V. Koch*)
4. Tools and networks for health promotion activity in different settings (media, NGO, health care centres, schools, kindergartens, workplaces, local communities) (guided by *P. Puska, A. Ingve, M. Činč, J. Maučec Zakotnik*)
5. Promotion of healthy nutrition and physical activity in different age groups (guided by *K. Fox, B. Gaffney, C. Klajnšček, R. Pišot*)

Reports from the workshop groups

Closing session: Conclusions and closure

Language

The congress will be held in English. Selected workshops may be held in Slovenian.

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

29. SREČANJE SKUPIN V OSNOVNEM ZDRAVSTVU

Nasveti s področij gastroenterologija, paliativna nega/gerontologija in psihiatrija

Velika predavalnica Smelt, Dunajska 160, Ljubljana
17.-18. maj 2002

Vsakoletno strokovno srečanje je namenjeno tako zdravnikom v osnovnem zdravstvu kot njihovim najožjim sodelavcem, medicinskim sestram in tehnikom. Namen srečanja je seznaniti se z novostmi in osvežiti znanje z navedenih področij, tako teoretično kot praktično. Poudarek bo na sodelovanju in dialogu med specialisti posameznih strok in zdravnikom oziroma skupinami v osnovnem zdravstvu. Poleg predavanj in razprav bodo organizirane tudi delavnice za osvežitev praktičnih veščin.

1. PROGRAM ZA ZDRAVNIKE

Gastroenterologija: ustni zadah, difuzna parenhimska okvara jeter, boleznj trebušne slinavke (težave zgodnje diagnostike), prikaz primera boleznj trebušne slinavke.

Paliativna nega/gerontologija: temelji paliativne nege in novosti na tem področju; novosti v gerontologiji; obravnava ostarelih na domu in v domu starejših občanov (DSO), organizacijske oblike dela zdravnikov v DSO ter delitev dela med osebjem DSO in osebjem zdravstvenega doma.

Psihiatrija: kronična utrujenost – pogost simptom v družinski medicini, izgorelost kot posledica poklicne preobremenjenosti, motnje hranjenja – novosti v organizaciji zdravstvene pomoči in načinu zdravljenja; komunikacija bolnik - zdravnik pri težkih boleznih in intimnih temah, (osebna) predstavitev bolnika s sindromom kronične utrujenosti.

2. PROGRAM ZA MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENE TEHNIKE

Nega opekljn, oskrba diabetične noge, samostojna vloga medicinske sestre pri preventivnem pregledu odraslega, predstavitev materiala za nego in zdravljenja pri urinski inkontinenci, predstavitev društva INKO.

3. SKUPNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE IN MEDICINSKE SESTRE

Zdravstvena oskrba v domu ostarelih, paliativna nega, osvežilne vaje iz urgentne medicine (vodijo zdravniki in tehniki SNMP).

Na srečanju želimo predstaviti posterje o delu, izkušnjah in raziskavah v osnovnem zdravstvu. Vabimo avtorje, da nam pošljejo izvlečke za posterje, ki niso nujno vezani na predvidene sklope, naslanjajo pa se na domače raziskave o delu v osnovnem zdravstvu. Izvleček naj bo dolg do 300 besed, sestavljen naj bo po naslednji shemi: izhodišča, namen, metode in preiskovanci, rezultati in sklepi.

Pri poročilu o primeru (case report) lahko oblika odstopa od te sheme.

Izvleček pošljite v elektronski obliki (Word format) do 28. 2. 2002 na naslov: Janko Kersnik, Koroška 2, 4280 Kranjska gora. Elektronska pošta: janko.kersnik@s5.net. Na isti naslov se lahko obrnete tudi za dodatne informacije in pomoč pri pripravi izvlečkov po oceni strokovnega odbora.

Izvleček bo objavljen na spletnih straneh Združenja zdravnikov družinske medicine (www.drmed.org), celotni prispevek pa bo objavljen v zborniku srečanja.

V okviru srečanja bomo sklicali tudi **Konsensus konferenco o terapiji kronične bolečine**, kamor bomo povabili strokovnjake iz vse Slovenije.

Veselimo se srečanja z vami, zdravniki, z vašimi medicinskimi sestrami/tehnikami. Prepričani smo, da bo izmenjava izkušenj zanimiva in druženje prijetno!

Organizatorji si pridržujemo pravico do sprememb v programu.

Informacije bodo dosegljive tudi na medmrežju www.drmed.org in pri kontaktnih osebah: Danici Rotar Pavlič, tel.: 01 24 41 400, Neni Kopčavar Guček in Davorini Petek, tel.: 01 43 68 193.

Nasvidenje maja!

**Ambulatorij Zeleni trikotnik,
Savska 10, Ljubljana
proda**

**poslovne prostore, opremljene za namene
splošne ambulante ali ambulante medicine dela.
Prostori so v sklopu štirih splošnih in
šestih zobnih ambulant v 1. nadstropju
novozgrajenega objekta.**

**Interesenti naj se javijo na
tel.: 031 363 546.**

Zapisniki IO ZZS

Zapisnik 16. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 4. oktobra 2001 v Ljubljani

Sklep št. 447/16/2001:

Podan je bil predlog, da se 2. in 4. točka dnevnega reda črtata in se predstavita na naslednji seji izvršilnega odbora, zato je bil sprejet naslednji dnevni red:

1. Potrditev zapisnika 15. seje izvršilnega odbora z dne 13. 09. 2001 in poročilo o izvršitvi sklepov
2. Priporočilno mnenje k priločniku "Kriteriji predvidene začasne dela nezmožnosti"
3. Izhodišča Zbornice za pogajanja s partnerji za Splošni dogovor 2002/2003 in imenovanje članov arbitraže za aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru 2001
4. Sklep o spremembi vrednosti točke zdravniške tarife
5. Dogodki v zvezi z domnevno strokovno napako v SB Jesenice
6. Udeležbe na strokovnih sestankih in druge vloge:
 - a) Sestanek izvršilnega odbora EFMA
 - b) Sestanek sekcije za medicinsko biopatologijo UEMS
 - c) Sestanek sekcije za otroško in mladostniško psihiatrijo UEMS
 - d) Šola zdravstvenega varstva za starejše osebe, Edinburgh
 - e) Prošnja sekcije za tropsko medicino kluba študentov MF pri izvedbi izobraževalno-humanitarnega projekta
 - f) CP Meetings, Helsinki
 - g) Sofinanciranje projekta "Sodobni slovenski psihiatri"
 - h) Sestanek podpredsednikov UEMO

1. točka dnevnega reda: Potrditev zapisnika 15. seje izvršilnega odbora z dne 13. 09. 2001

Soglasno je bil sprejet sklep št. 448/16/2001:

Sprejme se zapisnik 15. seje izvršilnega odbora v predloženi obliki, pri čemer se pri točki 5. f) v besedilu črtata besedi "kljub temu" in "drugačen". Sprejme se pisno poročilo o realizaciji sklepov.

2. točka dnevnega reda: Priporočilno mnenje k priločniku "Kriteriji predvidene začasne dela nezmožnosti"

Predsednik je podal mnenja strokovnih kolegijev Zbornice glede priporočilnega mnenja k priločniku "Kriteriji predvidene začasne dela nezmožnosti". Kolegiji ZZS so podali pozitivno oceno v celoti, dva kolegija pa sta sicer podala pozitivno oceno, hkrati pa manjše pripombe h gradivu. V razpravi je bilo izraženo stališče, da bi bilo prav, če do gradiva zavzamejo stališče tudi predstavniki splošne medicine, tisti zdravniki, ki bodo veliko uporabljali priločnik s priporočili.

Po krajši razpravi je bil sprejet sklep št. 449/16/2001:

V zvezi z obravnavo zaprosila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, da naj Zbornica poda svoje mnenje k vsebini in izidu priločnika ZZS z naslovom "Kriteriji predvidene začasne dela nezmožnosti", se je izvršilni odbor seznanil s stališči strokovnih kolegijev Zbornice, odbor za osnovno zdravstvo pa naj do 14. 11. 2001 prav tako poda mnenje o vsebini priločnika. Izvršilni odbor bo nato

izdal končno mnenje k priločniku.

3. točka dnevnega reda: Izhodišča Zbornice za pogajanja s partnerji za Splošni dogovor 2002/2003 in imenovanje članov arbitraže za aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru 2001

Jani Dernič, dr. med., je predstavil izhodišča Zbornice za pogajanja s partnerji za SD 2002/2003, pri čemer pogajalska skupina predlaga izvršilnemu odboru, da naj bi letos potekalo pogajanje drugače kot do sedaj, in sicer tako, da naj partnerji v pogajanjih za SD 2002 obravnavajo tista vprašanja in se pogajajo o tistih zadevah, ki jih je moč realizirati v danem časovnem okviru. Za SD 2003 pa je smiselno predlagati oblikovanje delovnih skupin, ki bi večja odprta vprašanja Splošnega dogovora, ki bi jih pogajalci že letos definirali, obravnavala takoj po koncu pogajanj za SD 2002. Način dela bi bil, da se določeno področje temeljito prouči, da se po potrebi speljejo pilotne študije in se partnerji šele potem odločijo o vključitvi v Splošni dogovor.

Sklep št. 450/16/2001:

Izvršilni odbor se strinja, da besedilo SD 2001 velja tudi za SD 2002, ki bo veljal od 1. 1. 2002 dalje, ter predlaga, da se v SD 2002 uredi vprašanje financiranja specializacij in financiranja dispanzerjev za žene. Usmeritve Zdravniške zbornice Slovenije za pripravo Splošnega dogovora 2002 (priloga 2), ki smo jih posredovali partnerjem 14. 9. 2001, pa se upoštevajo pri pogajanjih za SD 2003.

Na pogajanjih za Splošni dogovor za leto 2002 bo Zdravniška zbornica Slovenije zastopala naslednje usmeritve:

- uskladitev finančnih virov z obsegom pravic iz zdravstvenega varstva,
- zagotavljanje dodatnih finančnih virov za nove programe,
- sofinanciranje specializacij iz enotnega fonda,
- nadaljevanje uvajanja zdravljenja na domu in zagotavljanje finančnih virov za izvajanje te dejavnosti,
- izenačevanje obremenitve izvajalcev zdravstvene in zobozdravstvene dejavnosti (količniki iz glavarine, kadrovski standardi za ambulante),
- realno vrednotenje stroškov in izenačevanje pogojev zdravstvene službe za vse izvajalce.

1. Besedilo Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2001 naj velja za pogodbeno leto 2002.
 2. V Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2002 se vrednosti dogovorjenih programov iz Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2001 valorizirajo na cene v decembru 2001.
 3. Za nujne širitve programov ali uvajanje novih terapij se sklepajo aneksi.
 4. Dogovor velja od 1. 1. 2002. Pogodbe, sklenjene med Zavodom in izvajalci za pogodbeno leto 2002, se uporabljajo od 1. 1. 2002 dalje.
 5. Usmeritve in izhodišča, ki so jih partnerji podali za pogajanja za Splošni dogovor 2002, se uporabijo za pogajanja za Splošni dogovor 2003, h katerim partnerji pristopijo čim prej.
- Izvršilni odbor imenuje za odločanje o spornih vprašanjih aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru 2001 za člana arbitraže asist. Deana Klančiča, dr. med., in za njegovo namestnico asist. Gordano Živčec Kalan, dr. med.

4. točka dnevnega reda: Sklep o spremembi vrednosti točke zdravniške tarife

Soglasno je bil sprejet sklep št. 451/16/2001:

Izvršilni odbor sprejme predlagani sklep o spremembi vrednosti točke zdravniške tarife, tako da sedaj znaša vrednost točke 116,00 SIT.

5. točka dnevnega reda: Dogodki v zvezi z domnevno strokovno napako v SB Jesenice

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je uvodoma predstavil kronološki potek dogodkov v zvezi z domnevno strokovno napako v SB Jesenice. Ugotovil je, da se je 25. 4. 2001 v SB Jesenice rodil mrtev otrok kot posledica napačnega zdravljenja porodnice. Konec julija 2001 se je dogodek pojavil v medijih, v začetku avgusta je Zbornica zaprosila direktorja SB Jesenice, prim. Remškarja, za interni strokovni nadzor. SB Jesenice je zadevo predala razširjenemu strokovnemu kolegiju za ginekologijo in porodništvo, ki je natančno pregledal dokumentacijo in podal svoje mnenje.

Ministrstvo za zdravje je konec avgusta 2001 ustanovilo novo komisijo, sestavljeno iz članov razširjenega kolegija, ki je 4. 9. 2001 opravila strokovni nadzor v SB Jesenice in podala svoje mnenje.

Zbornica je prejela mnenje ene komisije šele 4. 10. 2001, mnenje druge pa šele pred enim tednom. 4. 10. 2001 je ti dve mnenji obravnaval odbor za strokovno-medicinska vprašanja ZZS, ki je izoblikoval mnenje in stališča za obravnavo zadeve na izvršilnem odboru. Podana je bila ugotovitev, da se mnenji obeh komisij ne razlikujeta v analizi dogodkov, pač pa predvsem v oceni in končnem zaključku.

Izvršilni odbor je obširno in izčrpno obravnaval poročili strokovnih komisij, ki sta opravili nadzor, in ugotovitve odbora za strokovno-medicinska vprašanja, pri čemer so bila v smislu predlogov ukrepov izvršilnega odbora izražena dokaj različna stališča o ukrepanju, in sicer od stališča, da bi bilo verjetno potrebno v navedenem primeru zdravniku takoj odvzeti licenco za določen čas, dokler se obravnava ne bi zaključila pred razsodiščem Zbornice, do stališča, da bi bilo v danem primeru potrebno sprejeti odločitve, ki bodo jasno izražale dejstvo, da je bila storjena strokovna napaka, in da se je hkrati potrebno opredeliti do samega poteka dogodkov v tej zadevi od takrat, ko je Zbornica iz medijev izvedela za primer, še zlasti pa do dejstva, da je bila v javnih medijih Zbornica omenjena kot tista, ki je že imela določeno vlogo še pred današnjo obravnavo, in sicer v smislu, da je bila ena od strokovnih komisij, ki so pregledovale primer, Zbornična komisija, kar pa ne drži. Hkrati je bilo v razpravi poudarjeno, da je Zbornična komisija za strokovni nadzor s svetovanjem približno deset dni pred dogodkom na ginekološko-porodniškem oddelku v bolnišnici izvedla pri vseh redno zaposlenih zdravniških strokovni nadzor s svetovanjem ter ugotovitve posredovala tako vodstvu bolnišnice in nadzorovanim zdravnikom kot tudi Ministrstvu za zdravje. V tem nadzoru ni bila podana pozitivna ocena.

Člani izvršilnega odbora so kljub nekaterim različnim mnenjem po obširni razpravi poenotili stališča, tako da je bil lahko *soglasno sprejet sklep št. 452/16/2001:*

1. Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljevanju ZZS) je 13. 4. 2001 izvedla redni strokovni nadzor s svetovanjem pri ginekologih, ki so redno zaposleni na ginekološko-porodniškem oddelku v Splošni bolnišnici Jesenice. Komisija, ki je izvedla nadzor, je ugotovila nepravilnosti in o tem obvestila nadzirane zdravnike, vodstvo bolnišnice in Ministrstvo za zdravje.
2. O primeru zapleta poroda s tragičnim izidom, ki se je zgodil pri porodnici S. L. dne 25. 4. 2001 v SB Jesenice, je ZZS izvedela konec meseca julija 2001 iz medijev.

3. 7. avgusta 2001 je ZZS pozvala vodstvo SB Jesenice, da opravi interni strokovni nadzor v zvezi s spornim primerom ter ZZS obvesti o ugotovitvah, na podlagi katerih bi ZZS ustrezno ukrepala.
4. Ne glede na javno pooblastilo ZZS o izvajanju strokovnega nadzora zdravnikov, sta do danes nadzor izvedli komisija RSK za ginekologijo in porodništvo pri Ministrstvu za zdravje ter komisija, ki jo je neposredno imenoval minister za zdravje.
5. ZZS je danes prejela obe poročili opravljenih nadzorov. Izvršilni odbor je soglasno sprejel stališče odbora za strokovno-medicinska vprašanja, da je bila z aplikacijo zdravila prostin M 15 pri vodenju poroda storjena strokovna napaka.
6. Izvršilni odbor ZZS predaja primer v obravnavo tožilcu ZZS in razsodišču ZZS.
7. ZZS zahteva od obravnavanega zdravnika, da v času trajanja postopka pri organih Zdravniške zbornice Slovenije ne opravlja ginekološko-porodniške dejavnosti v bolnišnicah.
8. Glede na ugotovitve rednega strokovnega nadzora s svetovanjem, ki ga je ZZS opravila v SB Jesenice, in glede na ugotovitve komisije RSK in komisije, ki jo je imenoval minister za zdravje, ZZS poziva Ministrstvo za zdravje, da izvede v Splošni bolnišnici Jesenice upravni nadzor.

6. točka dnevnega reda: Udeležbe na strokovnih sestankih in druge vloge

a) Sestanek izvršilnega odbora EFMA

Soglasno je bil sprejet sklep št. 453/16/2001:

Sestanka izvršilnega odbora EFMA od 27. do 30. 9. 2001 v Barceloni se udeležita asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., in Elizabeta Bobnar Najžer, prof.

b) Sestanek sekcije specialistov medicinske biopatologije UEMS

Soglasno je bil sprejet sklep št. 454/16/2001:

Sestanka sekcije specialistov medicinske biopatologije UEMS, ki bo 9. in 10. novembra 2001 na Dunaju, se udeleži prof. dr. Mario Poljak, dr. med. Krijejo se prevozni stroški.

c) Sestanek sekcije za otroško in mladostniško psihiatrijo UEMS

Soglasno je bil sprejet sklep št. 455/16/2001:

Sestanka sekcije za otroško in mladostniško psihiatrijo UEMS, ki bo 13. in 14. oktobra 2001 v Budimpešti, se udeleži prof. dr. Martina Tomori, dr. med., višja svetnica.

d) Šola zdravstvenega varstva za starejše osebe

Soglasno je bil sprejet sklep št. 456/16/2001:

Šole zdravstvenega varstva za starejše osebe, ki bo od 31. avgusta do 13. septembra 2002 v Edinburghu, se ne udeleži nihče z Zbornice.

e) Humanitarna odprava v Gano

Soglasno je bil sprejet sklep št. 457/16/2001:

Izvršilni odbor odobri pomoč pri strokovno-humanitarni odpravi v Gano, enako kot v podobnih primerih.

f) Sestanek CP

Soglasno je bil sprejet sklep št. 458/16/2001:

Sestanka CP, ki bo od 16. do 17. novembra 2001 v Helsinkih, se udeleži asist. mag. Marko Bitenc, dr. med.

g) Sofinanciranje projekta "Sodobni slovenski psihiatri"

Soglasno je bil sprejet sklep št. 459/16/2001:

Izvršilni odbor se bo odločil za morebitno financiranje projekta - izdaja knjige "Sodobni slovenski psihiatri" po pridobitvi dodatnega mnenja.

h) Sestanek podpredsednikov UEMO

Soglasno je bil sprejet sklep št. 460/16/2001:
Sestanka podpredsednikov UEMO, ki bo dne 29. in 30. septembra 2001 v Firencah, se udeleži asist. Mateja Bulc, dr. med. ■

Zapisal: Brane Dobnikar

Zapisnik 17. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 18. oktobra 2001 v Ljubljani

Sklep št. 461/17/2001:

Sprejet je bil naslednji dnevni red:

1. Potrditev zapisnika 16. seje Izvršilnega odbora z dne 04. 10. 2001 in poročilo o izvršitvi sklepov
2. Poročilo o izvajanju projekta Kakovost v zdravstvu Slovenije
3. Stališče do predloga Navodila o obsegu in načinu zagotavljanja minimuma delovnega procesa na področju zdravstvene dejavnosti v času stavke
4. Stališče do predloga Pravilnika o koncesijah za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti kot javne zdravstvene službe ter Navodila o postopku podeljevanje koncesij za opravljanje osnovne dejavnosti kot javne zdravstvene službe
5. Pogoji, pod katerimi se specializanti v času specializacije vključujejo v opravljanje dežurne službe – stališče Združenja zdravstvenih zavodov
6. Sklepi odbora za osnovno zdravstvo v zvezi z izvajanjem preventive
7. Pripombe odbora za osnovno zdravstvo - članov za ginekologijo
8. Udeležbe na strokovnih sestankih in druge vloge:
 - a) Udeležba na konferenci Evropskega združenja zdravnikov splošne/družinske medicine
 - b) Prošnja za denarni prispevek pri izdaji knjige "Spomin, ki boli" prof. dr. Kostnapfla
9. Ugotovitev potreb po specialistih v zvezi s prošnjama za državljanstvo Saše Rakića, dr. med., in Nade Janjatovič, dr. med., oba sta zaposlena v ZD Radlje ob Dravi
10. Klavzula za zavarovanje poklicne odgovornosti zdravnikov in zobozdravnikov po pogodbi z ZZS
11. Kritje stroškov za tisk in promocijo publikacije Sveta Evrope: Razvoj in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti v zdravstvenem varstvu
12. Pismo Nataše Švent Kučina, dr. med.
13. Imenovanje komisije za izvedbo izrednega strokovnega nadzora s svetovanjem v zasebni ginekološki ambulanti pri Branislavu Franjčiču, dr. med.
14. Predlog OSM za imenovanje dodatnega člana odbora
15. Potrditev komisije za izvedbo ekspertnega nadzora v primeru F. P.

16. Razno

1. točka dnevnega reda: Potrditev zapisnika 16. seje Izvršilnega odbora z dne 4. 10. 2001

Soglasno je bil sprejet sklep št. 462/17/2001:

Sprejme se zapisnik 16. seje izvršilnega odbora v predloženi obliki, pri čemer se popravi drugi stavek pri 5. točki dnevnega reda tako, da se glasi: "Ugotovil je, da se je dne 25. 4. 2001 v SB Jesenice rodil otrok, ki je pet dni po rojstvu umrl v Kliničnem centru kot posledica napačnega zdravljenja porodnice."

V drugem odstavku 5. točke dnevnega reda se v predzadnjem odstavku črta beseda "vseh", tako da se glasi: "Hkrati je bilo v razpravi poudarjeno, da je Zbornična komisija za strokovni nadzor s svetovanjem približno 10 dni pred dogodkom v bolnišnici izvedla na ginekološko-porodniškem oddelku pri redno zaposlenih zdravnikih strokovni nadzor s svetovanjem ter ugotovitve posredovala tako vodstvu bolnišnice in nadzorovanim zdravnikom kot tudi Ministrstvu za zdravje."

Dopolni se sklep št. 452/16/2001 tako, da se doda 9. točka, ki se glasi:

9. ZZS bo izvedla izredni strokovni nadzor s svetovanjem v zasebni ginekološki ambulanti, Metelkova 11, Ljubljana, pri Branislavu Franjčiču, dr. med., spec. ginek. in porodništva, s katerim bo narjena celovita ocena o njegovi strokovni usposobljenosti.

2. točka dnevnega reda: Poročilo o izvajanju projekta Kakovost v zdravstvu Slovenije

Prof. dr. Pajntar, dr. med., je podal Poročilo o izvajanju projekta Kakovost v zdravstvu Slovenije ter seznanil prisotne s pilotsko študijo, ki je bila končana dne 01.09. 2001. Zbiranje podatkov po celotni Sloveniji naj bi se pričelo dne 01. 01. 2002.

Sklep št. 463/17/2001:

1. Izvršilni odbor soglasno potrjuje poročilo ter izrecno pohvali vodjo projekta, prof. dr. Pajntarja, dr. med., za vloženo delo in pridobljene rezultate.
2. Strokovna služba ZZS naj zagotovi lasten strežnik za potrebe projekta Kakovost v zdravstvu Slovenije najkasneje do dne 01. 12. 2001.
3. Odbor za strokovno-medicinska vprašanja naj s pravno službo preveri, na kakšen način bi vnesli določila o dolžnosti zdravnika in zobozdravnika o dajanju podatkov za potrebe predmetnega projekta v Pravilnik o zdravniških licencah, saj je pridobivanje podatkov nujno potrebno za kakovostno izvedbo projekta.
4. V letu 2002 naj se pričnejo vnašati predmetni podatki, saj bodo le-ti edini podatki, ki bodo vplivali na svetovalni način dela.
5. Projekt "Kakovost" naj ostane pri ZZS kljub temu, da si Ministrstvo za zdravje prizadeva za njegov prevzem. Gre sicer za nacionalni projekt, vendar bo ZZS, ne glede na vse dejavnike, nadaljevala z izvajanjem projekta.

3. točka dnevnega reda: Stališče do predloga Navodila o obsegu in načinu zagotavljanja minimuma delovnega procesa na področju zdravstvene dejavnosti v času stavke

Pravna služba Zdravniške zbornice Slovenije je preučila Delovno zasnovano Navodila o obsegu in načinu zagotavljanja minimuma delovnega procesa na področju zdravstvene dejavnosti v času stavke, ki jo je pripravilo Ministrstvo za zdravje, z dne 24. 07. 2001 in ugo-

točila sledeče:

Delovna zasnova Navodila o obsegu in načinu zagotavljanja minimuma delovnega procesa na področju zdravstvene dejavnosti v času stavke se po našem mnenju napačno in neupravičeno sklicuje na 7. člen Zakona o stavki (Uradni list RS, št. 23/91), ki določa:

7. člen

Pravica do stavke delavcev v organizacijah in pri delodajalcih, ki opravljajo dejavnost ali dela posebnega družbenega pomena, določena z zakonom ali na zakonu temelječem odloku skupščine družbenopolitične skupnosti, in v organizacijah posebnega pomena za ljudsko obrambo, določenih z odlokom pristojnega organa v skladu z zakonom, se lahko uveljavi samo pod pogojem, da se zagotovi:

1. minimum delovnega procesa, ki zagotavlja varnost ljudi in premoženja ali je nenadomestljiv pogoj za življenje in delo občanov ali delo drugih organizacij;

2. izpolnjevanje mednarodnih obveznosti.

Z zakonom ali na zakonu temelječem odloku skupščine družbenopolitične skupnosti, ki določa dejavnosti in dela posebnega družbenega pomena, se predpiše način zagotavljanja pogojev iz prvega odstavka tega člena.

S splošnim aktom oziroma kolektivno pogodbo se v skladu z zakonom določijo dela in naloge iz prvega odstavka tega člena in način njihovega opravljanja med stavko.

Zgoraj navedena pravna podlaga, v kateri vidi Ministrstvo razloge za izdajo navedenega navodila, je po našem mnenju nepravilna in nezadostna, saj je v drugem odstavku navedenega člena zapisano, da se samo z zakonom ali na zakonu temelječem odloku skupščine družbenopolitične skupnosti, ki določa dejavnosti in dela posebnega družbenega pomena, predpiše način zagotavljanja pogojev iz prvega odstavka navedenega člena.

Ta pogoj pa je že zagotovljen z Zakonom o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 98/99), ki v 46. členu določa, katere storitve je zdravnik dolžan izvajati v času stavke.

Zadnji odstavek zgoraj navedenega člena določa, da se s splošnim aktom oziroma kolektivno pogodbo v skladu z zakonom določijo dela in naloge iz prvega odstavka tega navedenega člena in način njihovega opravljanja med stavko.

Pri tem je potrebno ponovno opozoriti, da je minimum delovnega procesa med stavko in način opravljanja dela med stavko že določen v Zakonu o zdravniški službi in tudi v Kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike v RS.

Poleg sporne pravne podlage za nastanek navodila pa bi radi opozorili tudi na sledeče:

Vsebina navodila ne prinaša nobenih novosti, saj so splošna stavkovna pravila urejena v Zakonu o stavki, specifična pravila za posamezno dejavnost (zdravstvena dejavnost) pa v Zakonu o zdravniški službi in tudi v Kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike v RS.

Poleg navedenega je potrebno opozoriti tudi na 6. člen navodila, ki med drugim določa, da so z neizpolnjevanjem minimuma delovnega procesa na področju zdravstvene dejavnosti oziroma nujne medicinske pomoči v času stavke v obsegu, kot ga določa 2. člen navodila, udeleženci stavke storili hujšo kršitev delovne obveznosti, za katero se izreče disciplinski ukrep prenehanja delovnega razmerja.

Navedeno besedilo je po našem mnenju v nasprotju z 89. členom Zakona o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 14/1990, 5/1991, 10/1991, 17/1991, 29/1992, 13/1993, 71/1993, 2/1994, 71/1993, 19/1994, 38/1994, 29/1995, 12/1999, 101/1999), ki določa:

Disciplinski ukrep prenehanja delovnega razmerja se lahko izreče za vse hujše kršitve delovnih obveznosti, določene z zakonom, kolektivno pogodbo oziroma splošnim aktom, če je bilo s storitvijo ali opustitvijo dejanja ogroženo življenje in zdravje delavcev ali drugih delovnih ljudi, povzročena ali bi lahko bila povzročena večja škoda, ogrožen ali bi lahko bil bistveno moten delovni proces v organizaciji oziroma pri delodajalcu ali kako drugače bistveno oteženo poslovanje organizacije oziroma delodajalca.

Menimo, da zakonodajalec pri pisanju Zakona o delovnih razmerjih ni predvidel možnosti, da se disciplinski ukrep prenehanja delovnega razmerja lahko izreče tudi za vse hujše kršitve delovnih obveznosti, ki jih določa navodilo.

Sklep št. 464/17/2001:

Izvršilni odbor ugotavlja, da Ministrstvo za zdravje nima ustrezne pravne podlage za izdajo Navodila o obsegu in načinu zagotavljanja minimuma delovnega procesa na področju zdravstvene dejavnosti v času stavke. Za zagotavljanje minimuma delovnega procesa na področju zdravstvene dejavnosti v času stavke se uporablja Zakon o zdravniški službi, Kolektivna pogodba za zdravnike in zobozdravnike v RS in Zakon o stavki.

4. točka dnevnega reda: Stališče do predloga o koncesijah za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti kot javne zdravstvene službe ter Navodila o postopku podeljevanja koncesij za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti kot javne zdravstvene službe

Ministrstvo za zdravje je poslalo ZZS v obravnavo predlog Pravidnika o koncesijah za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti kot javne zdravstvene službe ter Navodila o postopku podeljevanja koncesij za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti kot javne zdravstvene službe. Predmetna predloga so predhodno obravnavali odbor za osnovno zdravstvo, odbor za socialno-ekonomska vprašanja, odbor za zasebno dejavnost in regijski odbor zasebnih zdravnikov. Podali so številne pripombe, ki jih je izvršilni odbor natančno obravnaval ter sprejel naslednja stališča:

■ Obstoječa zdravstvena zakonodaja ministru ne daje možnosti konkretnega poseganja na predmetnem področju, saj trenutno lahko izda zgolj priporočila, zato predlagamo ministrstvu, da poskuša doseči spremembo zakonodaje, ki bo dovoljevala urejati področje izdajanja koncesij.

■ Sprejem tovrstnega pravilnika je v našem zdravstvu nujno potreben, vendar naj bi le-ta pokrival vse ravni (primarno, sekundarno in terciarno), ne zgolj osnovno zdravstvo, ter vse dejavnosti javne zdravstvene službe.

■ Ta pravilnik naj ne bi urejal obveznosti, ki jih koncesionarju določajo že drugi dokumenti (Splošni in Področni dogovor, Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja in pogodba z ZZS).

■ V predlaganem besedilu pravilnika tudi nista vedno smiselno uporabljana izraza "področje" in "območje", namesto izraza "opravljanje zdravstvenih storitev" pa bi bilo potrebno uporabljati izraz "opravljanje zdravstvene dejavnosti".

■ Glede na do sedaj navedeno predlagamo imenovanje ožje delovne skupine, ki bi jo sestavljali predstavniki ministrstva, ZZS in Zdravniške zbornice Slovenije. Naloga delovne skupine bi bila priprava novega besedila pravilnika, ki naj bi zajela predhodno posredovane pripombe. V primeru, da bi se s predlagano rešitvijo strinjali, Zdravniška zbornica predlaga za svoje predstavnike: asist. Deana Klančiča, dr. med., Igorja Praznika, dr. med., in Janija Derniča, dr. med.

Sklep št. 465/17/2001:

Izvršilni odbor je soglasno sprejel sklep, da se sprejme predlagane spremembe in dopolnitve ter se jih najkasneje do ponedeljka 22. 10. 2001 pošlje na Ministrstvo za zdravje.

5. točka dnevnega reda: Pogoji, pod katerimi se specializanti v času specializacije vključujejo v opravljanje dežurne službe - stališče Združenja zdravstvenih zavodov

Člani izvršilnega odbora so se seznanili s stališčem Združenja zdravstvenih zavodov v zvezi s pogoji, pod katerimi se specializanti v času specializacije vključujejo v opravljanje dežurne službe, iz katerih izhaja, da naj bi za delo specializanta odgovarjal njegov neposredni mentor, zato komisijsko preverjanje usposobljenosti specializanta za opravljanje dežurne službe in izdajanje potrdil naj ne bi bilo potrebno.

Sklep št. 466/17/2001:

Soglasno je bil sprejet sklep, da je glavni mentor dolžan preveriti znanje specializanta ter mu izdati potrdilo, da je usposobljen za dežuranje. Potrdilo se posreduje zavodu.

6. točka dnevnega reda: Sklepi odbora za osnovno zdravstvo v zvezi z izvajanjem preventive

Predsednica odbora za osnovno zdravstvo je predstavila sklepe odbora v zvezi z izvajanjem preventivnega programa, ki bo stopil v veljavo dne 1. 1. 2002.

Sklep št. 467/17/2001:

Izvršilni odbor soglasno sprejme naslednje sklepe odbora za osnovno zdravstvo in jih kot stališče Zdravniške zbornice Slovenije do Navodil o spremembah in dopolnitvah navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni posreduje Ministrstvu za zdravje:

- pri pripravi smernic in navodil, ki se neposredno nanašajo na delo zdravnikov družinske/splošne medicine, se za pripombe zaprosi odbor za osnovno zdravstvo Zdravniške zbornice,
- preventiva je strokovno utemeljena dejavnost in je pristojnost osebnega zdravnika,
- za zagotavljanje kakovostne izvedbe je potrebno zagotoviti ustrezna sredstva: tako ljudi kot denar,
- ni utemeljeno že v prvem letu vabiti vse prebivalce v predlaganih starostnih skupinah. Zagotoviti je potrebno računalniško podporo, da ne bi vabili tistih, ki so že vključeni v kurativno delo. Pregledajo se bolniki, ki tudi sicer prihajajo k osebnemu zdravniku in spremlja se prevalenco pregledanih,
- s sistemskimi ukrepi je potrebno zmanjšati pritisk na ambulate: z omejitvijo prihoda v neomejenem številu in z uvedbo čakalnih dob,
- upoštevati je potrebno etični element preventive: kdor pregleda ne želi, ga ne smemo siliti.

