

Pravične primerjave

V tem uvodniku se ne »odzivam na uvodnik nekega drugega avtorja v neki drugi zdravniški reviji«. Odzivam se na uvodnik Dušana Kebra v decembrski številki Zdravniškega vestnika. Zapisal je, da tvega poenostavitev sporočila v moji pisarni. Res je tvegal. Žal mi je, da z ustrežno preventivo tega tveganja nisem preprečil ali vsaj zmanjšal. Več ljudi, več denarja in opreme zagotovo ni bilo sporočilo mojega uvodnika. Se bom pa tokrat potrudil, da popravim, kar se popraviti da, čeprav vsi vemo, da kurativa pač ne more nadomestiti prave primarne preventive.

Pri kritičnih ocenah o delovanju naših zdravnikov je potrebno upoštevati vse pogoje, ki pomembno prispevajo k sprejemanju pravilnih odločitev pri obravnavi bolnikov. Dejstvo, da imamo v Sloveniji manj kot dva zdravnika na 1.000 prebivalcev, kar je bistveno manj od povprečja v državah Evrope, še ne pomeni, da jih zahtevamo več. Pomeni le, da smo slovenski zdravniki bolj obremenjeni od evropskih kolegov. Na svojih delovnih mestih preživimo več časa kot katerikoli drug poklic v državi, zavestno mimo vseh določb delovnopravne zakonodaje. Pričakujemo, da se to dejstvo upošteva ob vseh primerjavah našega poklica z drugimi v družbenih dejavnostih. Sprejeli smo dejstvo, da medicinske opreme po pretekli amortizacijski dobi ne obnavljamo več redno.



Razpoložljivosti naj sodobnejših pripomočkov niti ne bom navajal. Pa vendar je zanesljivost in varnost naših presoj in odločitev zelo odvisna tudi od sodobne opreme. Ne glede na jasne strokovne indikacije mora zdravnik pri vsakdanjem delu sklepati kompromise med potrebnim in možnim. Tudi z osebnim posredovanjem je bolnikom, ki so že vstopili v sistem obravnave, težko ali nemogoče zagotoviti termine za razne ambulantne diagnostične postopke v sprejemljivih rokih. Stiska je še večja, ker na tak način določeni bolniki prehitujejo vrstne rede, drugi pa zaostajajo. To je samo del dejavnikov, ki ne zagotavljajo optimalnih pogojev za delo zdravnikov in lahko prispevajo k napačni presoji, napačni odločitvi, k zmoti ali celo k strokovni napaki. Pa vendar se tudi v takih okoliščinah ne izogibamo odgovornosti in kritične presoje našega dela.

Zelo podobne »olajševalne« okoliščine za delovanje, učinkovitost, pravilne presoje in pravilne odločitve pogosto v medijih navaja tudi minister za zdravje. Primanjkuje mu strokovnjakov s področja zdravstvene ekonomike in prava, na Ministrstvu za zdravje je zaposlenih »le« 80 delavcev, kar je bistveno manj od zdravstvenih ministrstev v primerljivih državah. Nima na voljo dovolj kakovostnih podatkov za

ustrezne analize, ki bi predstavljale ustrezno podlago za pravilno odločanje, itd. Podobno kot pri delu zdravnikov tudi pri delu ministrstva prav ti dejavniki lahko bistveno prispevajo k napačnim presojam, napačnim odločitvam ali celo napakam.

In prav tu se skriva sporočilo decembrskega uvodnika. Kot kapitan ladje, ki je bil pred tem vodja največjega oddelka te ladje in zaradi tega dobro pozna razmere v svojem nekdanjem, pa tudi v drugih manjših oddelkih, mora biti sposoben objektivno oceniti vse okoliščine, ki privedejo do napačne presoje ali odločitve. Z jasno identifikacijo krivca je kapitan potnikom na ladji lahko silno všeč. Še bolj jim je všeč, če ukrepe za izboljšanje razmer na ladji predstavi najprej in zlasti potnikom. In to kljub temu, da se zaradi tega potnikom kakovost potovanja prav v ničemer ni izboljšala. Tudi potreba po potovanju z ladjo jim ni zmanjšal. Če bo z drugačnim načinom prodaje kart omogočil, da se bo na ladjo lahko vkrcalo več potnikov za krajše razdalje plovbe, mu bodo mornarji pri tem z veseljem pomagali. Če bo z ukrepi na kopnem dosegel zmanjšanje potreb po plovbi, mu bodo ta uspeh zavidali kapitani najmodernejših ladij. Prav ti ugotavljajo, da se z ukrepi na kopnem zgolj poveča delež ostarelih potnikov, ki na ladjo pridejo iz popolnoma drugih razlogov kot prej. Mornarji kot posamezniki ali v skupinah tega pač ne morejo zagotoviti. Ne glede na vse pa lahko še tako zastarelo in slabo opremljeno ladjo upravljajo le mornarji. In prav ti pričakujejo bistveno več kot identifikacijo krivca potnikom ob morebitni napačni presoji ali celo napaki. Pričakujejo načrt, sodelovanje in zaupanje. Pohvale za primerljivost z najmodernejšimi ladjami ne pričakujejo le v ladijskem biltenu za mornarje, temveč tudi v reviji za potnike.

Marko Bitenc

Uradne ure predsednika Zbornice in članov izvršilnega odbora, generalnega sekretarja, predsednika razsodišča in tožilca

Ime	Dan	Od	Do
asist. mag. Marko Bitenc, dr. med. Predsednik Zbornice	četrtek	16.00	17.00
asist. Andrej Možina, dr. med. Podpredsednik Zbornice in predsednik odbora za bolnišnično in specialistično zdravstvo	četrtek	16.00	17.00
Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med. Predsednica odbora za osnovno zdravstvo	četrtek	16.00	17.00
prof. dr. Franc Farčnik, dr. stom. Podpredsednik Zbornice in predsednik odbora za zobozdravstvo	sreda	13.00	14.00
prof. dr. Matija Horvat, dr. med. Predsednik sveta za izobraževanje zdravnikov	četrtek	15.00	16.00
prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med. Predsednik odbora za strokovno-medicinska vprašanja	po dogovoru		
mag. Žarko Pinter, dr. med. Predsednik odbora za pravno-etična vprašanja	prva sreda vsak drugi četrtek	15.00 16.00	16.00 17.00
Jani Darnič, dr. med. Predsednik odbora za socialno-ekonomska vprašanja	četrtek	16.00	17.00
Igor Praznik, dr. med. Predsednik odbora za zasebno dejavnost	četrtek	16.00	17.00
prim. mag. Brane Mežnar, dr. med. Razsodišče I. stopnje	po dogovoru		
doc. dr. Jože Balazič, dr. med. Tožilec Zbornice	po dogovoru		
Brane Dobnikar, univ. dipl. prav. Generalni sekretar	četrtek	13.00	14.00

Uradne ure strokovne službe

Enota	Dan	Od	Do	Telefonsko	Osebno
Tajništvo	Po, T, S	08.00	15.00	✗	✗
	Č	08.00	17.00	✗	✗
	Pe	08.00	13.00	✗	✗
Tel.: 01 30 72 100, faks: 01 30 72 109 E-pošta: zdravniska.zbornica@zzs-mcs.si					
Oddelek za pravne in splošne zadeve	Po, T, S	09.00	10.00	✗	✗
	Č	13.00	16.00	✗	✗
	Pe	08.00	10.00	✗	✗
Tel.: 01 30 72 122, faks: 01 30 72 109 E-pošta: cecilija.dolhar@zzs-mcs.si					
Oddelek za zdravstveno ekonomiko, plan in analize	Po, T, S, Č	08.00	15.00	✗	✗
Tel.: 01 30 72 142, faks: 01 30 72 109 E-pošta: maja.horvat@zzs-mcs.si					
Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor	Po, T, S	08.00	15.00	✗	✗
	Č	13.00	17.00	✗	✗
	Pe	08.00	13.00	✗	✗
Tel.: 01 30 72 162, faks: 01 30 72 169 E-pošta: ana.brodnik@zzs-mcs.si					
Oddelek za finance in računovodstvo	Po, T, S	08.00	15.00	✗	✗
	Č	08.00	17.00	✗	✗
	Pe	08.00	13.00	✗	✗
Tel.: 01 30 72 132, faks: 01 30 72 109 E-pošta: helena.novak@zzs-mcs.si					
Oddelek za stike z javnostmi in uredništvo revije ISIS	Po, T, S	08.00	15.00	✗	✗
	Č	08.00	17.00	✗	✗
	Pe	08.00	13.00	✗	✗
Tel.: 01 30 72 152, faks: 01 30 72 159 E-pošta: isis@zzs-mcs.si					



Vsebina

uvodnik	Marko Bitenc	• Pravične primerjave	3
novice		•	8
fotoreportaža	Metka Zorc	• Spomin na 32. mednarodni memorialni sestanek prof. dr. Janeza Plečnika	30
	Pavle Kornhauser	• Ob rob 32. zdravniškem koncertu v "čast in slavo" Plečnikovega memoriala	33
iz glasil evropskih zbornic	Boris Klun	• Novi honorarji za izvedeniška mnenja v Avstriji	37
	Boris Klun	• Bioterorizem na pohodu	39
intervju	Elizabeta Bobnar Najžer	• Franc Košir, univ. dipl. prav.	40
aktualno	Zlatko Fras	• Specializacije zdravnikov v letu 2002	49
	Lidija Andolšek, Dunja Obersnel Kveder, Andrej Kveder	• Majhne porodnišnice - da ali ne	57
	M. Grgič Vitek, M. Rode	• Ocenjevanje preprečevanja in obvladovanja okužb s HIV in drugih nalezljivih bolezni v zobozdravstvu	61
	Anamarija Rožič Hristovski, Sonja Pogačnik	• Vloga digitalne knjižnice CMK pri iskanju odgovorov na klinična vprašanja	63
	Alfred B. Kobal	• Biološki nadzor izpostavljenosti in pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih	66
	Jurij Fürst	• Sklep o razvrščanju zdravil na liste - pomembna novost tudi za zdravnike	72
forum	Vojko Flis	• Predlog o ustanovitvi medicinske fakultete na Univerzi Maribor	74
obletnice	Milan Žuntar	• Zvonimir Šusteršič, 90-letnik	75
	Eldar M. Gadžijev	• 50. obletnica prve resekcije desne polovice jeter (1. del)	77
zanimivo	Helena Lovinčič, Diana Zajec	• Evropska zdravstvena komunikacijska mreža (EHCN)	80
	Karin Serbec, Gorazd V. Mrevlje	• Predstavitev oddelka za zdravljenje motenj hranjenja	84
status artis medicae	Ema Mušič	• Antibiotiki v ambulantnem zdravljenju pljučnice starostnika	86
program strokovnih srečanj		•	89
delo Zbornice		• Zapisniki IO ZZS	102

spletna stran
Zdravniške zbornice Slovenije:
<http://www.zzs-mcs.si>



12



30

Tokratna pozornost je namenjena rentgenologom, ki marljivo beležijo notranjosti trdnih delov človeškega telesa. Fotografski negativ, ki nikoli ne bo razvit v pozitiv. Dramatični zaplet ustvarjajo polovično prevrnjeni smučarski čevlji, simbol nenaravnega položaja, ki nakazuje poškodbo. Zaključek je viden na rentgenskem posnetku, ki je vsaj drugi, če ne tretji ali četrti v procesu zdravljenja človeške krhkosti. Specialisti travmatologi so smučarsko poškodbo uravnali, nadebudnež se bo ponovno lahko spuščal po opojnih belih strminah.

Tekst in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

strokovna srečanja	Mateja Bulc	• Učna delavnica Lenart 2001	106
	Tomaž Rott	• Teden memorialov na Medicinski fakulteti	107
	Marjeta Sedmak	• 23. svetovni pediatrični kongres	111
	Mateja Krajc	• Onkološko genetsko svetovanje	113
	Barbara Gnidovec Stražišar, David Neubauer	• 10. srečanje Evropskega pediatričnega kluba za spanje (EPSC)	115
	Neli Vintar, Mateja Lopuh	• 3. kongres anesteziologov Slovenije	116
	Dušan Senica	• Prva evropska konferenca PAIMM 2001	119
	Urška Lunder	• Kako komunicirati z bolnikom	124
	Samo Vesel	• Učna delavnica o prenatalni diagnostiki strukturnih srčnih napak	125
	Kristina Mikek	• "Histološki" pregled roženice in vivo	128
	Rafael Kapš	• Poročilo o Šoli intenzivne medicine	129
	Vesna Džubur	• Prvi kongres stomatologov Bosne in Hercegovine	130
	Franci Gril	• Jesensko srečanje gastroenterologov v Laškem	131
	Željko Jakelič	• Predprotetična kirurgija in implantologija	132
	Barbara Gnidovec Stražišar	• Poročilo z drugega letnega srečanja Sekcije za otroško nevrologijo	133
odmevi	Andrej Žmavc	• Prikaz primera z uporabo transtelefonskega EKG-ja	134
	Drago Petrič	• Rušilne teze ministra Kebra	135
	Rudi Škapin	• Impotenca in viagra	137
recenzija	Marjan Kordaš	• Živimo s srcem	137
zdravniki v prostem času	Tomaž Rott	• Zimska pravljica	139
	Ljerka Glonar	• Zimske počitnice	141
pisma uredništvu	Maja Trošt	• Pismo iz New Yorka	142
		• Pismo uredništvu	143
smeh ni greh	Ljerka Glonar	• Pes in moj prijatelj	144
personalia		•	145
koledar zdravniških srečanj		•	149
misli in mnenja uredništva	Elizabeta Bobnar Najžer	• Jezik, jezika	166

<http://www.zzs-mcs.si>

Investicije v zobozdravniške ordinacije v Nemčiji

Od januarja leta 1999 v Nemčiji po zakonu zobozdravnik, ki je dopolnil **68 let** ne more več delati s koncesijo. Zato se je v Nemčiji po tem obdobju pričela živahna prodaja zobozdravniških ordinacij. Nemška zobozdravniška zbornica je pripravila pregled stroškov nakupa take ordinacije in to primerjala s stroški, ki nastanejo ob gradnji in opremljanju nove ordinacije. V obsežni študiji so v zbornici želeli tudi ugotoviti starostno in spolno strukturo nemških zobozdravnikov, način njihovega dela (sami ali v skupini), gostoto ordinacij po državi in še nekatere druge podatke.

V letih 1999/ 2000 sta bili v Nemčiji za investicije v zobozdravstvu porabljeni okoli 2 milijardi nemških mark, to pa je že spoštovanja in pozornosti vredna vsota denarja.

V prvem delu študije so ugotavljali način in organiziranost zobozdravnikovega dela:

- Izgradnja nove ordinacije;
- Nakup že delujoče ordinacije;
- Delo v skupinski praksi z drugimi kolegi.

Predvsem je zanimivo, da interes po delu v skupini še z nekaterimi kolegi v Nemčiji iz

leta v leto narašča. V letu 2000 je delal na tak način **že vsak četrti nemški zobozdravnik**.

Največja vrednost nakupa in prevzema že vpeljane zobozdravniške ordinacije je v prevzemu **pacientov**, ki so hodili k predhodniku in to je res velik kapital, ki odtehta včasih že precej amortizirano opremo.

Najbolj v Nemčiji upada gradnja novih ordinacij; za to možnost se je v letu 2000 odločilo le 35 odstotkov zobozdravnikov, ki so v tem letu pričeli z delom. Za prevzem in odkup že delujoče ordinacije se je odločilo 43 odstotkov zobozdravnikov, za delo v skupini pa 22 odstotkov (v letu 1996 se je za to obliko dela odločilo le 15 odstotkov zobozdravnikov).

Zanimivo je, da se za delo v skupini odločajo predvsem mladi zobozdravniki, ki vidijo v takem načinu dela cel kup strokovnih pa tudi finančnih prednosti.

Zobozdravniki, ki so stari nad 40 let pa se največkrat odločajo za novogradnjo ordinacije, v kateri delajo sami.

Čeprav je pri vseh teh podatkih še vedno čutiti razlike med zahodnim in vzhodnim

delom nemške države pa je največja razlika v spolni strukturi, saj v zahodnem delu pri odpiranju ordinacij močno prevladujejo moški (69 odstotkov), v vzhodnem delu pa prevladujejo ženske (69 odstotkov), ki se kar v 27 odstotkih odločajo za delo v skupini – skupinski praksi.

Tudi za Nemčijo je značilno, da želijo zobozdravniki nove ordinacije odpirati predvsem v velikih mestih; v letu 2000 je bilo to kar v 51 odstotkih vseh novih ordinacij.

Novogradnja in oprema zobozdravniške ordinacije je v letu 2000 veljala okoli **600.000 mark**, nakup že delujoče ordinacije pa okoli 470.000 mark. Za nakup jemljejo mlajši zobozdravniki precej večje kredite kot zobozdravniki po 40. letu.

V primerjavi z zdravniki, investirajo zobozdravniki v prostore in opremo precej več, saj dosegajo primerljivi stroški za kirurga v Nemčiji okoli 530.000 mark, za ginekologa okoli 400.000 mark, za splošnega zdravnika okoli 250.000 mark in za nevrologa okoli 215.000 mark. ■

Matjaž Rode

Večina za uvoz izvornih celic

Strokovnjaki za etiko pri nemški vladi, združeni v Nationale Ethikrat, so se na pragu decembra z večinskim glasovanjem odločili za uvoz embrionalnih izvornih celic, pri čemer bodo po besedah predsednika Spirosa Simitisa določili stroge uvozne pogoje. Odločitev, ki so jo s 14 glasovi za (in 8 proti od skupno 25) sprejeli v nemških strokovnih krogih, naj bi prižgala zeleno luč za dobavo izvornih celic v naslednjih treh letih, kar bi Nemcem omogočilo, da se bodo enakopravno vključili v mednarodne znanstveno-raziskovalne tokove. Se-

veda bo zadnje, ključno besedo pri tej pomembni odločitvi, dal zvezni parlament, ki bo v sodelovanju z vlado tudi pripravil zakonsko podlago za uvoz in uporabo izvornih embrionalnih celic v prihodnjih treh letih. Nemci so pripravljene uvažati le izvorne celice embrijev, zaplojenih z oploditvijo in vitro in niso več primerni za implantacijo v maternico. Obenem pa naj bi bil obseg tovrstnega uvoza, ki bo posvečen strogo znanstvenim namenom, pogojen s konkretnimi potrebami domačih znanstvenikov. Končno odločitev o uvozu izvornih celic bo nemš-

ki Bundestag sprejel in objavil predvidoma 30. januarja leta 2002. Le dan potem pa bo (glede na odločitev parlamenta) nemško zvezno raziskovalno združenje DFG doreklo in odločalo o projektu bonskega nevrobiologa dr. Oliverja Bruestala, ki namerava iz uvoženih embrionalnih izvornih celic vzgojiti nadomestno tkivo, s katerim naj bi zdravniki pomagali neozdravljivo bolnim pacientom, najprej tistim s Parkinsonom in Alzheimerjem. ■

Vir: DPA

nm

Vedno znova priložnosti za praznovanje

Sekcija upokojenih zdravnikov Slovenskega zdravniškega društva, ki je znana po svoji neusahljivi dejavnosti v obliki srečanj, predavanj, skupnih organiziranih oddihov in izletov, je spet praznovala.

Tokrat so v svečanem prazničnem vzdušju podelili diplome članom sekcije, ki so dopolnili 80 oziroma 90 let. 18. decembra 2001 so dvorano SZD do zadnjega kotička napolnili člani sekcije, ki so prišli pozdravit jubilate. Svečanost je s pozdravnimi besedami odprla predsednica sekcije Elizabeta Vrančič, dr. stom. Za povabljenke je organizirala prijeten kulturni program. Najprej smo slišali nekaj hudomušnih verzov o medicini, zdravstvu in živahnem delovanju sekcije iz rokopisa že pokojnega dr. Rudolfa Del Cotta. Prof. dr. Miran F.

Kenda, dr. med., predsednik glavnega strokovnega sveta SZD, je podelil diplome enajstim 80-letnikom – prof. dr. Petru Borisovu, prof. dr. Dragi Černelč, prof. dr. Bojanu Fortiču, prof. dr. Zori Konjajev, prof. dr. Sašu Luzarju, prof. dr. Pavli Mavec, prof. dr. Ljubici Vučetič, prim. dr. Štefki Kavčič, dr. Roziki Dovč, dr. Cirili Špindler in prof. dr. Darinki Soban, diplome ob 90-letnici pa so prejeli dr. Marjan Križman, prim. dr. Vela Tuma in prof. dr. Zvonimir Šuštersič. Predsednica je poudarila, da gre zahvala za dejavno sodelovanje prav vsem v sekciji. Upo-

kojence je nagovoril tudi generalni direktor Kliničnega centra dr. Primož Rode, dr. med. Med zbrano množico je prepoznal marsikateri obraz iz časov, ko je sam začel z delom v KC in je potreboval nasvete izkušenih zdravnikov. Zahvalil se je za poklicno pot, ki so jo prehodili danes že upokojeni zdravniki in orali ledino za rodove za seboj. Sedaj je sam v njihovi vlogi in upa, da bo tudi sedanja zasedba KC pustila sledi za nadebudne generacije. Ena od članic sekcije je z nekaj besedami spomnila na preteklo stoletje, prvo in drugo svetovno vojno, ki sta pokopali tudi



*dr. Marjan Križman,
90-letnik*



*prim. dr. Vela Tuma,
90-letnica*



*prof. dr. Ljubica Vuče-
tič, 80-letnica*



*prim. dr. Štefka Kav-
čič, 80-letnica*



*prof. dr. Zora Konja-
jev, 80-letnica*



*dr. Cirila Špindler,
80-letnica*



*dr. Peter Borisov, 80-
letnik*



*prof. dr. Sašo Luzar,
80-letnik*



*prof. dr. Bojan Fortič,
80-letnik*



*prof. dr. Pavla Mavec,
80-letnica*

mnoge dobre zdravnike. Bil pa je to tudi čas skokovitega napredka v medicini, institucionalizacije in razvoja socialnih struktur. Kulturni program so popestrili stari znanci upokojencev, Kranjski kvintet, in zažgoledi nekaj slovenskih narodnih. Ustvarili so prav živahno vzdušje, tako da so ob kapljici rujnega ubrano zapeli tudi upokojenci sami in nazdravili večni mladosti. ■

Aleksandra Šarman
Foto: Amadej Lah



Slavlence je pozdravil tudi poslovni direktor Kliničnega centra dr. Primož Rode.

nega centra dr. Primož Rode.



Živahno vzdušje v dvorani SZD ob podelitvi jubilejnih diplom

<http://www.zzs-mcs.si>

Zdravniška zbornica posodablja informacijsko poslovanje in del tega projekta je bila tudi izdelava spletnih strani. Po obsežnih pripravah vas sedaj lahko povabimo na obisk v elektronsko Zbornico. Grafična zasnova je delo Aleša Gollija, izvedba Barbare Andrejašič, večina fotografij Amadeja Laha, vsebino so prispevale strokovne službe Zbornice, nevhvalno garaško delo koordinatorice je prevzela Elizabeta Bobnar Najzer.