7. točka dnevnega reda: Pripombe odbora za osnovno zdravstvo – članov za ginekologijo

Predsednica odbora za osnovno zdravstvo je predstavila pripombe članov odbora za področje primarne ginekologije na Navodila za izvajanje preventivnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja na primarni ravni Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.

Sklep št. 468/17/2001:

Izvršilni odbor soglasno sprejme naslednje posredovane pripombe:

1. pri pripravi navodil ni sodeloval ginekolog s primarne ravni;

2. tudi primarni ginekologi bi se morali, glede na izobrazbo, vključevati v delo na sekundarni ravni, in sicer vsaj 1/3 delovnega časa, prav tako pa bi ginekologi sekundarne ravni delali na primarni ravni 1/3 časa. S tem bi bila zagotovljena boljša oskrba žensk in tudi boljši kolegijski odnosi;
 3. stran 4, točka 4, 3. odstavek: na kakšen način skrbijo ginekologi za reproduktivno zdravje partnerja (nedorečenost, potrebne so napotnice izbranih zdravnikov)?
 4. stran 8: dogovarjalo se je o optimalnem normativu 4.000 žensk, ki se upoštevajo za izračun glavarine, in ne 4.500;
 5. stran 8: pri izračunih ocene obremenitve je potrebno točno opredeliti, kaj je zajeto v ta izračun 3.100 preventivnih pregledov. Ali so vključene tudi nosečnice, kontracepcija in svetovanja? Nekateri imajo že preko 150 nosečnic na leto. Preventivni program mora biti fleksibilen, odvisno od vsebine dela posameznega ginekologa;
 6. stran 10: predpisovanje hormonske kontracepcije - potrebno je definirati laboratorijske preiskave, ker do sedaj niso bila dosežena enotna stališča;
 7. stran 11: kdaj se opravi drugi UZ-pregled nosečnice (neskladje s stranjo 12)?
 8. stran 11: ali je dovolj kadra – "ustrezno izobrazena babica" za sistematične preventivne preglede? Struktura kadra v dispanzerjih za žene tega ne zagotavlja;
 9. stran 13: doktrinarna stališča za laboratorijske preiskave po porodu niso soglasna;
 10. stran 14: termin "patronažne babice" ne obstaja. Obstajajo le patronažne medicinske sestre, ki obiskujejo porodnice;
 11. stran 15: kaj je kolposkopija, če ne del ginekološkega pregleda?
 12. stran 16: nič ni definiranega v zvezi s preventivno mamografijo, ki je svetovana ženskam po 40. letu starosti.
- Sprejete pripombe bo ZZS posredovala kolegiju za ginekologijo.

8. točka dnevnega reda: Udeležba na strokovnih sestankih in druge vloge:

a) Udeležba na konferenci Evropskega združenja zdravnikov splošne/družinske medicine:

Sklep št. 469/17/2001:

Izvršilni odbor se strinja, da se asist. Mateja Bulc, dr. med., kot predstavnica UEMO, udeleži konference Evropskega združenja zdravnikov splošne/družinske medicine, ki bo od 12. do 14. oktobra 2001 v Barceloni, Španija. Na pot gre 11. 10. 2001 ob 11.25 iz Ljubljane, vrača se 14. 10. 2001 ob 21.35 iz Barcelone. Plača se ji letalska vozovnica in dnevnice.

b) Prošnja za denarni prispevek pri izdaji knjige "Spomin, ki boli" prof. dr. Janka Kostnapfla

Sklep št. 470/17/2001:

Izvršilni odbor se strinja, da se prof. dr. Kostnapflu odobri denarni prispevek v višini, kakor je bilo to določeno v primeru prošnje dr. Kalinška.

9. točka dnevnega reda: Ugotovitev potreb po specialistih v zvezi s prošnjama za državljanstvo Saše Rakića, dr. med., in Nade Janjatovića, dr. med., oba sta zaposlena v ZD Radlje ob Dravi

V zvezi s prošnjama Saše Rakića, dr. med., in Nade Janjatovića, dr. med., je Slovensko zdravniško društvo podalo mnenje, da se v prihodnjih letih predvideva veliko pomanjkanje zdravnikov na področ-

ju medicine, z novim Zakonom o varstvu pri delu pa tudi na področju medicine dela, prometa in športa. Imenovana zdravnik očitno uspešno opravlja svoj poklic v zdravstvenem domu Radlje ob Dravi, zato po posvetu s predsednikom Združenja za družinsko medicino SZD ugotavljajo, da njuno delo predstavlja korist za slovensko zdravstvo oziroma medicino.

Sklep št. 471/17/2001:

Upošteva se mnenje Slovenskega zdravniškega društva ter se v primerih Saše Rakića, dr. med., in Nade Janjatovič, dr. med., pošlje priporočilna pisma na Ministrstvo za zdravje za čimprejšnjo ureditev državljanstva.

10. točka dnevnega reda: Klavzula za zavarovanje poklicne odgovornosti zdravnikov in zobozdravnikov po pogodbi z ZZS

Žarko Pinter, dr. med., je člane izvršilnega odbora seznanil z vsebino Klavzule za zavarovanje poklicne odgovornosti zdravnikov in zobozdravnikov po pogodbi z ZZS. Člani se s predloženo novo verzijo klavzule strinjajo in soglasno sprejmejo naslednji sklep št. 472/17/2001:

Izvršilni odbor soglaša s predloženo novo Klavzulo za zavarovanje poklicne odgovornosti zdravnikov in zobozdravnikov po pogodbi z ZZS števil. KL-o-zdr-ZZS/01. Na tej podlagi se sklene tudi aneks h krovni pogodbi z zavarovalno družbo Adriatic, d. d.

11. točka dnevnega reda: Kritje stroškov za tisk in promocijo publikacije Sveta Evrope: Razvoj in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti v zdravstvenem varstvu

Klinični center je na seji IO že predstavil pobudo za prevod in tisk zgoraj navedene publikacije. Stroški in prihodki v zvezi s prevodom in tiskanjem še niso dokončni. Promocija publikacije bo v četrtek, 25. 10. 2001.

Sklep št. 473/17/2991:

Izvršilni odbor se strinja, da Zdravniška zbornica Slovenije krije polovico stroškov za tisk in promocijo publikacije Razvoj in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti v zdravstvenem varstvu.

12. točka dnevnega reda: Pismo Nataše Švent Kučina, dr. med.

Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., je prisotnim predstavil pismo kolegice Nataše Švent Kučina, dr. med., nekdanjo specializantko ginekologije in porodništva v Jeseniški bolnišnici.

Sklep št. 474/17/2001:

Pismo Nataše Švent Kučina, dr. med., se objavi v novembrski številki Izide. Predsednik odbora za strokovno-medicinska vprašanja bo kolegico povabil na naslednjo sejo odbora za strokovno-medicinska vprašanja, ki bo dne 26. 11. 2001.

13. točka dnevnega reda: Imenovanje komisije za izvedbo izrednega strokovnega nadzora s svetovanjem v zasebni ginekološki ambulanti pri Branislavu Franjčju, dr. med.

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja predlaga, da se izvede izredni strokovni nadzor s svetovanjem v zasebni ginekološki ambulanti pri Branislavu Franjčju, dr. med., spec. ginek. in porodništva, v Ljubljani na Metelkovi 11, s katerim bo izdelana celovita ocena o strokovni usposobljenosti.

Izvršilni odbor se strinja s predlaganim in sprejme naslednji sklep št. 475/17/2001:

1. Izvršilni odbor imenuje prof. dr. Živo Novak Antolič, dr. med.,

za nadzornico v letu 2001.

2. Za izvedbo izrednega strokovnega nadzora s svetovanjem je odbor za strokovno-medicinska vprašanja imenoval komisijo v sestavi:

- prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., višji svetnik,
- prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med.,
- prim. prof. dr. Elko Borko, dr. med.

14. točka dnevnega reda: Predlog OSM za imenovanje dodatnega člana odbora

Predsednik odbora prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je seznanil člane IO z delom odbora ter z dejstvom, da število vlog, ki jih odbor obravnava na svojih sejah, narašča. Glede na to, da se pojavljajo vprašanja tudi s področja ginekologije in porodništva, predlagajo imenovanje dodatnega člana odbora s tega področja.

Sklep št. 476/17/2001:

Izvršilni odbor se strinja z imenovanjem prof. dr. Tomaža Tomaževiča, dr. med., spec. ginekologije in porodništva, za dodatnega člana odbora za strokovno-medicinska vprašanja.

15. točka dnevnega reda: Potrditev komisije za izvedbo ekspertnega nadzora v primeru F. P.

Izvršilni odbor sprejme naslednji sklep št. 477/17/2001:

V primeru F. P. se izvede ekspertni nadzor z mnenjem v ZD Laško in ZP Rimske Toplice pri zdravniku M. R., dr. med. Za izvedbo ekspertnega nadzora z mnenjem se imenuje komisija v sestavi:

- spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med.
- prim. Andrej Žmavc, dr. med., spec. spl. medicine

16. točka dnevnega reda: Razno

Izvršilni odbor sprejme naslednji sklep št. 478/17/2001:

Srečanja zdravniških organizacij mediteranskih držav (GIPEF) od 26. 10. 2001 do 29. 10. 2001 v Kataniji, Sicilija, se udeleži asist. mag. Marko Bitenc, dr. med. ■

Zapisala: Vesna Habe Pranjič



Škodna odgovornost

Tina Šapec Mahmutović

Na podlagi določil Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS št. 98/99) in sklepa izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije je bil dne 16. 2. 2001 v Uradnem listu RS št. 8/2001 objavljen Sklep o zavarovanju zdravnikov in zobozdravnikov za škodo, ki bi lahko nastala pri njihovem delu, v skladu s katerim morajo biti od 24. 2. 2001 dalje vsi zdravniki zavarovani za zavarovalno vsoto najmanj 3.000.000,00 SIT.

V zadnjem času so se pričeli tudi prvi primeri koriščenja tega zavarovanja, zato ne bo odveč, da ponovno poudarimo najpomembnejša določila, zapisana v splošnih pogojih zavarovanja. Ob neupoštevanju pravilnih postopkov pri zahtevkih za odškodnine zavarovalnica lahko zavrne izplačilo polne odškodnine.

Določila so si bolj ali manj podobna pri vseh zavarovalnicah (za podrobnosti preglejte lastno zavarovalno polico: pri Zava-

rovalnici Triglav d. d. 26. člen PG-odg/99-12, pri Adriatic zavarovalni družbi d. d. 34. člen Splošnih pogojev za zavarovanje odgovornosti (O-94), pri Slovenici zavarovalniški hiši d. d. 14. člen Posebnih pogojev za zavarovanje poklicne odgovornosti zdravnikov in zobozdravnikov ter pri Zavarovalnici Maribor d. d. 31. člen Pogojev za zavarovanje odgovornosti (O-96)), v primeru domnevnega škodnega primera pa nikar ne prezrite pomembnih podrobnosti:

- Zavarovanec mora o nesreči brez odlašanja obvestiti **zavarovalnico**.
- Če so proti zavarovancu ali osebi, za katero on odgovarja, uvedene kazenske poizvedbe ali kazenska preiskava, če je vložena obtožnica ali če je izdana odločba v upravno-kazenskem postopku, **morazavarovanec o tem nemudoma obvestiti zavarovalnico**, četudi je že prijavil nesre-

čo po prejšnjem odstavku.

- Če so na zavarovanca postavljeni odškodninski zahtevki ali če je proti njemu vložena odškodninska tožba, mora zavarovanec o tem ravno tako brez odlašanja **obvestiti zavarovalnico in ji dostaviti original vseh listin**, ki vsebujejo te zahtevke.
- Zavarovanec mora vodstvo pravde zaupati zavarovalnici in dati pravdno pooblastilo tisti osebi, ki jo določi zavarovalnica.
- Zavarovanec mora obravnavanje odškodninskih zahtevkov prepustiti zavarovalnici. Zelo pomembno je, da **zavarovanec sam ne pripozna ali ne zavrne odškodninskih zahtevkov**.
- Če zavarovanec onemogoči zavarovalnici, da reši odškodninske zahtevke s poravnavo, zavarovalnica **ni dolžna plačati presežka odškodnine, obresti in stroškov**, ki zaradi tega nastanejo. ■

Javni zavod Zdravstveni dom Celje objavlja prosto delovno mesto

a) zdravnika po končanem sekundarijatu ali zdravnika specialista splošne medicine v DE šolska medicina - program osnovne zdravstvene dejavnosti

ali

b) zdravnika z opravljenim strokovnim izpitom oziroma vključenega v program sekundarijata za delo v DE šolska medicina - program osnovne zdravstvene dejavnosti.

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas (3 leta, z možnostjo zaposlitve za nedoločen čas) - za nadomeščanja zdravnice v času trajanja specialističnega izpopolnjevanja; poskusno delo kot določa kolektivna pogodba. Možnost pridobitve kadrovskega stanovanja.

Pogoji za zasedbo delovnega mesta pod a):

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen program sekundarijata,
- potrdilo o opravljenem licenčnem izpitu oziroma opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije,
- državljanstvo Republike Slovenije.

Pogoji za zasedbo delovnega mesta pod b):

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije,
- državljanstvo Republike Slovenije

Rok za oddajo vlog je 15 dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis pošljejo na naslov:
Javni zavod Zdravstveni dom Celje, Gregorčičeva 5, 3000 Celje

Za vse dodatne informacije, prosimo, pokličite Zdravstveni dom Celje, tel.: 03 54 34 000,
predstojnika OE Osnovna zdravstvena dejavnost prim. Andreja Žmavca, dr. med.



Uredniški odbor revije Isis je na svoji 42. seji, 5. julija 2001, sprejel navodila za objavljanje prispevkov v rubriki “Strokovna srečanja”. S tem želi uredniški odbor vzpostaviti kar najbolj koristno in informativno obveščanje bralcev o posameznih strokovnih srečanjih.

Navodila za objavljanje prispevkov v rubriki “Strokovna srečanja”

Dolžina prispevkov je omejena na največ dve strani v reviji Isis, objavljena je lahko le ena fotografija, ki se všteva v skupno dolžino.

To pomeni, da ima prispevek brez slike lahko največ 10.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 11.500 znakov - štetje s presledki.

Prispevek s sliko ima lahko največ 9.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 10.500 znakov - štetje s presledki.

Vsako poročilo o mednarodnih srečanjih mora obvezno vsebovati kratek zaključek: kaj pomeni srečanje za stroko v Sloveniji, ali in kje oziroma kako je mogoče izsledke prenesti v slovenski prostor. V primeru, da je slovenska stroka v svetovnem vrhu, je potrebno v zaključku na kratko povzeti njeno vlogo v ustreznem merilu.

Prispevkov, ki ne bodo upoštevali zgoraj navedenih navodil, uredništvo ne bo objavilo oziroma bo avtorje prosilo za dopolnitve.

80. redno letno srečanje Nemškega združenja za pravno medicino

(80. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin)

Interlaken, Švica, od 25. do 29. septembra 2001

Jože Balazic

Člani Nemškega združenja za pravno medicino, ki združuje specialiste sodne medicine nemško govorečih dežel (Nemčija, Avstrija, Švica) ter posamezne izbrane člane držav ostalega dela Evrope in celo daljne Japonske (iz Slovenije je član združenja prof. dr. Jože Balazic), so se letos zbrali na svojem osemdesetem srečanju v švicarskem turističnem središču Interlaken pod mogočnimi, s snegom pokritimi vrhovi švicarskih planin.

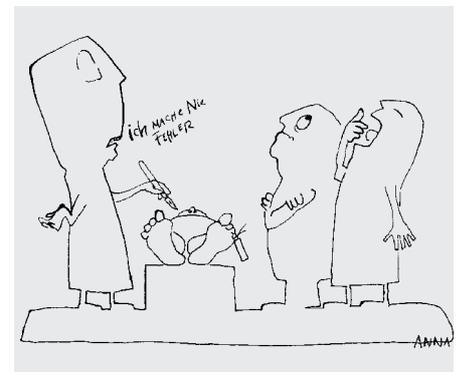
Organizator srečanja je bil Inštitut za pravno medicino Univerze v Bernu, ki si je zadal nalogo spregovoriti o strokovnih napakah ter zmotah v sodnomedicinski znanosti. Kljub skeptičnim pričakovanjem je bil odziv na vodilno temo srečanja nepričakovano velik.

Program simpozija je bil razdeljen poleg vodilne teme še na dve manjši podtemi, ki sta bili posvečeni novim slikovnim tehnikam

v sodnomedicinski morfologiji ter hribom in pravni medicini.

Simpozij je potekal v prelepi dvorani stare igralnice. Posebno vzdušje mu je dajala tudi lega mesta Interlaken, ki leži med dvema prečudovitima gorskima jezeroma. Več kot 200 udeležencev je aktivno sodelovalo s 111 referati in 94 posterji pod motom K. R. Popperja: "Življenje je poskus in zmeta."

Simpozij se je pričel 25. septembra s slavnostnim odprtjem in pozdravnimi govori najvišjih predstavnikov Univerze in Medicinske fakultete v Bernu (rektor, prorektor, dekan), predstavnikov pravosodja, tožilstva in policije ter s podelitvijo nagrade združenja, ki jo je za leto 2001 prejel mladi zdravnik M. Tsokos z Inštituta za pravno medicino v Hamburgu za svoje raziskovalno delo na področju postmortalne diagnostike septičnega stanja s pomočjo imunohistoloških, biokemičnih in molekularno-bioloških markerjev. Trem kolegom so podelili tudi nagrade sklada Konrada Händla za vrhunske dosežke na področju sodnomedicinske znanosti.



Strokovne napake in zmote v sodnomedicinski znanosti (Kunstfehler und Irrtümer in den forensischen Wissenschaften).

Tej temi kot glavnemu sklopu simpozija je bilo posvečenih 60 referatov in 40 posterjev. Referenti so predstavili konkretne napake na celotnem področju izvedenskega in



P_1 t VT_{a-n} t FE_{a-n} t
 P_2

P_1 = offenes Problem
 VT = versuchsweise Theorien
 FE = Fehlerelimination
 P_2 = neues Problem (Wissenszuwachs)

Interlaken, kraj kongresa (goraj); Popperjeva shema zaznave in eliminacije strokovne napake (spodaj)

Strokovna napaka

je pravno opredeljena kot dejanje zdravnika v očitnem nasprotju z dosežki medicinske znanosti na katerem koli področju medicine in ki ima elemente kaznivosti - malomarnost, neznanje, namernost.

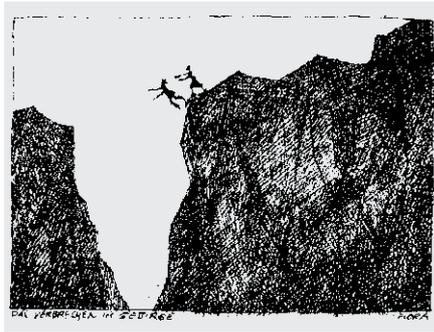
Strokovna zmeta

pa nastane takrat, kadar je zdravnik pri svojem delu ukrepal v skladu s svojimi pristojnostmi in svojim najboljšim znanjem in vedenjem in bil prepričan, da je bila njegova odločitev pravilna, kljub temu pa je prišlo do neljubega dogodka ali celo do smrtnega izida.

ostalega sodnomedicinskega dela v poveza-
vi s policijo, tožilstvom in pravosodjem ter
v zaključkih nakazali določene rešitve pri-
kazanega problema, ki so ga ovrednotili bo-
diši kot strokovno napako ali strokovno
zmoto. Vsak primer je bil v razpravi še do-
datno strokovno obrazložen in dokončno
opredeljen. Dolgoletni sodnik švicarskega
vrhovnega sodišča dr. M. Annoni je v končni
razpravi tega sklopa podal prikaz pravne
prakse ter zakonskih predpisov na področ-
ju sodnomedicinske dejavnosti in zdravstva
nemško govorečega področja. *Strokovna na-
paka je pravno opredeljena kot dejanje zdrav-
nika v očitnem nasprotju z dosežki medicinske
znanosti na katerem koli področju medi-
cine, ki ima elemente kaznivosti – malomar-
nost, neznanje, namernost.* Kot taka je zaz-
namovana v kazenski zakonodaji vsake po-
samezne države z minimalnimi odstopanji,
ki se kažejo predvsem v interpretaciji posa-
mnega člena kazenskega zakonika. *Stro-
kovna napaka dobi svoj pravni status takrat,
kadar ima zdravnikovo ravnanje kot kaznivo
dejanje za posledico konkretno okvaro ali po-
slabšanje bolnikovega zdravstvenega stanja ali
zaradi tega celo nastopi smrt.* "Latentna" stro-
kovna napaka brez omenjenih posledic se
kazensko ne preganja.

Strokovna zmota (*Fachirrtum, Irrtum*) pa
nastane takrat, kadar je zdravnik pri svojem
delu ukrepal v skladu s svojimi pristojnostmi
in svojim najboljšim znanjem in vedenjem ter
bil prepričan, da je bila njegova odločitev pra-
vilna, kljub temu pa je prišlo do neljubega do-
godka ali celo do smrtnega izida. Taka zmota
nima elementov kaznivosti in jo obravnavajo
individualno, odškodninsko pa jo pokriva
zavarovalnica, pri kateri je zdravnik zavarov-
van. V takih trenutkih se vključi mehanizem
zavarovanja poklicne odgovornosti zdrav-
nika in bolnik ali njegovi svojci v vsakem pri-
meru dobijo določeno odškodnino v skla-
du z zavarovalno pogodbo. Mehanizma kole-
ktivne odgovornosti ne poznajo, ampak
zmeraj nastopa individualna odgovornost.
Podobno so opredeljeni tudi vsi primeri pri-
čakovanih in nepričakovanih zapletov in
drugih nevšečnosti med zdravljenjem. Za-
varovalniški primer nastane zmeraj takrat,
kadar ga sproži zdravnik sam ali posebna
zdravniška komisija, ki je dogodek obrav-
navala. Odškodninske vsote so po državah
različno visoke. Obstoji tudi mehanizem iz-
vensodne poravnave, v nasprotnem prime-
ru pa lahko oškodovanci sprožijo sodni od-
škodninski postopek pred sodiščem.

Iz tega sklopa lahko povzamem, da se
strokovne napake in zmote dogajajo tudi v
sodnomedicinski znanosti in da so nekatere
najhujše strokovne napake bile tudi pravno
obravnavane in kaznovane (zaporna kazen,
pogojne obsodbe, izguba licence).



Slikovni postopki v forenzični morfologiji (Bildgebende Verfahren in der forensischen Morphologie)

Ta sklop je obravnavalo 29 referatov in
35 posterjev, ki so prikazali pomembnost in
tesno povezavo med sodno medicino in
rentgenologijo. Na področju sodnomedicin-
ske morfologije je nastala nova veja, imeno-
vana forenzična radiologija. Ta veja vklju-
čuje v obdelavo morfološke diagnostike vsa
najnovejša dognanja na področju računal-
niške tomografije in magnetne resonance. Z
uvvedbo klasičnih in specialnih radioloških
postopkov je napram avtopsiji (obdukciji)
nastal nov pojem – virtopsija (slikovna "ob-
dukcija"), ki pa, kot je bilo poudarjeno v za-
ključkih, nikakor ne more nadomestiti ob-
dukcije, ampak le-tej lahko bistveno in od-
ločilno pomaga. Poleg radioloških tehnik so
predvsem Švicarji razvili slikovne 3D-sca-
ning tehnike, ki s tridimenzionalnim prika-
zom postajajo nepogrešljivi del sodnomedi-
cinskih morfoloških postopkov. Vse ome-
njene tehnike zahtevajo ogromna finančna
sredstva in jih v praksi izvajajo največji in fi-
nančno trdni sodnomedicinski inštituti.

Štirje referati in 2 posterja so bili posve-
čeni forenzični psihiatriji, ki postaja znanost.
Prikazali so možne napake predvsem pri psi-
hiatričnem izvedenstvu. Omenjeni segment
simpozija je potekal vzporedno v dopoldan-
skem programu v petek, 28. septembra, in
se ga je udeležilo 15 kolegov – forenzičnih
psihiatrov.



Gore in pravna medicina (Berge und Rechtsmedizin)

Temi je bilo posvečenih 18 referatov ter
8 posterjev. Referenti so prikazali vse vidike
in težave smrti v gorah ter njene obravnave.
Podali so tudi vizijo postopkov v prihodno-
sti, kajti množično planinstvo prinaša s se-
boj številne nesreče in z njimi tudi številna
nova vprašanja sodnomedicinske in pravne
narave.

Seznanjeni smo bili s težavami, s kateri-
mi se srečujejo predvsem sodnomedicinski
inštituti v Nemčiji, kjer je sodna medicina
postala deficitarno finančno področje. Za-
radi tega prihaja do drastičnega krčenja pro-
računskih sredstev, kar ima za posledico za-
piranje nekaterih inštitutov (Aachen, Mar-
burg, na vrsti za zaprtje je inštitut v Kölnu
in še nekateri drugi). Nekaj inštitutov je za-
radi slabšanja gmotnega položaja celo izstopi-
lo iz univerze in se vključilo pod okrilje
univerzitetnih klinik, kar ima lahko dolgo-
ročne posledice za sodnomedicinsko zna-
nost in vzbuja skrb za prihodnost sodne me-
dicine.

Na koncu ne morem mimo čudovite vož-
nje z ladjo po Thunškem jezeru in slavnost-
ne večerje, ki je pripomogla k navezavi te-
snih strokovnih in kolegialnih stikov.

Mojo udeležbo na srečanju je finančno
omogočilo ministrstvo za obrambo iz sred-
stev, po pogodbi namenjenih za izobraževa-
nje članov Enote za identifikacijo mrtvih, ki
ima svoj sedež na Inštitutu za sodno medi-
cino Medicinske fakultete v Ljubljani. ■



Odgovornost zobozdravnikov

4. mednarodni kongres o pravnih normah in etiki v stomatologiji: Amsterdam, 25. do 27. oktober 2001

Matjaž Rode

Naključje je hotelo, da sem še v soboto, 20. oktobra 2001, dopoldne v Mariboru prisluhnil zelo zanimivemu in vsebinsko poglobljenemu pogovoru o etičnih dilemah med zdravniki, ki je potekal v okviru 138. skupščine Slovenskega zdravniškega društva in na katerem so sodelovali res vrhunski pravni in medicinski strokovnjaki (upam, da bo tudi na straneh Izide kdo podrobneje ocenil to srečanje), v sredo, 24. oktobra 2001, popoldne pa sem v Amsterdamu že prevzel gradivo za 4. kongres mednarodnega združenja za etična in pravna vprašanja v stomatologiji – INTERNATIONAL DENTAL ETHICS AND LAW SOCIETY.

Na takem kongresu sem sodeloval prvič in sem zato še posebej pozorno poslušal vse govornike in vabljeni predavatelje, večinoma pravnike in sociologe iz ZDA, Kanade, Avstralije in Evrope (predvsem iz Skandinavije in Anglije).

Poslušalcev je bilo okoli 150 in v treh dneh druženja sem ugotovil, da smo bili med njimi zobozdravniki v manjšini.

Vodilna tema letošnjega srečanja je bila: ODGOVORNOST IN GARANCIJA V STOMATOLOGIJI. Soorganizatorja sta bila še nizozemsko zobozdravniško združenje in skupina strokovnjakov, ki je v Evropski unija zadolžena za zobozdravstvo.

V uvodnem predavanju v četrtek dopoldne je belgijski profesor medicinskega prava Vansweevelt z univerze v Antwerpnu govoril o napakah, odgovornosti in preprečevanju napak pri zobozdravnikovem delu in predvsem poudarjal, kako nujno je, da vsak zobozdravnik tudi v Evropi, ne samo v Severni Ameriki, sistematično naredi vse, da bi se čim bolj izognil nevarnosti, da bo pri delu naredil strokovno napako.

Pripravljen mora biti na strokovno in finančno tveganje, pa tudi na nevarnost tožbe na sodišču.

Najboljša zaščita pred strokovnimi napakami je po profesorjevemu mnenju znanje, ki ga mora vsak zobozdravnik nenehno ob-

navljati, in predvsem zelo natančno vodena zobozdravstvena dokumentacija. Zobozdravnikov odnos do pacienta se je v zadnjem času zelo spremenil in je sedaj veliko bolj partnerski in enakopraven! Pacient ima vso pravico, da odloča o načinu svojega zdravljenja ali rehabilitacije, zato je že prvi govornik poudaril, in to smo nato v treh dneh slišali še velikokrat, da je predpogoj za pacientovo zaupanje zobozdravniku, da mu slednji že ob prvem srečanju čim bolj razumljivo razloži, kakšno je stanje njegovih trdih in mehkih tkiv v ustih ter mu predlaga več načinov zdravljenja in rehabilitacije. Pacient se nato lahko sam odloči in privoli v enega od zobozdravnikovih predlogov. Že kar prvi predavatelj je torej poudaril **informed consent**, kar lahko na predlog prim. Pleterski Riglerjeve (glej Zdrav Vestn 2001;70: 477-80) lepo slovenimo kot **privolitev po pojasnilu ali poudčitvi**. Prav to pojasnilo in nato privolitev sta temeljna kamna sodobnega zobozdravnikovega dela in lahko v veliki meri preprečita zelo neprijetne zaplete. Že prvi predavatelj je tudi poudaril, kako neprijetno in usodno se v ta pogovor lahko vmešava tretji partner – plačnik, kadar to ni pacient sam. Navedel je tudi nekaj nesmislov, ki so se zgodili v Belgiji, ko je zavarovalnica s svojimi odločitvami posegla tudi na strokovno raven odločanja.

Drugi govornik je bil B. R. Pollack, odvetnik iz New Yorka. V svojem zelo duhovitem predavanju je razmišljal o odgovornosti zobozdravnika, če se strokovna napaka zgodi zaradi malomarnosti ali napačnega ravnanja članov zobozdravniške skupine. Povedal je, da v ZDA velja načelo **kapitana ladje**, to pa pomeni, da je zobozdravnik kriv za strokovne napake, ki jih naredijo drugi člani skupine. Predavatelj je opozoril, da je zobozdravnik celo na slabšem od zdravnika. Kadar zdravnik odredi fizioterapijo, ne odgovarja za možne poškodbe, ki jih lahko povzroči fizioterapevt, kadar predpiše očala, ne odgovarja za delo okulista, zobozdravnik pa v celoti prevzame vso strokovno in finančno odgovornost za delo zobotehnikar

ali oralnega higienika!

Nizozemski odvetnik Dingelhoff je bil zadnji vabljeni predavatelj prvega dopoldneva. V za vsakega zobozdravnika zelo zanimivem predavanju je prikazal glavne vzroke tožb nizozemskih pacientov proti zobozdravnikom. Vsako leto nizozemska sodišča obravnavajo okoli 350 tožb, ki so jih proti svojim zobozdravnikom vložili njihovi pacienti, in zanimivo, pa tudi žalostno, a ne nepričakovano je to, da je največ tožb vložnih na predlog drugega zobozdravnika! Pacienti največkrat zamerijo zobozdravnikom, da jim že v začetku niso povedali in razložili vseh možnosti zdravljenja in stomatoprotetične rehabilitacije.

Po predavanjih se je razvila živahna razprava. Z delom smo nadaljevali po samo enournem odmoru za kosilo, ki so ga organizatorji pripravili kar v predverju kongresne dvorane. Omenjena dvorana se nahaja v eni od znamenitih starih amsterdamskih palač **Trippenhuis**, ki sta jo v mestnem jedru v 17. stoletju zgradila uspešna trgovca z orožjem (nekam znano zveni!) brata Trip. Za to, da po obedu ne bi zapadli v dremež, je organizator poskrbel tako, da smo za kosilo dobili zelenjavne sendviče in mleko!

Četrtkovo delovno popoldne, ki ga je moderiral prof. Frenkel iz Izraela, je bilo v celoti namenjeno pomenu zobozdravniške dokumentacije. Otvoritveno predavanje je imel informacijski sekretar norveškega zobozdravniškega združenja, pravnik R. Stenvik. Poudaril je, da je na Norveškem zakonsko določena vsebina zobozdravstvene kartoteka. Poudaril je, da je natančno vodena strokovna dokumentacija predpogoj za kakovostno strokovno delo in glavna zaščita tudi v primerih obtožb. Podrobno je predstavil nekatere pomembne elemente take dokumentacije in poudaril, da mora biti tudi v dokumentaciji dobro vidno in s podpisom obeh partnerjev potrjeno, da je pacient poudčen o vseh možnostih svojega zdravljenja in rehabilitacije. Doktor prava Schulze-Wilk iz Kölna je predstavil tudi elektronsko ver-

zijo zobozdravniške dokumentacije in poudaril, da bo v prihodnosti ta brezpapirna dokumentacija zanesljivo zrela za vsakdanjo rabo, sedaj pa se v njej še skrivajo nekatere slabosti, ki pa jim bodo računalniški strokovnjaki kmalu kos.

Že v mraku smo končali z razpravo in se porazgubili po svojih hotelih (moj je bil oddaljen deset minut prijetne hoje).

Petkovo dopoldne je pričel ameriški profesor iz Creighton University, V. M. Welie. Predavanje je posvetil etičnim dilemam, ki pa so bile prav po ameriško obarvane in v nekaterih točkah ne prav take, kot so evropske etične norme. Osnovno vodilo mu je bila misel, da je vsak pacient možen tožnik in zato se mora zobozdravnik dobro zaščititi. Okoli 45 odstotkov Američanov nima nobene oblike zavarovanja za zobozdravniške storitve in vsa filozofija ameriških zobozdravniških praktikusov je strnjena v naslovu knjižne uspešnice med ameriški zobozdravniki: *Isn't it Wonderful When Patients Say "Yes"* (Pennwell, 2001). Poudarjal je tudi, da nam mora biti jasno, da je osnovno vodilo za vse zavarovalnice na svetu dobiček in ne zdravje pacientov! Zobozdravnik pa mora predvsem skrbeti, da lahko naredi svojim pacientom vse, kar zna in kar lahko stroka ponudi, tako da je križanje interesov s tretjim partnerjem – plačnikom, kadar je prisoten, pričakovano! Rešitve so zato seveda težke, so pa nujne in tudi možne.