Sedaj se torej postavljamo na ogled. Zgodovina spletnih predstavitev Zbornice sega že v leto 1996, ko je bilo prvič možno pregledovati revijo Isis tudi na zaslonu. V letu 1999 so bile načrtovane obnovitve in razširitve tedanje zasnove, ki so v prvi podobi zaživele v prazničnem decembru 2001. Do sedaj dokončana postavitev je na videz "statična". Vsebuje osnovne podatke o nastanku, predstavljena je organizacijska shema vseh ravni: volilnega telesa, skupščine, regijskih odborov, izvršilnega odbora s posameznimi odbori in svetom, strokovnih služb, pritožbenih organov, založniške dejavnosti. Dostopni so vsi zbor-

nični akti in pravilniki, vključili smo nekatere zakone, pomembne za zdravništvo. Veliko pozornosti smo namenili povezavam, kjer smo skušali nanizati tako domače kot tuje, s posebnim poudarkom na tujih stanovskih organizacijah. Za nami je prvi del naloge, približno ena desetina. Preostali, večinski del bo postavitev spletnih dveri, kjer bodo člani z geslom dostopali do različnih podatkov, se prijavljali na strokovna srečanja, sekundarijat, urejali podaljšanje licenc, razpravljali v forumih, in še in še. Kdaj? Ko bodo vzbrstela drevesa, spomladi 2002.

Vabimo vas, da nam sporočate svoje pripombe, saj si želimo, da bi splet deloval z zdravništvom za zdravništvo. ■

Elizabeta Bobnar Najzer



Trideset let Kliničnega inštituta medicine dela, prometa in športa

Koncem decembra leta 2001 je Inštitut za medicino dela, prometa in športa proslavljal trideseto obletnico svojega obstoja. V Kliničnem centru so se zbrali nekdanji in sedanji sodelavci medicine dela, prometa in športa, da bi proslavili ta jubilej. Proslava je bila razdeljena v dva dela: slavnostni in strokovni del.

Slavnostni del so začeli pevci vokalne skupine Kliničnega centra pod vodstvom Judite Cvelbar. Sledil je recital pesmi delavcev v medicini dela. Na goslih jih je z irsko in ameriško glasbo spremljal Anton Cerar. Pesmi so bile dela Rajka Brgleza, dr. med., Jožeta Jensterla, dr. med., in Nuše Lavrih, profesorice zdravstvene vzgoje.

Likovni del so prispevali slikarji: Danica Gala Bem, dr. med., Tihomir Ratkajec, dr. med., prof. dr. Janko Sušnik, dr. med., Darinka Zaletel, medicinska sestra in kipar prim. Vanja Vuga, dr. med.

O razvoju medicine dela nekoč in njenih prvih korakih **Kako smo delali** je govoril prof. dr. Samo Modic prvi direktor Inštituta. Povedal je, kako so nastali prvi dispanzerji medicine dela, kako je v letu 1963/64 potekal prvi podiplomski študij v Sloveniji, kako je bil organiziran III. jugoslovanski kongres medicine v Ljubljani, in še isto leto ustanovljen Inštitut za medicino dela v Ljubljani, katerega prvi direktor je bil. Sledil je razvoj medicine dela, podiplomski študiji, ki so pripeljali do vedno novih in novih specialistov medicine dela, prometa in športa. Tako je bilo nekaj let in ta čas je inštitut doživljal razcvet. Potem pa je zavel šibkejši veter, ki je medicini dela obetal slabše čase. Saj naj bi bila medicina dela socialistična medicina, ki naj bi v današnjem času ne imela več svojega mesta.

Sedaj vodi predstojništvo Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa as. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med., ki je na tem praznovanju podala vizijo razvoja inštituta. Poudarila je, "da prehod Slovenije v Evropsko unijo od nas zahteva razvito varovanje zdravja delavcev, ki mora slediti prevzetim konvencijam in direktivam s področja



varovanja zdravja delavcev. V sistemu zdravja in varnosti pri delu je v okviru države nujno umeščena tudi inštitucija varovanja zdravja delavcev (*Occupational health institute*), ki jo mi zaradi tradicije imenujemo Inštitut za medicino dela".

Predstojnica je razvoj videla takole. Vzpostavili naj bi naslednje oddelke: oddelek za poklicne bolezni, oddelek za ergonomijo in fiziologijo dela, oddelek za promet, oddelek za industrijsko toksikologijo in industrijsko higieno, oddelek za epidemiologijo delovnega okolja, oddelek za psihologijo in humanizacijo dela., oddelek za vzgojo in promocijo zdravja pri delu, Center za športno medicino.

Dela je še veliko. Še posebej, če hočemo izpolniti vse zahteve, ki jih postavlja pred nas Evropska unija. Zelo zahtevna naloga je vzpostaviti stanje v skladu s pravilnikom o varnosti z oceno tveganja.

Inštitut za medicino dela, prometa in špor-

ta je začel izdajati revijo **Sanitas et labor (Zdravje in delo)**. Doslej sta izšli dve številki. Prva je bila posvečena azbestozi, druga pa je izbor člankov ob 30-letnici inštituta za medicino dela, prometa in športa.

Vsebina zbornika je naslednja:

Metoda Dodič Fikfak: **Namesto uvodnika**

Metoda Dodič Fikfak: **Amfibolna terapija**

Marija Molan, Gregor Molan: **Model povezave razpoložljivosti in delovnega okolja**
Niko Arnerič: **Stališča do prometne varnosti pri nas in v Evropi**

Alenka Lestan: **Karcinogeni na delovnem mestu pri zdravstvenih delavcih Onkološkega inštituta**

Sonja Modic Sočan: **Poškodbe pri delu, bolniški stalež, invalidiziranje in upokojevanje v Termoelektrarni Šoštanj in Republiki Sloveniji v obdobju 1980 – 1996**

Maja Kistl, Vanja Vuga: **Poškodbe in preobremenitve športnikov – javnozdravstveni problem**

Nevenka Šestan: **Petletna analiza strukture pregledanih pri posebni zdravniški komisiji z vidika možnosti sodelovanja medicinske sestre**

Darinka Štingel: **Komunikacija medicinske sestre z vrhunskim športnikom**

Marija Simčič: **Varovanje pred okužbo na delovnem mestu v zdravstvu**

Alfred B. Kobal: **Vpliv rudnika živega srebra na zdravje rudarjev in prebivalcev Idrija**

Marjan Bilban: **Vpliv spola na nezgode v cestnem prometu**

Alenka Škerjanc: **Bolniški stalež zaposlenih s sladkorno boleznijo**

Irena M. Lazar: **Odnos slovenskih zdravnikov do zdravega načina življenja**

Andrejka Fatur Videtič: **Pomen celotne funkcijske ocene za vrnitve na delo**

Zora Vadnjal Gruden: **Spremljanje pljučne funkcije delavcev v gumarski industriji – primerjava obdobjnih preventivnih pregledov s ciljno spirometrijo**

Stane Pušnik: **Eletkromiografija pri opredeljevanju obremenitev mišičnega sistema – uporabnost pri poklicnem delu** ■

Anton Prijatelj

NEUSMILJENO VARČEVANJE

Vrtoglave stroške za zdravila skuša bližnja Nemčija zavezati na najrazličnejše načine, med drugim tudi s povišanjem cen večjih pakiranj zdravil. Tako bodo bolniki v prihodnosti za večje pakiranje zdravila plačali najmanj dvakrat več kot za osnovno, manjše. Po mnenju Ulle Schmidt, nemške zvezne ministrice za zdravstvo, je razlika v ceni, ki znaša le 8 do 10 DM, premajhna, da bi spodbujala k varčevanju in predstavlja le svojevrstno potuho, tako za zdravnike kot tudi za bolnike. Obenem pa želi ministrica Ulla Schmidt z zavarovalnicami skleniti dogovor, da bodo v prihodnje plačevale svojim zavarovancem le tista dražja zdravila, ki so tudi dejansko bolj učinkovita od cenejših. Seveda bo potrebno o tem najprej podrobno informirati zdravnike in dobro obvestiti tudi uporab-

nike. Na ta način nameravajo v Nemčiji prihraniti kar 600 milijonov mark. Pred uvedbo novih ukrepov pa namerava ministrica Ulla Schmidt s sodelavci s pomočjo raziskave na vzorčnem modelu ugotoviti, ali je tovrstna praksa v sodelovanju s tamkajšnjimi zdravniki in lekarnarji tudi izvedljiva v vsakdanji zdravstveni praksi. ■

Vir: ZDF

nm

KLJUB PRIMANJKLJAJU MANJ DENARJA

Kljub dejstvu, da zdravstvene zavarovalnice poslujejo z milijardno izgubo, bo nemška vlada v letu 2002 odobrila (še) manj finančnih sredstev za nakup zdravil in zdravilnih sredstev. V okviru najnovejšega varčevalnega paketa, ki ga bo ministrica Ulla Schmidt ob koncu leta poklo-

nila tamkajšnji zdravstveni javnosti, bo za zdravila na voljo dve do tri milijarde DEM manj denarja kot doslej. Omenjeni ukrep bo nedvomno streznil uporabnike in izvajalce zdravstvenih storitev, obenem pa bo prizadel tudi farmacevtsko industrijo. Sicer pa so nemški zdravniki že v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, leta 1993, pristali na kolektivni dogovor, da bodo s svojim honorarjem jamčili za varčno predpisovanje in uporabo zdravil (kdor jih predpiše več, to občuti na lastnem žepu). Pri tem je kazena zaradi kolektivnega značaja grozila tudi zdravnikom, ki so smotrno in varčno ravnali z zdravili. V praksi pa je stvar izgledala malce bolj prizanesljivo, saj doslej celo zdravniki, ki so večkrat prekršili varčevalno klavzulo in prekoračili predpisani "individualni proračun" za zdravila, niso bili poklicani na odgovornost. V prihodnosti pa naj bi se razmere na tem področju poostrele. ■

Vir: ARD

nm

DiagCenter d.o.o.



**Računalniška diagnostika
□ zdravju**

*Preventivna računalniška diagnostika!
Zaposlimo zdravnike in medicinske sestre!*

Diagcenter d.o.o., Ježa 43, 1231 Ljubljana-Črnuče
Telefon: 040 664 207

Prenovljena in povečana Zdravstvena postaja Šempeter pri Gorici

V Šempetru pri Gorici so dne 7. septembra 2001 odprli prenovljeno in povečano zdravstveno postajo.

Prenova in obnavljanje ter večanje ni bilo enostavno, saj sta lastnika stavbe dva zavoda: osnovno varstvo in zobozdravstvo. Obiskovalci oziroma pacienti pa so iz več občin.

V pritličju in prvem nadstropju so prostori osnovnega zdravstvenega varstva, v drugem nadstropju pa so prostori zobozdravstva, medtem ko si kletne prostore delita oba zavoda.

V stavbo se je osnovno zdravstvo vselilo pred 25 leti. Pred tem je bil v tej stavbi interni oddelek bolnišnice Šempeter.

Tako so sedaj v prenovljeni zgradbi v prit-

ličju tri splošne ambulante, dispanzer za žene, fizioterapija in prostor za medicinske intervencije.

V prvem nadstropju sta dve splošni ambulanti, otroški dispanzer, šolski dispanzer poleg patronaže in citologije.