Pravnik prof. Legemaate iz Rotterdamja je razmišljal v svojem predavanju o ustnih in pisnih pojasnilih in navodilih, ki jih zobozdravnik uporablja pri pogovoru s svojimi pacienti, in kakšno vrednost imajo taka pisna navodila tudi za sodnikovo presojo zobozdravnikovega dela. Ugotovil je, da navodila sodniku ne morejo služiti za oceno strokovnega dela, lahko pa so mu pomembna informacija. Po predavanju se je razvila zelo živahna razprava o takih navodilih. Ugotovili smo, da moramo ločiti med navodili in pojasnili za paciente, ki morajo biti napisana v razumljivem laičnem jeziku, in strokovnimi navodili za zobozdravnike, ki naj jih pripravijo strokovnjaki. Prišli smo tudi do ugotovitve, da se nekatera strokovna navodila v raznih državah med seboj razlikujejo. V tem primeru mora sodišče upoštevati mednarodno sprejeta strokovna priporočila, kot je to ugotovilo nizozemsko vrhovno sodišče v eni od razzsodb leta 2000.

Strokovna priporočila so pisana za posamezne storitve in ne posebej za specialiste in

druga za praktike. Vsebina navodil in priporočil omogoča vsakemu posamezniku, da lahko presodi, ali določen poseg lahko naredi sam!

Po opoldanskem polnozrnatem kruhku s solatnimi listi in sirom ter vrčku mleka smo petkovo popoldne zapolnili s pogovori o odnosu zobozdravnik – pacient. Nizozemski pravni strokovnjak van Veen je pričel s pravnimi vidiki tega odnosa. Prikazal je ključne zakone in resolucije, ki urejajo to zelo občutljivo razmerje, in kar milo se mi je storilo, ko je predavatelj med pomembnimi mednarodnimi dokumenti navajal tudi sklepe sestanka SZO v Ljubljani! Ponovno je poudaril obveznosti zobozdravnika, da ob prvem obisku in po kliničnem in RTG-pregledu pripravi za pacienta prvo informacijo o njegovem zobnem in ustnem zdravju ali bolezni, mu pripravi okvirni program zdravljenja in rehabilitacije, in to v večih različicah, se o tem po možnosti tudi posvetuje s kolegi, natančno izpolni zobozdravniško kartoteko in vnese načrt ter pridobi tudi pacientovo privolitev po podučitvi. Pacientu mora povedati tudi o njegovih obveznostih.

Naslednje predavanje, ki je zapolnilo petkovo popoldne in je z razpravo trajalo do teme, je pripravila dr. Linda Scheirton iz Nebraske, ZDA. Njena tema, ki je ta trenutek še kako aktualna tudi pri nas, je bila strokovna napaka. V uvodu je povedala, da se je motiti človeško in da zdravniki in zobozdravniki dokazujejo, da so samo ljudje. Napaka se lahko zgodi vsakemu, tudi največjemu strokovnjaku, in vse, kar lahko naredimo, je, da skušamo napake zmanjšati, saj jih odpraviti ne moremo! Zaradi strokovnih napak umre v ZDA vsako leto okoli 98.000 ljudi, kar pomeni 8. mesto na lestvici vzrokov smrti v ZDA. To je več, kot jih umre zaradi prometnih nesreč. Predavateljica je nadaljevala z razmišljanji o strokovnih napakah v zobozdravstvu, ki za življenje pacientov niso tako usodne, so pa lahko zelo nevshečne in so žal pogoste. Menila je, da bi se dalo kar okoli 70 odstotkov (!) vseh napak v stomatologiji preprečiti z znanjem in organizacijo dela. Kadar pa vseeno pride do napake, je dolžnost zobozdravnika, da pacienta s tem seznanj in se mu **opraviči** ter takoj ustrezno ukrepa, da so posledice napake kar najmilejše.

Sveže, a lepo sobotno jutro nas je videlo, kako smo poslednjič odpirali vrata palače in se zbrali na panel razpravi, ki jo je moderiral N. J. Bakker z Nizozemske. Udeleženci smo lahko vsevprek postavljali vprašanja vsem predavateljem, ki so se nam morali

vljudno zahvaliti za postavljeno vprašanje in poskušati čim bolj modro odgovoriti.

Ameriški pravni strokovnjaki, ki so bili na srečanju kar številni, so duhovito pripomnili, da so v svoji deželi doživeli že take tožbe in take zaplete, da lahko ocenjujejo celo Murphyja za optimista! Zanimiva vprašanja so kar deževala. Naj jih navedem vsaj nekaj:

Kako odgovoriti pacientu, ki vpraša, kdo je kriv, da je študent na vajah pri puljenju zlomil njegov zob, in ali bi do tega prišlo, če bi mu zob pulil izkušen zobozdravnik? Kdo je kriv, če po načrtovanih puljenjih ortodontsko zdravljenje ne uspe? Kdo je kriv, če pacient že več let toži zaradi krvavitev iz dlesni, njegov zobozdravnik ne naredi ničesar, pregled pri parodontologu pa odkrije napredovalo obliko parodontalne bolezni, ko ni mogoče več ohraniti vseh zob? Kdo je kriv, če zobozdravnik pacientu več mesecev zagotavlja, da je rana na jeziku nenevarna, potem pa se izkaže, da gre za oralnega raka? Ali je pogovor s pacientom in njegova privolitev že zagotovilo, da je pacient res vse razumel, in njegova odločitev onemogoča tožbo? Ali mora zobozdravnik izročiti vso strokovno dokumentacijo drugemu zobozdravniku, ki si ga je na novo izbral njegov dotedanji pacient?

Vprašanja so deževala in predavatelji so bolj ali manj suvereno odgovarjali. Hitro se je bližal čas zadnjega solatnega kruhka in čaše mleka. Brez težav sem se mu odrekel in raje odšel na hitri ogled hiše meni tako ljubelega slikarja iz 17. stoletja Rembranta, ki stoji v bližini palače bratov Trip. Po bežnem ogledu tega z zgodovino umetnosti zares napanega kraja sem z mislijo na domačo hrano in kozarček rdečega odhitel na letališče.

Menim, da je bilo srečanje izredno dobro organizirano. V Slovenijo sem prinesel prijavnico, da se bo Zdravniška zbornica Slovenije kot pravna oseba lahko včlanila v združenje. Podatkov, ki jih lahko pridobimo od teh strokovnjakov, smo slovenski zobozdravniki še kako veseli.

Odbor za zobozdravstvo bo moral pospešeno pripraviti nekaj dokumentov, ki bodo omogočali še bolj varen strokovni vsakdan slovenskih zobozdravnic in zobozdravnikov. Mojo pot je na predlog članov Odbora za zobozdravstvo v celoti financirala Zdravniška zbornica Slovenije in upam, da bom lahko del pridobljenih informacij uporabil tudi pri reševanju mnogih problemov, s katerimi se zobozdravniki vsakodnevno srečujemo. ■

Redni letni kongres Svetovnega združenja stomatologov - FDI

Matjaž Rode

Letošnji redni letni kongres zobozdravnikov, ki so združeni v svoje svetovno združenje - FDI - je potekal od 24. septembra do 1. oktobra v glavnem mestu Malezije Kuala Lumpurju, in to nekaj dni po za vse človeštvo usodnem 11. septembru. Razumljivo je bilo, da smo se vsi, ki smo se že prej odločili, da gremo na to največjo vsakoletno srečanje zobozdravnikov z vsega sveta, spraševali, ali kongres sploh bo. Ni nas bilo malo, ki smo si prav potihoma želeli, da bi bil kongres odpovedan. Organizator je nekaj dni pred začetkom kongresa poslal vsem državam članicam FDI po elektronski pošti obvestilo, da kongres kljub vsemu zagotovo bo. Izvedeli smo, da je nekaj delegacij svoje sodelovanje odpovedalo. Povsem razumljivo so bili to ameriški kolegi, ki so jih na generalni skupščini zastopali Kanadčani, ni pa bilo tudi Italijanov, Hrvatov, Bosancev, Portugalcev in še nekaterih drugih.

Kongres je potekal v modernem Kongresnem centru Putra in v sosednjem velikem hotelu, in to, kot je že ustaljeno, v dveh delih: stanovskem in strokovnem.

Stanovski del je potekal v obliki dveh generalnih skupščin, na katerih so se zbrali delegati iz 119 držav, ki so predstavljali stomatološke sekcije, strokovna združenja in zbornice.

Že dolgo časa se slovenski predstavniki redno udeležujemo obeh skupščin, letos pa se je prvič zgodilo, da smo na prvi del skupščine, ki je bila 25. septembra, zamudili, a to ne po naši krivdi.

Začelo se je že dan prej v Zagrebu. Od tam bi namreč morali s hrvaško letalsko družbo odleteti v Frankfurt in nato naprej v Malezijo. Po zelo strogi kontroli na letališču, kjer so nam odvzeli vse ostre predmete, ki smo jih pozabili sami odstraniti iz ročne prtljage, smo več kot eno uro sedeli v letalu in poslušali vse mogoče izgovore pilota, zakaj še vedno čakamo na vzlet. Po eni uri nas je pilot obvestil, da se mu je pokvaril sedež in zato smo morali izstopiti in v letališki čakalnici čakati na našo nadaljnjo usodo. Samo energičnim zahtevam našega vodiča se imamo



Slovinci pred vvhodom v kongresni center

zahvaliti, da so nas po nekaj urah čakanja namesto v Frankfurt odpeljali v London, kjer smo čakali in končno dočakali proste sedeže v letalu, ki nas je namesto v Kuala Lumpur pripeljalo v Singapur. Šele nato smo s tretjim letalom en dan kasneje, kot smo želeli, prišli v mesto letošnjega kongresa FDI. Omenim naj tudi, da smo imeli težave še pri enem od naših letal, saj se nanj niso mogle pripeti stopnice, tako da smo se vozili z letalom po letališču in končno našli izhod v letališke zgradbe.

Tako smo torej zamudili in v naslednjih dneh smo morali pospešeno hiteti s seje na sejo, da smo lahko vsaj deloma nadoknadili zamujeno. S kolegom dr. Komljancem, ki je bil prvič v slovenski delegaciji, sva se udeležila drugega dela generalne skupščine, na kateri smo delegati volili vodilne funkcionarje FDI in uspeli na vodilna mesta izvoliti kar nekaj naših znancev, sprejemali smo finančni načrt FDI in strokovna priporočila, ki so jih pripravili strokovni eksperti pri FDI, ter razpravljali o mnogih problemih, ki pestijo

zobozdravnike po svetu.

Med letošnjimi priporočili naj omenim informacije o pomenu poznavanja prionskih bolezni in možnostih njihovega prenosa ob zobozdravniškem delu, priporočila o podatkih, ki jih morajo vsebovati zobozdravniške kartoteke in ostali dokumenti, priporočila o pomenu opozarjanja na povezavo med ustnim in splošnim zdravjem in predvsem priporočila o velikem pomenu zgodnjega odkrivanja potencialno malignih sprememb v ustih. Obljubim, da bom o vsaj nekaterih priporočilih podrobneje pisal v naslednjih številkah Izide.

Posebno sejo smo delegati iz Evrope posvetili tudi nostrifikacijam diplom, pa tudi mnogim problemom, ki so povezani s priznavanjem različnih specializacij s področja zobozdravstva, ki jih lahko najdemo v posameznih evropskih in tudi drugih državah. Glavni namen specializacij je pridobiti poglobljeno praktično znanje in obvladanje nekaterih veščin ter postopkov in ne toliko poglobitev teoretičnega znanja! Prav zato so

mnogi razpravljali opozarjali na to, naj se programi specializacij ne spremenijo v akademsko-znanstveno obliko podiplomskega študija.

V razpravi je bilo ponovno poudarjeno, da nevladne organizacije državam ne morejo predpisati pravil izobraževanja. Strokovna in stanovska združenja morajo skrbeti za podiplomsko izobraževanje, podeljevati licence za delo in usmerjati ter voditi specializacije. EU ima možnost predpisovanja ter nadziranja do- in podiplomskega študija in tega se morajo zavedati vse tiste države, ki želijo, da bodo imeli njihovi zobozdravniki evropski certifikat svojega poklica. Še enkrat je bilo poudarjeno, da bo v Evropi priznanih zelo malo specializacij v stomatologiji; to seveda ni ovira, da ne bi bilo možno imeti v posamezni državi več specializacij, ki pa bodo priznane samo v tej državi.

Na začetku strokovnega dela kongresa so organizatorji pripravili zelo lepo otvoritveno slovesnost, ki je bila folklorno obarvana, bilo pa je opaziti, da si želijo ugajati Neazijcem in so zato nekatere točke in melodije prilagodili Ameriki in Evropi, kar pa po mojem mnenju ni vedno povsem uspelo. Prvi minister Malezije, karizmatični dr. Mahathir Mohamad, je imel ognjevit uvodni govor, v katerem je hvalil malezijske zobozdravnike in še enkrat dokazal, kako znajo biti dobri politiki prepričljivi tudi takrat, ko govorijo o stvareh, ki jih nekaj dni prej sploh še niso zanimali!

Svoj nagovorni lonček – in to časovno prav obilen – je pristavil tudi dr. Ratnanesan, ki je predsednik malezijskega zobozdravniškega združenja in ki je prav v svoji prestolnici postal za dve leti tudi predsednik FDI.

Naslednji dan so se pričela strokovna predavanja z vabljenimi predavatelji in takimi, ki so se za kratke referate prijavi kar sami.

Predavanja so potekala istočasno v več dvoranah. Sam sem se udeležil predvsem tistih, v katerih so avtorji poročali o sodobnih načinih diagnostike in zdravljenja nekaterih zobnih in ustnih boleznih ter posredovali najnovejše ugotovitve o indikacijah in kontraindikacijah za uporabo zobnih vsadkov. En dan sem prebil na celodnevem seminarju o malignomih ustne votline. Ta predel Azije je eden tistih delov na našem planetu, kjer rak ustne votline zelo hitro narašča. Oralni rak pa narašča tudi drugje po svetu in profesor Newell Johnson, ki se že veliko let intenzivno ukvarja s problemi zgodnjega odkritja in pravilne diagnostike teh malignomov, je v uvodu poudaril, da na svetu po zna-

nih podatkih vsako leto na novo odkrijejo okoli pol milijona oralnih rakov. Še vedno so prevečkrat odkriti v poznih stadijih bolezni in zato je kljub zdravljenju doba preživetja za te bolnike zelo kratka. To so omenjali tudi drugi predavatelji in poudarjali, kako zelo pomembno je zgodnje odkrivanje premalignih lezij v ustih in da to lahko najbolje naredijo prav zobozdravniki. V nekaterih azijskih državah so zobozdravniki že vključeni v prvo bojno vrsto v bitki proti tem malignomom in na obzorju se po zagotovitvi slovečega epidemiologa in velikega poznavalca, dr. Gupte, že svetlika. Kar mi se mi je storilo, saj sem sam že nekajkrat poskusil, da bi se tudi slovenski zobozdravniki na podoben način spopadli s to boleznijo, ki v Sloveniji prav tako ni tako redka, pa nisem uspel.

V prostorih Kongresnega centra je bila

organizirana tudi obsežna dentalna razstava, ki pa je letos nisem mogel obiskati.

Omenil sem že, da sva slovensko zobozdravstvo predstavljala jaz kot delegat in E. Komljanec, dr. stom., kot moj namestnik. Drugi člani slovenske delegacije so bili še M. Bračkova, dr., stom., in O. Herman, dr. stom., in A. Velkov, dr. stom.

Zaradi obilice sestankov, ki sem se jih udeležil, si Kuala Lumpurja, ki je v zadnjih letih zrasel v velemesto, nisem mogel kaj dosti ogledati. Na poti iz hotela pa sem vseeno obiskal sloveča Petronasova nebotičnika in si ob pogledu na to umetnino sodobnega gradbeništva zamišljal, kako je izgledala podobna zgradba v New Yorku po trčenju obeh letal. V sicer soparnem, a sončnem in zelo vročem ozračju pa ni bilo videti, da bi na tisoče hitečih Malezijcev mislilo na kaj podobnega. ■

Ortodontija za vsa starostna obdobja

Tjaša Logar Dernič

5. in 6. oktobra sem se udeležila tečaja, ki ga je organiziralo Slovensko ortodontsko društvo z naslovom Ortodontska obravnava pacienta v vseh starostnih obdobjih. Vo-

dil ga je odlični norveški specialist in profesor ortodontije dr. Bjorn U. Zachrisson. Mnogi kolegi ortodonti ga dobro poznajo, saj dr. Zachrisson predava in poučuje po



Udeleženci tečaja

Ogroženost zaradi srčnožilnih bolezni

Učna delavnica za zdravnike splošne/družinske medicine mariborskega in celjskega področja

Ksenija Tušek Bunc

▶ Evropi in izven nje. Zbralo se nas je nekaj več kot sto udeležencev, med katerimi je bilo veliko hrvaških kolegov. Kot zobozdravnica, ki se ukvarjam z odraslo populacijo, sem imela priložnost spoznati izjemnega kolega, ki me je, preprosto rečeno, navdušil.

Že na začetku je naše srečanje poimenoval maraton, ki naj bi ga izpeljali v štirih etapah. Začel je z novimi pristopi estetskega videza pri ortodontskih pacientih. Poudaril je pomen dobrega opazovanja videza obraza pacienta med govorom in smehom, upoštevanja značilnosti in razlik med spoloma, skratka zelo nazorno je pokazal na detajle, s katerimi se v svoji praksi vsak dan srečujemo, pa nas morda motijo ali so nam všeč in ne vemo, zakaj. Mnoga načela lahko s pridom izkoristimo pri vsakdanjem, neortodontskem delu. V nadaljevanju nas je seznanil z načrtovanjem ortodontskega zdravljenja, razložil telerentgensko analizo trdih in mehkih tkiv, pri čemer ni zašel v zapletene podrobnosti. Drugi član je pristopil bolj interdisciplinarno, in sicer povezal z ortodontijo še parodontologijo in zobno protetiko. Ker je tudi sam specialist parodontolog, je iz lastnih izkušenj prikazal različne primere in njihove rešitve s pomočjo parodontalne kirurgije. V zadnjem delu našega maratona je predstavil in bogato slikovno prikazal možnosti kombiniranega reševanja problemov z ortodontskim in protetičnim zdravljenjem. Poudaril je, da bo v prihodnosti estetska stomatologija temeljila na interdisciplinarnem zdravljenju pacientov.

Ob vsem povedanem je bilo jasno, da ortodontija danes še zdaleč ni več samo stroka, ki rešuje anomalije pri otrocih in mladostnikih, temveč je učinkovita specialnost za odpravljanje raznih nepravilnosti tudi pri odraslih. Dr. Zachrisson nam je zaupal, da je njegov najstarejši ortodontski pacient star 82 let.

Poleg zelo zanimive teme, ki jo je predstavil, me je navdušil z načinom predavanja, ki je bil vse prej kot "nekaj že videnega". Med predavanjem je predvajal celo sodobno glasbo, ki je imela običajno vedno neko povezaivo s temo, o kateri je govoril. Žal sem bila edina predstavnik splošnih zobozdravnikov, povem pa lahko, da je bila tema zelo široka in zelo uporabna v vsakdanji praksi zobozdravnika. Nova spoznanja so mi dala možnost širšega reševanja določenih primerov. Vse priznanje tudi organizatorjem, saj so pripravili odlično strokovno srečanje, karšnih si pri nas lahko samo še želimo. ■

V dne, ko se je jesen že napovedovala s hladnimi in meglenimi jutri in se je september prevesil v drugo polovico, je Krka v Logarski dolini, v zame eni najlepših alpskih dolin, pripravila učno delavnico za zdravnike splošne/družinske medicine mariborskega in celjskega področja o ogroženosti zaradi srčnožilnih bolezni.

Povabljeni so bili ugledni predavatelji in strokovnjaki s Kliničnega oddelka za interne bolezni bolnišnice Maribor in Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani. Delavnico je vodil predstojnik Kliničnega oddelka za interne bolezni doc. dr. Radovan Hojs. Izbrane teme so bile s področja bolezni ledvic, možganskožilnih bolezni, ateroskleroze in srčnega popuščanja, predavanje na temo primarne preventive pa je sovpadalo z nacionalnim programom za

preprečevanje srčnožilnih bolezni, ki se je pravkar začel izvajati v Sloveniji in katerega nosilci bodo splošni/družinski zdravniki.

Doc. dr. Erih Tetičkovič z Nevrološkega oddelka bolnišnice Maribor je spregovoril o možganskožilnih boleznih kot najpogostejših boleznih med vsemi nevrološkimi boleznimi odrasle dobe. Končna oblika - možganska kap predstavlja zaradi pogostosti, visoke smrtnosti in neredko hude invalidnosti velik zdravstveni, socialni in ekonomski problem. Izhajajoč iz tega so bila sprejeta tudi izhodišča za obravnavo bolnikov z ICV iz Helsingborške deklaracije s cilji do leta 2005: zmanjšati smrtnost v bolnišnicah za 20 odstotkov, po treh mesecih naj bi bilo več kot 70 odstotkov bolnikov samostojnih v dnevni dejavnosti, poudariti ustreznost sekundarne preventive, nujnost organiziranja



Udeleženci učnih delavnic

t. i. stroke units in oblikovanje kakovostnega sistema vrednotenja obravnave - uvedba registra. S staranjem prebivalstva incidenca in prevalenca možganske kapi naraščata. V Sloveniji nimamo registra bolnikov s CVB. Pilotska študija iz leta 1997 pa je pokazala, da je bilo od 3.794 bolnikov 80 odstotkov zdravljenih bolnišnično, 20 odstotkov pa ambulantno, da je bilo 65 odstotkov ishemičnega ICV, 16 odstotkov hemoragičnega, 8,6 odstotka je bilo TIA in 9,5 odstotka SAH. Povprečna starost bolnikov je bila 71,3 leta brez bistvenih razlik med moškimi in ženskami. Doc. dr. Tetičkovič je posebej poudaril za trombolizo pomembno t. i. časovno okno od incidenta do sprejema v bolnišnico, ki znaša tri ure. Seveda ni mogel zaobiti dejavnikov tveganja, ki jih je razdelil v tri skupine, in sicer na dejavnike, na katere ni mogoče vplivat, nadalje bolezni, kot so povišan krvni tlak, sladkorna bolezen, zvišane serumske maščobe, bolezni srca, in dejavnike, ki izvirajo iz neustreznega življenjskega stila. Za ICV pa so pomembni še drugi dejavniki: motnje koagulacijskih mehanizmov, vaskulitisi, migrenski napadi, hormonski kontraceptivi in novi dejavniki, npr. homocistinemija, motena itracelularna utilizacija vitamina B. "Zavedati se moramo pomena primarne preventive možganske kapi," je zaključil svoj prispevek. Kajti samo za 1 odstotek zmanjšano število bolnikov s povišanim krvnim tlakom pomeni zmanjšanje števila bolnikov z ICV za 2 odstotka, enako velja za dobro vodeno sladkorno bolezen, ki ji lahko pripišemo 10 odstotkov možganske kapi pri moških in 14 odstotkov pri ženskah. Spodbujati moramo naše paciente pri opustitvi kajenja, uživanju ustrezne prehrane z manj nasičenih maščob, pri redni telesni dejavnosti, skratka pri spremembi življenjskega stila, za kar si moramo poleg ostalega še bolj prizadevati pri sekundarni preventivi možganske kapi.

O kronični odpovedi ledvic in preprečevanju napredovanja ateroskleroze je predaval doc. dr. Hojs. Kronična odpoved ledvic je pomemben dejavnik tveganja za razvoj in napredovanje ateroskleroze, ki je pri teh bolnikih izrazito pospešena. Kdaj v poteku odpovedi ledvic pride do napredovanja aterosklerotičnega procesa, ni popolnoma jasno. Serumski kreatinin je pomemben pokazatelj tudi koronarne bolezni. KOL je stanje s povečano serumsko koncentracijo kreatinina ob normalni hidriranosti bolnika in normalni mišični presnovi, kjer se klinični simp-

tomi pojavijo sorazmerno pozno - pri več kot 80-odstotni okvari. Poleg dobro znanih vzrokov za KOL, kot so diabetična in hipertenzivna nefropatija, kronični glomerulonefritis in pielonefritis policistična bolezen (VUR), analgetična nefropatija, ki predstavlja 10 odstotkov vseh vzrokov, jih nekaj še ne poznamo. Dejavniki slabšanja ledvičnega delovanja pa so osnovna bolezen, stopnja okvare, hipertenzija, proteinurija, spol, starost, genetski dejavniki, lipidi, kajenje. Znano je, da kajenje pospeši nadaljnjo ledvično okvaro. Pomembno je, da pri bolnikih s hipertenzijo vedno pomislimo tudi na primarno bolezen ledvic, kar 4 do 5 odstotkov je takih, in da ugotovimo zgodnjo okvaro ledvic. Ukrepi pri bolnikih s KOL, hipertenzijo in proteinurijo so: znižanje telesne teže, telesna aktivnost, omejitev uživanja alkoholnih pijač, opustitev kajenja, opustitev maščob, dieta z omejitvijo soli in beljakovin ter zdravila. Odločitev za zdravljenje je vedno strogo individualna, pa najsi gre za izbiro zdravila, čas ali za to, kako agresivno je potrebno zdraviti.

Sledilo je predavanje kardiologa Mirka Bombka o srčnem popuščanju kot javnozdravstvenem problemu. Srčno popuščanje je sindrom, sestavljen iz simptomov in kliničnih znakov, ki so posledica pljučne in sistemske venske kongestije, premajhnega pretoka krvi v tkivih in posledične prekomerne aktivacije živčnohormonalnega sistema. Incidenca in prevalenca se v starosti strmo povečujeta. Več kot polovica bolnikov s srčnim popuščanjem je starejših od 65 let, srednja starost je 74 let. Polovica bolnikov s to diagnozo umre v štirih letih, več kot polovica bolnikov s hudo obliko pa v prvem letu. Daleč najpomembnejša vzroka za srčno popuščanje sta ishemična bolezen srca in hipertenzivna srčna bolezen, pri nastanku pa je treba upoštevati še sprožilne dejavnike. V diagnostiki srčnega popuščanja danes ni mogoče več mimo ehokardiografije, v terapiji pa mimo sodobnih pristopov zdravljenja, ki ne temeljijo več samo na odpravljanju simptomov, pač pa na izboljšanju prognoze in s tem preživetja.

Tako so zdravila prvega reda zaviralci konvertaze in blokatorji beta, upoštevaje kontraindikacije, zdravila drugega reda pa dodamo, če znaki srčnega popuščanja vztrajajo: sporonolakton in digoxin. Novost v obravnavi bolnika s srčnim popuščanjem je tudi zmerna telesna aktivnost.

Sledilo sta še: predavanje prim. Jurija Šu-

bica z naslovom Sladkorna bolezen tipa 2 in predavanje Vojka Kaniča, dr. med. z oddelka za kardiologijo in angiologijo o aterosklozičnem dogajanju kot vodilnem vzroku smrti na svetu.

Najbolj odmevno je bilo predavanje Primarna preventiva, saj se je v Sloveniji prav v teh dneh začel izvajati nacionalni program za preprečevanje srčnožilnih bolezni v ambulanti splošnega/družinskega zdravnika. Predavanje je pripravil asist. Gojimir Žorž s Katedre za družinsko medicino. Kot je bilo že tolikokrat poudarjeno, predstavljajo ravno srčnožilne bolezni glavni vzrok zbolevnosti in umrljivosti slovenskega prebivalstva. V okviru nacionalnega programa za preprečevanje teh bolezni bodo osebni zdravniki poslali vprašalnik ciljni skupini – moškim, starim od 35 do 65 let, in ženskam, starim od 40 do 70 let. Na podlagi odgovorov in ocene ogroženosti bodo izbrani posamezniki za preventivni pregled, pri čemer bodo imeli prednost najbolj ogroženi. Zdravniki bodo ukrepali v smislu svetovanja spremembe življenjskega stila, predpisovanja ustreznih zdravil ali pa naročanja na nadaljnje preglede. Za zdravnike splošne/družinske medicine predstavlja nacionalni program, s katerim bo Slovenija pridobila nacionalni register srčnožilnih bolezni, nedvomno novo obremenitev pri vsakdanjem delu.

V burni razpravi so udeleženci postavili številna vprašanja, na katera pa vsaj v večini niso dobili ustreznih odgovorov ali sugestij.

Težko je bilo umiriti duhove in se ponovno vrniti k delu v skupinah, kjer smo obravnavali zanimive primere pacientov iz vsakdanje prakse, ki so jih predstavili udeleženci ali pa predavatelji. Skupaj smo poskušali ugotoviti, kako bolezen pravočasno odkriti, kateri diagnostični postopek izbrati, kako se odločiti za najbolj ustrezno terapijo, kako pritegniti bolnika k sodelovanju, da se bo zavedal pomena svojega lastnega prispevka, rednega jemanja zdravil...

Sicer mirno okolje Logarske doline pod kulisami Kamniških Alp je bilo te dni živahnije kot običajno. V družbi lokostrelcev z vsega sveta bi si lahko poiskali določene vzporednice. Če so oni streljali kot za stavo in si prizadevali za čim več zadetkov v črno, smo si mi prizadevali za poglobljanje, utrjevanje in izmenjavo znanja in izkušenj na področjih, kjer se znova in znova porajajo dileme ter dvomi, naš končni cilj pa je dobrobit in zdravje naših pacientov. Več kot za detek v črno torej. ■

UBIKINON IN STATINI?

103

- Sinteza ubikinona teče dolgo časa po isti poti kot sinteza holesterola, zato se pod vplivom statinov zmanjša nastajanje obeh in organizem zgubi del tistih ugodnih učinkov, ki jih ubikinon normalno povzroča
- Pomanjkanje ubikinona je verjetno vpleteno v oba glavna zapleta pri jemanju statinov (porast serumske koncentracije jetrnih aminotransferaz in miopatije).
- Nekateri avtorji predlagajo hkratno uživanje ubikinona in statinov, predvsem pri starejših ljudeh in rednih pivcih alkohola.*

*Povzeto po preglednem prispevku

Pavlin R. STATINI IN UBIKINON (KOENCIM Q 10), ZDRAV VESTN 2000;69:31-3.

DA!

izdeluje

za **FIDI KOENCIM 10[®]**
kapsule z ubikinonom in antioksidanti pri



FIDIFARM d.o.o.

Leskoškova 4, Ljubljana

tel: 01/ 524 90 43

- pešanju srca
- preprečevanju posledic možganske kapi
- splošni mišični oslabeledosti in utrudljivosti

sestava

v eni kapsuli je:

30 mg ubikinona (*koencima Q 10*)

40 mg vitamina C

24 mg vitamina E (35,7 IE)

12 mg betakarotena

15 mcg selen

Zahtevajte strokovno literaturo in informacije



FIDIMED

Cigaletova 9, Ljubljana

tel/faks: 01 431 81 01

<http://fidifarm.over.net>

e-mail: fidimed@siol.net



FIDI KOENCIM 10[®]

je edini preparat z ubikinonom, ki je v Sloveniji registriran kot **ZDRAVILO** brez recepta!

Ob 18. evropskem kongresu patologov v Berlinu

Tomaž Rott

Berlin je mesto, ki si še oblikuje svoj novi obraz, mesto, ki te navda z mešanimi občutki, mesto, ki obogati vsakega ljubitelja likovne umetnosti, glasbe, zgodovine.

Mesto, ki v deževnem in vetrovnem vremenu ob težki neoklasicistični arhitekturi lahko deluje deprimirajoče, ali ob ponekod drznih modernih stvaritvah navdušuje. Še vedno je eno samo veliko gradbišče, ki kot neizmerljivo granulacijsko tkivo izpolnjuje široko in globoko rano pred desetletji razdeljenega mesta.

Morda je prav v tem veličina mesta, da te napolni z različnimi razpoloženji, od spontanega navdušenja in skorajda do odpora, kot da nosi v sebi oba jasno oblikovana naboja, pozitivnega in negativnega. Pravzaprav je težko ostati v tem mestu ravnodušen.

Kdo bi pozabil staroegiptovske kiparske mojstrovine - mirno veličino Nefretete in samozavestno odločnost realistično prikazane moškega, berlinske "zelene glave", v majhnem muzeju egipčanske kulture? Kdo bi pozabil pergamski in bližnji antični muzej z nekaterimi izjemnimi umetninami in stvaritvami babilonsko-asirske, grške, rimske in islamske kulture? Ni dvoma, da je ogleda vredna tudi ena najbogatejših umetnostnih galerij na svetu, v neposredni bližini nove stavbe berlinske filharmonije. Slednja s svojo pojavnostjo kar vznemirja, nekoga v dobrem, drugega v slabem smislu. Pa vendar vse morebitne pomisleke poslušalcem odtehta enkratna akustičnost. Tudi živalski vrt je eden redkih na svetu, kjer lahko vidiš veliko črno-belo in malo rdečerjavo pando.

Brandenburška vrata so pred desetletjem delila Berlin in njegove prebivalce na dva dela in vrezala med ljudi rane, ki se verjetno še dolgo ne bodo zacelile. Kljub ponovnemu skupnemu življenju ostaja med ljudmi na eni in drugi strani nezadovoljstvo; na zahodu, ker so se morali odpovedati delu svojega blagostanja, na vzhodu pa, ker še niso dosegli želeno ravni ekonomskega statusa. Vendar se nezadovoljstvo vseeno lahko prelevi v razgraj-

nost ob dobrem pivu, čemerna otopelost pa ob dobri glasbi v sproščajoče navdušenje. Vsega tega pa je v Berlinu dovolj. V zvezi z imenom Brandenburg mi je kolegica povedala anekdoto: Stanko Vraz je ob spoznanju, da so kraj Branibor preimenovali v Brandenburg, predlagal, da Marburg preimenujejo v Maribor. In zgodilo se je...

Mesto Berlin je septembra 2001 v velikem kongresnem centru na obrobju mesta gostilo preko 1.500 patologov z vsega sveta, kljub temu, da je šlo uradno za 18. bienalni evropski kongres patologov. Kongres je brez dvoma uspel po svoji raznolikosti in številnih novih informacijah, ki jih dajejo najnoveše tehnologije in nova gledanja na posamezne probleme. Zajeta so bila skorajda vsa področja organske patologije: patologija pljuč, moških in ženskih spolovil, sečil, kosti in mehkih tkiv, kože, endokrinih žlez, prebavil, glave in vratu ter centralnega živčevja, krvotornega sistema, poleg tega še problemi pediatrične patologije, citopatologije, molekularne patologije, uporabe računalništva v patologiji itd. Relativno malo je bilo patologije srca, ledvic, kirurške in transplantijske patologije. Rdeča nit med posameznimi področji je bila tumorska patologija s poudarkom na odkrivanju prekancerov in na pomenu molekularne patologije. Ob uvajanju avtomatskih aparatov pri obdelavi tkivnih vzorcev so izrazili tudi večje zahteve po standardizaciji preiskav in s tem primerljivosti rezultatov. Obseg poročila o priveditvi ne dopušča poglobljanje v številne koristne in uporabne zanimivosti.

Ob bogati in večkrat zahtevni vsebini ne morem mimo nekaterih nerodnosti, ki jih od prislovično natančnih Nemcev ne bi pričakoval. Večkrat so v zadnjih urah spremenili program oziroma kraj dogajanja. Na srečo se je bilo v sicer ogromnem kongresnem

in sejmskem centru na obrobju mesta relativno lahko znajti. Še huje je bilo, da je bil tudi na programu napisan čas nekaterih dejavnosti nezanesljiv oziroma so bile navedene različne ure in si tako zamudil stvari, ki so te morda najbolj zanimale. Nekateri predsedujoči v posameznih sekcijah pa so kar po domače sproti prerazporejali čas predavanj oziroma program. Včasih razpoložljiv čas sploh ni bil izkoriščen in je ostala tudi dobra ura neizkoriščenega časa. Raven dogajanj z vabljenimi sodelujočimi je bila zelo raznolika, od vrhunskih predstavitev pa do takih vprašljive kakovosti. Prav pri slednjih sem se čudil predsedujočim, da so dopuščali zmedene in celo zmotne predstavitve. Ob tem se mi nehote vsiljuje misel, da so bili pri izbiri vabljenih pomembni poznanstvo, prijateljstvo in pridih "klanovstva". Morda sem imel pri izbiri tematike izjemno smolo, da sem nalletel na vse omenjene nepravilnosti, ali pa sem od kongresa patologov v Berlinu pričakoval preveč, še posebno zato, ker se teh kongresov zadnjih 12 let nisem udeleževal, in zaradi spomina na odlično organiziran kongres evropskih patologov v Hamburgu leta 1983.

Ob bogatem raznovrstnem programu, ki je potekal hkrati v sedmih dvoranah, kar je običajno na kongresih patologov, je točnost nujna, saj si večina, še posebno mlajši, želi nabirati informacije z različnih področij in se seli iz dvorane v dvorano ter se glede na osebne strokovne interese čim širše izobražuje. Le tako je možno, da se patologi ne zapiramo v nevarne ozke superspecialnosti. Če bi se to dogajalo, bi postavili pod vprašaj tudi organizacijo tako široko zasnovanega evropskega ali svetovnega kongresa. Verjetno so ožje usmerjeni sestanki in sestanki z manjšo udeležbo tako za strokovno kot raziskovalno delo včasih bolj smiselni in učinkoviti.

Poučni in praktično uporabni histološki

“slide” seminarji so vedno privabljali številne udeležence, ne glede na to, ali so se prijavili za posamezne seminarje in plačali za zbirke ali ne. Očitno v Berlinu za posamezne seminarje ni bilo dovolj zanimanja. Kljub temu organizatorji niso dovolili sodelovanja neprijavljenim, pa čeprav se je posameznih sicer zanimivih seminarjev udeležila le dobra desetina poslušalcev, s predavatelji vred.

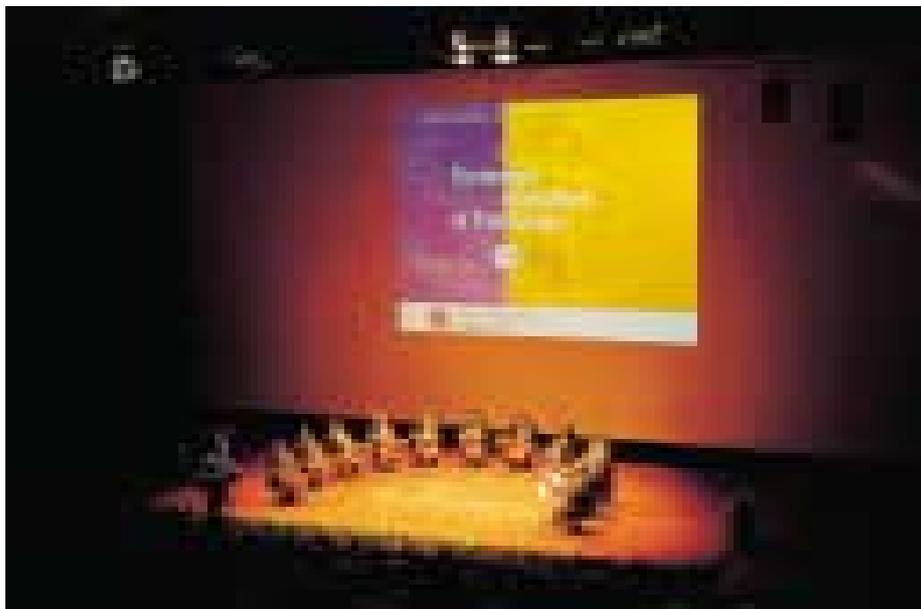
Organizatorji so poleg publikacije naslovov vseh udeležencev objavili v znani reviji z dolgoletno tradicijo Virchows Archiv povzetke vseh predstavljenih del, obenem pa tudi skoraj 600 strani obsegajočo publikacijo o novostih na področju kirurške patologije. V njej so zajeta vsa področja organske patologije in nekatera poglavja, ki dajejo informacije o novejših tehnologijah, s poudarkom na molekularni patologiji, ki se vriva tudi v vsa poglavja organske patologije.

Še najmanj je bilo zameriti organizatorjem spodrseljaje pri organizaciji relativno skromnega družabnega dela srečanja. Glavnino je predstavljal glasbeni del in ta je bil od vsega najboljši. Nepozaben bo ostal nastop 12 čelistov berlinske filharmonije ob otvoritvi kongresa z zahtevnim in privlačnim programom resne glasbe s poudarkom na južnoameriških ritmih. Med drugim smo poslušali odlično glasbo čedalje bolj izvajanega argentinskega skladatelja Astorja Piazzolle, ki je preminil pred slabimi desetimi leti. Slavni violinist Gideon Kremer je z baltiskimi glasbeniki Vivaldijevo in njegovo glasbo s skupnim naslovom “8 letnih časov” predstavil tudi na Ljubljanskem poletnem festivalu. Odlična glasba in še boljša izvedba berlinskih čelistov je verjetno vsaj deloma botrovala temu, da po kongresu ni bilo več mogoče kupiti zgoščenk teh izvajalcev v še tako izbranih diskofilskih prodajalnah. Drugi glasbeni dogodek pa je bil orgelski koncert v veliki berlinski protestantski katedrali.

Zaključek kongresa po izročanju diplom in nagrad je izzvenel hladno in nerodno, in to kljub temu, da so organizatorji poskušali biti prisrčni s šopki zahvale za hostese. Pri tem bi se skoraj končalo, če verjetno nekdo ne bi namignil glavnemu organizatorju, da je potem “priskakljal” na oder in izjavil nekaj besed približno v smislu “ja, kongresa je konec” in nič drugega.

Prav ob slovesu sem med drugim pričakoval vsaj tri besede: Nasvidenje v Ljubljani!

Da, v Ljubljani, kjer naj bi bil leta 2003 naslednji, 19. kongres. Kljub uradni pred-



Otvoritev kongresa

stavitvi je bila na nekaterih kongresnih prireditvah zmeda s predstavljanjem naslednjega evropskega kongresa. Večkrat je bil omenjen Amsterdam, kjer pa bo prihodnje leto kongres Mednarodne akademije za patologijo.

Vseeno bo ime Ljubljana marsikomu ostalo v spominu, saj je prav od tu prišel dobitnik prve nagrade za raziskovalno delo asist. Boštjan Luzar, ki pod mentorskim vodstvom predstojnice Inštituta za patologijo v Ljubljani, prof. dr. Nine Gale, preučuje dejavnost telomerase. Ta encim posredno ohranja neomejeno sposobnost delitve celic in ga povezujejo z razvojem malignih tumorjev. Asist. Luzar je dokazal bistveno večjo količino tega encima v prekancerozah v primerjavi z normalnim tkivom. To naj bi pomagalo pri zgodnjem odkrivanju predstopenj raka, snovi, ki delujejo proti telomerasi, pa bi lahko uporabili pri zdravljenju raka. Omenjeno delo je eno od pomembnejših na področju molekularne patologije, ki neposredno kaže tudi na uporabnost. Cela vrsta spoznanj in informacij na področju molekularne patologije sicer odkriva patogenetske mehanizme, nekatere kažejo na napovedno vrednost pri določenih boleznih, za veliko informacij pa bo šele čas pokazal, ali bodo preživele in doživele svojo vrednost. Napoved, da bomo lahko tumorje klasificirali glede na prisotne molekularne spremembe v genih, ki so očitno povezane z do-

ločenimi značilnostmi tumorjev in tudi določeno klinično sliko ter prognozo, je bila deloma že uresničena in predstavljena v treh novih knjigah tumorske klasifikacije, ki jih izdaja Svetovna zdravstvena organizacija.

Računalništvo v patologiji je pripeljalo do telepatologije, ki dobiva čedalje večji pomen: v diagnostiki za posvetovanje z izvedenci v oddaljenih referenčnih centrih, za zbiranje in obdelavo podatkov v raziskovalnem delu in učenje na daljavo s pomočjo zbranih podatkovnih baz.

Na prodajni razstavi knjig na kongresu smo lahko zasledili poleg drugih knjig, ki citirajo dela različnih sodelavcev z Inštituta za patologijo v Ljubljani, tudi najnovejšo v svetu znano knjigo patologije s področja otorinolaringologije. V njej je predstavljena tudi čedalje bolj uveljavljena t. i. ljubljanska klasifikacija predstopenj raka na grlu. Temelje zanjo sta pred nekaj desetletji postavila pokojni prof. dr. Ivan Franc Lenart (ki je bil tudi idejni oče uveljavljenega Plečnikovega memorialnega sestanka in tradicionalnih zdravniških koncertov) in akad. prof. dr. Vinko Kambič, dolgoletni predstojnik Otorinolaringološke klinike v Ljubljani. Prof. Galetova je v tesnem in dolgoletnem sodelovanju s prof. Kambičem in ostalimi sodelavci klasifikacijo dopolnila in pripomogla k njeni uveljavitvi v svetu, posredno pa tudi k uveljavitvi slovenske patologije, ki je pred novim zahtevnim in obvezujočim izzivom.

Kirurgija vratu - Surgery of the Neck

Željko Jakelič

Simpozij je potekal v veliki predavalnici KC v Ljubljani 25. in 26. 10. 2001.

Kirurško delavnico in simpozij so organizirali Klinični oddelek za torakalno kirurgijo, SPS Kirurška klinika in Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo KC. Simpozij je bil namenjen specialistom in specializantom splošne kirurgije in otorinolaringologije, specialistom različnih kirurških disciplin, kirurgom in specializantom, splošnim zdravnikom in študentom medicine.

Tema letošnje kirurške delavnice je bila kirurgija vratu. Zaradi izredne zapletenosti operativnega področja so organizatorji simpozija k sodelovanju povabili številne zdravnike različnih specialnost, in sicer: torakalne kirurge, otorinolaringologe, zdravnike specialiste z onkološkega in radiološkega inštituta, endokrinologe in patologe.

Strokovno srečanje je bilo zamišljeno tako, da so bile dopoldanske ure namenjene učnim delavnicam, popoldanske ure pa različnim strokovnim predavanjem.

Prva učna delavnica je bila namenjena spoznavanju kirurške tehnike odstranitve golše in ščitnice. S pomočjo videotehnike so udeleženci lahko spremljali operativni poseg.

Na prvem popoldanskem predavanju so predavatelji z anatomskega inštituta, skupaj s torakalnim kirurgom, predstavili anatomske značilnosti vratu z vsemi pomembnimi anatomskimi variacijami, na katere je treba biti pozoren pri slehernem posegu.

Naslednje predavanje je bilo namenjeno diagnostiki patoloških sprememb vratu. Strokovnjaki s Kliničnega inštituta za radiologijo so predstavili pregled diagnostičnih možnosti diagnostike benignih in malignih bolezni vratu s preiskavo CT in MR. S prispevkom so želeli poudariti dejstvo, da je poznavanje anatomije tega področja ter širjenja številnih patoloških procesov v posamezne regije glave in vratu bistveno olajšano z uporabo CT in MR.

Sledilo je predavanje zdravnikov s Klinike za nuklearno medicino in Kliničnega oddelka za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove. Predavatelji so opisali postopke in njihovo zaporedje pri pregledu bolni-

ka z boleznijo žleze ščitnice, pomembnost anamneze in specifičnih preiskav, ki jih uporabljajo za oceno funkcije. Pri diagnostiki bolezni obščitnic so bile opisane značilnosti bolezni, ki so posledica motenega izločanja žlez. Opisali so tudi najbolj pomembne laboratorijske znake hiperparatireoidizma, kot so hiperkalcijemija, skeletne komplikacije. V prispevku so bile predstavljene najnovejše metode zdravljenja.

Naslednja predavanja so pripravili strokovnjaki s Klinike za torakalno kirurgijo in zdravniki specialisti z Onkološkega inštituta. Namenjena so bila kirurškim načinom zdravljenja golše (benigni in maligni) ter primarnemu in sekundarnemu hiperparatireoidizmu.

Drugi dan srečanja se je začel z učno delavnico, ki je bila namenjena kirurškim posegom, in sicer: predstavljene so bile kirurške operacije lateralne vratne ciste, radikalne disekcije vratu ter laringektomija.

V popoldanskem času so predavali predavatelji s klinike za ORL in z Inštituta za patologijo Medicinske fakultete v Ljubljani.

Prispevki, ki so bili potrjeni z različnimi raziskavami, so ponazorili možnosti ter uspešnost florescenčne laringoskopije v diagnostiki karcinoma grla ter pomembnost UZ vodene aspiracijske biopsije v diagnostiki prikritih področnih zasevkov karcinoma glave in vratu. V sklopu predavanj so bile predstavljene tudi najnovejše možnosti glasovne rehabilitacije operirancev po laringektomiji.

Sledilo je predavanje o histološki diagnostiki najpogostejših malignih sprememb na vratu.

Prvi del popoldanskih predavanj se je končal s predavanjem o zdravljenju prirojjenih anomalij na vratu. Predavatelj s klinike za ORL je ponazoril pomen natančne anamneze, kliničnega pregleda in dodatnih preiskav pri diagnostiki in operativni odstranitvi teh anomalij.

Po kratkem odmoru so sledila zaključna predavanja.

Zaključni sklop predavanj, ki ga je vodil moderator srečanja s klinike za ORL, je bil

namenjen kirurškemu zdravljenju karcinomov grla ter rekonstrukciji žrela s prostim transplantatom jejunuma. Prikaz rekonstruktivnega kirurškega zdravljenja, ki ga izvajajo na kliniki za ORL, je na udeležence simpozija naredil močan vtis. Poslušalci so se seznanili z različnimi kirurškimi možnostmi za odstranitev karcinoma grla ter z rekonstrukcijskimi posegi.

V nadaljevanju simpozija je sledila predstavitev histološke diagnostike najbolj pogostih benignih sprememb. V prispevku so opisane in predstavljene klinično-patološke slike najbolj pogostih benignih sprememb na vratu, ki prizadenejo mehka tkiva, bezgavke, velike slinavke, ščitnico ter obščitnici.

Na koncu je sledilo še predavanje, namenjeno traheotomiji in konikotomiji. Skrbno je bil podan prikaz anatomije operativnega dela vratu z namenom predstaviti zapletenost in možne operativne zaplete. Orisane so indikacije, kirurški pristop in prednosti klasične traheotomije pred konikotomijo.

S tem predavanjem in sklepnim nagovorom organizatorja simpozija se je končalo dvodnevno srečanje.

Sklepna misel:

Simpozij z učnima delavnicama, ki ga je pripravila Kirurška klinika za torakalno kirurgijo in Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, je bil vsekakor dobrodošel ne samo za specialiste, ki se ukvarjajo s spremembami na tem delu človeškega telesa, temveč tudi za druge zdravnike, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki, ki imajo bolezenske spremembe vratnih organov oziroma vratu. Prikaz operativnih posegov in ponovitev določenih - včasih že pozabljenih - dejstev ter kliničnih in laboratorijskih postopkov diagnosticiranja različnih sprememb na vratu sta bila za slehernega udeleženca simpozija vsekakor dobrodošla.

Na sodoben način so bile predstavljene najbolj značilne in najbolj pogoste operacije na vratu. Udeleženci delavnic in predavanj so tako lahko dobili veliko napotkov in tudi znanja za svoje nadaljnje delo. ■

XI. kongres S. I. O. H. (Societa Italiana di Odonto - stomatologia per handacappati)

Andrej Rant

V Trstu je 4. in 5. oktobra 2001 v hotelu Savoia - Excelsor potekal XI. kongres Italijanske zveze za zobozdravstvo prizadetih, ki je obravnaval preventivo, kurativo in rehabilitacijo oseb z motnjami v razvoju.

Predavanja so potekala hkrati v dveh dvoranih. Vsebina je bila zelo raznolika, od splošnih tem, kot je organizacija zobozdravstva za prizadete v Italiji, do posameznih specialnih tem, kot so na primer interdisciplinarnost obravnave pri sistemskih obolenjih, miofunkcionalna terapija orofacialnih disfunkcij pri otrocih z Downovim sindromom ali na primer izkušnje z oralnim zdravjem in prehranjevanjem pri pacientih, ki ne morejo žvečiti in požirati, ali seznanitev z zobozdravstvenimi posegi, preventivo in rehabilitacijo pri otrocih z nalezljivimi boleznimi. Številni so bili prispevki o kliničnih izkušnjah pri zobozdravstvenih posegih pri splošni anesteziji, pa tudi o raznih izkušnjah pri vsakdanjem ambulantnem delu s pacienti z motnjami v razvoju, o psihološkem pristopu in zobozdravstveni preventivi. Na kongresu so sodelovali tudi gostje iz sosednih držav. Dr. Fischer z dunajskega Inštituta za zobozdravstvo je predstavil 8-letne izkušnje v zobozdravstvu in oralni kirurgiji prizadetih oseb. Podobno so svoje izkušnje predstavili kolegi dr. Legović in dr. Maddi z Reke ter dr. Zajc s klinike Dubrava v Zagrebu. Asist. mag. Pavličeva s Stomatološke klinike v Ljubljani je predstavila stomatološko obravnavo težje prizadetih pacientov v narkozi, A. Rant, dr. stom., iz Zdravstvenega doma Ljubljana pa mejne primere stomatološke obravnave pacientov z motnjami v razvoju. Organizirana je bila tudi okrogla miza, ki so se je udeležili predstavniki vseh italijanskih regij in poročali o stanju in dosežkih v svojih okoljih.

Kongres je bil zelo uspešen, tehnično in organizacijsko dobro pripravljen. Predavanja so bila na visoki strokovni ravni. Tudi zavzetost tako predavateljev kot razpravljavcev in občinstva je bila velika, polnoštevilno so vztrajali do konca predavanj. Tudi struktura udeležencev nam daje upanje, da se bo

to področje stomatologije uspešno razvijalo dalje, saj je bilo večina prisotnih mlajših. Zlasti je razveseljivo, da se stomatologija na tem področju razvija interdisciplinarno.

Kongres je spremljala manjša dentalna razstava, gradivo pa je zbrano v zborniku predavanj. ■



*Autor med
predavanjem*

Inštitut za higieno in epidemiologijo Prve medicinske fakultete Karlove univerze v Pragi

Tomaž Čakš

Karlova univerza v Pragi je ena najstarejših univerz v Evropi. Pred kratkim je praznovala 650-letnico obstoja. Ime je dobila po kralju Karlu IV., ki je naredil iz Prage evropsko prestolnico v političnem, kulturnem in znanstvenem pomenu. Del univerze je tudi Prva medicinska fakulteta, ki je največja od treh praških medicinskih fakultet in vsega skupaj sedmih, kolikor jih je v Češki republiki. V okviru te fakultete deluje Inštitut za higieno in epidemiologijo – “Ústav Hygieny a Epidemiologie 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze”.

Inštitut je bil ustanovljen v študijskem letu 1897/98 in je torej pred tremi leti praznoval stoletnico svojega delovanja, saj je začel delovati celo dve leti prej kot leta 1899 ustanovljena sedaj svetovno znana Londonska šola za higieno in tropsko medicino – “London School of Hygiene and Tropical Medicine”. Od začetka se je inštitut imenoval Inštitut za higieno, ustanovil pa ga je Gustav Kabrhel, učenec Maxa von Pettenkoferja in Roberta Kocha. Inštitut je vodil do leta 1928.

Njihova šola higiene je sledila tradicionalni nemški higieni, ki je slonela na bakteriologiji, in jo obogatila z eksperimentalnimi vidiki, kot je ugotavljanje in zagotavljanje dobre in kakovostne pitne vode (Kabrhel – indeks), kasneje pa s testi o biološki izpostavljenosti ali biomarkerjih o izpostavljenosti zunanjim toksičnim snovem v delovnem okolju. Nekaj let po zadnji epizodi z londonskim smogom, kjer je bil najbolj zanesljiv znak, ki se ga je določalo, umrljivost, sta Kapalin in Symon predstavila škodljive učinke okolja na spremembe v rasti in hematološke parametre pri izpostavljenih otrocih ter tako prispevala k uporabi bolj sofisticiranih in bolj občutljivih indikatorjev zdravstvenega stanja.

V letih 1992/93 je prišlo do integracije higiene in epidemiologije. Sedaj vodi inštitut prof. dr. Vladimír Bencko. Po njegovem

mnenju sta higiena in epidemiologija klasično tesno povezani in se delno prekrivata. Njuna vloga v trenutni situaciji je, da bi pozitivno vplivali na kakovost človekovega življenja. Higiena, skupaj z epidemiologijo in socialno medicino, predstavlja osnove preventivne medicine. Socialna medicina je tretja nujna sestavina preventivne medicine, ki močno poudarja etične, moralne in organizacijske poglede zdravstvene oskrbe. Higiena in epidemiologija že dolgo časa delita ista pravila kot druge znanosti. Iz tisočletne empirične izkušnje vemo za primere, da so se in kako so se že prej izvajali nekateri pravilni antiepidemični ukrepi. Obvladovanje obsežnih epidemij, ki so zajele podeželje in mesta ter paralizirale vojskujoče se armade, je prisililo medicino, da je razvila nove medicinske discipline.

Higiena je znanost o ohranjanju zdravja. V originalu se ukvarja z vsemi dejavniki, ki prizadevajo telesno zdravje in telesno dobro počutje človeka. V odnosu do človekovega zdravja vključuje kakovost vode in drugih pijač, hrane in prehranjevanja, oblačenja, delovnih navad, ob tem pa tudi spanja, čistoče telesa, razvad, kot so tobak in druge droge, ter mentalnega zdravja. Glede na javni vidik pokriva klimo, zemljo, vrste gradbenih materialov in ureditve stanovanj, gretje, ventilacijo, odlaganje odpadkov, medicinsko znanje o incidenci in preventivi bolezni. Tesna povezava teorije in prakse v higieni z zdravstvenim stanjem prebivalstva je ostala ohranjena v originalni obliki samo pri infekcijskih boleznih. V dobi razsvetljenstva so bili na Češkem naporji za preprečevanje bolezni na zelo visokem nivoju. Nekaj primerov uspešnih praktičnih aplikacij v češki preventivni medicini: povojne dejavnosti proti spolnim boleznim so pripeljale do njihovega občutnega padca; prav tako je bilo s tuberkulozo in brucelozo, kar je zahtevalo močno povezanost tudi z veterinarsko služ-

bo; prvi na svetu so začeli s cepljenjem proti poliomelitisu, kar je bil primer za vse ostale države; pri neinfekcijskih boleznih so predvsem epidemiološke študije v zvezi z endemično golšo pripeljale do sistematskega jodiranja soli; med prvimi so tudi začeli s fluoriranjem pitne vode za preprečevanje kariesa, čemur so sledile epidemiološke raziskave. Pogoste socialnopolitične spremembe, ki so se pojavljale na Češkem - na nesrečo pogosto - so motile ravnovesje sistema preventive. Danes morajo prilagajati primarno preventivno shemo trenutnim socialnim in ekonomskim spremembam.

V petdesetih letih je bila vzpostavljena mreža higienskih postaj po sovjetskem modelu. Danes najbolj pogršajo kritično analizo uspehov, neuspehov ali napak higienskih služb v zadnjih petih desetletjih. Veliko težav jim povzroča nedvomno napredna zakonodaja v zvezi z javnim zdravjem, ki pa je zaradi veliko izjem malouspešna. Zaradi takšnih izjem je kakovost njihovih tekočih voda pogosto zelo slaba, ker so močno onesnažene z industrijskimi in hišnimi odplakami.

Vključevanje primarne preventive v delo vsakega zdravnika se izvaja počasi in z mnogo ovirami v vseh socialnih sistemih v svetu. To se vidi iz težav, ki se pojavljajo pri globalnih programih SZO, kot je desetletje “Pitna voda za vse” ali “Zdravje za vse do leta 2000”, ki so le počasi prodirali v lokalne programe in se prilagajali lokalnim razmeram. Primarna preventiva poskuša zavreti nastanke bolezni, zmanjšati njihovo incidenco, podaljšati pričakovano življenjsko dobo in izboljšati kakovost življenja. Sestavine primarne preventive so zaščita in promocija zdravja.

Zdravstvena zaščita si prizadeva obvarovati človeka pred katerim koli nesprejemljivim dejavnikom tveganja, katerega nastanek povzroča človekova dejavnost. Vlade in industrija sicer vlagajo veliko denarja v programe za zaščito zdravja, česar pa ni treba

močno povzdigovati, saj bi v današnjem času industrija doživela zlom, če bi ustvarjala škodljive pogoje življenja, ki bi bili nezdržljivi z obstojem človeka.

Nekateri znanstveno-raziskovalni projekti, ki v tem času tečejo na inštitutu, se ukvarjajo z biološkim monitoringom in oceno tveganja za zdravje ljudi, izpostavljenih toksinom iz okolja; s problemi zraka v zaprtih prostorih; z vse večjim tveganjem za zdravje človeka, izpostavljenega prometnim plinom; ukvarjajo se s stalnimi problemi kajenja kot enim od pomembnih dejavnikov tveganja v življenju; v zadnjem času delajo veliko na epidemiologiji neoplazem in se ukvarjajo z etičnimi problemi okoljevarstvene epidemiologije.

Povezani so in sodelujejo na mednarodnem področju s SZO, IPCS, CCMS/NATO itd. Inštitut je del mednarodne "Mreže v skupnost usmerjenih izobraževalnih ustanov za zdravje". Sodelujejo tudi z več inštituti na Češkem in v tujini. V okviru programa Phare imajo "Monitoring of human exposure to polychlorinated biphenyls (PCBs) and toxic metals (Pb, Cd, Hg) in Czech Republic". Opravljajo tudi monitoring izpostavljenosti policikličnim aromatskim ogljikohidratom. Drug program je ugotavljanje izpostavljenosti arzenu in nevarnost za nastanek raka v centralni in vzhodni Evropi. Preko programa CARAK sodelujejo pri zmanjševanju obolevnosti in umrljivosti zaradi respiratornih infekcij v centralni Aziji.

Razvili so tudi Evropski center za medicinsko informatiko, statistiko in epidemiologijo v okviru Karlove univerze in Akademije znanosti Češke republike (EuroMISE Center).

Koncept učenja

Namen študija pri predmetu iz higiene in epidemiologije je, da bi študentje razumeli osnovne principe

in pomembnost primarne preventive v kontekstu medicinske prakse; da sta higiena in epidemiologija temeljni medicinski znanosti, katerih cilj je v primarni preventivi ščititi zdravje posameznika in prebivalstva. Predmet se izvaja v petem letu študija. Vsebuje prikaze občasnih opozoril o infekcijah, fleksibilen nadzor nad njimi, poročila o incidenti malignih obolenj v okviru nacionalnega registra raka in predvsem potrebo po osebnem angažmaju zdravnikov v programih primarne preventive in nenazadnje v zdravljenju pacientov, kar pa že sodi v sekundarno preventivo. Strokovni nasveti o zdravem načinu življenja, tveganju na delovnem mestu, nevarnosti za zdravje zaradi slabih življenjskih navad lahko pomembno prispevajo pri ustvarjanju profila zaželenega in kompetentnega družinskega zdravnika.

Za fakulteto za arhitekturo pripravljajo seminarje, ki pokrivajo zdravstvene vidike okolja notranjih prostorov.

Podiplomski študij poteka v povezova-

nju vseh sedmih medicinskih fakultet na Češkem, vključevanju (integraciji) teme "kajenje" v učni program, urjenju v znanju, kako pomagati pri odvajanju od kajenja, vključno z minimalnimi intervencijami.

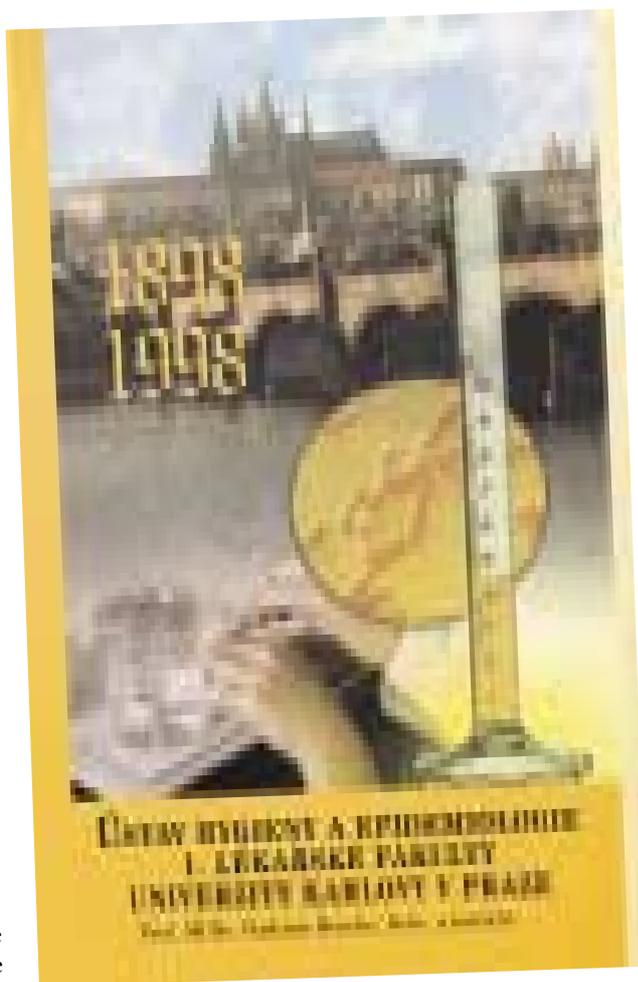
V stavbi inštituta je tudi sedež češkega komiteja "Kajenje ali zdravje", ki povezuje zdravnike, dejavne pri kontroli tobaka. Povezujejo se tudi s češkim zdravniškim društvom "J. E. Purkyne" in z izdajanjem in razširjanjem glavnih priporočil za odvajanje od kajenja v vsakodnevni medicinski praksi.

Za zmanjševanje kajenja imajo "Kliniko za odvajanje od kajenja", kjer uporabljajo vedenjsko terapijo in nikotinsko nadomestno terapijo (v skupinski in individualni terapiji). Izvajajo redne raziskave o prevalenci kajenja, pogledih na kajenje in odnosu do razvade kajenja med študenti medicine, zdravniki in sestrami na Češkem od leta 1990.

Ne glede na pričakovan napredek neinfekcijske epidemiologije, je potrebna stalna dejavnost na tem področju, ker obstaja cela vrsta novih potencialnih dejavnikov tveganja, ki prihajajo iz genske manipulacije v mikrobiologiji, farmacevtski mikrobiologiji in tako imenovani biotransformaciji obstoječih ksenobiotikov. Obravnava vseh teh je vključena tudi v reševanje težav z odlaganjem odpadkov. Pomembno je raziskovanje izpostavljenosti tudi drugim toksičnim substancam, ki se pojavljajo v okolici, kamor vključujemo tudi "hormonske disruptorje". Od higiene se na tem področju pričakuje, da oceni tveganje za zdravje in opredeli čedalje večji pomen tega tveganja. Vse to pa Inštitut za higieno in epidemiologijo Prve medicinske fakultete Karlove univerze v Pragi dela in razvija na raziskovalnem področju in vgrajuje v pedagoški proces.

"Umetnost zdravljenja lahko olajša mnoge bolečine, še lepša pa je umetnost, ki lahko prepreči nastanek bolezni, preden se ta pojavi."

Max von Pettenkofer (1818-1901).



Literatura:

Bencko V. Institute of Hygiene and Epidemiology, The First faculty of Medicine, Charles University of Prague. Praha: The First Faculty of Medicine, Charles University of Prague, 1998.

Kako do še boljših strokovnih medicinskih informacij?

2001 Cyberspace Odyssey - medicinski knjižničarji na Sardiniji

Milena Podgoršek, Eva Klemenčič

Od 7. do 9. julija je na Sardiniji v srednjeveškem pristaniškem mestecu Alghero potekala delavnica EAHIL (European Association of Health Information and Libraries) z delovnim naslovom 2001 Cyberspace Odyssey. Združenje je bilo ustanovljeno na pobudo evropskih medicinskih knjižnic in knjižničarjev leta 1987 z namenom, da bi izboljšali sodelovanje med evropskimi medicinskimi knjižnicami, zagotovili boljše informiranje in kakovost dela medicinskih knjižničarjev, kar pomeni tudi boljše informiranje zdravstvenih delavcev ne glede na državo bivanja. Danes šteje združenje več kot 470 članov iz 25 evropskih držav.