V kleti pa so hematološki in urinski laboratorij, sterilizacija, pralnica poleg garderobe za osebje in citološkega laboratorija.

Javni zavod Zobozdravstveno varstvo Nova Gorica je praznoval v dneh otvoritve prenovljene zdravstvene postaje Šempeter pri Gorici 28-letnico samostojnosti zobozdravstvenega varstva na Goriškem.



Zdravstvena postaja Šempeter pri Gorici



Na svečanosti pred Zdravstveno postajo: direktor ZD Nova Gorica Mihael Demšar (drugi z leve), minister za zdravje Dušan Keber, predsednik državnega zbora Borut Pahor, župan občine Šempeter Vrtojba Dragan Valenčič, državni sekretar Dorjan Marušič in direktor enote zobozdravstvo v Novi Gorici Rafael Podobnik (z leve)

V novih in prenovljenih prostorih Zdravstvenega doma Šempeter pri Gorici imajo novo šolsko ambulanto, eno splošno zobno ambulanto, eno splošno zobno ambulanto za nadomeščanje vseh izpadov v zavadu, eno ambulanto za ustnega higienika ter tri specialistične zobne ambulante za stomatološko protetiko, oralno kirurgijo, parodontologijo, pri čemer bosta parodontološka in protetična ambulanta polovico delovnega časa posvetili splošnemu stomatološkemu delu.

Otvoritve so se udeležili mnogi krajanje Šempetra, delavci zdravstvenega doma Nova Gorica ter gostje: predsednik parlamenta Borut Pahor, minister za zdravje dr. Dušan Keber, župan občine Šempeter Vrtojba Dragan Valenčič in oba direktorja prim. Rafael Podobnik, dr. stom., in Mihael Demšar, dr. med. Vsi govorniki so poudarili pomembnost prenovljenega zdravstvenega doma, ki bo koristil prebivalcem Šempetra in okolice, saj po zbranih podatkih mesečno obišče ambulante osnovnega zdravstva v tej zgradbi okoli 6.000 občanov, kar letno pomeni več kot 70.000 obiskov.

Anton Prijatelj

Poročilo s prvega slovenskega zdravniškega državnega prvenstva v badmintonu



Udeleženci državnega prvenstva zdravnikov in zobozdravnikov

Badminton je šport, nekoliko podoben tenisu, ki je v 18. stoletju v Evropo prišel z Daljnega vzhoda. Še pred leti smo ga poznali kot predvsem rekreativen šport, ki smo ga najpogosteje igrali na travi, bolj v zabavo. V zadnjih letih je postal zelo popula-

ren, močno se je razširil. Od leta 1992 je tudi olimpijska športna disciplina, 15. decembra 2001 pa smo imeli tudi slovenski zdravniki prvo državno prvenstvo v badmintonu.

Prvenstvo je organiziral Matjaž Koželj, potekalo je v Ljubljani, v športni dovrani Ko-

Rezultati

Mlajše ženske:

1. Alenka Kotnik
2. Simona Kirbiš
3. Katja Kalan

Ženske:

1. Marija Ilijaš Koželj
2. Renata Šibli
3. Irena Sepin

Mlajši moški:

1. Martin Pavlin
2. Ervin Strbad
3. Janez Jazbec in Marko Korošec

Moški:

1. Marko Lovšin
2. Matjaž Koželj
3. Robert Reljič

Dvojice:

1. Ervin Strbad, Marolt
2. Martin Pavlin, Simona Kirbiš
3. Alenka Kotnik, Katja Kalan



Nosilke medalj v kategoriji žensk: Renata Šibli, Marija Ilijaš Koželj, Irena Sepin



Nosilci medalj v kategoriji mlajši moški



V igri dvojic sta Alenka Kotnik in Katja Kalan osvojili 3. mesto.

nex. Udeležilo se ga je 31 zdravnic in zdravnikov, razdeljenih v skupine ženske in mlajše ženske ter moški in mlajši moški. Najprej smo tekmovali v konkurenci posameznic in posameznikov, nato pa še med dvojicami. Ker smo med tekmovanjem ugotovili, da ženske ne igrajo badmintona nič slabše od moških, so bile dvojice sestavljene poljubno, neodvisno od spola.

Samo tekmovanje je potekalo v zelo prijetnem in sproščenem vzdušju, sodili smo si sami, kar ni povzročalo nobenih konfliktov. To je opazil tudi predsednik slovenskega zdravniškega športnega društva Medicus dr. Andrej Bručan, ki nas je obiskal.

Po končanem tekmovanju smo še nekaj časa posedali ob prekmurskem bograču in pivu Union, ki so ga pili tudi Štajerci, celo Celjani. ■

Andrej Gruden, Matjaz Koželj



Renata in Tom Šibli med igro dvojic

Kloniranje skozi prizmo zakona

Kdo je proti?

Velika Britanija, kjer je mnogo zadev na tem področju še nedorečenih, bi morala zakonsko urediti področje človeškega kloniranja, da bi se s tem izognili poskusom reprodukcije človeka, je konec novembra, pred začetkom parlamentarne razprave o sprejetju ustreznega zakona po hitrem postopku povedal britanski minister za zdravstvo Philip Hunt. Obenem je dejal, da podpira kloniranje v terapevtske namene, saj po njegovem mnenju nudi možnost za zdravljenje mnogih bolezni, vendar pa bi to področje moralo biti zakonsko urejeno. Hunt je še pojasnil, da bo zgornji dom britanskega parlamenta o predlogu omenjenega zakona razpravljajal prihodnji ponedeljek. Nov zakon, ki ga bo v četrtek obravnaval še spodnji dom, ne prepoveduje kloniranja zarodkov v terapevtske namene, pač pa vsaditev kloniranega zarodka v maternico ženske. **Japonska** bo v kratkem sprejela podrobnejše smernice, ki bodo urejale raziskovanje drugih tehnologij za kloniranje. Kot je pred kratkim sporočila japonska vlada, naj bi z omenjenimi smernicami zagotovili, da se ne bo nikoli rodil človeški klon, obenem pa bodo

dovoljene medicinsko koristne raziskave z uporabo človeških in živalskih celic. Trenutno je na Japonskem v veljavi dokaj strog zakon, ki v deželi vzhajajočega sonca prepoveduje kloniranje človeka in predvideva zaporno kazen do deset let za vse kršitelje.

Evropska komisija (EC) nasprotuje kloniranju človeškega zarodka, so v odzivu na novico, da je ameriška družba Advanced Cell Technology kloniranje uspešno izvedla in s tem pridobila izvorne celice, povedali na Komisiji. Njene pristojnosti na tem področju so sicer omejene, saj ji pogodba EU ne prepoveduje njegovega zakonskega urejanja, temveč je to v pristojnosti držav članic. Njihovo skupno stališče Komisija poskuša posredno zagotoviti v okviru novega okvirnega programa za raziskave in razvoj, po katerem EU naj ne bi finančno podprla raziskav, povezanih s kloniranjem človeških zarodkov za potrebe razmnoževanja, v raziskovalne namene ali za pridobivanje izvornih celic, in tudi ne raziskav, katerih cilj je sprememba človeške dedne zasnove.

Raziskavam na področju izvornih celic Komisija načeloma sicer ne nasprotuje, so ob tem še poudarili na Komisiji, a dodali, da morajo te celice izvirati iz splavljenih zarod-

kov ali zarodkov, ki pri umetnih oploditvah ostanejo neuporabljeni. Pri sofinanciranju takšnih raziskav Komisija seveda upošteva nacionalno zakonodajo oziroma veljavno ureditev v posameznih državah.

Ta se po podatkih Komisije od države do države zelo razlikuje je nacionalno specifična. Najstrožje je področje urejeno na **Irskem**, kjer ustava prepoveduje kakršenkoli poseg v človeški zarodek. Po sicer ne najnovejših podatkih Komisije so raziskave na zarodku ali njegovih celicah prepovedane v Avstriji, na Danskem, v Nemčiji in v Italiji, drugje pa so pod strogimi pogoji dovoljene ali pa področje sploh ni zakonsko urejeno. Omeniti še velja, da je večina držav članic EU pristopila ali pristopa k zavezujoči izjavi Sveta Evrope, ki prepoveduje kloniranje: Grčija, Španija in Italija so jo podpisale in ratificirale, Danska, Finska, Francija, Luksemburg, Nizozemska, Portugalska in Švedska pa le podpisale. K njej niso pristopile Avstrija, Nemčija, Belgija in Velika Britanija. Strogo in načelno proti kloniranju človeka je nastopil tudi **Vatikan**, ki je kloniranje označil kot nasilje nad dostojanstvom življenja in zločin zoper človeštvo. Čeprav je italijanski minister za zdravstvo Girolamo

Sirchia dejal, da znanstveni postopek ameriške družbe Advanced Cell Technology ni človeško kloniranje, je katoliška cerkev ta poskus ostro obsodila. Tajnik kongregacije za nauk vere, nadškof Tercisio Bertone je ob tem izrazil upanje, da bo vest človeštva ustavila neodgovorna ravnanja. Bertone je tudi dejal, da so s poskusi kloniranja prekoračili mejo, saj kloniranje predstavlja nasilje nad dostojanstvom človeškega življenja. **Italija** se je ostro odzvala na novico o kloniranju človeškega zarodka v ZDA. Če bi v prihodnosti klonirali človeka, bi bil to prefinjeni zločin zoper humano populacijo v celoti. Poizkusi kot je kloniranje človeka niso dopustni in zahtevajo zelo stroge kazni, je izjavil prvi mož italijanskega zdravstva, Girolamo Sirchia.

Najnovejši poskus v ZDA je sicer drugačen; znanstveniki zarodka niso vsadili, temveč so se ustavili v osnovni fazi šestih celic. Dokler bodo raziskave ostale na tej ravni, je dodal italijanski minister, se je še mogoče pogovarjati. Ob tem je poudaril, da bi se zadeva povsem spremenila, če bi izvorne celice vsadili v maternico ženske. V tem primeru bi šlo za dogodek, ki ga nobena zakonodaja na svetu ne sprejema, je opozoril Sirchia in dodal, da je zadevo potrebno nadzorovati, saj nobena znanost sama po sebi ni dobra ali slaba, temveč je uporaba tista, ki jo lahko naredi slabo ali dobro. Prav tako ni novost, da se znanost lahko izrodi ali popači, je ob misli na bioterorizem dejal italijanski minister za zdravstvo. "Naša dolžnost je, da varujemo človeštvo tako, da postavimo etične meje tehničnim možnostim, zato da bi bilo vse, kar se zgodi, v dobro človeka in ne v njegovo škodo." Minister Sirchia, ki sicer podpira poskuse na živalih, je še poudaril, da bo o raziskavah kloniranja v Italiji odločal parlament.

V **Nemčiji** kloniranje človeških zarodkov označujejo kot neetično, v **Avstriji** kot igračkanje s človeštvom. Odzivi na sporočilo ameriške družbe Advanced Cell Technology (ACT), da so uspešno klonirali človeški zarodek, s čimer so pridobili izvorne celice, danes prihajajo tudi iz Nemčije in Avstrije. Medtem ko je nemška zdravniška zbornica znanstveni postopek ACT ostro kritizirala kot neetičnega, pa ga je predstojnik oddelka za ginekološko endokrinologijo in zdravljenje neplodnosti v bolnišnici na Dunaju Johannes Huber označil kot igračkanje. V **Nemčiji** zakon o zaščiti zarodkov prepoveduje takšne poskuse. Po besedah predsednika nemške zdravniške zbornice Joerga Dietricha Hoppeja so poskusi ameriških

znanstvenikov "mora, ki bo sedaj žal postala resničnost", označil pa jih je tudi kot neetične in očitno grozljivo zaničevanje človeškega življenja, je poročala nemška tiskovna agencija dpa. Hoppe upa, da bodo takšne postopke v prihodnje prepovedali tudi v ZDA, obenem pa je pozval k sprejetju mednarodnega dogovora, ki bi prepovedal kloniranje človeških zarodkov.