Na delavnici smo obravnavali različne teme: vlogo knjižničarja kot nosilca znanstvenih informacij, pregled in učinkovito uporabo virov informacij po internetu, kritično oceno digitalnih knjižnic ter uporabo in iskanje po elektronskih revijah. Sledila je še predstavitev in obravnava posterjev ter referati povabljenih predavateljev. V celoti so na voljo na internetni strani <http://pacs.unica.it/alghero2001/main.htm>, zato bova omenili le nekatere od njih.

Po briljantnem uvodnem predavanju Silvia Henina – pregled 35.000-letnega razvoja informacije od prvih najdenih zapisov na skalah in kosteh pa tja do mobilnih telefonov, DVD-ja in informacijskih tehnologij po internetu - se je začel strokovni program delavnice.

Knjižničar, kot nosilec znanstvene informacije pri izvajanju z dokazi utemeljene medicine (evidence based medicine), je bil postavljen prav v sredino informacijskega vesolja z nalogo približati in ponuditi strokovno informacijo uporabniku glede na njegove potrebe. Obravnavali smo dvojje osnovnih stališč:

■ rastoča potreba po razvoju strokovne usposobljenosti knjižničarjev in informatorjev specialistov glede natančnega do-

ločanja izbora željenih podatkov za potrebe zdravstvenih delavcev in

■ boljše sodelovanje obeh strok: medicine in knjižničarstva.

O slednjem je razpravljala Karla Soares-Weisner iz Izraela (Rabin Medical Center, Beilinson Campus) z referatom o določenem primeru iz dnevne prakse bolniškega oddelka. Prikazala je sodelovanje zdravnikov s knjižničarji pri izvajanju z dokazi utemeljene medicine. Da bi lahko sledil najsodobnejšim metodam zdravljenja, bi se moral zdravnik od 6 do 8 ur dnevno seznanjati z novo strokovno literaturo, moral bi obvladati vse spretnosti iskanja podatkov po različnih bazah po internetu in še kritično oceniti rezultate narejenih poizvedb. Če upoštevamo njegovo odgovorno delo v klinični praksi, ugotovimo, da brez sodelovanja medicinskih knjižničarjev in informatorjev ni mogoče slediti znanstvenim dosežkom pri izvajanju z dokazi utemeljene medicine. Pri tem je potrebno: 1) pravilno oblikovati zahtevo iskanja podatkov, 2) določiti strategijo iskanja glede na postavljeno vprašanje, 3) omejiti in kritično oceniti dobljene informacije in 4) seznaniti tudi knjižničarja o uspešnosti opravljene poizvedbe v praksi.

Seveda pa je potrebno poskrbeti za stalno izpopolnjevanje knjižničarjev tudi pri kritičnem ocenjevanju medicinske literature, saj je kritična ocena potrebna tako pri preliminarnih informacijah, dobljenih po internetu, kot pri specialnih informacijah, člankih in raziskovalnih poročilih.

Sigrid Gimse in Lena Nordheim iz Norveške (National Institute of Public Health, Oslo) sta predstavili projekt HELSKO, ki je od spomladi 2000 vključeval otroške zdravstvene centre na Norveškem z namenom izboljšanja strokovnih odločitev. Osebe projekta so sestavljali: zdravnik, fizioterapevt, babica, zdravnik/sestra na domu in knjižničar. Izobraževanje je potekalo po medmrež-

ju, za kar je bil v glavnem zadolžen prav knjižničar. Zdravstveni delavci so se seznanjali z iskanjem podatkov po virih EBHC (evidence based health care), na voljo so jim bile tudi smernice in zakonodaja s področja zdravstva in nekaj elektronskih časopisov. Projektna skupina je izdajala časopis, v elektronski in tiskani obliki, kjer je pri obeh knjižničar sodeloval v uredniškem odboru.

Podoben projekt za zdravnike splošne medicine je potekal od 1996 do decembra 2000 z namenom izobraževanja in spodbujanja zdravnikov za vključevanje v z dokazi utemeljeno javno zdravstvo. Poleg vodje projekta so v skupini sodelovali še trije zdravniki splošne medicine, fizioterapevt in knjižničar, ki je sodeloval zlasti pri posredovanju informacij in pri razvoju spletnih strani.

O kakovosti medicinskih informacijskih virov je razpravljala Marie Monik iz Stockholma. Poleg tega, da je informacija ustna, pisna in "on-line", mora biti tudi hitra, objektivna, zanesljiva in točna. Njeno kakovost zagotavljajo "impact faktorji" revij, standardizirani izrazi MeSH, izbira vrste publikacije in podobno.

Zaradi iskanja po prostem tekstu je zelo priljubljena baza podatkov PubMed, vendar pa je večinoma bolj relevantna poizvedba z uporabo tezavra MeSH in z določenimi omejitvami iskalnih parametrov. Baza Cochrane Library omogoča predvsem dostop do kliničnih študij z dokazi podprte medicine in je hkrati tudi dobra bibliografska baza pri raziskovalnem delu. Po medmrežju najdemo še številne dobre baze podatkov, ki svojo kakovost navadno dokazujejo z oznakami com, gov in edu.

Josephine Marshal iz Victorie (Avstralija) je razpravljala o vlogi knjižničarja pri oblikovanju spletnih strani za uspešno ponudbo ogromnega števila zdravstvenih informacij zdravnikom, od katerih jih 87 odstotkov uporablja internet, vendar le 40 odstotkov v

službene namene.

Nastaja potreba po novem profilu informatorja, ki bi izhajal iz kliničnega bibliotekarja in bi imel ključno vlogo pri izboljševanju obstoječih in uvajanju novih sistemov iskanja zdravstvenih informacij. To bi bila idealna povezava med sedanjimi medicinskimi knjižničarji in e-health družbami. V Avstraliji so letos predstavili nov Health Online, v katerega se bodo s svojim znanjem in izkušnjami vključili tudi medicinski bibliotekarji, da bo informacijska tehnologija čim bolj prilagojena zahtevam uporabnikov. Naslednji korak bo vključevanje virov v okolje klinike in vključitev v druge klinične sisteme. Medicinske knjižnice bi razvijale, preverjale in ocenjevale storitve internetnega omrežja. Poleg tega bi urejale ustrezne informacije glede odločanja o zdravljenju, rentgenske slike, izvide, recepte, klinične študije, popise pacientov in ostalo. Prav tako bi morali knjižničarji ocenjevati uporabo, vključevanje in učinkovitost "on-line" tehnologij, zlasti glede na rezultate opravljenih poizvedb.

V drugem delu so obravnavali potrebo po večjem sodelovanju pri izdelavi enotnih projektov, tako glede boljših informacijskih uslug, izobraževanja strokovnjakov s področ-

ja informatike, kakor po bolj organiziranih in urejenih virih informacij. Tako bi po navidezno brezmejnem veselju interneta lahko varno potovali z "brkljalnimi vodniki", določenimi vzorci uporabe spletnih strani pri podatkovnem rudarjenju, z bankami podatkov in znanstveno organiziranimi sistemi, predstavljenimi v sekciji "Viri na internetu". Zelo kritične pripombe so bile izrečene tudi o virih na internetu, kjer je glavni problem kakovost. Spletne strani nimajo označene niti odgovornosti, zato morajo uporabniki sami odločiti o verodostojnosti dobljenih informacij. Naslednji enako velik, če ne še večji problem je način iskanja informacij. Za hitrejšo in učinkovitejšo iskanje manjkajo klasifikacijske sheme, slovarji in indeksi, kakor tudi hierarhičen odnos med njimi. Seveda se postavi tudi vprašanje selekcije in kritične ocene najdenih informacij.

Veliko kritičnih pripomb je bilo izrečenih tudi na račun elektronskih revij, zlasti glede njihove vsebine, ker naj bi jih veliko vsebovalo le izvlečke in kazala revij, ne pa člankov v celoti. Po predvidevanju naj bi v svetu izhajalo okrog en milijon revij, od teh naj bi jih bilo na področju medicine 32.000, v elektronski obliki pa le 8.000. MEDLINE redno obdeluje 3.200 revij, od katerih jih je

v elektronski obliki le 160.

Potrebno je omeniti, da se s sorazmerno lahkim dostopom do interneta pojavlja tudi vedno večja potreba uporabnikov zdravstvenih storitev po informacijah. Precej pacientov ne zaupa več popolnoma zdravstvenim delavcem, temveč išče informacije, da bi lahko sami soodločali pri svojem načinu zdravljenja. Tudi povečano zanimanje za ohranjanje kondicije in zdravja predstavlja veliko potrebo po zdravstvenih informacijah, saj ocenjujejo, da je približno ena tretjina iskanja po internetu prav s področja ohranjanja zdravja. Vloga informacijskih služb in medicinskih knjižnic bo vedno pogosteje seznanjanje teh uporabnikov z načinom iskanja, z vsebino dokumentov in opozarjanje na veliko napačnih podatkov in polresnic, ki se tudi pojavljajo po internetu. Nekatere knjižnice (v Londonu) že imajo poseben oddelek za paciente.

Pri nas je vloga slovenskih medicinskih knjižničarjev in informatorjev v strokovnem procesu podcenjena. Razen urejanja bibliografij in strokovnega gradiva ostaja naš delež pri raziskovalnem in kliničnem delu neupoštevane, tako moralno kot statusno in materialno, čeprav naj bi se vsaka raziskava začela in končala v knjižnici.

Knjižničarji in informatorji se želimo z znanjem in izkušnjami enakovredno vključiti v tvorno delo naših zdravstvenih ustanov.

Od slovenskih knjižničarjev in informatorjev smo se delavnice udeležile:

mag. Anamarija Rožič Hristovski, dr. med., Centralna medicinska knjižnica, Ljubljana, z referatom "Odkrivanje vzorcev uporabe spletnih strani knjižnice z metodami podatkovnega rudarjenja", mag. Eva Klemenčič, dr. med., Inštitut za biomedicinsko informatiko, Ljubljana, s posterjem "Primer ocenjevanja kvalitete storitve medicinske knjižnice", Tatjana Berger, prof., Inštitut za varovanje zdravja Ljubljana in Milena Podgoršek, referenčni knjižničar, Onkološki inštitut Ljubljana.

Poleg prijaznega toplega vremena, zgodovinsko in krajevno znamenite pokrajine Sardinije je potrebno pohvaliti organizacijo EAHIL, ki je z izjemno gostoljubnostjo omogočila udeležencem, da smo v kratkem času spoznali glasbo, ples, gastronomijo, pokrajino in tudi nekaj zgodovine tega nekoliko oddaljenega otoka. ■



Udeleženske iz Slovenije

Strahovi preteklosti

Berta Jereb

Marca 2001 je prišla na Onkološki inštitut (OI) 25-letna bolnica "zaradi mnenja o nadaljnjem zdravljenju". Pred dobrima dvema mesecema, januarja 2001, je bila operirana na oddelku za plastično kirurgijo v KC zaradi znamenja na koži hrbta, ki se je menda zadnjega pol leta večalo. Histološki izvid je pokazal, da gre za **maligni melanom**, nodularni tip, klasificiran: Breslow 4.8 mm, Clark IV, ekscizija v zdravo. Bolnica je bila obveščena "da gre za maligni tumor kože, ki je bil popolnoma odstranjen z operacijo, je pa vraščal precej globoko". Zato je bila napotena na OI in onkolog je ocenil, da je smiselno, da bolnica dodatno prejema **intron A** (rekombinantni interferon alfa) 1-krat tedensko 3 mio. i. e. Priporočal je zdravljenje pri domačem zdravniku, ki naj zdravilo naroči preko zdravstvenega doma. Bolnica naj bi ponovno prišla na pregled čez sedem mesecev, ko bo zaključeno dodatno zdravljenje. Preiskave za ugotovitev razširjenosti bolezni niso bile opravljene. Bolnica ni bila obveščena o tem, da morebitna nosečnost ne bi bila priporočljiva. Informacija je v družini povzročila hud nemir in strah, še posebej zato, ker so izvedeli za naravo bolezni šele dva meseca po odstranitvi tumorja kože in je bila ves ta čas brez dodatnega zdravljenja, ki pa je bilo po mnenju onkologa potrebno. Bolnica je nato prejela interferon, kot ji je bilo predpisano, brez zapletov.

Ponovno se je javila na OI predčasno, avgusta 2001, ker je **zanosila**. Prvotni zdravnik ni bil prisoten, tisti, ki ga je nadomeščal, je po posvetu s tretjim priporočal prekinitev nosečnosti in zdravljenja. Bolnica se je takoj javila ginekologu in dobila datum za izvršitev splava čez tri dni. Po pogovoru s prvim zdravnikom, ki je predpisal dodatno zdravljenje, jo je ta naročil za konzilij, ki naj bi dokončno odločil o indikaciji za splav. Medtem se je bolnica posvetovala še s četrtnim zdravnikom, ki ji je razložil, da medicinske indikacije za splav ni. Na konziliju sta bila prisotna tudi mati in bolničin partner. Končna odločitev je bila: **prekinitev zdravljenja in takojšnja prekinitev nosečnosti**. Arterficialni splav so napravili pri 6-tedenski nosečnosti na ginekološki kliniki KC, na OI pa so ji svetovali, da naj ne zanosi vsaj še 2 leti. Zdravljenje z interferonom naj se nadaljuje.

Opisani primer kaže na negotovost zdravnikov, ko se soočijo s problemom nosečnosti pri bolnici z rakom. Na splošno lahko rečemo, da je situacija zapletena zaradi mnogih vprašanj, med katerimi na nekatera ne znamo odgovoriti. Vprašamo se: kako bolezen in zdravljenje vplivata na nosečnost, na fetus in kako nosečnost vpliva na potek bolezni. Ne smemo pozabiti tudi na morebitne psihološke posledice splava, zlasti pri prvi nosečnosti.

Incidenca malignega melanoma po vsem svetu, tudi v Sloveniji, narašča (v letih od 1963 do 1970 je bila 2,6 žensk na 100.000, v letih od 1988 do 1990 pa 6,2 na 100.000). Po podatkih Registra raka Slovenije je bil leta 1998 maligni melanom ugotovljen pri 124 ženskah, najpogosteje v starosti od 15 do 44 let, torej v času rodnosti. Na Ni-

zozemskem ugotavljajo, da je med 10.000 nosečnicami ena z malignim melanomom. V ZDA so izračunali, da bo 35 odstotkov žensk, ki bodo zbolele zaradi malignega melanoma, takrat v rodni starosti. Podatki kažejo torej na to, da bo v prihodnjih letih tudi problem nosečnosti pri bolnicah z malignim melanomom vse pogostejši.

V zadnjem desetletju so se spremenile diagnostične metode in zdravljenje bolnic z rakom, izboljšalo se je njihovo preživetje. Vedno pomembnejša **postaja kakovost življenja** bolnice, tako med zdravljenjem, kot po njem. V preteklih letih smo se lahko marsičesa naučili in naše dosedanje mnenje je lahko zastarelo. Morda ni čisto odveč, če nekaj objavljenih ugotovitev strokovnjakov, ki se s tem problemom podrobneje ukvarjajo, posredujem tistim, ki se s tem srečujejo le redko.

Znano je, da je maligni melanom poleg hematoloških malignih obolenj edina oblika raka, ki **metastazira v placento ali fetus**. Moja generacija študentov medicine je o tem slišala na predavanjih in to smo si zapomnili. Vendar je v teku zadnjega stoletja (!) najti le posamezna poročila, in sicer o približno 20 bolnicah z metastazami v placenti ali fetusu. Od teh so pri enem fetusu z dokumentiranimi metastazami ugotovili spontano ozdravljenje. **Metastaze v placenti ali fetusu so bile v vseh primerih ugotovljene le pri bolnicah s hematogenimi metastazami**. Opisanih je več primerov, ko je mati umrla zaradi napredovale bolezni, zdravega otroka pa so pred smrtjo rešili s carskim rezom. Opisan je primer metastaz v placenti, otrok pa se je rodil in ostal zdrav. Tudi po kemoterapiji bolne matere so se rodili zdravi otroci. Podatkov o splavu kot terapevtskem postopku ni.

Ženske imajo boljšo **prognozo** kot moški. Maligni melanom ni nič pogostejši pri nosečnicah kot pri nenosečih ženah in tudi njihovo preživetje se ne razlikuje. Analizirali so preživetje 619 žensk z malignim melanomom, od katerih je bilo 66 nosečih in 66 takih, ki so bile s temi primerljive po starosti, stadiju in mestu izvora bolezni. V celi skupini kot tudi v obeh podskupinah je bilo preživetje med 86 in 92 odstotki, brez pomembnih razlik med skupinami. Prav tako ni razlike v preživetju med bolnicami, ki so zanosile v obdobju petih let po ugotovitvi malignega melanoma, in nenosečimi bolnicami. **Edini pomemben dejavnik, ki ob ustreznem zdravljenju vpliva na preživetje bolnic z malignim melanomom, je stadij bolezni**.

Kakšne povezave med **hormoni** in morebitnim napredovanjem bolezni niso ugotovili. Poročali so celo o ugodnem vplivu nosečnosti na potek bolezni. Zato tudi **oralna kontracepcija pri bolnicah z malignim melanomom ni kontraindicirana**. V primeru velike zaskrbljenosti zaradi morebitne ponovitve bolezni pa je po individualni odločitvi bolnice lahko primerno, da 2 do 3 leta počaka z zanositvijo.

Postavlja se tudi vprašanje **vpliva zdravljenja na fetus**. Poročil o

škodljivih učinkih zdravljenja nosečnic s kemoterapijo v drugem in tretjem trimesečju nosečnosti na fetus ni. O dolgotrajnih kasnih učinkih takega zdravljenja pa je še malo znanega. **Interferon alfa** (do 10 mio. i. e. dnevno) že več kot 10 let uporabljajo pri zdravljenju kronične mieločne levkemije. Ker niso opazili škodljivih vplivov na fetus, se pri zdravljenju kronične mieločne levkemije nosečnic interferon alfa priporoča kot terapija izbora in varna alternativa kemoterapiji. Priporočajo ga tudi kot metodo izbora zdravljenja nosečnic z esencialno trombocitopenijo. Med posebnimi opozorili v navodilih za uporabo introna A svarijo pred uporabo zdravila pri nosečnicah. Kaže, da je to gledanje zastarelo, saj se je pokazalo, da interferon alfa ne inhibira sinteze DNA, ni bil najden v fetalni krvi ali amnijski tekočini in ne vpliva na fetus ali potek nosečnosti niti med zdravljenjem v prvem trimesečju nosečnosti.

Diagnoza maligne bolezni je vedno slaba novica, še toliko bolj pri mladi bolnici. Ob medicinskem problemu je potrebno upoštevati tudi psihološko stanje bolnice. Dobra tretjina rakavih bolnic z otroki je zaskrbljena zaradi morebitne dednosti bolezni in vpliva zdravljenja na otroka. Pridruži se še strah pred posledicami, če se bolnica odloči za splav. Večina bolnic in zakonskih parov, ki se odločijo za splav, se odloči individualno, ne na priporočilo zdravnika. **Vendar tudi splav ni brez psiholoških posledic.** Pri ženskah, ki so imele splav zaradi ugotovljenih anomalij fetusa, lahko traja depresija do leto dni. Zato je poleg drugih podatkov o problemih raka pri nosečnici najti priporočila, da se noseči bolnici omogoči pogovor s psihologom, ki naj bi pomagal oceniti njeno čustveno stanje in resnično željo po otroku ali odločitvi o prekinitvi nosečnosti. Vprašanje je tudi, v kolikšno pomoč je sodelovanje partnerja in ožjih družinskih članov. Primerno je tudi, da psiholog, onkolog in izbrani družinski zdravnik sodelujejo, tako da so z medicinskega stališča razčiščena vprašanja v zvezi z boleznijo in nosečnostjo.

V številnih študijah in primerjavah pa so ugotovili tudi, da je **med nosečnicami več takih z bolj napredovalimi tumorji** kot med nenosečimi.

Povzetek današnjega znanja in stališč bi bil: Nosečo bolnico z malignim melanomom je potrebno obravnavati tako kot nenosečo. Nosečnost ne vpliva na preživetje ali napredovanje bolezni. Prekinitev nosečnosti ne izboljša prognoze bolezni in za prekinitev nosečnosti zaradi malignega melanoma ni razlogov. Kontracepcijska sredstva niso kontraindicirana. Nosečnica z malignim melanomom mora biti obveščena o vseh zgoraj navedenih dejstvih, obveščena mora biti o prognozi svoje bolezni in o morebitnih tveganjih.

Pri naši bolnici medicinske indikacije za prekinitev nosečnosti ni bilo, o stanju svoje bolezni in o pomenu nosečnosti pa je bila slabo obveščena. Zaupnega pogovora s svojim lečečim onkologom ni imela, izpostavljena je bila konziliju številnih zdravnikov, ki so imeli različna mnenja. Kako naj se pri takem postopku reši skrbi za nerojenega otroka, ki jo čuti vsaka zdrava mati. Kako naj se znebi strahu, ki ga nosi v sebi zaradi bolezni same? In tudi še potem, ko bo zdravljenje že zaključeno, bo verjetno še vedno čutila strah pred ponovitvijo bolezni in strah za zdravje bodočih otrok.

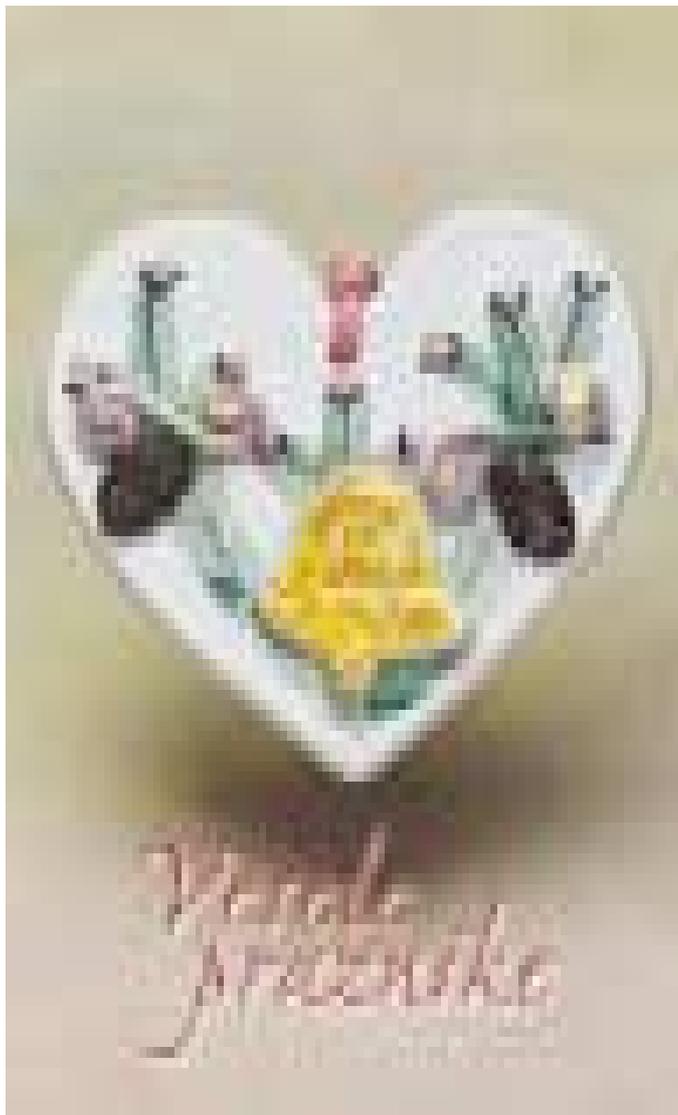
Upati je, da bodo v prihodnje nosečnice z malignim melanomom

obravnavane z več znanja in pozornosti. In na koncu še **opozorilo: zdravnik, ki opazi pri nosečnici sumljiv pigmentiran nevus, naj s kiruškim posegom nikar ne čaka do poroda.** Morda je prav tako čakanje vzrok za bolj napredovale tumorje pri nosečnicah.

Priporočeno branje:

1. Seminars in Oncology, Cancer in Pregnancy, Maurie Markman MD, Guest Editor, Vol. 27, No. 6, December 2000

2. Martin Grieshammer MD, Lothar Bergmann MD, Tom Pearson MD, Fertility, pregnancy and the management of myeloproliferative disorders. Bauilliere's Clinical Haematology Vol. 11, No. 4, December 1998



Razprava na 138. redni letni skupščini ob 140-letnici Slovenskega zdravniškega društva v Mariboru 19. oktobra 2001

Srečko Košuta

Naslednje kritične misli o komercializaciji slovenske medicine in pomanjkanju kolegialnosti so se mi porodile ob delu v upravnem odboru Sekcije upokojenih zdravnikov SZD in na občnem zboru naše sekcije, kjer smo obravnavali tudi to temo.

Spoštovano delovno predsedstvo, spoštovane kolegice in kolegi! Menim, da je medicina v Sloveniji preveč skomercializirana, celo bolj kot v deželah klasičnega kapitalizma.

V tem pogledu izstopajo stomatologi. Že takrat, ko zasebna praksa še ni bila dovoljena, je bil redki stomatolog, ki je ne bi opravljal na črno, seveda brez davka. Danes opravljajo zasebno zobozdravstveno prakso javno in plačujejo davek. Vse je legalno. In vendar ni prav.

Imam vtis, da je samo za otroško zobozdravstvo dobro poskrbljeno. Odrasli pa so prisiljeni čakati tako dolgo, v nedogled, da se morajo v izogib kvarnih posledic odločiti za samoplačniške usluge.

Zobozdravnike sedaj posnemajo mnogi specialisti drugih strok. Tako se dogaja vedno pogosteje tudi v drugih specialističnih vejah medicine, da se bolnik odloči, da bo plačal vizito oziroma storitev iz lastnega žepa, da bo le prišel takoj na vrsto. V nasprotnem primeru mora namreč čakati na pregled več tednov ali mesecev.

Bilo mu je dovolj, da je ure in ure čakal v zdravstvenem domu za napotnico k specialistu.

Tudi nam zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem se ne godi nič bolje, saj smo postali nerazpoznavni: ne v osebni izkaznici, ne v zdravstveni knjižici oz. kartončku, ne v morebitnem prejšnjem

izvidu, kjer je podpisan kolega doktor medicine, ni razvidno, da je v čakalnici njegov kolega zdravnik.

Medicinske sestre, včlanjene v svojo Zvezo društev medicinskih sester, so si poskušale pomagati tako, da so imele v zdravstveni knjižici nalepko, ki je dokazovala njihovo članstvo s pripisom "Stanovska solidarnost medicinskih sester". A tudi to, po izjavah prizadetih, ni zaleglo, kajti kolegialnost ali stanovska solidarnost je izumrla.

Dogaja se celo to, da zdravnik zdravniku v zasebni ordinaciji zaračuna vizito. Spominjam se, da sem bil pred drugo svetovno vojno, torej kot študent medicine, tako v kraljevini Jugoslaviji kot tudi v kraljevini Italiji v zasebni zdravniški ordinaciji obravnavan kot kolega brezplačno, razen, se razume, materialnih stroškov, npr. za rentgensko sliko ali laboratorijske preiskave.

Razpravljam o komercializaciji in pomanjkljivi kolegialnosti, da bi vzpodbudil razmišljanje o tem, kaj lahko storijo Zdravniška zbornica, Zdravniško društvo in ne nazadnje Medicinska fakulteta ter šole drugih zdravstvenih kadrov za to, da bi se medsebojni odnosi zdravstvenih delavcev izboljšali, s posebno pozornostjo do starejših upokojenih kolegov, ki potrebujejo več zdravstvenih uslug kot nekoč, ko so bili še mladi in aktivni, in imajo sedaj občutek, da so vse njihove zasluge pozabljene. In nazadnje menim, da bi si morale vse navedene institucije prizadevati za bolj human in manj komercialen odnos do vseh bolnikov.

Kako naprej

Konrad Kuštrin

Vrednost posamezne poklicne skupine ali poklica določi država kot delodajalec skozi ceno dela, delovne pogoje, možnosti izobraževanja in druge delovno-pravne ter socialne pravice in ugodnosti.

Kar se zdravnikov tiče, se je država zelo slabo izkazala, saj je v Zakonu o razmerjih plač v javnih zavodih, državnih organih in organih lokalnih skupnosti iz leta 1994 zdravniški poklic močno razvrednotila. V zakonu so bila namreč ohranjena razmerja, ki so

veljala v prejšnjem sistemu.

Združeni v poklicni sindikat FIDES smo v nekaj letih po zdravniški stavki z aneksi k poklicni kolektivni pogodbi postopno popravljali napako države. To, kar nam je država namenila leta 1994, je prikazano v prvem stolpcu preglednice, kaj smo dosegli v minulih letih, kaže drugi stolpec, dolg države, ki izhaja iz zadnjega aneksa, pa je prikazan v tretjem stolpcu.

Preglednica višine zdravniških plač s pripadajočim zdravniškim dodatkom, izraženih v količnikih

Količniki po zakonu o razmerjih plač	Višina zdravniškega dodatka od 1. 1. 2000	Se nerealiziran količnik povečanja zdravn. dodatka
3,40	1,84	0,35
3,60	3,15	0,55
3,80	3,28	0,60
4,00	3,39	0,65
4,20	3,51	0,70
4,40	4,04	1,15
4,70	4,19	1,20
5,00	4,35	1,25
5,30	4,70	1,50
5,60	4,86	1,55
6,00	4,91	1,45
6,40	4,99	1,40
6,80	5,14	1,40
7,20	5,31	1,43
7,60	5,47	1,45
8,00	5,76	1,60
8,50	5,99	1,65
9,00	6,27	1,75

Povišanje plač, ki naj bi pomenilo približno izravnano s sodniškimi plačami, bi moralo biti realizirano 1. julija letos, vendar se to ni zgodilo, ker ni prišlo do sprememb in dopolnitev poklicne kolektivne pogodbe, kar je bilo v aneksu navedeno kot odložilni pogoj. Ministrstvo za zdravje je zavlačevalo s pogajanjem že od 12. 04. 2001, ko je od FIDES-a prejelo dogovorjeni predlog sprememb in dopolnitev poklicne kolektivne pogodbe.

Minister mi je celo priznal, da zavlačuje, ker bi sicer vlada morala realizirati podpisani aneks. Izgovor išče v dejstvu, da je vlada Republike Slovenije podpisala dogovor s SVIZ-om (sindikatom vzgoje, izobraževanja in znanosti) o pričetku usklajevanja učiteljskih plač takoj, ko pride do dviga zdravniških plač. To strošek države seveda podeseteri. **Modro, ni kaj!**

Vlada Republike Slovenije krši Zakon o zdravniški službi, ki ji kot delodajalcu nalaga, da skupaj s sindikatom v šestih mesecih po sprejemu zakona uskladi poklicno kolektivno pogodbo z zakonom. Zakon o zdravniški službi pa je bil sprejet že decembra 1999.

Nadaljnje dopisovanje z resornim ministrstvom je glavni odbor FIDES-a ocenil kot izgubo časa, ki nas vodi v položaj, ko bo vlada predlagala parlamentu nov zakon o sistemu plač v javnem sektorju.

Zakon že pripravlja in bi tako sebi v prid zaključila naš primer.

Ob že naštetih nerešenih zadevah in pasteh, ki nas čakajo v prihajajoči zakonski ureditvi, obstaja še kup delovnopравниh problemov, ki bi jih bilo nujno urediti v dopolnjeni poklicni kolektivni pogodbi. Naj naštejem samo nekatere:

- aplikacija analize težkih delovnih pogojev v prakso,
- ureditev in opredelitev delovnega časa,
- prevrednotenje dela v dežurni službi in stalni pripravljenosti v duhu sodbe Evropskega sodišča v zadevi C-303/98, ki pravi, da je čas, ki ga mora prebiti zdravnik v zdravstveni ustanovi, da opravlja storitve ali čaka na to, delovni čas z vsemi finančnimi in drugimi delovnopравниimi posledicami. Naj ob tej priliki navedem, da se po novem pokojninskem zakonu prispevki, ki jih plačujemo v pokojninsko blagajno iz dohodka od dežurnih ur in stalne pripravljenosti, ne všteto vajo v pokojninsko osnovo,
- mnogi drugi delovnopравни problemi, za katere je čas pokazal, da v kolektivni pogodbi niso najbolj jasno rešeni in do katerih se je že opredelil odbor za razlago kolektivne pogodbe,
- pomanjkanje zdravnikov ter posledična preobremenitev.

FIDES je ministrstvo za zdravje večkrat pozval k dialogu, nazadnje sva bila na razgovoru pri ministru s predsednikom Zdravniške zbornice Slovenije 2. oktobra 2001. Izzvati smo uspeli le pravno ne-korektna dopise in predloge, ki jih je podpisal državni sekretar Simon Vrhunec.

Zaradi vsega naštetega je glavni odbor sprejel sklep o pripravi na stavko zdravnikov in zobozdravnikov. V oktobru in novembru se vrstijo obiski članov glavnega odbora v večini velikih zdravstvenih zavodov. Kolege seznanjamo z vzroki in posledicami take odločitve. Dokončno odločitev o stavki bo morala sprejeti konferenca sindikata, ki bo 7. decembra v Ljubljani.

Po dolgotrajnih pogovorih in analizah zakonskih, ekonomskih in drugih dejstev bo glavni odbor predlagal konferenci kot obliko stavke 40-urni delovni teden. Delali bomo po zakonu kot vsi drugi državljani in niti ure več. Kakšne so prednosti take odločitve?

- Delovnopravna zaščita stavkajočih,
- plačilo opravljenega dela med stavko, ki bi bilo le za petino nižje od sedaj ustaljenega plačila delovnega urnika z dežurstvi vred,
- dejanski prikaz pomanjkanja zdravnikov,
- pritisk na odgovorne, da končno uredijo svoje odnose s tako pomembno poklicno skupino, kot smo zdravniki.

Naše ambicije torej ne segajo samo v realizacijo aneksa iz aprila leta 2000 in dopolnitev kolektivne pogodbe, pač pa v dolgoročno zmanjševanje dela preko polnega delovnega časa, kar pa je mogoče le z zaposlovanjem novih zdravnikov.

Rad bi vam za konec leta napisal in obljubil kaj lepšega, a je realnost žal taka in brez našega aktivnega udejstvovanja tudi prihodnost ne bo nič lepša. ■



Miloš Židanik:

Sindrom odvisnosti od alkohola

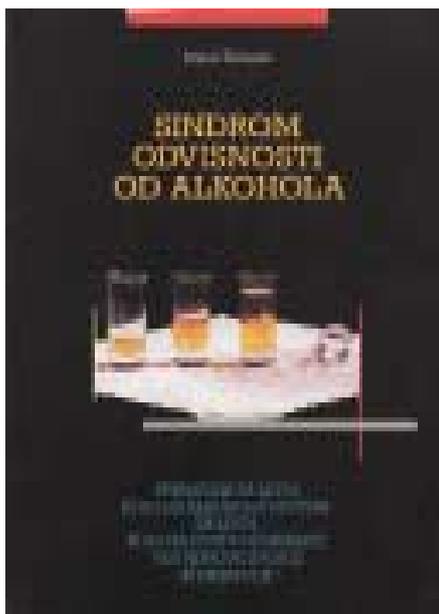
Zdenka Čebašek Travnik

Priročnik za ljudi, ki so od alkohola odvisni, za ljudi, ki so na poti v odvisnost, ter njihove svojce in prijatelje. Izdal Dispanzer za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti, Zdravstveni dom Maribor, 2001.

Zdravljenje večine kroničnih bolezni zahteva, da se bolnik in njegovi bližnji o njej temeljito poučijo. To še posebej velja za bolezen odvisnosti, ki praviloma prizadenejo vse družinske člane in ne le osebe, pri kateri se bolezen pokaže v klinični obliki. Večina sodobnih programov zdravljenja (vseh vrst) odvisnosti vključuje tudi *psihoedukacijo*, to je preučevanje bolezni in povezavo znanja z lastnimi izkušnjami. V Sloveniji je na to temo nastalo več knjig oziroma priročnikov različnih avtorjev. Med pacienti je bil posebno dobro sprejet Zihlerov priročnik *Kako se upremo alkoholu* (Mladinska knjiga, 1989). Knjiga je razprodana in medtem ko avtor pripravlja novo izdajo, se je na tržišču pojavila vrzel. Tako bolniki kot terapevti potrebujejo vsaj osnovno učno gradivo. Ta misel je spodbudila mladega mariborskega psihiatra Miloša Židanika, da se je lotil pisanja. Nastala je knjižica, ki v precejšnji meri odraža avtorjevo živo zanimanje za učinke škodljive rabe alkohola, pa tudi njegovo klinično delo z odvisnimi od alkohola. Ker je delo nastajalo brez znanega založnika, se je avtor odločil za omejen obseg.

Bralcu, ki ga ta tematika zanima, avtor ponuja sistematičen opis sindroma odvisnosti od alkohola, ga seznanja z razširjenostjo pojave in vzročnimi dejavniki. Podrobno se loti opisa duševnih motenj, ki so povezane s pitjem alkoholnih pijač, ter posledic odvisnosti v družini in širšem okolju. Dodaja poglavje o učinkih alkohola na telo. Knjižico zaključuje s poglavji o načinih zdravljenja odvisnosti in o preprečevanju ponovitve. Na kratko se dotakne tudi preprečevanja alkoholizma kot družbenega pojava.

Avtor je odvisnost od alkohola predstavil iz več zornih kotov, najprej s pomočjo ene od medicinskih klasifikacij, kasneje v besedilu pa kot *proces s svojimi zakonitostmi*. Pri slednjem se ni držal nekega določenega modela oziroma avtorja, temveč je poskušal predstaviti svoje videnje odvisnosti. V ta na-



men je uvedel shemo, ki ponazarja pot v odvisnost od alkohola. V njej so sicer smiselni prehodi med posameznimi kategorijami odnosa do alkohola, manj razumljiva je razlika med odvisnostjo od alkohola in globoko odvisnostjo. Prikazana shema bi lahko bila osnova za hipotezo klinično-epidemiološke raziskave, ker pa verjetno ponazarja le avtorjev pogled na odvisnost, jo moramo sprejeti zadržkom. Avtor se je pri opisu procesa odvisnosti posvetil predvsem dvema, sicer vodilnima simptomoma, to je spreminjanju tolerance in abstinenčnim znakom. Pogrešamo več pojasnil o fenomenu izgube nadzora ter o hrepenenju oziroma poželenju po alkoholu, ki je za odvisnost tako značilno in s strani pacientov dobro prepoznavno.

Posledice odvisnosti v družini in na delovnem mestu so korektno našteje in imajo predvsem informativno vrednost. Podobno velja za poglavje o učinkih alkohola na telo. Tudi pri zdravljenju avtor našteva različne pristope (psihoterapijo in farmakoterapijo) ter omenja celostni pristop, ki ga omogoča zdravljenje, razdeljeno na tri, med seboj sicer povezane stopnje. Zanimivo je poglavje *Kako pripraviti človeka, ki je odvisen od alkohola, do zdravljenja*, saj daje kar nekaj izhodišč za ukre-

panje, predvsem pa pokaže, da je motivacijski postopek treba izvajati po različnih poteh hkrati (v družini, delovnem okolju, pri družinskem zdravniku). Pri tem izpostavi vlogo partnerja (partnerke) odvisne osebe, ki lahko odigra v tem postopku odločilno vlogo.

Poglavje o povrnitvi bolezni se usmerja predvsem v prepoznavanje zgodnjih svarilnih znakov zanjo, pogrešamo pa konkretna navodila za ukrepanje. Dobro bi bilo poudariti, da povrnitev bolezni ni katastrofa, temveč bolj ali manj pričakovan dogodek, s katerim se bo srečala večina zdravljenec in njihovih svojcev. Zato je pomembno, da se na to možnost vsi pripravijo in predvidijo poti za hitro ustavitev pitja ter vrnitev v terapevtski proces.

Zadnje strani knjižice so namenjene predstavitvi različnih programov in ustanov, v katerih prizadeti lahko poiščejo strokovno pomoč.

Seveda delo ni brez napak, a te niso takšne, da bi zmanjšale njegovo uporabno vrednost. Svetovali bi večjo skrb za jezik, predvsem bolj enoten slog pisanja, še bolj izpolnjeno rabo izrazov in preglednejšo tehnično ureditev. Moti tudi črn ovitek knjižice, ki pri bralcu nehoti zmanjša občutek optimizma – ta pa je pri tej temi vedno dobrodošel.

Avtor je torej na kratek in jedrnat način opisal najbolj pomembne teme, ki bi jih moral poznati vsak odrasel človek, ki se je odločil za redno uživanje alkoholnih pijač, pa tudi vsakdo, ki s takim človekom živi. Znano je namreč, da se pri 10 do 15 odstotkih rednih pivcev razvije odvisnost od alkohola, ki je bolezen. To pa je treba prepoznati in ustrezno zdraviti, sicer se konča s smrtjo, saj osebe, odvisne od alkohola, umirajo približno 20 let prej kot njihovi vrstniki.

Knjižica je zasnovana tako, da je primerena za večino bralcev, ki bodo segli po njej v obdobju iskanja odgovorov na vprašanja o odvisnosti od alkohola. Zato bo dobrodošla tudi za osvežitev znanja pri vseh zdravstvenih delavcih, pri delavcih, zaposlenih v socialnih službah in v šolstvu. Krog potencialnih bralcev se bo gotovo še širil, saj se v Sloveniji počasi večja zavest o posledicah škodljive rabe alkohola, s tem pa tudi potreba po znanju s tega področja. ■

La Specola v Firencah

Vojko Flis

Ponovno odkrivanje skrivnostne anatomske zbirke La Specola iz Firenc, ki smo mu priča v zadnjih letih (1), zastavlja medicini kot vedi nasploh ter njeni zgodovini in filozofiji vprašanja, ki praviloma ostajajo brez odgovorov. Ne gre zgolj za vprašanja o pravilnem razumevanju in vrednotenju medicinskih odkritij. Prav tako to niso samo vprašanja o razmerju med umetnostjo, medicino in upodobitvami človeškega telesa, ki jih je skušal v primerjavi z La Specolo na izrazito poplitven način vsiliti von Hagen s svojimi plastinacijami (2). To so videti predvsem vprašanja o izvoru, rojevanju in vztrajanju temeljnih konceptov v medicinski misli.

Ko so se namreč ob koncu sedemnajstega stoletja nekateri redki domnevni poznavalci anatomije v evropskih krogih žolčno prerekali o odkritju Williama Harveya (3) in branili Galenove koncepte, je v Firencah v skrivnostnih okoliščinah nastajala anatomska zbirka, kasneje poimenovana La Specola (4). Zbirka je eden izjemno redkih še ohranjenih dokazov, da je v obdobju, ko so v medicini dozvedno prevladovali Gale-

novi pogledi, obstajala medicinska misel, povsem primerljiva s sodobno. Če so zapiski Oribasija o sodobni kirurgiji ven v starem Bizancu (5) morda le nakazovali obstoj še za dvajseto stoletje nepojmljivo sodobnih medicinskih pogledov (6), je La Specola na stežaj odprla vrata vprašanju, od kod dva vzporedna medicinska svetova?

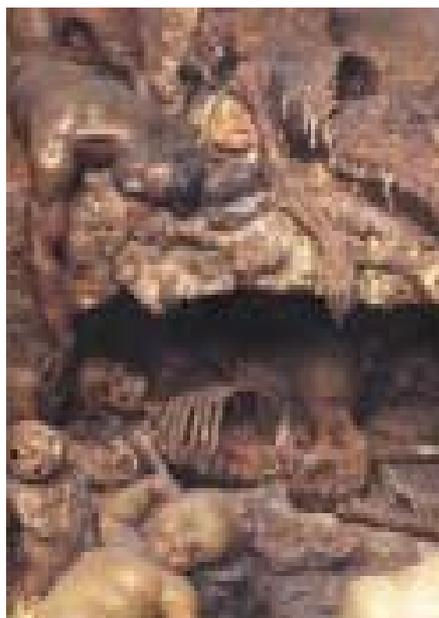
Zadovoljivih odgovorov ne poznamo. Zbirko anatomskih *ceroplastik* v Firencah je pričel ustvarjati Gaetano Giulio Zumbo. Tja ga je leta 1691 povabil Cosimo de Medici III. Zumbo je v Firence prispel iz Neaplja. O njegovi preteklosti, razen tega, da je bil rojen leta 1656 v Sirakuzah, ne vemo prav veliko. Zumbo je za Medičejce zasnoval štiri vitrine, štiri majhne steklene vsebnike, ki so bili javnosti desetletja nedostopni. Vanje je postavil štiri mojstrsko izdelane prizore iz voska. To so bili *Il Trionfo del tempo* (Zmagoslavje časa), *La Peste* (Kuga), *La Vanita della Gloria Umana* (Minljivost slave človeškega življenja) in *Il Morbo Gallico* (Sifilis). V omenjenih vitrinah so še z danes osupljivo anatomsko natančnostjo (voščene podobe z iz-

jemno prefinjenimi anatomske ter fiziološkimi podrobnostmi človeškega telesa v obdobju rojstva, zdravja in smrti) predstavljena obdobja razpadanja človeškega telesa zavoljo bolezni. Kasneje je Zumbo zbirko razširil na številne voščene podobe človeškega telesa. O velikosti prvotne zbirke ne vemo veliko, prav tako ni nič znanega o vzrokih za njen nastanek. Zbirka je bila tako skrivnostna, da celo učenjaki iz kroga Accademia del Cimento (1657-1667), med katere so sodili Redi, Magalotti in Galilejev najljubši učenec Viviani in ki so jih Medičejci denarno izdatno podpirali, o njej niso vedeli dejansko nič. V sedanji zbirki se je ohranilo 513 voščene upodobitev človeškega telesa in nekaj manj kot devetsto zapiskov. Zumbu poleg dveh ohranjenih glav pripisujejo še pet ohranjenih modelov celotnega telesa. Leta 1700 se je Zumbo s francoskim kirurgom Desnousom, s katerim sta oblikovala znameniti, še ohranjeni voščeni glavi, preselil v Marseille. Leta 1707 je umrl na dvoru kralja Ludvika XIV.

Ni znano, kje se je Zumbo naučil obliko-



Ena izmed ohranjenih glav, ki jih je izdelal Zumbo.



G. G. Zumbo. *Il Trionfo del Tempo*. Del prizora.



Mezgovnice glave, roke in prsnega koša.

vati vosek in kje se je seznanil s postopki barvanja in konzerviranja voščenih figur. Njegovi postopki daleč presegajo znanje, zbrano v sodobnih muzejih voščenih lutk. Raziskovalci njegov postopek imenujejo *cire perdue*. Izgubljeni vosek. Znano je le, da je uporabljal posebno žlahtne voske iz Smirne in Kitajske. Posebno mešanico so mu dostavljali tudi beneški trgovci. Anatomske modele so bili ustvarjeni v dolgotrajnem postopku. Notranjost modela je tvorilo kovinsko ogrodje. Zunanost so upodobili z večplastnim nalaganjem različnih voščenih odlitkov. Vsako stopnjo sta nadzorovala mojstra - umetnik in anatom. Kasneje so se jima pri nadzoru pridružili še kirurgi. Skupina je skrbelo, da je vsak model natančno ustrejal anatomske in umetniške zahtevam. Zanimivo je dejstvo, da so zelo natančno vodili evidenco o tem, koliko človeških trupel so potrebovali za posamezen model. A prav nič ni ostalo zapisanega o skrivnostnem obdelovanju voska in še manj o tem, kje so si pridobili potrebno anatomske znanje.

Voščene podobe iz Firenc poznega sedemnajstega stoletja namreč ne presenečajo zgolj s silovitostjo in močjo svojega umet-

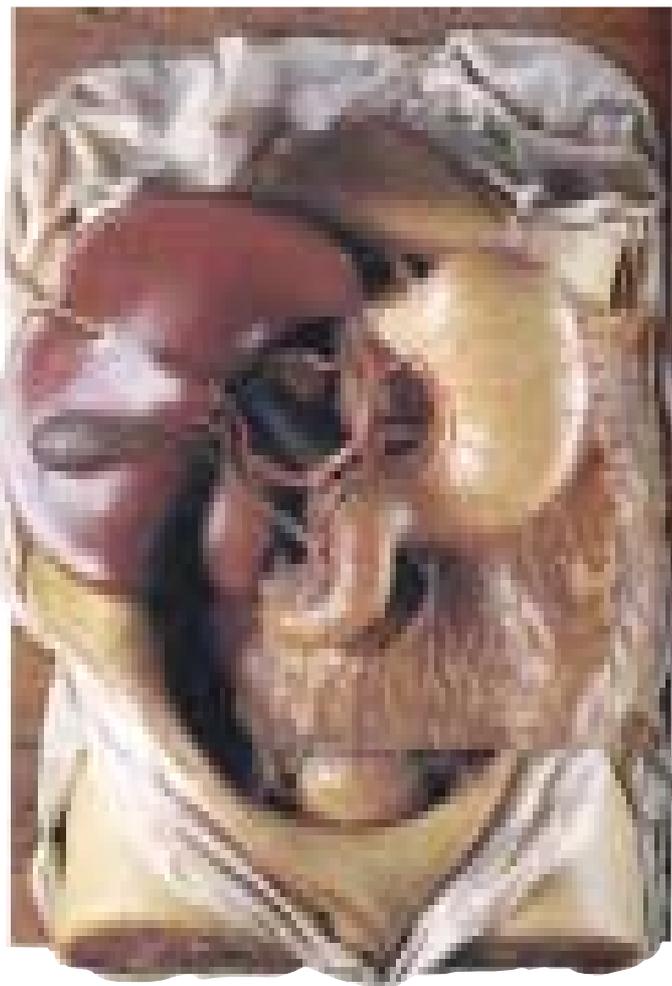
niškega izraza (eno izmed razstavljenih voščenih nog so dolga leta pripisovali Michelangelu), temveč naravnost osupljajo z anatomske natančnostjo in anatomske koncepti, uradno rojenimi desetletja kasneje. Pri tem ni pomembno, ali si ogledujemo podobe kot anatomske-topografske celote ali pa morda opazujemo samo posamezne sisteme. Upodobljeni ustroj možganov denimo kaže zelo natančne podrobnosti bazalnih ganglijev, talamusa, venskih sinusov, arterij in kajpak možganskih živcev. Ni naključje, da je prvi skrbnik zbirke ceroplastik Felice Fontana, ki ga je šele leta 1771 nastavljal habsburški vojvoda Peter Leopold, prvi objavil prve natančne anatomske opise perifernega živčevja. S podobno natančnostjo so upodobljeni ostali organski sistemi ali organi.

Peter Leopold je leta 1771 v Firenc kupil palačo Torrigiani in nekaj hiš v okolici palače Pitti ter Fontani naročil ustanovitev naravoslovnega muzeja. Fontana je muzej izgrajeval in dopolnjeval do leta 1775,

ko so ga uradno odprli. Zaradi observatorija na strehi je muzej dobil ime "La Specola" - Opazovalnica. Osnovo naravoslovne zbirke in anatomskega kabineta so tvorili predmeti iz zapuščine Medicejcev. Najbolj imenitni med njimi so bili Galileovi instrumenti in Zumbove ceroplastike. Fontana, ki je študiral v Bologni, kjer so po Zumbovem odhodu ustanovili posebno ceroplastično delavnico anatomske podobe, je z ustanovitvijo muzeja želel nadaljevati s ceroplastično tradicijo v Firenc. Leta 1771 je k sodelovanju povabil uglednega anatomista Antonia Mateuccija in leta 1773 mladega umetnika Clementa Susinija. Pod vodstvom Susinija je nastal novejši del zbirke z izjemnimi voščeni upodobitvami različnih obdobja nosečnosti in rasti zarodka. Pri tem delu zbirke je sodeloval kirurg in porodničar Giuseppe Galletti. Pod Susinijevim vodstvom je



Preparat prikazuje lego bipokampus v temporalnem režnju.



Odrpta trebušna votlina z arterijami sončnega debla.

anatomska delavnica v Firencah kasneje izdelala številne voščene podobe za nastajajoče evropske medicinske šole. Leta 1786 so denimo prepeljali okoli 1.200 voščenih anatomskih modelov na Dunaj za šolanje vojaških kirurgov. Približno osemsto teh modelov je v dunajskem Josephinumu razstavljenih še danes (7). La Specola je izdelovala voščene anatomske modele tudi za medicinske šole v Cagliariju, Bologni, Pavii, Londonu, Uppsali, Budimpešti ter drugih mestih. Susini in Fontana sta si anatomske delavnice zamislila kot vir didaktičnih predmetov, ki naj bi v anatomskih šolah nadomestili raztelesenje trupel za učne namene. Takšen pristop je v delavnico pritegnil številna slavna imena. Med njimi je denimo bil tudi Paolo Mascagni (1755-1815). Leta 1893 je delavnica voščenih anatomskih modelov v Firencah za vedno zaprla svoja vrata.

Nekateri v firenških ceroplastikah vidijo prve sodobne anatomske modele, ki so s svojo prostorsko upodobitvijo bistveno pripomogli k hevrstičnemu dojemanju ustroja človeškega telesa (8). To je nedvomno eden izmed pomembnih razkritih obrazov skrivnostne anatomske zbirke. Nekateri razčlenjujejo umetniške značilnosti razstavljenih podob. Uvrščajo jih med najboljša figuralna dela poznega baroka. Mojstrovine izpod prstov Gaetana Giulia Zumbo so dolga leta steli med izdelke poblaznelega uma, ki se je sladostrastno izziviljal z upodabljanjem bolezensko razpadajočega človeškega telesa. Šele v sredini prejšnjega stoletja so ga, kot pravijo umetnostni kritiki (9), pravilno razvrstili znotraj zgodovinske perspektive in njegova dela označili kot realistične dokumente obdobja, ki so ga zaznamovale epidemije nalezljivih bolezni, vojne, lakota in ki nas stalno spominja na krhkost in minljivost človeškega življenja. Tako so ga označili kot značilnega predstavnika figurativnih umetnosti sedemnajstega stoletja in ga postavili ob bok umetnikom, kot sta bila Luca Giordano ali Mattia Preti. Seveda pa umetniška označitev firenških ceroplastik ne pove prav ničesar o izvoru medicinskih in anatomskih konceptov, ki so se v temeljnih razlikovali od Galenovih.

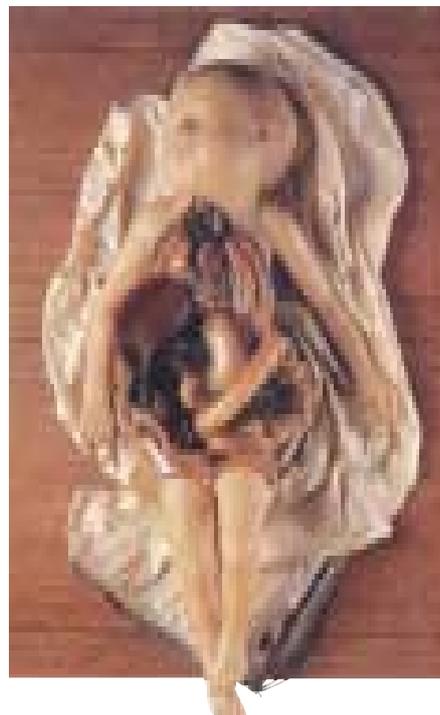
A zgolj drobceni in z veliko domišljije stkani delci iz nerazpoznavnega in skrivnostnega življenja umetnika dajejo slutiti izvor anatomskega znanja Gaetana Giulia Zumbo. Iskanje sledi mojstrskega obvladovanja voska nas vodi v Grčijo tretjega stoletja pred našim štetjem. Iskanje sodobnih anatomskih in fizioloških konceptov ter filozofskih raz-



Pogled na globlje ležeče sloje vratu z vratnim pletežem.

mišljanj o razmerju med mesenim in duhovnim, ki se v vsej svoji dihotomiji kaže šele ob umiranju človeškega telesa in o katerem se je s svojo umetnostjo spraševal Zumbo, pa nas preko spretnega bizantinskega kirurga Oribasija vodi do Aleksandrije, kjer so bili koncepti o Zemlji kot krogli nekaj najbolj vsakdanjega, preučevanje človeške anatomije pa nekaj najbolj samoumevnega. Po sežigu aleksandrijske knjižnice se je del znanj, nastalih na stičišču helenističnega, egipčanskega in arabskega sveta, prenesel v takrat pomembno stičišče kultur, v sicilijansko pristanišče Sirakuze, Zumbov rojstni kraj. Tja so se zatekli tudi nekateri aleksandrijski zdravniki, ki jih je leta 542 iz Bizanca izgnal rimski cesar Justinijan (10). Tako se dozdeva, da so se prav preko sirakuškega križišča prenesli v Firence sedemnajstega stoletja drobci doslej slabo raziskanega aleksandrijskega medicinskega znanja. Zelo gotovo pa je, da se je firenškim mojstrom anatomskih ceroplastik posrečilo najti zelo redko doseženo rahločutno zlitje med vrhunsko umetnostjo, znanostjo in vedno občutljivim prikazovanjem raztelesenih ostankov človeškega telesa. ■

1. Chen J. C. T. et al. *The Development of Anatomic Art*



Dojenček z odprtima prsnim košem in trebušno votlino.

and Sciences: The Ceroplastica Anatomic Models of La Specola. Neurosurgery 1999;45:883-891.

2. Plastic bodies on display. www.sciam.com/explorations/2000/032700plastic

3. William Harvey (1578-1657), uradno priznani odkritelj delovanja srčnožilnega sistema, je svojo knjigo *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et sanguinis in Animalibus* natisnil z velikimi težavami in ovirami. Ko je skušal izsledke svojih raziskav predstaviti javnosti, so se mu odrekli celo najtesnejši prijatelji, s katerimi je pričel študirati anatomijo v Padovi leta 1597. Končno so mu jo natisnili leta 1628 v Frankfurtu. V strokovnih krogih je tedaj naletela na izrazito sovražen sprejem.

4. Poggesi M. *The Wax Figure Collection in "La Specola" in Florence. Encyclopedia Anatomica. Benedykt Taschen Verlag. Koeln 1999. Str.6-25.*

5. Lascataros J., Liapoios C., Kouvaraki M. *Surgery on varices in Byzantine times. J Vasc Surg 2001;33:197-203.*

6. O "refluksih" na venskih zaklopkah je pričel govoriti šele Friedrich Trendelenburg (1844-1924).

7. Lesky V. E. *The Viennese teaching collection of wax models. Gesnerus 1976;33:8-20.*

8. Chen J. C. T. et al. *The Development of Anatomic Art and Sciences: The Ceroplastica Anatomic Models of La Specola. Neurosurgery 1999;45:883-891*

9. Huberman-Didi G. *Chairs de cire, cercles viceux. Encyclopedia Anatomica. Benedykt Taschen Verlag. Koeln 1999. Str.87-99.*

10. Winkle S. *Kulturgeschichte der Seuchen. Kommet Verlag. Zuerich 1997.*

Vse fotografije Saulo Bambi, Museo di Storia Naturale dell'Universita di Firenze, sezione di zoologia La Specola (Encyclopedia Anatomica. Benedykt Taschen Verlag. Koeln 1999).

Marlene Dietrich

(27. december 1901-7. maj 1992)

Miroslava Cajnkarc Kac



Miroslava Cajnkarc Kac

Njeno dolgo, plodno in razburkano življenje se je začelo pred sto leti v Berlinu. Mladostna leta so zaznamovali: disciplina; zgodnje učenje glasbe (violina in klavir) in knjižne nemščine; izguba očeta pri desetih letih in očima pri petnajstih; čut za pravičnost in odpor do vojne; Goethejev Weimar, kjer je obiskovala deklško gimnazijo; vrnitev k materi v Berlin in popolna predanost violini, dokler ji poklicne kariere ni preprečila bolezen (vnetje tetivnih ovojnic).

Manj uspešno se je poskušala na odrskih deskah, postala je žena (Rudolfu Siebergu) in mati (hčerki Marie). Njena filmska zvezda je zasvetila z vlogo Lole v filmu Plavi an-

gel. Številni poznejši filmi niso nikoli presegli prvega uspeha.

Snemala je z različnimi režiserji (najuspešnejše z Josefom von Sternbergom), njeni filmski partnerji pa so bili takrat še neznani Garry Cooper, John Wayne, Jean Gabin.

Sploh so njeno življenje zaznamovali številni moški, do katerih je gojila različna, vedno pa izjemno močna čustva. Med njimi zasledimo imena, kot so Josef von Sternberg, Ernest Hemingway, Jean Gabin, Erik Maria Remarque, Kurt Barabach.

Poznejša leta je obeležila II. svetovna vojna; zavrnitev Hitlerjeve ponudbe, da se vrne domov in postane zvezda nemškega filma; prizadevanja za pomoč nemškim beguncem in zbiranje denarnih sredstev; spremljanje pete ameriške armade po severni Afriki, Italiji in Franciji ter nepozabne

pesmi, namenjene vojakom: "The Boys in the Backroom" in Lily Marleen.

Drugo polovico njenega življenja spremljata slava in uspeh prvovrstnih glasbenih nastopov v smislu "One Women-Show" po cellem svetu.

Nepozabnim pesmim (Lola; Sag mir wo die Blumen sind; Lily Marleen; Paff der Zauberdrahen; Ich hab' noch einen Koffer in Berlin; Mutter hast du mich vergeben...) radi prisluhnejo ljubitelji lepega še danes.

Življenje velike legende, ki je bilo zadnjih 20 let precej samotno, se je izteklo v Parizu.

Kaj se pravzaprav skriva za mitom Marlene Dietrich, ljubljene in občudovane po ce-



Marlene Dietrich

lem svetu?

Bila je ženska od danes v času od včeraj. Bila je duhovita, izobražena, lepa, inteligentna, pogumna, nadarjena, privlačna. Ljubila je književnost, slikarstvo, glasbo. Bila je celo odlična kuharica. Najmanj uspešno se je izkazala v vlogi matere.

O sebi pravi: "Poznam svoje meje in jih nikoli ne prekoračim, oziroma skoraj nikoli. Zelo lahko mi vzamejo pogum. Samo če kdo skomigne z rameni, me že lahko požene v mojo polžjo hišico. Po drugi strani pa sem sposobna braniti svoje principe in prijatelje kot levinja. Nikoli nisem bila samozavestna, niti pri filmu niti na odru. V rešnici nisem močna, imam pa trdno zaupanje vase. V usodi življenja se počutim kar negotova in izgubljena.

Če sem nesrečna, se me polasti globoki obup. Celotni moji najbližji prijatelji me ne poznajo take.

Skoraj celo svoje življenje sem preživela z visoko inteligentnimi moškimi. Bila sem srečna, da so me izbrali, in dovolj pametna, da sem jih razumela. To je bil tudi glavni razlog, da je bilo moje življenje zares srečno."

Viri: Marlene Dietrich, "Ich bin Gott sei Dank, Berlinerin", "Nehmt nur mein Leben"

Pravljica o čarobnem zmajčku Pafu

(Po istoimenski pesmi Marlene Dietrich)

Dolgo, dolgo nazaj je sredi širnih morij živel čarobni zmajček Paf. Njegov otok je bil rajsko lep. Najlepše od vsega pa je bilo Pafovo prijateljstvo z dečkom Jakecem.

Skupaj sta preživljala čudovite dneve in doživela zanimive pustolovščine.

Kot za šalo sta premagovala razdalje nad morjem in kopnim. Jakec je sedel na zmajevem hrbtu in veselo vriskal. Najbolj se je veselil, kadar sta strašila morske razbojnike. Pred njimi so trepetale vse ladijske posadke, pirati pa so se bali samo in edino zmajčka Pafa. Saj je bil vendar čarobni zmaj in nikoli ne veš, kdaj ti tak zmaj kakšno zagode. Zato so jo vedno urno popihali na varno, če so le zaslutili, da sta Paff in Jakec v bližini. Zmaj in deček sta si želela, da bi njuno prijateljstvo trajalo večno.

A kaj, ko le zmaji nikoli ne umrejo, majhni dečki pa, če hudo zbolijo.

Napočil je dan, ko je zmaj ostal sam. Tega ni in ni mogel razumeti. Osamljen je ležal na morskem obrežju, točil je zmajске solze in z re-



pom razmetaval pesek daleč naokrog. Želel si je le, da bi se Jakec vrnil.

A vse solze dečka niso mogle priklicati v življenje. Žalosten in obupan se je Paf zaprl v svojo votlino in se ni nikoli več prikazal med ljudmi...