V sosednji Avstriji pa je priznani strokovnjak dr. Huber svojo kritiko utemeljil na dejstvu, da so uporabljene postopki za delitev jajčnih celic brez oploditve znani že kakih 30 let, kloniranje zarodkov pa so po njegovih besedah opravili že pred kakimi desetimi leti. Huber sicer pozornost, ki jo je povzročilo kloniranje, označuje kot kontraproduktivno, saj se s kloniranjem po njegovem mnenju tako ali tako ne da veliko narediti. Vendar pa ga čudi, da so se lotili kloniranja človeških zarodkov brez zadostnih poskusov na živalih. "Tudi za vsako zdravilo, ki ga damo na trg, je potrebno izvesti obsežne serije poskusov na živalih. V tem primeru kaj takega ni bilo storjeno," je za APA komentiral avstrijski zdravnik. Dodal je še, da je veliko bolj zanimivo, kako človeško telo samo izvaja neke vrste kloniranje izvornih celic. V Sloveniji zakonodaja ne dovoljuje kloniranja človeških zarodkov. Kloniranje človeških zarodkov bi dolgoročno pomenilo žrtvovanje in uporabo človeškega bitja kot sredstva za koristi drugega človeka. Takšna uporaba biomedicinske znanosti bi bila dejanje proti spoštovanju človeškega življenja in dostojanstva človeškega bitja, je za STA povedal predsednik državne komisije za medicinsko etiko Jože Trontelj v zvezi s sporočilom ameriške družbe Advanced Cell Technology Inc. (ACT), da je uspešno klonirala človeški zarodek ter s tem pridobila izvorne celice, ki bi jih lahko uporabili za tvorbo tkiva pri transplantaciji. Predsednik Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) Marko Bitenc pa je povedal, da je ZZS odločno proti pravici kloniranja človeških zarodkov ter tako nasprotuje direktivi EU, v kateri se priznava možnost patentiranja delov človeškega genoma. Kot je dodal, ZZS podpira patentiranje postopkov, ki na podlagi ugotovitve genoma omogočajo razvoj sodobnih zdravljenih terapij. Ne glede na to pa bi po besedah Trontelja z omenjenim dejanjem omogočili medicini, da razvije nove, morda zelo učinkovite metode zdravljenja. Tako ni mogoče zanikati, da bi lahko olajšali trpljenje nekaterim bolnikom zaradi doslej slabo ozdrav-

ljivih ali neozdravljivih boleznih, vendar samo izbranim in privilegiranim bolnikom. Kot še dodaja, pa bi bila cena za tako dejanje precejšnja, saj bi pomenila popredmetenje človeka, da se žrtvuje v korist drugega, ter ogrožanje osnovnih človekovih pravic.

In kdo je za?

EP zavrača prepoved kloniranja

Zeleno luč za kloniranje človeka pa skuša na svoj način prižgati Evropski parlament (EP), ki zavrača prepoved kloniranja. Predstavniki EP so na zasedanju v Bruslju novembra letos zavrnilo sprejem resolucije o prepovedi kloniranja človeka v Evropski uniji (EU). Proti pričujoči resoluciji je glasovalo 316 poslancev, za jih je bilo 37, 47 članov parlamenta pa se je glasovanja vzdržalo. Zavrnitev omenjene, sicer nezavezujoče resolucije, po mnenju ameriških opazovalcev predstavlja udarec pobudam o pripravi enotne zakonodaje na področju standardov kloniranja v petnajsterici.

"Praktično vsak je bil nezadovoljen glede nečesa," je bil kritičen Robert Goebbels, predsednik ad hoc parlamentarnega odbora za človeško genetiko, ki je predložil resolucijo. Dodal je še, da so poročilo na glasovanju zavrnilo člani vseh političnih skupin v parlamentu. Avtor resolucije, italijanski konservativec Francesco Fiori, pa se ni vdal v usodo, temveč je že napovedal novi poskus. "Obstaja skupna volja, da projekta ne opustimo, saj gre za zelo pomembno zadevo," je menil. Sicer je Goebbels dejal, da trenutno ni v pripravi nobeno podobno poročilo.

Evropska komisija je v svojem neposrednem odzivu na novico, da je ameriška družba Advanced Cell Technology (ACT) uspešno izvedla kloniranje človeškega zarodka in s tem pridobila izvorne celice, izrazila nasprotovanje kloniranju človeškega zarodka, vendar pa so njene pristojnosti na tem področju omejene, saj ji pogodba EU ne zapoveduje njegovega zakonskega urejanja, temveč je to v pristojnosti držav članic. Njihovo skupno stališče Komisija poskuša posredno zagotoviti v okviru novega okvirnega programa za raziskave in razvoj, po katerem naj EU finančno ne bi podprla raziskav, povezanih s kloniranjem človeških zarodkov za potrebe razmnoževanja, v raziskovalne namene ali za pridobivanje izvornih celic, in tudi ne raziskav, katerih cilj je sprememba človeške dedne zasnove. ■

Viri: UPI, APA, AFP, BBC, CNN, ZDF, ANSA, DPA, STA

nmm

Praznični december v Kliničnem centru

Mesec december je bil za Kulturno-umetniško društvo Kličnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher mesec najintenzivnejšega dela, saj smo v dvorani prenovljene Slovenske filharmonije pripravili zelo uspešen zdravniški koncert ob 32. Plečnikovem memorialnem sestanku, v prostorih Kliničnega centra pa sta bili kar dve prireditvi, 11. decembra otvoritev razstave članov Likovne sekcije KUD-a, kjer so nastopili tudi glasbeniki iz Glasbene šole Kranj, 19. decembra pa je bil za bolnike pripravljen božični koncert v sodelovanju z bolniško župnijo. Vse prireditve so bile dobro obiskane. Poslušalci oz. gledalci so z občutkom lepega doživetja odšli v bolniške sobe, nekateri pa domov.



Dušan Müller, dr. med. (predsednik Likovne sekcije KUD-a): Zoreče žitno polje

Člani Likovne sekcije so že kar pogosto gostje v razstavišču Kliničnega centra. Njim se moramo zahvaliti, da so dela v Kliničnem centru razstavljena vse leto, pa tudi za to, da so prostori na klinikah opremljeni z njihovimi likovnimi deli. Ob teh slikah korak ustavijo tako bolniki kot tudi študenti in zaposleni.

Tokrat so predstavili slike, ki so jih ustvarili v tem letu. Vsak je izbral tisto, za katero se mu dozdeva, da najbolj predstavlja njegov lasten umetniški razvoj. Razstavljajo slikarji, ki ustvarjajo že dalj časa, nekateri so že imeli tudi samostojne razstave, nekateri so šele pred kratkim našli v sebi voljo in željo do likovnega izražanja, razstavlja pa tudi pet akademskih slikarjev, ki so ostalim čla-

nom likovne sekcije mentorji. Predstavili so se: Danica Bem Gala, dr. med., Saša Boljkovac, Bogdan Breznik, ing., Vilma Colja, Miroslava Capuder, dr. med., Emilija Erbežnik, Janez Goltes, Marija Goms, Višnja Grubišič, dr. med., Andrej Herman, akad. slikar, Karel Hruza, Leon Koporc, akad. slikar, Janez Kovačič, akad. slikar, Henrik Krnec, prim. Zora Lamprecht Rijavec, dr. med., Marjan Miklavc, Jano Milkovič, Dušan Müller, dr. med., prim. Jasna Müller, dr. med., Rado Oketič, Andreja Peklaj, doc. Tone Pačnik, Dušan Sedej, dr. med., Edi Sever, Jelka Sever, Franc Skrbinek, Draga Soklič, Ljubo Soklič, Marija Strnad, Zorka Svatin Ciman, dr. stom., Pavle Ščurk, Marica Šemrov Pirc, Ladislav Ulčakar, Mira Uršič Šparovec, akad. slikarka, Zdenka Vinšek, Bernarda Zajec, Niko Zupan, dipl. ing. arh., Marjan Zaletel, akad. slikar.

S topro in mehko kritično besedo jih je predstavila gospa Polona Škodič, likovna kritičarka. Posebej je poudarila, da je iz razstavljenih del vidna osebnostna raznolikost vseh ustvarjalcev. Saj so vsi ustvarjali iskren-



Dušan Sedej, dr. med.: Breze



Draga Soklič: Razcvetele vrtnice

no, tako kot zmorejo in kot lahko. Ne ustvarjajo, da bi bilo všeč mentorju, temveč iz samega sebe, iz svojega občutka. V tem se prepozna tudi dobro delo mentorjev, pa tudi njena vedno vzpodbudna in absolutno pozitivna kritika ustvarjalcem vedno znova daje poguma, da storijo v ustvarjanju še korak naprej. In tako iz leta v leto napredujejo.

Nastopajoče v glasbenem programu je predstavila predsednica KUD-a dr. Zvonka Zupanič Slavec. Z odličnim sporedom sta nastopila učenca Glasbene šole Kranj Rožle Kadunc, 6. letnik baritona, in Rok Oblak, 3. letnik pozavne, iz razreda profesorja Vladimirja Brleka. Na klavirju ju je spremljal profesor Petar Milič. Pred kratkim so se vrnili s svetovnega glasbenega tekmovanja v Genovi (Italija), kjer sta oba učenca vsak v svoji kategoriji prejela drugo nagrado, prve pa na tekmovanju niso podelili. Uspeh je res izreden. K njemu je pripomoglo redno delo in prijateljsko vzdušje med njimi. Saj profesor ni le učitelj, temveč je med njimi tudi nekaj več. So kot prava družina. V glasbi najdejo svoj mir. Rok Oblak je o profesorju rekel, da je "dober človek po duši in nasploh odličen". Profesor se je za spremljavo zahvalil tudi pianistu, ki z njimi rad igra, kljub svojim drugim obveznostim in mnogim interesom, in kljub temu, da je tudi za to delo potrebno



Profesorja Glasbene šole Kranj Vladimir Brlek (prvi z leve) in Petar Milić s predsednico KUD-a dr. Zvonko Zupanič Slavec na koncertu v Kliničnem centru.



Rok Oblak, 3. letnik pozavne

veliko dodatne vaje. Tako ugodni pogoji res morajo dati odlične rezultate in mi smo na tokratni prireditvi uživali v njih. Zaigrali so nam naslednji program:

Leonard Bernstein: Tonight (Rožle Kadunc, bariton), Pamela Wedgwood: Walk Tall (Rok Oblak, pozavna), Leonard Bernstein: Somewhere (iz muzikala West Side Story) (Rožle Kadunc), Pamela Wedgwood: Sometime Maybe (Rok Oblak), Leonard Bernstein: Lucky To Be Me (iz On The Town) (Rok Oblak), Leonard Bernstein: Something's Coming (iz muzikala West Side Story) (Rožle Kadunc) in Pamela Wedgwood: Tequila Sunrise (Rožle Kadunc). To točko, sambo iz istoimenskega filma, so znali zaigrati že preden so film zelo uspešno vrтели tudi v naših kinematografih.