Izvolitve v učiteljske nazive na Medicinski fakulteti

Na seji senata Medicinske fakultete 11. 6. 2001 so bili izvoljeni v nove nazive spodaj naštetih sodelavci

Izr. prof. dr. Andrej Cijan, dr. med., ponovno izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet interna medicina

Izr. prof. dr. Vesna Koželj, dr. stom., ponovno izvoljena v naziv izredne profesorice za predmet maksilofacialna in oralna kirurgija

Izr. prof. dr. Marija Žakelj Mavrič, univ. dipl. kem., ponovno izvoljena v naziv izredne profesorice za predmet biokemija

Doc. dr. Damjana Rozman, univ. dipl. kem., izvoljena v naziv izredne profesorice za predmet biokemija

Doc. dr. Vane Antolič, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet ortopedija

Doc. dr. Borut Gorišek, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet ginekologija in porodništvo

Doc. dr. Mara Bresjanac, dr. med., ponovno izvoljena v naziv docentke za predmet patološka fiziologija

Doc. dr. Sergej Hojker, dr. med., ponovno izvoljen v naziv docenta za predmet interna medicina

Asist. dr. Dragica Smrke, dr. med., izvoljena v naziv docentke za predmet kirurgija

Asist. dr. Tea Lanišnik Rižner, univ. dipl. kem., izvoljena v naziv docentke za predmet biokemija

Asist. mag. Vita Čebašek, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet anatomija

Asist. Marija Hribernik, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet anatomija

Asist. dr. Vita Dolžan, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet biokemija

Asist. Mateja Dolenc Voljč, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet dermatovenerologija

Asist. mag. Matjaž Jereb, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet infekcijske bolezni in epidemiologijo

Asist. dr. Vesna Jurčič, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet patologija

Asist. mag. Aleš Kogoj, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet psihiatrija

Asist. Dragica Kosec, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet oftalmologija

Asist. mag. Uroš Mazič, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet pediatrija

Asist. mag. Maja Ovsenik, dr. stom., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet čeljustna in zobna ortopedija

Asist. mag. Franc Planinšek, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija

Asist. mag. Igor Potočnik, dr. stom., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet zobne bolezni in normalna morfolologija zobnega organa

Asist. mag. Tanja Roš Opaškar, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet neurologija

Asist. Danica Rotar Pavlič, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet družinska medicina

Asist. Matej Završnik, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet interna medicina

Mag. Leja Dolenc Grošelj, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet neurologija

Dr. Andrej Pernet, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet interna medicina

Mag. Nina Vene, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet interna medicina

Mag. Jerneja Vidmar, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet kirurgija

Rok Zupančič, dr. stom., izvoljen v naziv asistenta za predmet snemna protetika

Na seji senata Medicinske fakultete 2. 7. 2001 so bili izvoljeni v nove nazive spodaj naštetih sodelavci

Izr. prof. dr. Ivan Kranjc, dr. med., ponovno izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet interna medicina

Izr. prof. dr. Dušanka Mičetič Turk, dr. med., ponovno izvoljena v naziv izredne profesorice za predmet pediatrija

Izr. prof. dr. Dean Ravnik, dr. med., ponovno izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet anatomija

Doc. dr. Mario Poljak, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet mikrobiologija in imunologija

Doc. dr. Gorazd Antolič, dr. med., ponovno izvoljen v naziv docenta za predmet interna medicina

Doc. dr. Janez Primožič, dr. med., ponovno izvoljen v naziv docenta za predmet pediatrija

Doc. dr. Samo Ribarič, dr. med., ponovno izvoljen v naziv docenta za predmet patološka fiziologija

Dr. Branko Zakotnik, dr. med., izvoljen v naziv docenta za predmet onkologija in radioterapija

Asist. dr. Igor But, dr. med., izvoljen v naziv docenta za predmet ginekologija in porodništvo

Asist. dr. Tomislav Klokočovnik, dr. med., izvoljen v naziv docenta za predmet kirurgija

Asist. dr. Eda Vrtačnik Bokal, dr. med., izvoljena v naziv docentke za predmet ginekologija in porodništvo

Asist. mag. Robert Juvan, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija

Asist. dr. Tatjana Lejko Zupanc, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet infekcijske bolezni in epidemiologija

Asist. dr. Darja Keše, univ. dipl. biol., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet mikrobiologija in imunologija

Asist. dr. Veronika Kloboves Prevodnik, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet patologija

Asist. Jernej Knific, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet radiologija

Asist. mag. Stanko Pušenjak, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet ginekologija in porodništvo

Asist. dr. Lijana Zaletel Kragelj, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet socialna medicina

Dr. Katarina Černe, univ. dipl. biol., izvoljena v naziv asistentke za predmet farmakologija in eksperimentalna toksikologija

Marko Goličnik, univ. dipl. kem., izvoljen v naziv asistenta za predmet biokemija

Mag. Jerica Maver, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet interna medicina

Na seji senata Medicinske fakultete 8. 10. 2001 so bili izvoljeni v nove nazive spodaj naštetih sodelavci

Izr. prof. dr. Andrej Debeljak, dr. med., ponovno izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet interna medicina

Doc. dr. Borut Geršak, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet kirurgija

Doc. dr. Borut Peterlin, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet humana genetika

Doc. dr. Alojz Pleskovič, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet kirurgija

Znanst. sod. dr. Srdjan Novaković, univ. dipl. biol., izvoljen v naziv višjega znanstvenega sodelavca za področje onkologije in radioterapije

Doc. dr. Rok Accetto, dr. med., ponovno izvoljen v naziv docenta za predmet interna medicina

Doc. dr. Uroš Mlakar, dr. med., ponovno izvoljen v naziv docenta za predmet interna medicina

Asist. dr. Mirt Kamenik, dr. med., izvoljen v naziv docenta za predmet anesteziologija z reanimatologijo

Asist. dr. Marko Kolšek, dr. med., izvoljen v naziv docenta za predmet družinska medicina

Asist. dr. Matjaž Šinkovec, dr. med., izvoljen v naziv docenta za predmet interna medicina

Dr. Zmago Turk, dr. med., izvoljen v naziv docenta za predmet fizikalna in rehabilitacijska medicina (zasebni docent)

Asist. mag. Igor Bizjak, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija

Asist. Lev Bregant, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet pediatrija

Asist. mag. Janez Eržen, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija

Asist. mag. Igor Grošelj, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet ginekologija in porodništvo

Asist. Maksimiljan Kadivec, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet radiologija

Asist. mag. Lilijana Kornhauser Cerar, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet pediatrija

Asist. mag. Helena Lenasi, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet fiziologija

Asist. Zlatko Parač, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija

Asist. mag. Alenka Pavlič, dr. stom., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet otroško in preventivno zobozdravstvo

Asist. mag. Blaž Trotovšek, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija

Asist. Vlasta Vodopivec Jamšek, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet družinska medicina

Asist. mag. Gojmir Žorž, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet družinska medicina

Tanja Hojs Fabjan, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet nevrologija

Mag. Vladimir M. Jolić, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet ginekologija in porodništvo

Drago Kuzman, univ. dipl. fiz., izvoljen v naziv asistenta za predmet biofizika

Milan Krek, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet socialna medicina

Mag. Aljaž Repše, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet interna medicina

Mag. Branko Šibanc, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet infekcijske bolezni in epidemiologijo

Ksenija Tušek Bunc, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet družinska medicina

Bojan Veingerl, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija

Nina Vraneš, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet kirurgija

Sebastijan Žuraj, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet histologija in embriologija

Katja Prokšelj, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet interna medicina

Sanja Umek, dr. stom., izvoljena v naziv asistentke za predmet čeljustna in zobna ortopedija

Novi doktorji in magistri znanosti s področja medicine

Doktorski naziv so dosegli:

Dr. Marjeta Terčelj Zorman, dr. med.
naslov: "Nekateri dejavniki tveganja nosokomialne legioneloze (analiza epidemije)"
mentor: prof. dr. Franc Strle
somentor: prof. dr. Helena Hren Vencelj
področje: medicinske vede
zagovor: 6. 6. 2001

Dr. Vera Župunski, univ. dipl. kem.
naslov: "Strukturne in evolucijske analize Bov-B LINE elementov pri vretenčarjih"
mentor: prof. dr. Franc Gubenšek
področje: biokemija in molekularna biologija
zagovor: 21. 6. 2001

Dr. Damir Štifanić, dr. med.
naslov: "Analiza hemodinamskih sprememb v perifernem in možganskem krvnem obtoku ob subarahnoidni in epiduralni anesteziji"
mentor: prof. dr. Vesna Paver Eržen
področje: medicinske vede
zagovor: 21. 6. 2001

Asist. dr. Tomaž Makovec, mag. farm.
naslov: "Struktura in imunokemijske lastnosti NADPH-citokrom P450 reduktaze iz glive *Rhizopus nigricans*"
mentor: prof. dr. Katja Breskvar
področje: biokemija in molekularna biologija
zagovor: 22. 6. 2001

Asist. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med.
naslov: "Identifikacija in identiteta lobanj, ki bi naj pripadale Celjskim grofom"
mentor: prof. dr. Anton Dolenc
somentor: prof. dr. Peter Štih
področje: medicinske vede
zagovor: 26. 6. 2001

Dr. Peter Korošec, univ. dipl. biol.
naslov: "Urotelij sečnega izvodila v fizioloških razmerah in med eksperimentalno ishemijo"
mentor: prof. dr. Kristijan Jezernik
področje: biokemija in molekularna biologija
zagovor: 27. 6. 2001

- Dr. Uroš Potočnik**, univ. dipl. kem.
naslov: "Mikrosatelitna nestabilnost v kancerogenezi: molekularno-genetski mehanizmi in pomen pri odkrivanju bolnikov s HNPCC sindromom"
mentor: doc. dr. Damjan Glavač
področje: biokemija in molekularna biologija
zagovor: 28. 6. 2001
- Dr. Boštjan Černila**, univ. dipl. biol.
naslov: "Geni stresnih proteinov iz družine Hsp 70 v glivi *Rhizopus nigricans* in dejavniki, ki vplivajo na njihovo izražanje"
mentor: prof. dr. Bronislava Črešnar
področje: biokemija in molekularna biologija
zagovor: 4. 9. 2001
- Dr. Petra Malovrh**, univ. dipl. biol.
naslov: "Strukturno-funkcionalne lastnosti triptofanskih in cisteinskih mutant ekvinatoksina II iz morske vetrnice *Actinia equina*"
mentor: prof. dr. Peter Maček
področje: biokemija in molekularna biologija
zagovor: 19. 10. 2001
- Dr. Dušan Logar**, dr. med.
naslov: "Povezava genov lokusa DQ glavnega histokompatibilnostnega kompleksa (MHC) s tvorbo avtoprotiteles proti antigenu Ro pri bolnikih s sistemskim lupusom eritematosusom"
mentor: prof. dr. Blaž Rozman
področje: medicinske vede
zagovor: 23. 10. 2001
- Asist. dr. Barbara Cvenkel**, dr. med.
naslov: "Vpliv antiglavkomske terapije na izražanje antigenov HLA-DR na epiteljskih celicah veznice"
mentor: prof. dr. Alojz Ihan
somentor: doc. dr. Branka Stirn Krajnc
področje: medicinske vede
zagovor: 28. 6. 2001
- Dr. Breda Škrbinc**, dr. med.
naslov: "Novi napovedni dejavniki raka dojke stadijev I in II"
mentor: prof. dr. Marija Us Krašovec
somentor: prof. dr. Tanja Čufer
področje: medicinske vede
zagovor: 2. 10. 2001
- Dr. Alenka Mavri**, dr. med.
naslov: "Upravljanje fibrinolitične aktivnosti: vloga maščevnja"
mentor: znanst. sod. dr. Mojca Stegnar
področje: medicinske vede
zagovor: 17. 10. 2001
- Asist. dr. Tomaž Marš**, univ. dipl. biol.
naslov: "Nastajanje živčnomišičnega stika človeške mišice v razmerah in vitro"
mentor: prof. dr. Zoran Grubič
področje: medicinske vede
zagovor: 18. 10. 2001
- Asist. dr. Uroš Petrovič**, univ. dipl. biol.
naslov: "Mehanizmi adaptacije halofilne črne kvasovke *Hortea werneckii* na spremembe slanosti okolja"
mentor: prof. dr. Ana Plemenitaš
področje: biokemija in molekularna biologija
zagovor: 19. 10. 2001
- Asist. dr. Igor Zupan**, dr. med.
naslov: "Vpliv električnih in mehaničnih dejavnikov pri nastanku s tahikardijo povzročene disfunkcije preddvorov"
mentor: prof. dr. Peter Rakovec
področje: medicinske vede
zagovor: 22. 10. 2001
- Asist. dr. Igor Kopač**, dr. stom.
naslov: "Učinkovitost in delovanje retrakcijskih sredstev za začasni odmik dlesne"
mentor: prof. dr. Ljubo Marion
somentor: prof. dr. Maksimiljan Sterle
področje: stomatološke vede
zagovor: 11. 7. 2001
- Asist. dr. Primož Rožman**, dr. med.
naslov: "Vpliv trombotičnih aloantigenov HPA na presaditev alogenskega kostnega mozga"
mentor: prof. dr. Mateja Bohinjec
področje: medicinske vede (transfuzijska medicina)
zagovor: 29. 8. 2001
- Dr. Živa Pohar Marinšek**, dr. med.
naslov: "Pomen svetlobno mikroskopskih in slikovno citometričnih celičnih značilnosti za diagnozo in klasifikacijo rabdomiosarkomov"
mentor: prof. dr. Marija Us Krašovec
področje: medicinske vede
zagovor: 3. 9. 2001
- Dr. Irena Horvat Žnidaršič**, univ. dipl. biol.
naslov: "Citotoksično in genotoksično delovanje mikrocistina YR"
mentor: prof. dr. Dušan Šuput
področje: medicinske vede
zagovor: 3. 9. 2001
- Mag. Jasmina Markovič**, dr. med.
naslov: "Urokinazni plazminogenški aktivator in njegova inhibitorja PAI-1 in PAI-2 pri primarnem kožnem malignem melanomu"
smer: temeljne medicinske vede
mentor: doc. dr. Bortu Štabuc
področje: medicinske vede
zagovor: 29. 5. 2001
- Mag. Jelka Zaletel**, dr. med.
naslov: "Vpliv proteinskega obroka na glomerulno filtracijo pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 1"
smer: temeljne medicinske vede
mentor: prof. dr. Andreja Kocijančič
področje: medicinske vede
zagovor: 12. 6. 2001

Naziv magistra so dosegli:

Mag. **Vladimir Auer**, dr. med.

naslov: "Diagnosticiranje mejne osebnostne motnje v Sloveniji"
smer: klinične medicinske vede
mentor: prof. dr. Martina Žmuc Tomori
področje: medicinske vede
zagovor: 12. 6. 2001

Mag. **Špela Smrkolj**, dr. med.

naslov: "Ali obstaja hitro rastoči rak materničnega vratu?"
smer: biomedicina
mentor: prof. dr. Stelio Rakar
področje: medicinske vede
zagovor: 14. 6. 2001

Mag. **Simona Eva Žitnik**, dr. med.

naslov: "Napovedana vrednost imunskih parametrov pri otrocih s sumom na motnje imunskega odziva"
smer: temeljne medicinske vede
mentor: prof. dr. Alojz Ihan
somentor: prof. dr. Ciril Kržišnik
področje: medicinske vede
zagovor: 28. 6. 2001

Asist. mag. **Tomaž Rotar**, dr. stom.

naslov: "Vpliv resorpcije korenin mlečnih zob in devitalizacije stalnih zob na difuzijske procese v zobni sklenini"
smer: temeljne medicinske vede
mentor: prof. dr. Uroš Skalerič
somentor: doc. dr. Narcisa Košir
področje: stomatološke vede
zagovor: 9. 7. 2001

Asist. mag. **Nataša Jevnikar**, dr. stom.

naslov: "Povezava med gostoto makrofagov v periapikalnem granulomu in klinično sliko"
smer: socialnomedicinske vede
mentor: prof. dr. Dominik Gašperšič
somentor: doc. dr. Andrej Cör
področje: stomatološke vede
zagovor: 10. 7. 2001

Asist. mag. **Marjan Koršič**, dr. med.

naslov: "Ocena somatosenzoričnega in vzbujenega odziva pri otrocih s hidocefalusom"
smer: klinične medicinske vede
mentor: prof. dr. Miro Denišič
področje: pediatrična nevrokirurgija, nefrofiziologija
zagovor: 18. 7. 2001

Mag. **Nataša Kos**, dr. med.

naslov: "Ocena funkcijske neodvisnosti v fazi zgodnje rehabilitacije bolnikov po subarahnoidalni krvavitvi"
smer: klinične medicinske vede
mentor: prof. dr. Martin Štefančič
področje: medicinska rehabilitacija
zagovor: 17. 10. 2001

Mag. **Mitja Lainščak**, dr. med.

naslov: "Diagnostična in terapevtska obravnava bolnikov, hospitaliziranih zaradi srčnega popuščanja"
smer: biomedicina - medicina
mentor: prof. dr. Irena Keber
področje: medicinske vede
zagovor: 22. 10. 2001

Interfakultetni magistrski študij biokemije in molekularne biologije

Mag. **Aleš Premzl**, univ. dipl. biol.

naslov: "Vpliv monoklonskih protiteles proti katepsinu B in proteinaznih inhibitorjev na proliferacijo, invazijo in angiogenezo tumorskih celic in vitro"
smer: biokemija in molekularna biologija
mentor: doc. dr. Janko Kos
področje: biokemija in molekularna biologija
zagovor: 4. 6. 2001

Mag. **Magda Drobnič Valič**, univ. dipl. biol.

naslov: "Molekularne osnove nastanka antigenskih variant hemaglutinina pri bakteriji Mycoplasma synoviae"
smer: biokemija in molekularna biologija
mentor: doc. dr. Mojca Narat
somentor: znanst. svet. dr. Dušan Benčina
področje: biokemija in molekularna biologija
zagovor: 19. 6. 2001

Mag. **Nataša Labanac**, univ. dipl. mikrobiol.

naslov: "Vloga proteinske kinaze C pri glivi Aspergillus niger"
smer: biokemija in molekularna biologija
mentor: doc. dr. Matic Legiša
področje: biokemija in molekularna biologija
zagovor: 21. 6. 2001

Mag. **Marko Fonovič**, univ. dipl. kem.

naslov: "Izražanje in izolacija rekombinantnih človeških katetpisnov O in F"
smer: biokemija in molekularna biologija
mentor: prof. dr. Vito Turk
somentor: doc. dr. Boris Turk
zagovor: 22. 6. 2001

Interfakultetni magistrski študij mikrobiologije

Mag. **Mojca Golob**, univ. dipl. biol.

naslov: "Kloniranje in izolacija rekombinantnih giraz za razvoj novih giraznih inhibitorjev"
smer: mikrobiologija
mentor: doc. dr. Roman Jerala
področje: mikrobiologija
zagovor: 6. 7. 2001



Pismo predsednika odbora

za strokovno-medicinska vprašanja Nataši Švent Kučina, dr. med.

Spoštovana gospa doktor, spoštovana kolegica, kot član izvršilnega odbora ZZS in predsednik odbora za strokovno-medicinska vprašanja pri Zbornici sem bil seznanjen z Vašim pismom, ki ste ga na uredništvo Izide poslali 28. septembra letos.

Večini Vaših ugotovitev povsem pritrjujem. Še predvsem imate prav, ko kot zdravnica in članica Zbornice pričakujete vsaj stališče Zbornice v primeru, zaradi katerega ste bili na sodišču spoznani za krivo (nepravnomočno). Strinjam se tudi z Vašim pričakovanjem, da bi Zbornica morala ščititi slovenske zdravnike, ki so predvsem v zadnjih letih izpostavljeni pritiskom nekaterih medijev, ki ustvarjajo javno mnenje, da postaja to do zdravnikov in njihovega dela vse bolj neprijazno.

Moje osebno stališče in, če se ne motim, tudi stališče članov odbora, ki ga vodim, je, da moramo zdravnikom, ki so obtoženi napak pri svojem delu, zagotoviti možnost zagovora in dokazovanja morebitne neuteme-

ljenosti očitkov. Predvsem pa mora tudi za zdravnike veljati pravilo, da niso krivi, dokler se jim krivda nedvoumno ne dokaže.

Obžalujem, da ste se znašli v tako nezavidljivem položaju. Razumem Vašo stisko, še predvsem, ker doslej niste našli opore niti v svoji stanovski organizaciji. Vaš očitek sprejemam kot upravičen klic v sili, saj druge pomoči kot s strani svoje Zbornice res niste mogli pričakovati.

Ne morem si kaj, da Vam ne bi k Vašemu pismu čestital, in to predvsem iz razloga, da ste kljub težkim okoliščinam, v katerih se trenutno nahajate, bili sposobni napisati pismo, v katerem ni niti kančka napadalnosti in neutemeljenih očitkov. Iz vrstic veje le razočaranje in komaj prikrita žalost nad nezaščiteno slovenskega zdravnika, kadar se znajde v težavah.

Spoštovana kolegica, želim Vam zagotoviti, da bomo ob Vašem primeru ravnali v skladu s pričakovanji vseh slovenskih zdravnikov. Storili bomo vse, da Vam povrnemo zaupanje

v stanovsko organizacijo, katere vloga je med drugim tudi zaščita interesov in osebnega dostojanstva slovenskega zdravnika.

Člani izvršilnega odbora ZZS so predlagali, da Vas prijazno povabimo na naslednjo sejo odbora za strokovno-medicinska vprašanja, ki bo 27. novembra ob 16.30 v prostorih Zdravniške zbornice v Ljubljani. Če pa želite, da se pogovorimo že pred tem datumom, me izvolite poklicati na tel. (01) 522 47 88. ■

Ljubljana, 23. 10. 2001

S spoštovanjem,

*prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med.,
predsednik odbora za
strokovno-medicinska vprašanja*

Pripis: Nataša Švent Kučina, dr. med., je sprejela povabilo odbora za strokovna medicinska vprašanja in se bo udeležila redne seje odbora.

Zbegane živali iz basni gospoda Brunčka

Spoštovano uredništvo, v vaši reviji Isis objavlja gospod Aleksander Brunčko v nadaljevanjih basni, ki imajo velik odmev med ljudmi in živalmi. Živali iz njegovih basni (predvsem tiste, ki prebivajo v velikem gozdu pod visoko planino Vulpio) so se obrnile name v želji, da v njihovem imenu reviji Isis napišem vljudno pismo z veliko prošnjo.

Verjetno se boste spraševali, zakaj so se živali obrnile prav name. Stvar je dokaj preprosta. Sem zdravnik za otroke in večina pediatrov nas razume poleg govornice otrok tudi govornico živali.

Sedaj pa k stvari. Živali iz basni gospoda Aleksandra Brunčka sporočajo javnosti, da so zelo ponosne in srečne, da nastopajo v basnih omenjenega gospoda. So pa ob zadnjih nadaljevanjih postale zbegane, ker se je v posameznih osebah istočasno prepoznalo povprečno pet do osem živali. Te se sedaj med sabo kregajo, koga je basnopisec v posamez-

nem liku opisal in koga ne.

Posebno dosti živali se poteguje za vloge kralja Ursusa, poveljnika Rapidusa, voditelja Capricornusa in prebrisane lisice Cande. Pa tudi ostali na videz manj pomembni liki so zelo zaželeni (okulist jastreb Gyps, kirurg Lynx, volk Lupellus, sova Ulula itd.). Zaradi nejasne situacije, kdo je kdo in zakaj nekdo ni to, kar bi po vseh veljavnih pravilih moral biti, je prišlo pri živalih do zelo resnih sporov. Uredništva živalskih dnevnikov so zasuta s pismi užaljenih živali in živalska sodišča ne zmorejo več obvladati številnih tožb zaradi razžalitve časti. Tudi nekaj doslej srečnih zakonskih parov se je ločilo. Najbolj žalosten primer med njima sta neveriček Scirus in podgana Ratta.

Spoštovano uredništvo, skrbno sem preštudiral vse nadaljevanke omenjenih basni. Z mirno vestjo lahko rečem, da so napisane na visoki intelektualni ravni. Res pa je, da je avtor uporabil pri svojem ustvarjanju za slo-

venske intelektualce značilno metodo pisanja, tako imenovano sofisticirano analitično metodo. Za ta način pisanja je značilno, da sporočaš javnosti pomembno vsebino v šifrah, ki jih razume najbolj posvečen krog intelektualcev. Ostali ljudje le slutijo, da gre za nekaj zelo važnega, nikoli pa ne morejo prav dojeti, za kaj pravzaprav gre.

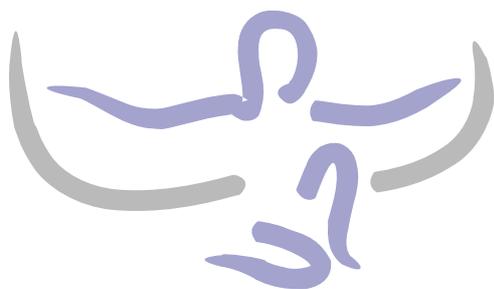
Če ne razumejo navadni ljudje, kako naj bi razumele uboge živali in zato ni čudno, da so zbegane. V imenu zbeganih, prestrašenih in razdraženih živali prosim uredništvo revije Isis, da pozove gospoda Aleksandra Brunčka, naj v prihodnjih nadaljevanjih svojih basni v živalim razumljivem jeziku razloži, kje je kaj, kaj je kaj in kdo je kdo.

Spoštovano uredništvo, vljudno prosim, da ugodite tej legitimni prošnji, za katero menim, da je v skladu s konsistentno uredniško politiko vaše revije. ■

Za zbegane živali

Alojz Gregorič

Zdravniška zbornica Slovenije
vabi članice in člane na gala medicinski



IZIDINPLES

v soboto, 8. decembra 2001

ob 20.00 ure dalje

v predverju Cankarjevega doma

- Za plesno glasbo bo skrbel Big Band Orkestra Slovenske vojske pod vodstvom dirigenta podpolkovnika Janija Šalamona, s solistoma Katjo Oserban in Rudolfom Strnadom,
- za zabavni program priznana slovenska igralka in humorista Roman Končar in Boris Kobal,
- za simfonijo najžlahtnejših okusov Hiša kulinarike Jezeršek,
- za bogate nagrade izžrebane vstopnice,
- za plesne korake pa slovensko zdravništvo.

Čaka vas tudi presenečenje!

Cena karte je 12.500 SIT.

Karte so na voljo pri blagajni Cankarjevega doma, pasaža Maximarket, tel.: 01 24 17 299, 24 17 300, blagajna je odprta vsak delavnik od 10. do 14. ure in od 16.30 do 20. ure. Ob sobotah od 10. do 13. ure. Možno je plačilo po telefonu s kreditno kartico. Ob nakupu prosimo, da navedete svoje ime in priimek.

Večerna toaleta.

Prostih je še nekaj mest, zato pohitite s prijavi!

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
DECEMBER 2001					
4.–5.	9.00	Ljubljana, velika predavalnica Medicinske fakultete, Korytkova 2	IZVEDENSTVO 2001 - RABA IN ZLORABA DROG	ni omejeno	simpozij - XI. spominsko srečanje ak. Janeza Milčinskega za vse zdravnike, pravnike, policiste
6.–8.	9.00	Ljubljana, velika predavalnica Medicinske fakultete, Korytkova 2	XXXII. MEMORIALNI SESTANEK PROF. DR. JANEZA PLEČNIKA	***	strokovno srečanje za kardiologe, srčne kirurge, raziskovalce, interniste, splošne zdravnike
7.–8.	8.40	Ljubljana, CINDI Slovenija, Ulica stare pravde	SVETOVANJE ZA ZDRAVO PREHRANO	20	učne delavnice za zdravstvene delavce, prehranske strokovnjake
7.–8.	15.00	Portorož, Grand hotel Emona	LETNA KONFERENCA ZDRUŽENJA PNEVMOLOGOV SLOVENIJE	***	konferenca
7.–8.	12.30	Ljubljana, Kosovelova dvorana, Cankarjev dom	VI. REGIJSKI SEMINAR O URGENTNI MEDICINI	***	seminar za zdravnike, medicinske sestre in zdravstvene tehnike, ki se pri svojem delu srečujejo z nujnimi stanji
8.	20.00	Ljubljana, Cankarjev dom	IZIDIN PLES	400	***
13.–15.	***	Portorož, Grand hotel Emona	ZDRAVLJENJE S KRVJO V KIRURGIJI – INTENZIVNA NEGA IN TERAPIJA	ni omejeno	4. podiplomski seminar za zdravnike, višje medicinske sestre – kirurgija, anesteziologija, transfuziologija in ostali
14.	14.30– 16.00	Ljubljana, sejna soba CIP, Poliklinika	STROKOVNO SREČANJE	***	poročilo z delavnice: Vladislava Stamos, Vlasta Klavara – Preddvor po Preddvoru (Midva, Eros...), vodi: Roman Korenjak
14.–15.	9.00	Dobrna, Zdravilišče Dobrna	18. UČNE DELAVNICE: DELO ZDRAVNIKA IZVEN AMBULANTE – PLJUČNI BOLNIK	30	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine, sekundarije
15.	9.30	Ljubljana, igrišče Konex, Cesta na Brdo 9	1. DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV V BADMINTONU	***	državno prvenstvo za zdravnike in zobozdravnike

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Medicinska fakulteta - Inštitut za sodno medicino, prof. dr. Jože Balažič, dr. med.	prof. dr. Jože Balažič, dr. med., Inštitut za sodno medicino, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 52 43 903, faks: 01 52 44 974	kotizacije ni	***	***	Isis 11/2001
Inštitut za histologijo in embriologijo, Inštitut za anatomijo, Inštitut za patologijo, Inštitut za sodno medicino, Združenje kardiologov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo	prof. dr. Metka Zorc, dr. med., Inštitut za histologijo, Medicinska fakulteta, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 54 37 361, faks: 01 54 37 361	***	***	***	Isis 12/2001
CINDI Slovenija, Dominika Novak Mlakar, dr. med.	ga. Barbara Lapuh, Tajništvo, CINDI Slovenija, Ul. 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 02 113-280-86	13	Isis 11/2001
Združenje pnevmologov Slovenije, prof. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med.	prof. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med., Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik, 4204 Golnik, e-pošta: stan.suskovic@klinika-golnik.si, prijave: ga. Dragica Sukič, tel.: 04 25 69 391	15.000,00 SIT	07 000-000009709	***	sis 11/2001
Zdravstveni dom Ljubljana, Splošna nujna medicinska pomoč, Slovensko združenje za urgentno medicino	Zdravstveni dom Ljubljana, Splošna nujna medicinska pomoč, Bohoričeva 4, 1000 Ljubljana, tel.: 01 54 31 408, faks: 01 43 32 085, e-pošta: zd-lj.snmp@siol.net	10.000,00 SIT za člane SZUM, 15.000,00 SIT ostali, 5.000,00 SIT učne delavnice, sekundariji in študentje brezplačno	50101-609-10654, sklic na št. 02-21006-280-78	***	Isis 11/2001
Zdravniška zbornica Slovenije	Uredništvo Isis, Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana, tel.: 01 30 72 152, faks: 01 30 72 159, e-pošta: isis@zss-mcs.si	***	***	***	ISIS 8-9/2001
KC – SPS Kirurška klinika, Zavod RS za transfuzijo krvi, European school of transfusion medicine	Ljubiša Lukič, dr. med., doc. dr. Boriana Kremžar, prim. Vanda Brubnjak Jevtič, prof. Umberto Rossi, ga. Natalija Lampreht, ga. Tea Tollazzi, Zavod RS za transfuzijo krvi, Štajmerjeva 6, 1000 Ljubljana, tel.: 01 54 38 100, faks: 01 23 02 224, e-pošta: natalija.lampreht@maf.uni-lj.si	42.000,00 SIT	50101-603-45746, sklic na št. 640	v postopku	Isis 11/2001
Slovensko društvo za skupinsko analizo	prim. Franc Peternel, dr. med., tel.: 01 23 15 990, 43 44 517, Lev Požar, e-pošta: lev.pozar@guest.arnes.si	***	***	***	Isis 8-9/2001
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF, Irena Vatovec Progar, dr. med., Milan Rajtmajer, 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	50101-678-48620, sklic na št. 20400	14	Isis 11/2001
Športno društvo Medicus, badmintonska sekcija	prijave: Slovensko športno društvo Medicus, Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana, faks: 01 30 72 169, e-pošta: medicus@zss-mcs.si, informacije: Matjaž Koželj, dr. med., Klinični oddelek za gastroenterologijo, tel.: 01 43 13 113, int. 22 10 ali 41 65	prijavnine ni	***	***	Isis 11/2001

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
JANUAR 2002					
18.	11.00– 15.00	Vojnik, Psihiatrična bolnišnica	DELAVNICA V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI VOJNIK	***	predavanje z razpravo: Vesna Novak Rast in (raz)vrednotenje psihoterapevtskega dela, male skupine, srednja skupina, vodi: Iztok Lešer
24.–26.	14.00	Celje, Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18	DEPRESIVNI IN SUICIDALNI BOLNIK V AMBULANTI ZDRAVNIKA SPLOŠNE MEDICINE	25	učna delavnica za zdravnike v osnovnem zdravstvu in psihiatre
24.–26.	***	***	OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME – POUK BOLNIKA Z ASTMO	20	učna delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji
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
30.–31.	9.00	Maribor, Splošna bolnišnica Maribor	UČNA DELAVNICA »DOPPLER V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU«	10	učna delavnica za ginekologe, ki želijo razširiti znanje o preiskavah z ultrazvokom v ginekologiji in porodništvu
31.1.–1.2.	19.00	Kranjska Gora	24. IATROSSKI	***	posvetovanje športne medicine, združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov Alpe-Adria
FEBRUAR 2002					
2.	9.00	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	XXXVIII. PODIPLOMSKI TEČAJ KIRURGIJE	***	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine
14.–16.	***	***	OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME – POUK BOLNIKA Z ASTMO	20	učna delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji
15.	9.00	Celje, Narodni dom Celje, Trg celjskih knezov 9	VIII. CEDENS – DAN CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA	ni omejeno	podiplomski seminar za zobozdravstvene delavce
MAREC 2002					
3.–7.	17.00	Ljubljana, Cankarjev dom	13. MEDNARODNA KONFERENCA O ZMANJŠEVANJU ŠKODE ZARADI DROG IN 2. MEDNARODNI KONGRES ŽENSKÉ IN DROGE	ni omejeno	mednarodna konferenca za vse, ki se pri delu srečujejo s problemi odvisnosti

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Slovensko društvo za skupinsko analizo	prim. Franc Peternel, dr. med., tel.: 01 23 15 990, 43 44 517, Lev Požar, e-pošta: lev.pozar@guest.arnes.si	***	***	***	Isis 8-9/2001
Zavod za zdravstveno varstvo Celje, prof. dr. Onja Tekavčič Grad	ga. Nuša Konec Jurčič, Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18, 3000 Celje, tel.: 03 42 51 202, faks: 03 42 51 115, e-pošta: nusa.konec@zzv-ce.si	30.000,00 SIT	50700-603-31733, sklic na št. 00 01500	***	Isis 12/2001
Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik	ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36, 4204 Golnik, tel.: 04 25 69 111, faks: 04 25 69 117, e-pošta: irena.dolhar@klinika-golnik.si	45.000,00 SIT	***	15,5	***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF, Maja Klemenc, dr. med., prof. dr. Igor Švab, 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	50101-678-48620, sklic na št. 20400	***	Isis 12/2001
Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo, Služba za ginekologijo in perinatologijo, prof. dr. Veljko Vlajsavljevič, dr. med.	ga. Andreja Šlag, Splošna bolnišnica Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 178, faks: 02 33 12 393, e-pošta: gin.perinat@sb-mb.si	50.000,00 SIT	51800-743-47228, sklic na št. 30-08	***	ISIS 12/2001
Goriško zdravniško društvo	Franci Koglot, dr. med., Bolnišnica Šempeter, Padlih borcev 13, 5290 Šempeter, tel.: 05 30 31 811	3.500,00 SIT teki, 10.000,00 SIT VSL, 12.000,00 SIT teki in VSL	52000-678-80987	***	Isis 12/2001
Medicinska fakulteta, Katedra za kirurgijo, prof. dr. Vladimir Smrkolj, dr. med.	Katedra za kirurgijo, Medicinska fakulteta, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, tel.: 01 2 47 384, 52 22 525	glej rumene strani	50103-603-41175, sklic na št. 230-10	v postopku	Isis 12/2001
Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik	ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36, 4204 Golnik, tel.: 04 25 69 111, faks: 04 25 69 117, e-pošta: irena.dolhar@klinika-golnik.si	45.000,00 SIT	***	15,5	***
Društvo zobozdravstvenih delavcev Celje, Nikola Potočnik, dr. stom.	ga. Dragica Planko, JZ ZD Celje, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, tel.: 03 57 16 044, faks: 03 54 34 551	15.000,00 SIT	50700-678-67474	***	Isis 12/2001
International Harm Reduction Association, Odsev se sliši, asist. Andrej Kastelic, dr. med.	asist. Andrej Kastelic, dr. med., Center za zdravljenje odvisnih od drog, Klinični oddelek za mentalno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, tel.: 01 54 21 350, 54 02 030, faks: 01 54 21 354, e-pošta: andrej.kastelic@guest.arnes.si, ga. Teja Alič, Cankarjev dom, Prešernova 10, 1000 Ljubljana, e-pošta: teja.alic@cd-cc.si	***	***	***	Isis 12/2001