Božični koncert je letos za bolnike v Kliničnem centru pripravila Velikolaška vokalna skupina. Pojejo že dvanajsto leto, skupaj jih je 13. Veliko pojejo ob cerkvenih svečanostih in ob različnih priložnostih v občini pa tudi širše, na otvoritvah razstav, raznih proslavah, prirejajo dobrodelne koncerte za Karitas, nastopajo v domovih upokojencev, prirejajo tudi samostojne koncerte. Pod vodstvom Martine Purkart je ta mešana vokalna skupina zapela naslednji program božičnih pesmi:

Breda Šček: K nebu povzdignimo solzne oči (adventna); Gorenjska ljudska, prir. Janez Močnik: Svet Jožef in Marija; Ljudska, prir. Ubald Vrabec: Poslušajte vsi ljudje;

Ljudska, prir. Janez Močnik: Nikar ne dremajte; Leopold Belar: Že počiva vsa narava; Brahms – France Gačnik: Božična uspavanka; Reading – Matija Tomc: Hitite, kristjani; Aleksander Vodopivec: Otrok v božični noči; Srednjeveška, prir. Janez Močnik: Ta stara božična pejsen; Ljudska, prir. France Kimovec: Srečna si štalca; Gruber - Cuderman: Sveta noč.

Občudovali smo njihove lepe glasove in ubrano petje. Predstavili so se res kot zelo kakovostna vokalna skupina. Veseli smo bili, da so uspeli priti med nas.

Vezni tekst med pesmimi je pripravila Nataša Ahčin, ki veliko dela s težkimi in umirajočimi bolniki. Tudi tokrat je znala s praviimi besedami utrniti misli, ki nas običajno vodijo k družini, k strpnim in iskrenim medsebojnim odnosom. "V sveti noči ne bi smelo biti človeka, ki se ne bi čutil zaželen, sprejet in ljubljen. Kadar ne pozabljamo drug na drugega, je med nami lahko resničen božič in jaslice v kotu sobe postanejo žive." Gospod Šlibar iz bolniške župnije je posredoval tudi praznično voščilo. "Ta zgled božje zvestobe, ki ostaja z nami kljub našim nezvestobam, naj nam povrne upanje in daje moči v vseh naših prizadevanjih – tudi zdravljenju... Od uspeha bi morali biti neodvisni in verjeti, da nobeno dobro, plemenito in pošteno delo ali prizadevanje ni zaman, tudi če uspeha ne dočakamo takoj." Zaključil je s stihom iz pesmi Berte Golob: "Sanjaj betlehemske sanje, božji mir naj leže vanje."

In res je mir legel med nas v prostoru razstavišča v Kliničnem centru. Kar obsedeli smo.

Bilo je lepo.

Tatjana Praprotnik
Foto: Tatjana Praprotnik



Rožle Kadunc, 6. letnik baritona

Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (DMSZT) Ljubljana se predstavlja

V predstavitveno zloženko smo zapisali: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana je prostovoljno, samostojno, stanovsko, nepridobitno, nestransko združenje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov širše ljubljanske regije. Smo najštevilnejše regijsko društvo med enajstimi tovrstnimi združenji, ki se povezujejo v Zvezo društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Zbornico zdravstvene nege Slovenije (Zveza – Zbornica). Društvo šteje preko 4.400 članov in "pokriva" širšo ljubljansko regijo z Zasavjem, kamniško – domžalsko ravnino, na vzhodu sega do idrijskega hribovja, nato mimo Postojne do Cerknice in Kočevja. Zgodovinski spomin sega v leto 1927, ko je bila v Ljubljani ustanovljena stanovska organizacija medicinskih sester z imenom Organizacija absolventk šole za sestre, torej dejavno delujemo že skoraj 75 let.

Združevanje po regionalnem načelu pomeni medicinskim sestram možnost uresničevanja različnih interesov, potreb in želja ter večjo prepoznavnost stroke in organizacije, nadalje spremljanje aktualnih dogodkov, pomembnih za naše delo in življenje. Vizija delovanja društva se nanaša na dejavni prispevek h krepitvi in vzdrževanju zdravja in dobrega počutja naših pacientov, pa tudi nas samih. Enako pomemben se nam zdi prispevek k avtonomni profesiji zdravstvene nege, opredeljene v sodobnih dokumentih.

Nenazadnje smo kot civilna družba dolžni spremljati aktualna dogajanja v slovenskem zdravstvu in se odzivati nanje v odsevu prostora in časa, v katerem živimo.

V slovenskem zdravstvenem sistemu je zdravstvena nega še vedno premalo prepoznavna stroka, vendar se počasi, a zanesljivo spreminja v samostojno profesijo. Le to sprejemamo kot izziv, ki se udejanja med drugim v samostojni raziskovalni dejavnosti. V zadnjih dveh letih smo v društvu zaključili dva velika raziskovalna projekta: v teh dneh zaključujemo prvo fazo projekta *Medicinske*



sestre v Sloveniji. V njem smo v obširni vseh slovenski raziskavi raziskali svojo poklicno skupino: kdo smo, od kod prihajamo, kaj delamo, kako se izobražujemo, kakšna so naša etična razmišljanja in samopodoba, kako smo zadovoljni na delovnih mestih, kakšno je naše zdravje, kakšna je nasploh kakovost življenja medicinskih sester v Sloveniji.

Pred tem smo dve leti raziskovali nasilje v zdravstveni negi. Pomembnost in koristnost tega projekta sta se potrdili letos (2001), ko so si ob 12. maju – mednarodnem dnevu medicinskih sester medicinske sestre po vsem svetu za moto izbrale naslov "Medicinske sestre so vedno tu za vas – združeni proti nasilju". Raziskovalni projekt se je udejanjil v lastnem varuhu človekovih pravic, ki deluje pri Sindikatu delavcev v zdravstveni negi Slovenije in v nekaterih konkretnih akcijah. Posledica tega je tudi bolj občutljivo zaznavanje različnih oblik nasilja na naših delovnih mestih, predvsem preprečevanja teh pojavov, pa tudi bolj prijazna delovna klima v zdravstvenih in negovalnih delovnih skupinah.

Pri izbiri izobraževalnih vsebin se zavedamo, da je za kakovostno, učinkovito in us-

pešno zdravstveno nego pomembna celostna obravnava pacienta, torej človeka kot biopsiho-socialnega in duhovnega bitja. Izbiramo tiste splošne izobraževalne teme, ki jih pri svojem delu potrebujeta sleherna medicinska sestra ali zdravstveni tehnik. Ožja strokovna področja smo prepustili 29 strokovnim sekcijam, ki prav tako delujejo pri Zvezi – Zbornici. Na enem od zadnjih strokovnih srečanj smo se ukvarjali s sprejemanjem drugačnosti v najširšem pomenu; pri tem so nam bili v pomoč strokovnjaki iz družboslovnih znanosti (sociologije, psihologije). V pomenu angleške besede "care" – skrb, ki si jo je za moto svojega delovanja izbrala nova predsednica ICN (Mednarodnega združenja medicinskih sester) gospa Hancock, prepoznavamo delo s pacientom mnogo širše kot le negovalni postopek ali negovalno intervencijo. Je pristop k človeku, bolnemu ali zdravemu, in njegovemu širšemu življenjskemu okolju.

Skrb za lastno dobro počutje je, poleg spremljanja aktualnosti na področju zdravstvene nege, stalnica našega delovanja. Naši člani lahko uresničujejo svoje interese in zadovoljijo potrebe po druženju v naslednjih interesnih dejavnostih:

■ **zgodovini zdravstvene nege**, ki se počasi udejanja v muzeju zdravstvene nege, katera simbolično odprtje smo doživeli s postavitvijo uniforme prve medicinske sestre na Slovenskem, gospe Angele Boškin v osrednji avli Kliničnega centra v Ljubljani. Zavzemamo se tudi za ohranitev stare babiške sole v Ljubljani. Ker se zavedamo, da je ohranjanje zgodovinskega izročila vrednota, ki je ne smemo obiti, smo v našem društvu prvi pričeli načrtno zbirati in urejati zgodovino sestrinstva na našem področju.

■ **likovna dejavnost** – že nekaj let medicinske sestre likovno ustvarjajo na likovnih delavnicah, kjer se preizkušajo in izpopolnjujejo v likovni umetnosti. Vsaj enkrat na leto priredijo razstavo likovnih del, običajno organizirajo tudi likovno kolonijo. Le-

tos (2001) je likovno izražanje še dodatno zaživel v Galeriji Krvina v Gorenji vasi, kjer je bila v počastitev mednarodnega dneva medicinskih sester – 12. maja – posebna svečanost. Sočasno je bila na ogled tudi razstava likovnih del naših slikarjev v avli Kliničnega centra.

■ **glasbena dejavnost** - se organizirano odvijava v pevskem zboru "Florence". Dvakrat na teden se pevke srečujejo na pevskih vajah, predvsem pa jim glasbeno izražanje bogati prosti čas, ki ga je kljub želji včasih težko najti prav zaradi delovnih obveznosti. Pripravijo vsaj en samostojni koncert na leto. Zbor je dosegel štiriglasno zasedbo in se pripravljala na izdajo samostojne zgoščenke;

■ **tehnike sproščanja** medicinskim sestram niso tuje. Redna vadba joge poteka že nekaj let v dveh skupinah. Pred tem smo več let uspešno organizirali delavnice avtogena treninga. Med članstvom se pojavlja želja po spoznavanju sprostitvenih tehnik, pa tudi komplementarnih oblik zdravljenja ali zdravstvene nege, tudi zaradi boljše celostne obravnave in razumevanja bolnikovih potreb.

■ **pohodništvo in izletništvo** sta najstarejši in še vedno aktualni obliki druženja naših članic in članov. Organiziramo dva do tri pohode in vsaj dva izleta na leto in jih pogosto združimo s strokovnim ogledom;

■ v skrbi za lastno zdravje je eno od dveh letnih strokovnih srečanj – spomladansko – namenjeno krepitvi in ohranjanju lastnega zdravja. Zato je kraj dogajanja izbran tako, da se izobraževanje povezuje z rekreativno dejavnostjo.

Delo v društvu je pestro. Vodi in usklajuje ga dobro utečena ekipa, torej ožje in širše vodstvo. Upravni odbor je sestavljen iz skoraj 60 članov, ki po regionalni razporeditvi zastopajo posamezne zdravstvene in druge ustanove, kjer so zaposlene medicinske sestre. Zavedanje o pomembnosti druženja se širi, saj je to poleg Sindikata delavcev v zdravstveni negi edina oblika organiziranega delovanja, ki ima vse značilnosti civilne družbe. Ta pa v sodobni družbi ponovno pridobiva vlogo, ki ji pripada. ■

Darinka Klemenc



Obvestilo

Mednarodna triatlonska zveza zdravnikov je v letu 2002 razpisala tri standardna tekmovanja.

1. Svetovno prvenstvo v teku na smučeh, na 55 km dolgi progi v kraju Oberammergau, Nemčija, v klasični tehniki, od 2. do 3. februarja 2002, obenem bo tudi strokovni simpozij na temo smučarski teki.

Informacije in prijave: König-Ludwig-Lauf, Passionswiese 5, D-82483 Oberammergau.

2. Svetovno prvenstvo v duatlonu, 5 km tek, 30 km kolesarjenje, 5 km tek, v kraju Blumau, Avstrija, od 27. do 28. aprila 2002.

Informacije in prijave: IMTA dr. Joachim Fischer Hauptstr. 7, D-63869 Heigenbruecken.

3. Svetovno prvenstvo v triatlonu, 1 km plavanje, 40 km kolesarjenje, 10 km tek v kraju Bornhoved Nemčija, 3. do 4. 2002. Obenem bo prvenstvo nemških zdravnikov in strokovni simpozij.

Informacije in prijave: kot pri duatlonu.