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
MAREC 2002					
14.–16.	13.00	Ljubljana, Psihiatrična klinika, Studenec 48	SHIZOFRENIJA IV.	ni omejeno	mednarodni simpozij za psihiatre, psihologe, zdravnike splošne prakse
15.–16.	9.00	Ljubljana, Linhartova dvorana Cankarjevega doma	6. SCHROTTTOVI DNEVI	150	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine
22.–23.	***	Maribor, hotel Habakuk	XII. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU	ni omejeno	simpozij za pediatre, šolske zdravnike, splošne zdravnike in druge
22.–23.	9.00	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2002	150	simpozij za zdravnike specialiste splošne medicine, infektologe, pediatre, interniste, mikrobiologe in farmacevte
APRIL 2002					
14.	11.00	Bled, hotel Kompas	AKUTNI KORONARNI SINDROM V SLOVENIJI	ni omejeno	2. simpozij za vse zdravnike
18.–20.	14.00	Kranjska Gora, hotel Kompas	3. SPOMINSKO SREČANJE JANIJA KOKALJA, DR. MED.: POŠKODBE V OSNOVNEM ZDRAVSTVU	150	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine
18.–21.	***	Radenci, Zdravilišče Radenci	KREPIMO ZDRAVJE Z GIBANJEM IN PREHRANO	250	mednarodna konferenca za snovalce usmeritev, nosilce odločitev, administratorje, načrtovalce in vodje programov, predstavnike skupnosti, ki se ukvarjajo s krepitevijo zdravja
20.	13.00	Murska Sobota, stadion pri OŠ I	II. PREKMURSKI ZDRAVNIŠKI TEK	ni omejeno	tek za zdravnike, zobozdravnike, zdravstvene sodelavce in udeležence izven kategorije

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Psihiatrična klinika, asist. dr. Marga Kocmur, dr. med.	ga. Nina Osrečki, Psihiatrična klinika, Studenec 48, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 72 461, faks: 01 52 94 111	20.000,00 SIT	50103-603-403974	***	***
Katedra za družinsko medicino in Združenje zdravnikov družinske medicine, Tonka Poplas Susič, 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	25.000,00 SIT	***	***	***
KOP za pediatrijo SB Maribor, VŽOM ZD Maribor	prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med., Martin Bigec, dr. med., direktor, VŽOM, ZD Maribor, Vošnjakova 4, 2000 Maribor, tel.: 02 22 86 356, faks: 02 22 86 581, prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med., SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 465, faks: 02 33 12 393	***	***	***	***
Sekcija za kemoterapijo SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Milan Čizman, dr. med., prof. dr. Franc Strle, dr. med.	ga. Andreja Sorman, Tajništvo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 10 558, faks: 01 23 02 781	17.000,00 SIT z DDV	50101-678-48620, s pripisom "Infektološki simpozij 2002"	***	Isis 11/2001
Center za intenzivno interno medicino, Klinični center Ljubljana, doc. dr. Marko Noč, dr. med.	doc. dr. Marko Noč, dr. med., Center za intenzivno interno medicino, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 29 061, faks: 01 43 17 155	kotizacije ni	***	***	Isis 12/2001
Osnovno zdravstvo Gorenjske – ZD Jesenice, Združenje zdravnikov družinske medicine, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Gorenjske in Katedra za družinsko medicino, asist. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Jožica Krevh, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, tel.: 04 20 82 523, faks: 04 20 26 71, asist. dr. Janko Kersnik, dr. med., Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, tel.: 04 58 81 426, faks: 04 58 81 426, e-pošta: janko.kersnik@s5.net	25.000,00 SIT	***	***	***
CINDI Slovenija, Dominika Novak Mlakar, dr. med.	ga. Barbara Lapuh, CINDI Slovenija, Ul. stare pravde 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 83 480, faks: 01 43 83 484, e-pošta: cindi@zd-lj.si	do 1. 3. 2002: 35.000,00 SIT, za spremljevalce 20.000,00 SIT, po 1. 3. 2002: 40.000,00 SIT, za spremljevalce 20.000,00 SIT, na licu mesta: 50.000,00 SIT, za spremljevalce 20.000,00 SIT	50101-603-48587, sklic na št. 02-58-280-86	***	Isis 12/2001
Zdravniško društvo Pomurja, Zdravniško športno društvo Medicus, Mitja Lainščak, dr. med.	Vlasta Petric, dr. med., tel.: 02 53 21 010, mag. Alojz Horvat, dr. med., tel.: 02 53 41 300, Mitja Lainščak, dr. med., e-pošta: mitja@s-gms.ms.edus.si, SB Murska Sobota, Dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota, "II. pomurski zdravniški tek"	***	***	***	***

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
MAJ 2002					
9.–12.	***	Portorož, Kongresni center Bernardin	2. MEDNARODNA KONFERENCA – SAMOMOR NA STIČIŠČU GENOV IN OKOLJA	100	mednarodno strokovno srečanje za zdravnike psihiatre in druge zdravnike ter strokovnjake z drugih področij, ki jih tema zanima
17.–18.	9.00	Ljubljana, Smelt, Dunajska c. 160	29. SREČANJE DELOVNIH SKUPIN V OSNOVNEM ZDRAVSTVU: IZBRANI ZDRAVNIK IN AMBULANTNO VODENJE BOLNIKA	150	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine
17.–22.	***	***	3. SLOVENSKI KONGRES PREVENTIVNE MEDICINE	200	kongres za vse zdravstvene delavce in sodelavce
22.–25.	***	Portorož	III. KONGRES ZDRUŽENJA KIRURGOV SLOVENIJE	***	Multidisciplinarna obravnava poškodb, Kirurško zdravljenje raka, proste teme
JUNIJ 2002					
6.–7.	17.00	Brdo pri Kranju	THE 5TH EUROPEAN BASIC MULTIDISCIPLINARY HEMODIALYSIS ACCESS COURSE	***	strokovno srečanje
9.–13.	18.00	London, The QEII Conference Centre	WONCA EUROPE 2002 – EVROPSKI KONGRES ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE	2.500	strokovno srečanje
13.–15.	***	Ljubljana	13. LETNI KONGRES EVROPSKEGA ZDRUŽENJA ZA PEDIATRIČNO IN NEONATALNO INTENZIVNO TERAPIJO (ESPNIC), združen z EVROPSKIM SIMPOZIJEM MEDICINSKIH SESTER ZA PEDIATRIČNO INTENZIVNO TERAPIJO	***	strokovno srečanje

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Inštitut za varovanje zdravja RS, dr. Andrej Marušič, dr. med., univ. dipl. psih.	ga. Tanja Urdih Lazar, Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 23 23 945, faks: 01 23 23 955	200 EUR do 31. 1. 2002, po tem datumu 250 EUR	***	***	Isis 11/2001
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino, Društvo medicinskih sester in Inštitut za varovanje zdravja RS	Davorina Petek, dr. med., Nena Kopčaver Guček, dr. med., Aleksandar Stepanović, dr. med., Nada Prešeren, dr. med., asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med. informacije: Davorina Petek, dr. med., Nena Kopčaver Guček, dr. med., tel.: 01 436 81 93, Aleksandar Stepanović, dr. med., Nada Prešeren, dr. med., asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., tel.: 01 24 41 400, prijave: 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	25.000,00 SIT	***	***	Isis 12/2001
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.marence@ivz-rs.si, http://www.sigov.si/ivz/index.html	40.000,00 SIT	***	***	***
Združenje kirurgov Slovenije, doc. dr. Radko Komadina, dr. med., predsednik združenja	Katedra za kirurgijo MF, Zaloška 7, Ljubljana	35.000 SIT do 31. 1. 2001, po tem datumu 40.000 SIT, za specialiste in sekundarije 20.000 SIT brez popusta v predplačilu	***	***	***
Vascular Access Society, Slovenian Society of Nephrology, Department of Nephrology, University Medical Center Ljubljana	prim. doc. dr. Marko Malovrh, dr. med., Klinični oddelek za nefrologijo, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 54 23 478, faks: 01 23 15 790, e-pošta: marko.malovrh@mf.uni-lj.si	glej rumene strani	***	***	Isis 10/2001
Royal College of General Practitioners, Velika Britanija	WONCA Europe 2002 c/o The Event Organisation Company, 5 Maidstone Buildings, Mews Bankside, London SE1 1GN, United Kingdom, Telephone + 44 (0)20 7940 5538, Facsimile + 44 (0)20 7940 5361, E-mail: wonca@event-org.com, http://www.woncaeuropa2002.com/index.html	568,13 GBP do 6. 3. 2002	RCGP Conferences Limited Barclays Bank plc, Knightsbridge Business Centre, PO Box 32014, London NW1 2ZG Sort code: 20-06-05 Account number: 10830607	***	***
Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo Kirurške klinike Kliničnega centra, Ljubljana	doc. dr. Janez Primožič, dr. med., tel.: 01 43 01 714, faks: 01 43 01 714	***	***	***	***

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
JUNIJ 2002					
14.–15.	9.00	Ormož, grad Ormož	2. ORMOŠKO SREČANJE: DUŠEVNA BOLEČINA	90	simpozij za psihiatre, klinične psihologe, psihoterapevte
19.–22.	15.00	Portorož, Kongresni center Bernardin	2. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTI MEDICINI	700	mednarodni simpozij za zdravnike vseh specialnosti in zobozdravnike
SEPTEMBER 2002					
4.–7.	10.00	Ljubljana, Medicinska fakulteta	INTERNATIONAL CONFERENCE OF RICKETTSIAE AND RICKETTSIAL DISEASES	200	mednarodna konferenca za vse zdravnike, mikrobiologe in biologe
29.9.–2.10.	17.00	Portorož, Kongresni center Bernardin	2. EVROPSKI KONGRES URGENTNE MEDICINE	600	evropski kongres za zdravnike vseh specialnosti in zobozdravnike
OKTOBER 2002					
3.–5.	***	Portorož, Kongresni center Hoteli Morje	KOMPLEKSNA REHABILITACIJA STAROSTNIKOV	ni omejeno	II. kongres slovenskih zdravnikov za fizikalno in rehabilitacijsko medicino za vse zdravnike, ki se ukvarjajo z rehabilitacijo starostnikov
10.–12.	***	Golnik, Brdo pri Kranju	MEDNARODNO SREČANJE RESPIRATORNIH ENDOSKOPISTOV	30	podiplomsko izobraževanje z učnimi delavnicami za respiratorne endoskopiste
10.–12.	12.00	***	3. SLOVENSKI PEDIATRIČNI KONGRES	ni omejeno	kongres s tremi glavnimi in prostimi temami za pediatre in zdravnike šolske medicine
NOVEMBER 2002					
29.–30.	9.00	Maribor, Zavarovalnica Maribor, Cankarjeva 3	2. MARIBORSKO SREČANJE DRUŽINSKE MEDICINE FIZIKALNA MEDICINA	150	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Psihiatrična bolnišnica Ormož, Združenje psihiatrov Slovenije, Združenje psihoterapevtov Slovenije, prof. Milena Srpak	ga. Rolanda Kovačec, Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ptujška c. 33, 2270 Ormož, tel.: 02 74 15 199, faks: 02 74 15 200	10.000,00 SIT	52400-603-30720	***	***
Slovensko združenje za urgentno medicino, spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med.	ga. Irena Petrič, Slovensko združenje za urgentno medicino, SPS Interna klinika, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 02 544, faks: 01 54 31 316, e-pošta: irena.petric@kclj.si, ga. Maja Strajnar, tel.: 01 23 17 375, faks: 01 43 39 300, e-pošta: maja.strajnar@kclj.si, internet: www.ssem-society.si	***	***	***	***
Medicinska fakulteta Ljubljana in Slovensko mikrobiološko društvo, prof. dr. Tatjana Avšič Županc	prof. dr. Tatjana Avšič Županc, asist. dr. Miroslav Petrovec, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, tel.: 01 54 37 450, 54 37 451, faks: 01 54 37 401	250 EUR v toolarski protivrednosti	***	***	***
European Society for Emergency Medicine – EuSEM, Slovensko združenje za urgentno medicino, spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med.	ga. Mojca Sojar, Kongres d.o.o., Cesta Dolomitskega odreda 44, 1000 Ljubljana, tel.: 01 25 74 555, faks: 01 25 76 303, e-pošta: kongres@siol.net, ga. Irena Petrič, tel.: 01 23 02 544, faks: 01 54 31 316, e-pošta: irena.petric@kclj.si, ga. Maja Strajnar, tel.: 01 23 17 375, faks: 01 43 39 300, e-pošta: maja.strajnar@kclj.si, internet: www.ssem-society.si	glej: www.ssem-society.si	***	***	***
Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD, prim. mag. Aleš Demšar, dr. med.	prim. mag. Marjeta Prešern, dr. med., Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, tel.: 01 47 58 100	predvidoma 40.000,00 SIT	***	***	***
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Združenje pnevmologov Slovenije, prim. Nadja Triller, dr. med.	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36, 4204 Golnik, tel.: 04 25 69 111, faks: 04 25 69 117, e-pošta: irena.dolhar@klinika-golnik.si	35.000,00 SIT	51500-603-34158, sklic na št. 00 290000-1	***	Isis 12/2001
SZD Združenje za pediatrijo, prim. Majda B. Dolničar, dr. med.	ga. Alenka Lipovec, Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 30 03 221	***	***	***	***
ZD dr. Adolfa Drolca Maribor in Združenje zdravnikov družinske medicine, Suzana Židanik, dr. med., Majda Masten, dr. med.	informacije: Suzana Židanik, dr. med., Majda Masten, dr. med., tel.: 02 22 86 200, prijave: 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	25.000,00 SIT	***	***	***

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
JUNIJ 2003					
18.–21.	18.00	Ljubljana, Cankarjev dom	WONCA 2003 – 9TH CONFERENCE OF THE EUROPEAN SOCIETY OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE: CHALLENGE OF THE FUTURE FAMILY MEDICINE/ FAMILY DOCTOR	1.800	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine
SEPTEMBER 2003					
3.–6.	***	Ljubljana	THE 12 th BIENNIAL CONGRESS	***	congress
AVGUST 2004					
22.–26.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	1. SVETOVNI KONGRES RAZVOJNE MEDICINE	1.600	kongres za raziskovalce in klinike
AVGUST 2007					
26.–30.	***	Ljubljana	7. EVROPSKI KONGRES OTROŠKE NEVROLOGIJE	1.600	kongres

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
prof. dr. Igor Švab, 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, http://www.woncaeurope2003.org/frames.htm	***	***	***	***
European Union for School and University Health and Medicine	Mojca Juričič, University of Ljubljana, Institute of Hygiene, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, Slovenia, e-mail: mojca.juricic@mf.uni-lj.si	***	***	***	***
Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Milivoj Veličkovič Perat, dr. med.	Milivoj Veličkovič Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 24 297, faks: 01 23 24 293, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si , page: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***	***	***
Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Milivoj Veličkovič Perat, dr. med.	Milivoj Veličkovič Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 24 297, faks: 01 23 24 293, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si , home page: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***	***	***

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

Dan prireditve

Pričetek, ura

Kraj

Prostor, kjer bo prireditev

Naslov strokovnega srečanja

Število slušateljev (če je določeno)

(neomejeno)

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

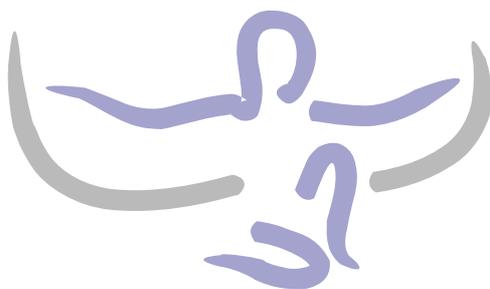
Naslov in številka žiro računa

Število kreditnih točk

Kraj in datum

Podpis organizatorja

Zdravniška zbornica Slovenije
vabi članice in člane na gala medicinski



IZIDINPLES

v soboto, 8.decembra 2001

ob 20.00 ure dalje

v predverju Cankarjevega doma

- Za plesno glasbo bo skrbel Big Band Orkestra Slovenske vojske pod vodstvom dirigenta podpolkovnika Janija Šalamona, s solistoma Katjo Oserban in Rudolfom Strnadom,
- za zabavni program priznana slovenska igralca in humorista Roman Končar in Boris Kobal,
- za simfonijo najzlahtnejših okusov Hiša kulinarike Jezeršek,
- za bogate nagrade izžrebane vstopnice,
- za plesne korake pa slovensko zdravništvo.

Čaka vas tudi presenečenje!

Cena karte je 12.500 SIT.

Karte so na voljo pri blagajni Cankarjevega doma, pasaža Maximarket, tel.: 01 24 17 299, 24 17 300, blagajna je odprta vsak delavnik od 10. do 14. ure in od 16.30 do 20. ure. Ob sobotah od 10. do 13. ure. Možno je plačilo po telefonu s kreditno kartico. Ob nakupu prosimo, da navedete svoje ime in priimek.

Večerna toaleta.

Prostih je še nekaj mest, zato pohitite s prijavami!



Glasilno Zdravniške zbornice Slovenije
Strokovna revija Isis

Impressum

LETO X, ŠT. 12, 1. december 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@zss-mcs.si
Žiro 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@zss-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

EDITOR-IN-CHIEF AND RESPONSIBLE

EDITOR

prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.

E-pošta: eldar.gadzijev@sb-mb.si

Tel.: 02/32 11 244

UREDNIKA • EDITOR

Elizabeta Bobnar Najžer, prof. sl., ru.

E-pošta: eb.najzer@zss-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR

EDITORIAL BOARD

prof. dr. Zoran Arnež, dr. med.

Martin Bižec, 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. Vodusek, dr. med.

doc. dr. Matjaž Zwitter

LEKTORICA • REVISION

Marta Brečko Vrhovnik

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

Isis

Glasilno Zdravniške zbornice Slovenije

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

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.

Sodelovali

Prof. dr. Jože Balažič, dr. med., zdravnik, Inštitut za sodno medicino, Medicinska fakulteta Ljubljana • Doc. dr. Janko Berčič, dr. med., upokojeni zdravnik, Maribor • Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Elizabeta Bobnar Najžer, prof., Zdravniška zbornica Slovenije • Miroslava Cajnkac Kac, dr. med., zdravnica, Zdravstveni dom Slovenj Gradec • France Cukjati, dr. med., zdravnik, Državni zbor Republike Slovenije • Asist. mag. Tomaž Čakš, dr. med., zdravnik, Inštitut za higieno, Medicinska fakulteta Ljubljana • Asist. dr. Zdenka Čebašek Travnik, dr. med., zdravnica, Psihiatrična klinika Ljubljana • Brane Dobnikar, univ. dipl.

prav., Zdravniška zbornica Slovenije • Vojko Flis, dr. med., zdravnik, Oddelek za žilno kirurgijo, Splošna bolnišnica Maribor • Prof. dr. Ljerka Glonar, dr. med., upokojena zdravnica, Ljubljana • Prof. dr. Anton Grad, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za nevrologijo, SPS Nevrološka klinika, Klinični center Ljubljana • Prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med., svetnik, zdravnik, Klinični oddelek za pediatrijo, Splošna bolnišnica Maribor • Mag. Ignac Groznik, dr. stom., zobozdravnik, Zdravstveni dom Ljubljana Moste • Vesna Habe Pranjič, univ. dipl. prav., Zdravniška zbornica Slovenije • Prim. mag. Miša Hribar Habinc, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana • Mag. Željko Jakelič, dr. stom., zasebni zobozdravnik, Zasebna ordinacija Jakelič, Jesenice • Prof. dr. Berta Jereb, dr. med., upokojena zdravnica, Ljubljana • Asist. Dean Klančič, dr. med., zasebni zdravnik, Zdravstveni zavod Revita, Ljubljana • Mag. Eva Klemenčič, dr. med., zdravnica, Inštitut za biomedicinsko informatiko, Medicinska fakulteta Ljubljana • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prim. Srečko Košuta, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prim. dr. Alenka Kraigher, dr. med., zdravnica, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana • Konrad Kuštrin, dr. med., Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov FIDES • Mag. Darko D. Lavrenčič, dr. med., zasebni zdravnik, MED zasebna splošna ambulanta Vrhnik • Prim. prof. dr. Gorazd Lešničar, dr. med., svetnik, zdravnik, Oddelek za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Splošna bolnišnica Celje • Tjaša Logar Dernič, dr. stom., zasebna zobozdravnica, Koper • Biserka Marolt Meden, SPS Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana • Mag. Nina Mazi, dr. med., zdravnica, Ljubljana • Prof. dr. David Neubauer, dr. med., zdravnik, SPS Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana • Dominika Novak Mlakar, dr. med., zdravnica, CINDI Slovenija, Ljubljana • Damjan Osredkar, dr. med., zdravnik, Ljubljana • Prof. dr. Vesna Paver Eržen, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana • Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Asist. dr. Bojana Pinter, dr. med., zdravnica, SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana • Mag. Žarko Pinter, dr. med., zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Milena Podgoršek, referenčni knjižničar, Onkološki inštitut Ljubljana •

Tatjana Praprotnik, KUD dr. Lojz Kraigher, Klinični center, Ljubljana • Prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., zdravnik, Slovensko zdravniško društvo • Andrej Rant, dr. stom., zobozdravnik, Zdravstveni dom Ljubljana Center • Prof. dr. Matjaž Rode, dr. med., višji svetnik, zobozdravnik, Zdravstveni dom Ljubljana Šiška • Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., zdravnik, Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta Ljubljana • Jelka Sever, Inštitut za zgodovino medicine, Medicinska fakulteta Ljubljana • Ljiljana Slejko, dr. med., zdravnica, Ambulanta medicine dela, prometa in športa, Revoz d.d., Novo mesto • Tina Šapec Mahmutović, univ. dipl. prav., Zdravniška zbornica Slovenije • Asist. Vesna Švab, dr. med., zdravnica, Psihiatrična klinika Ljubljana • Prim. doc. dr. Zmago Turk, dr. med., svetnik, zdravnik, Oddelek za medicinsko rehabilitacijo, Splošna bolnišnica Maribor • Asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., zdravnica, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor • Prof. dr. Metka Zorc, dr. med., zdravnica, Medicinska fakulteta Ljubljana

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 presega 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 žiro 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. Poština plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

The President of the Medical Chamber

Marko Bitenc, M.D., M.Sc.

E-mail: marko.bitenc@zszs-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 medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
- The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
- Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

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.



(Samo)spoštovanje zdravniškega poklica

V času študija interne medicine sem se najbolj veselil vaj, ko je - tedaj še - doc. M. H. predstavljal klinične primere iz prakse. Povedal nam je del anamneze, ki jo je dopolnil na naša vprašanja, nato smo morali oceniti, kakšen je bil rezultat kliničnega pregleda, predlagali smo preiskave in nato se je začela prava "možganska nevihta", saj je osem študentov medicine pokazalo vso svojo domišljijo v ugibanju diagnoze. Sčasoma pa smo le dojeli, da obstaja nek sistem, ki dejavnost sivih celic usmeri v pravo smer. Čeprav je od teh dogodkov minilo že več kot štiriindvajset let, so mi ostali živo v spominu in nisem se začudil, ko sem opazil, da tudi danes, v informacijski dobi, študenti najraje "rešujejo" klinične primere. Ni čudno, da se je temu odzvala tudi naša alma mater s prošnjo katedram, da sestavijo učne zbirke kliničnih primerov. Mislim, da je bilo prvič, da ob navodilu "od zgoraj" nismo negodovali in da smo napisali celo obsežnejšo zbirko, kot nam je bilo naročeno.

Tokrat bom predstavil nekaj primerov iz nekega svojega delovnega dneva na kliničnem oddelku za nevrologijo. Seveda to ne bodo učni primeri za študente. Daleč od tega. To bodo primeri, ki jih zamolčimo ali pa o njih še raje govorimo po vogalih, a nič javno, čeprav menim, da so zelo poučni.

Klinični primer št. 1

Ob 14. uri reševalci pripeljejo 92-letno oskrbovanko doma starejših občanov. Spremlja jo prijazen mlad fant – vojak na civilnem sluzenju v domu starejših občanov, ki ga uporabljajo za spemstvo, tako da ga poznam že od prej. Presenetljivo veliko ve o bolnici, precej več kot profesionalne negovalke. Pove mi, da je gospa že več kot pol leta nepokretna, da se večkrat ne odziva, v zadnjih dneh je malo pila in nič jedla. Od jutra se ne odziva več. Ta heteroanamneza je precej več vredna kot podatki na napotnici, ki so skrčeni na NUJNO in CVI? Pri pregledu bolnica trudno odpre oči, skuša mi nekaj povedati, a je ne razumem. Aktivne gibljivosti ni sposobna, vendar ne najdem žariščnih nevroloških izpadov, ki bi potrdili sum na možgansko kap. Krvni tlak je nizek, 80/50, srčna akcija 50/min., krvni sladkor normalen. Dobi infuzijo plazmaekspanderja, civilnega vojaka pošljem za eno uro na sendvič. Medtem pridejo bolnični svojci. Hitro se strinjamo, da bolnica umira. Ne znam pa jim odgovoriti na vprašanje, za-



kaj je bila napotena k nam in zakaj jo izpostavljamo neprijetnemu prevažanju od doma in nazaj. Bolnico sem čez nekaj ur – žal se stanje ni prav nič izboljšalo – napotil nazaj v dom starejših občanov, kjer je kmalu umrla.

Klinični primer št. 2

Ob 16:10 potrka na vrata sprejemne ambulante reševalec: "Dan! Dohtar, sej videm da mate velk ljudi pred ambulanto, ampak sm tud jest eno prpelu! Saj veste, tko so mi naročl. Pa sej lahko počaka. Tuki je napotnca." Ni mi jasno, zakaj tako okoliši, saj je drugače vedno zelo neposreden. Preberem napotnico in hitro mi je jasno: "NUJNO! Recidivantni kolapsi (18 let), za oceno zmožnosti za delo, zahtevajo iz službe!" Res je morala ta bolnica počakati, da sem pregledal bolnike, ki so prišli pred njo, pa tudi še dva druga bolnika z možgansko kapjo, ter vmes speljal trombolitično zdravljenje, preden sem jo lahko ob 18:30 pregledal. Po opisu je šlo pri 32-let-

ni snažilki za ortostatske fenomene z močno poudarjeno psihično komponento. Lahko sem svetoval le, naj bolnico naročijo na test z nagibno mizo. Ni pa mi bilo jasno, zakaj sedaj dela ne more več opravljati, saj ima te težave že več kot osemnajst let. Na to vprašanje se je vsul plaz bolničnih obtožb na račun sodelavk, ki ji hočejo samo slabo, ker samo ona dela, in seveda na zlobnega šefa, ki je ne mara. Tako vidi edino rešitev v upokojitvi.

Klinični primer št. 3

Ob 22:30 spremljevalec pripelje na vozičku 82-letnega bolnika, ki ga je napotil internist z internistične prve pomoči. Težko diha, hrope, ne govori, koža je topla, suha, jezik obložen, giblje z vsemi okončinami, tahikarden je, krvni tlak je 110/70, telesna temperatura 38,5° C. Internist ga je napotil, ker je po pregledu in po izvidih osnovnih laboratorijskih preiskav ugotovil, da "ni internističnega vzroka za bolnikovo odsotnost. Gre za centralno dogajanje, zato ga napotim k nevrologu." Ob tem ima bolnik levkocitozo 14 s pomiko v levo, zvišano vrednost c-RP, na rtg pc je rentgenolog opisal spremembe, ki jih je ocenil kot infiltrate. Res pa je, da na IPP še ni imel zvišane telesne temperature. Bolnika sem sprejel na dvodnevno hospitalizacijo (naš oddelek je sprejemen vsak drugi dan). Po dodatku tekočin in po antibiotiku se mu je stanje zelo izboljšalo, saj je govoril, sam se je posedal

in ob odpustu s pomočjo fizioterapevte tudi vstal in hodil po sobi.

Klinični primer št. 4

Ob 5:30 (po štirih urah spanja) me zbudi sestra: "Dobro jutro! Pripeljali so sprejem." Oblečem se in pred vrati naletim na zelo urejeno, naličeno gospo in moškega, ki vztrajno opazuje svoje vezalke na čevljih. Nikjer nobenega vozička z bolnikom, kar je običaj za takšno uro. "Jutro. Kje je bolnik?" Gospa navdušeno dvigne roko. Preberem napotnico: NUJNO! TIA? Gospa pove, da ima dva meseca mravljinčenje po desni strani telesa, vključno z obema desnima okončinama. Nevrološki pregled je popolnoma v mejah normale, vključno s pregledom občutljivosti. Nad to ugotovitvijo gospa ni navdušena. Takoj mi postreže z medicinsko dokumentacijo. V zadnjih desetih dneh je bila dvakrat pregledana pri dveh nevrologih, oba sta se strinjala v mnenju, da ni organskega vzroka njenim težavam. Opravila je tako CT glave kot tudi angiosonografski pregled vratnih arterij – oboje bp. Dan pred tem je bila dvakrat pregledana na nujni medicinski pomoči, drugič je dobila apaurin im. Vtem se oglasi moški, ki jo spremlja. Pove, da je njen brat. Pravi, da se je po smrti moža pred meseci spremenila. Stalno toži o mravljinčih. Klicala ga je že ob 1. uri, a jo je uspel za dve uri pomiriti, ob 3. uri pa je zahtevala, naj jo pelje k zdravniku, kjer sta dobila napotnico za nevrologa. Sam misli, da bi morala k psihiatru. Sedaj mi je jasna bratova zadrega, zakaj je ves čas pregleda tako vztrajno opazoval svoje vezalke. Pogovor, v katerega smo vpleteni dežurna sestra, pacientkin brat in jaz na eni strani ter urejena gospa na drugi strani, traja nato še celo uro. Na koncu smo prepričani, da nam je uspelo prikazati njene težave kot del žalovanja po izgubi moža in da ni organsko bolna. Gospa se s tem strinja, a nas vse preseneti, ko izniči ves naš trud z besedami: "Tako, sedaj grem pa lahko na kontrolni pregled k svojemu nevrologu."

Komentar h kliničnim primerom

Že na prvi pogled je pri vseh primerih opazen skupni imenovalec: evakuacija od sebe. Seveda pa so razlogi različni. Morda mi je še najbolj razumljiva stiska zdravnika v domu starejših občanov, ki ne vzdrži pritiska bolničnega umiranja. To je seveda čisto osebna, intimna stiska vsakega od nas, katere se kljub temu, da smo morda vsak dan priča umiranju, ne da preprosto preseči. Morda se temu privadiš, tako kot sem se sam, saj sem že ves čas svojega poklicnega dela na oddelkih z izredno visoko smrtnostjo. Vseeno pa menim, da bi morala tudi tu stisko premagati (hladna) strokovna presoja, kaj lahko še naredimo za 92-letno bolnico. Ali ji bodo moderni tehnični dosežki medicine koristili? V večini primerov ne. Zakaj bolnice nisem sprejel na oddelek? Tega si preprosto nisem mogel privoščiti, saj se je dežurstvo šele začelo in nisem vedel, kaj bo prineslo popoldne in kaj noč. Prevozi sem in tja ji nedvomno niso koristili.

V drugem primeru naletimo na komično situacijo, ki jo je za-

krivila neodločnost splošnega zdravnika, ki ne samo, da ni želel sam rešiti situacije, temveč je pokleknil pred zahtevo "bolnice" in službe ter jo napotil k specialistu. Da bi vsaj na zunaj poudaril pomen svoje odločitve, saj je vsebinsko ni mogel zagovarjati, jo je napotil z reševalci in z oznako nujno. Žal je beseda nujno na napotnicah že popolnoma izgubila svoj pomen zaradi nenehnih zlorab – kot v navedenem primeru. Kar se mi zdi v tem primeru zelo sporno, pa je, da se je zdravnik uklonil zahtevam laikov, po-teptal svojo stroko in se ponižal na raven pisca napotnic. Zakaj je potemtakem vložil toliko truda v študij medicine, saj bi zado-stoval kratek večerni tečaj o izpolnjevanju napotnic?

Tretji primer se mi zdi najbolj sporen. Pa ne zaradi meglene-ga izrazoslovja o centralnem dogajanju. To centralno dogajanje je postalo nekakšna moda. Večkrat se ob tem zlobno vprašam: Če je pri bolniku centralno dogajanje, zakaj ga pri zdravniku ni? Morda bom testiral interniste in jim poslal bolnika "s srčnim do-gajanjem". Ne, to so samo šale. Moti me, da je internist spregle-dal očitne znake vnetja. Ker so bili ti tako očitni, gre za še hujšo situacijo: prepričan sem, da je internist namenoma spregledal znake vnetja, da je lahko bolnika napotil k meni. Vzrok je verjet-no banalen – sam ga ni mogel sprejeti. Če ta moja hipoteza drži, je torej namenoma poteptal svoje strokovno znanje, tvegala ob-tožbo, da je naredil strokovno napako, se izpostavil zasmehova-nju zaradi slabega dela, obtožbam, da kljub specialističnemu iz-pitu in nazivu mag. ne zna logično sklepati itd.; vse zaradi orga-nizacijskega problema, ki se imenuje prosta postelja za starejše-ga bolnika, ki ni superspecialistično bolan, ampak ima banalno internistično vnetje.

Na srečo je bolnikov, kot je bila bolnica v četrtem primeru, malo. Bojim se, da jim ni pomoči in da bodo kot Odisej potovali po naših ambulantah, a se spretno izogibali psihiatrični pomoči. Sicer pa tudi psihiatrom ne zavidam takih bolnikov. Napotne-mu zdravniku zamerim le, da si je izmislil diagnozo in nujnost obiska (pa nimam v mislih svojega spanja).

Mislil pa, da premalo pomislimo ob takih primerih na še en skupni imenovalec: spoštovanje našega poklica. Ali nas bodo laiki spoštovali, če bomo tihi in pridni uresničevalci njihovih idej o upokojitvi njihove težavne sodelavke? Ne, zakaj le? Saj vendar delujemo le kot orodje, brez lastnega znanja. Ali pa ga zatajimo, kot internist v tretjem primeru? Ali zapis nujnosti, ki je že zdav-naj izgubil svoj pomen. Ali pa žongliranje z diagnozami, npr. CVI, TIA, ne da bi imeli kakršenkoli klinični znak za navedeno diagnozo. Kako naj spoštujem take kolege? Da se razumemo, ne govorim o napakah – te žal delamo vsi ali kot je rekel premier: Kdor veliko dela, razbije tudi nekaj porcelana. Govorim o namernem zavajanju z namenom, da se odkrišaš bolnika, in o nes-posobnosti prevzemanja odgovornosti. Naj končam: **Kako naj pričakujemo spoštovanje zdravniškega poklica, če ga sami ne bomo spoštovali?** ■

Anton Grad