Dodatne informacije v športnem društvu Medicus, mag. Nada Kozjek Rotovnik.

Errata corrigé

■ V reviji Isis 12/2001 na strani 122 je za Pravljico o čarobnem zmajčku Pafu risbe prispevala 12-letna Veronika Kac.

■ V reviji Isis 1/2002 je izpadel avtor članka "21. memorial Toma Krasnova" - avtor je Ivan Žebeljan.

■ V reviji Isis 1/2002 je bila v članku z naslovom "17. srečanje zdravnikov gorskih reševalnih služb alpskih dežel" - avtorjev Jožeta in Mitje Četina, v zadnjem odstavku, prva vrsta, napačno objavljena letnica - pravilna letnica je 1955.

Avtorjem in bralcem se za napake vljudno opravičujemo in prosimo za razumevanje. ■

DOBRODOŠLE NOVOSTI

Na decembrskem sejmu Medica v Düsseldorfu so strokovnjaki predstavili novo tehnično čudo, ki bo v prihodnosti postalo pomemben pomočnik zdravnikov na vseh ravneh – prenosno, brezžično EKG-aparatur, ki s svojimi 20 grammi nedvomno predstavlja velik in pomemben dosežek. Opisani tehnični pripomoček bo močno olajšal delo zdravnikom in zdravstvenemu osebju, pa tudi bolnikom, zlasti pri 24-urnem spremljanju in registraciji delovanja srca preko EKG. Pomembne pa so tudi novosti na področju telemedicine in medicinske informatike oziroma informacijskih sistemov. Med njimi velja omeniti notesnik za digitalno vizito, s pomočjo katerega bo zdravnik na mobilnem ekranu lahko in loco opazoval bolezenske spremembe in jih hkrati s terapijo takoj tudi vnesel v bolnikovo virtualno kartoteko. Pozornosti pa je vreden tudi novi mini ultrazvočni kateter (s premerom 3mm) za pregled srca in koronark, ki je sposoben vseh preiskav, ki so jih doslej opravljali s klasičnimi, mnogo večjimi, težjimi in bolj nerodnimi aparaturnami. ■

Vir: Focus, ZDF

IPOKRaTES - Teden interne medicine v Innsbrucku

Kot absolventka medicine sem se udeležila seminarja “Znaki, simptomi in tolmačenje le-teh v interni medicini”. Seminar je pripravila organizacija avstrijskih študentov pod okriljem organizacije IPOKRaTES. Gostitelj seminarja je bila Katedra za interno medicino Medicinske fakultete v Innsbrucku.

Zadnji teden v novembru smo tako dobesedno uživali (kot vedno na seminarjih IPOKRaTES) v čarih interne medicine, ki so zasenčili čudoviti, že praznično razpoloženi Innsbruck. V tem mestu je duh stare Avstro-Ogrske še tako živ, da sem se, kot naši zdravniki verjetnoprilagodnosti bodoči Evropski uniji mi, počutila predvsem studentka in ne tujka.

Seminarji IPOKRaTES imajo že ustaljen način izvedbe, tako da me razporeditev 16 udeležencev iz Nemčije (5), Švice (2), Avstrije (7), Liechtensteina (1) in Slovenije (1) v 4 manjše skupine ni presenetila. Pouk je trajal od 9. do 18. ure, z 1-urnim odmorom za kosilo. Naša profesorja sta bila prof. Hatem, specialist internist in vodja izobraževanja na Harvardu, in prof. Asnes, specialist internist in psihiater, prav tako s Harvarda, Cambridge, Massachusetts, naš gostitelj pa je bil prof. Pachinger, specialist internist kardiolog iz Innsbrucka. Prevzeli smo paciente, pri katerih smo vzeli anamnezo in status, ugotovili diagnoze in jih nato predstavili skupini. Zanimivo, da sem sama imela najmanj težav s prevajanjem svojih ugotovitev iz nemščine v angleščino, kar pa je bila verjetno logična posledica tega, da so moji možgani delali s polno paro, brez povezave z maternim jezikom. S profesorjema smo nato skupaj ponovno pregledali pacienta, da smo potrdili ali ovrgli ugotovitve. Znanje interne medicine se je izkazalo kot zlati standard, pa naj bo to na Harvardu, na Dunaju, v Ženevi ali v Ljubljani. Ob tem moram pohvaliti naš pouk interne medicine, saj sem na seminarju svoje znanje le izbrusila in mu dodala nekatere nove odtenke. Gotovo gre zahvala tudi mojemu mentorju interne medicine prof. Žemvi, ki mi je na vajah omogočil



Udeleženci seminarja

resničen vpogled v delo dobrega internista.

Prisotnost prof. Asnesa kot psihiatra se je izkazala za neprecenljivo – poleg internističnih znanj smo z njegovo pomočjo pridobili nove poglede na delo z bolniki, komuniciranje z njimi, posebno skrbno smo se posvetili bolečini, trpljenju, sočustvovanju, občutkom ob prehodu iz zdravja v bolezen in razlikovanju besed “illness” in “disease”, ki se pomembno razlikujeta v pomenu slovensko enako prevedene besede bolezen.

Menim, da je resnična vrednost tovrstnih seminarjev v nelinearnem učenju, saj gre za “problem based learning” (PBL), ki na zelo sproščen način udeležencu omogoča dostop do novih znanj. Hkrati mislim, da je udeležba toliko bolj koristna, kolikor več predhodnega (frontalno pridobljenega) znanja

imaš. Poleg učenja velja poudariti tudi izmenjavo izkušenj, spoznavanje novih ljudi in drugačnih miselnosti, povezavo različnih ljudi z novimi znanji in nenazadnje brušenje tujih jezikov. Odlična se mi zdi pomembnost in nenehno poudarjanje človeških vrednot, kot sta na primer vedoželjnost in človečnost ter nenehna spodbuda in neverjetna pozitivna naravnost profesorjev do udeležencev, študentov kot celote in tudi do posameznika kot osebnosti. Hkrati ob tako intenzivni spodbudi študent okrepi ne le svoje znanje, pač pa tudi vedoželjnost in slo po znanju; v prijetnem vzdušju so ob koncu seminarja sklenjena prijateljstva, ki se nadaljujejo preko elektronske pošte in se obnavljajo na podobnih strokovnih srečanjih. ■

Tina Marolt

Vabilo k sodelovanju

V letu 2002 SloMSIC (Slovenian Medical Students' International Committee) pripravlja dejavnosti ob 50-letnici študentskih mednarodnih dejavnosti na Medicinski fakulteti.

Ob tem želimo predstaviti delovanje skozi vsa leta obstoja. Žal se je mnogo podatkov o dejavnih članih in njihovih projektih izgubilo.

Veseli bi bili, kakršnikoli podatkov, ki se jih spomnite o tem iz svojih študijskih dni.

Prosimo vas, da nam jih posredujete bodisi po e-pošti: obletnica@slomsic.org, matejacep@hotmail.com bodisi na naslov: SloMSIC – za obletnico, Korytkova 2, 1000 Ljubljana.

Letos praznujemo 50 let programa mednarodne dejavnosti na Medicinski fakulteti, katere nosilec je SloMSIC. V želji po primerni obeležitvi tega pomembnega dogodka letos pripravljamo številne dodatne dejavnosti.

Prav v teh mesecih intenzivno poteka zbiranje podatkov, urejanje arhivov in pogovori z vsemi, ki so doprinesli k razvoju našega društva. S tem želimo dobiti zgodovinski vpogled v delo SloMSIC-a. Rezultate tega dela bomo zbrali v publikaciji, ki bo vsebovala informacije o odmevnejših, v preteklo-

sti izpeljanih projektih, njihovih izvrševalcih, ter bo orisala naše sedanje cilje in vizije za prihodnost.

V aprilu želimo prirediti proslavo, na katero bodo vabljeni vsi naši strokovni sodelavci na Medicinski fakulteti in v Kliničnem centru, predstavniki Ministrstva za zdravje, naši sponzorji, vse organizacije, s katerimi sodelujemo, ter tako sedanji kot tudi nekdanji dejavni člani našega društva. Ob tej priložnosti želimo predstaviti delo naše organizacije, se zahvaliti vsem sodelavcem ter večer popestriti z glasbenimi nastopi medicinskega pevskega zbora – Cor.

V skladu z dosedanjimi prizadevanji SloMSIC-a, želimo spomladi pripraviti tudi delavnice, ki bodo zaokrožile dogajanje ob praznovanju obletnice in ponudile našim študentom možnosti za pridobivanje novega znanja. S pomočjo Centra za intenzivno interno medicino pripravljamo EKG-šolanje. Delavnica, ki je namenjena dvajsetim študentom, večinoma šestega letnika, bo za-

jela osnovno in poglobljeno interpretacijo EKG-ja. S strokovno podporo več kliničnih oddelkov bomo pripravljali praktično usposabljanje za reševanje vsakdanjih primerov iz nujne medicinske pomoči. Te delavnice, v obliki predavanj in vaj, bodo namenjene tudi študentom nižjih letnikov. V okviru projekta Virus, ki se že štiri leta dejavno ukvarja z vrstniškim izobraževanjem na področju varne in zdrave spolnosti ter preventive pred aidsom, bo potekalo mednarodno šolanje o vrstniškem izobraževanju za 40 študentov, 20 slovenskih in 20 tujih, ki se bodo usposobili za praktično izvajanje delavnice varne in zdrave spolnosti po slovenskih osnovnih in srednjih šolah. Četrty projekt bo praktično orientirana delavnica na področju interne medicine, ki bo potekala pod vodstvom tujega predavatelja, po zgledu lanskoletnje delavnice Ipokrates, ki je bila med študenti izredno dobro sprejeta. ■

Mateja Cep, Mateja Ježovnik

Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice objavlja prosto delovno mesto
zdravnika specialista ginekologije in porodništva

Kandidati morajo poleg z zakonom predpisanih pogojev izpolnjevati še naslednje:

- *diploma Medicinske fakultete,*
- *veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,*
- *opravljen specialistični izpit,*
- *znanje slovenskega jezika.*

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s poskusnim delom treh mesecev. Prednost pri izbiri bodo imeli kandidati z izkušnjami iz ginekološko-porodniške bolnišnične dejavnosti.

Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov:
 Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice.
 Kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi.

Projekt Dežela Medi Medo

V deželi Medi Medo smo se 22. in 23. novembra 2001 v dvorani Mercurius v BTC-ju igrali številni študenti medicine in še številčnejši otroci iz vrtcev in prvih razredov devetletke.

Bodoči zdravniki smo pregledali in zdravili kar 460 igrač, ki so jih otroci prinesli seboj. Vzdušje je bilo nepozabno, o čemer se lahko prepričate na spletni strani www.slomsic.org/medimedo.

Projekt "Bolnišnica za medvedke" je bil že izpeljan na Švedskem, Norveškem, v Nemčiji in Izraelu in je povsod žel velik uspeh. Slovenski študenti medicine, združeni v organizaciji SloMSIC, smo si tako letos zadali nalogo izpeljati projekt tudi pri nas. Pri tem so nam pomagali: BTC, Efekt, Mladinska knjiga, Slovenijales, Reševalna postaja Ljubljana in Dravske tiskarne. Namen projekta je bil seznanjenje otrok z osnovami zdravstvenega postopka, pri čemer je bil v ospredju pristop in odnos študenta (zdravnika) do bolnika (igrač) in starša (otroka). Otrok je hkrati "igral" tudi samega sebe, kar mu je omogočalo sočasno istovetnost s sabo, nemočnim bolnikom, in moč ter varnost skrbnika. Izkušnja z zdravnikom je lahko precej neprijetna, kar so nekateri otroci že izkusili, zato je bila tokratna nova, prijetna izkušnja spodbudna in opogumljajoča.



Skozi igro posnemanja pregleda otroka pri zdravniku smo se veliko naučili. Posebej so se potrudili nekateri predavatelji. Bogastvo psihološkega znanja nam je na posebnem predavanju nekoliko odstrla prof. dr. Tomori, predstojnica Katedre za psihiatrijo, pos-

vetila se nam je tudi prof. Makarovic, psihologinja iz Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše. Nekaj praktičnih znanj s področja pediatrije nam je posredoval tudi asist. dr. Bratanič s Pediatrične klinike. Študenti sami, ki pogrešamo prav neposredno pridobivanje veščin in spretnosti ter razvijanje pravilnega odnosa in sporazumevanja z bolniki, smo temu vsaj delno zadostili. Imeli smo možnost prisluhniti doživljanju otrok in se v njih vživeti. Otroci so nam to omogočili in veseli so bili, da smo se jim posvetili, da so nam razkrili svoje misli in strahove, ki jih obhajajo v ambulanti. V prijetnem vzdušju, ob ozdravljenih in oskrbljenih plišastih igračah ter zadovoljnih otrocih so uživale tudi vzgojiteljice, ki so bile tako navdušene, da so nam predlagale razširitev projekta na več vrtcev in šol.

Prepričani smo, da smo s projektom pomembno prispevali k dragocenim prijetnim izkušnjam otrok, prav tako pa tudi v zakladnico neformalnega znanja. Zaradi žarečih otroških oči bomo projekt gotovo ponovili in celo razširili. Na svidenje v deželi Medi Medo!

Tina Marolt



Spomin na 32. mednarodni memorialni sestanek prof. dr. Janeza Plečnika

Metka Zorc

32. memorialni sestanek prof. dr. Janeza Plečnika z naslovom "Bolezni srca in ožilja" je bil vsekakor pomemben strokovni in kulturni dogodek. Posvečen je bil spominu in idejam pionirja srčne kirurgije, prof. dr. Reneja Favalaria, dragega prijatelja in vzornika.

V času tragičnih dogodkov, ki neprestano pretresajo svet, ostajajo spomini na posebne ljudi in prijatelje še toliko bolj dragoceni. Tudi zato, da bi svet skozi filozofijo njihove življenjske poti postal boljši in lepši. Da bi ljudje razvijali pozitivne misli in energijo, ki bi premagala zlo za dobrobit človeštva in spoštovanja ter ohranjanja življenja.

Prof. dr. Rene Favalaro je bil posebna osebnost, izjemen kirurg, humanist in znanstvenik. S svojo operativno metodo je rešil milijone življenj. Vedno je v ospredje svojega dela postavljala bolnika in njegovo usodo. Skozi izjemno življenjsko zgodbo je razvijal idejo povezovanja bazične medicine s klinično prakso, kar je bila vseh dvajset

let tudi ideja Plečnikovih memorialov.

"From Basic Research to Clinical Practice" so bili naslovi njegovih prepričljivih predavanj.

Osebnost je sam, 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.

Profesor Rene Favalaro je imel veliko srce. Razdajal je neizmerno dobroto, kjerkoli se je pojavil. Imel je neizmerno energijo in neverjeten raziskovalni duh. Vse življenje je bil usodno povezan s slovenskimi prijatelji. Gojil je posebno ljubezen do Slovenije. Zaradi tega tudi ni naključje, da smo pred

štirimi leti prav na Medicinski fakulteti v Ljubljani praznovali 30. obletnico njegove prve koronarne operacije.

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

V strokovnem delu simpozija letošnjega Plečnikovega memoriala smo predstavili najsodobnejše principe bazične znanosti v povezavi s klinično prakso na področju koronarne bolezni, srčnega popuščanja in nove poglede na preventivo bolezni srca in ožilja, ki naj bi predstavljala temeljni kamen v borbi za izboljšanje zdravja in podaljšanja življenja naših bolnikov.

Slišali smo izjemna predavanja gostujo-



Zahvala prof. dr. Reneju Favalaru ob 30. obletnici njegove prve koronarne operacije na Medicinski fakulteti v Ljubljani, leta 1997 (Foto: Janko Ogrin)



Spominska fotografija: prijateljstvo je rodilo mednarodne raziskovalne projekte "Vnetje in ateroskleroza" in novo operativno tehniko (RADO), ki labko delno nadomesti presaditev srca: prof. dr. Rene Favalaro in prof. dr. Ninoslav Radovanović. (Foto: Janko Ogrin)



Ideje prof. dr. Favalora živijo naprej! Odkritelj bakterije klamidije pnevmonije prof. dr. Pekka Saikku in srčni kirurg asist. dr. Janez Kirbiš (Foto: Jelka Simončič)



Prof. dr. Pekka Saikku in prof. dr. Metka Zorc med predsedovanjem simpozija "Klamidija pnevmonije in ateroskleroza" (Foto: Jelka Simončič)



Prisrčne besede zabvale spoštovanemu in dragemu prof. dr. Pavletu Kornhauserju, neumornemu voditelju nepozabnih "Plečnikovih memorialnih koncertov" (Foto: Jelka Simončič)



Dekanu Medicinske fakultete prof. dr. Mibi Žargiju prijazna zabava za nesebično pomoč pri celotni organizaciji prireditve (Foto: Jelka Simončič)

čih profesorjev. Imeli smo priložnost poglobljeno spoznati nekaj izjemnih osebnosti današnje medicinske stroke, kot so prof. dr. Enrique Gurfinkel, prof. dr. Ninoslav Radovanović, prof. dr. Pekka Saikku, prof. dr. David Wood, prof. dr. Babeth Rabinowitz, prof. dr. Michel Bertrand in druge. Posebna pozornost je tokrat prav gotovo veljala našemu rojaku iz Houstona, profesorju Igorju Gregoriću in njegovi predstavitvi najnovejšega ameriškega umetnega srca.

Vsekakor je bil pomemben dogodek simpozij "Bakterija Chlamidia pneumoniae in ateroskleroza", kjer smo predstavili rezultate našega dela odkritelju klamidije pnevmonije

prof. Saikkuju in enemu najuspešnejših raziskovalcev ateroskleroze in vnetja prof. Gurfinklu.

Videli smo, da je nova pot raziskovanja in pridobivanja novih izkušenj le v povezovanju različnih strok doma in v tujini. Pokazali smo, da medicinska znanost nima meja. Prijateljsko sodelovanje med sodelavci Inštitutov za histologijo, mikrobiologijo, sodno medicino, kliničnim oddelkom za kardiologijo in srčno kirurgijo, Univerzitetno kliniko v Sremski Kamenici, Kliniko Cecil v Lausanni in Favaloro Foundation je omogočilo široko raziskovanje klamidijske infekcije in tudi letošnji simpozij v okviru

Plečnikovega memoriala.

Mednarodni zbornik člankov predstavlja kakovostno delo, ki bo služilo mnogim kolegom kot uporaben pripomoček pri njihovem delu.

Letošnji Plečnikov memorial je ponovno dokazal, kako pomembno je tesno sodelovanje bazične teorije s klinično prakso in prenos znanja na domača tla.

Maloštevilni organizacijski odbor je s pomočjo podpore Medicinske fakultete in dekana prof. dr. Mihe Žargija uspel učinkovito povezati visoko strokovnost z odlično organizacijo ob pomoči farmacevtske industrije in prijateljskih sponzorjev.



Ponos slovenskih zdravnikov v svetu: prof. dr. Igor Gregorič iz Houstona. Zabvala in v spomin: Srebrno srce s "Plečnikovega večera" (Foto: Jelka Simončič)



"Kolegici Zvonki za srečo!" (Foto: Jelka Simončič)

In še to: v nepozabnem spominu bo vsem udeležencem ostal koncert slovenskih zdravnikov, ki smo ga prvič organizirali v novih prostorih ljubljanske Filharmonije. Naš neumorni učitelj prof. dr. Pavle Kornhauser je bil tudi tokrat glavni organizator. Njegova vztrajnost in ideje so več kot 30 let omogočale, da med slovenskimi zdravniki živi glasba s posebno dušo. Prof. Kornhauser za klavirjem, prof. Klun z arijo iz opere Don Carlos in prav vsi nastopajoči, so gotovo svetovna posebnost, ki ji ni primerjave.

Ta večer se vedno simbolično srečuje "mlada" in "stara" generacija slovenskih zdravnikov. Ponovna srečanja obudijo šte-

vilne spomine. Tudi letos sta dekan Medicinske fakultete prof. dr. Miha Žargi in častni predsednik Plečnikovih memorialov, akademik prof. dr. Dušan Ferluga, podelila spominske diplome prof. dr. Janeza Plečnika za najboljši študijski uspeh pri predmetih anatomija, histologija in embriologija ter patologija študentom medicine Jasmini Spaseski, Davidu Šuranu in Mojci Velikonja.

Za vrhunske dosežke v stroki in znanosti ter pomemben prispevek k razvoju patologije na Slovenskem pa so bila tokrat podeljena tudi priznanja prof. Franceta Hribarja kolegoma doc. dr. Mari Popović in prof. dr. Antonu Cerarju.

Ob koncu te lepe in posebne prireditve sem hotela poudariti, kako pomembno je prijateljsko sodelovanje med kolegi različnih generacij, kajti samo na ta način se lahko rodi uspeh. Ne vem, če mi je uspelo, vendar sem hotela povedati, kako pomembna je vloga naših učiteljev in kolegov, ki spodbujajo nove ideje in napredek v stroki.

Naš dragi profesor Kornhauser je bil ob pomoči dekana prof. Mihe Žargija duša vsakoletnih "Plečnikovih dni". Brez njegove prisotnosti in natančnosti ter stalnih opozarjanj na naše "napake" ne gre. Na koncu se vsaj v glavnem vse dobro konča in srečni profesor Kornhauser pozabi, da smo mu



Besede zabvale niso dovolj. Soprogji prof. dr. Radovanoviča v prisrčen spomin (Foto: Jelka Simončič)



Izjemnemu raziskovalcu ateroskleroze iz Favaloro Fondation prof. dr. Enriqueju Gurfinklu z ljubeznijo iz Slovenije (Foto: Jelka Simončič)

tudi zaradi razburjanj "pokvarjali zdravje".

Svečano vzdušje večera sem izrabila za posebno zahvalo našemu celotnemu organizacijskemu odboru, predvsem moji sestri prof. dr. Rudi Zorc Pleskovič, tajnici Inštituta za histologijo in embriologijo Darinki Moder, prof., doc. dr. Danijelu Petroviču, prof. dr. Dragici Štiblar Martinčič, prof. dr. Olgi Vraspir Porenta ter asist. dr. Mateji Legan, gospe Olgi Balazič z Inštituta za sodno medicino in Magdi Pezdirc, ing., in vsem prijateljem, ki so nesebično pomagali, da je prireditev uspela.

Našim dragim gostom iz tujine so veljale posebne zahvale. Srca iz dežele Reneja Favalora jih bodo spominjala na Plečnikov memorial.

Vesela sem bila, da sem lahko izrekla besede zahvale in občudovanja izjemnima raziskovalcema ateroskleroze profesorju Enriqueju Gurfinklu in profesorju Pekki Saikkuju, da sem lahko izrazila besede hvaležnosti soprogi prof. Radovanovića Nataši za njeno požrtvovalno vlogo pri pomoči v zdravljenju nešteti slovenskih bolnikov in da sem na koncu večera imela priložnost še posebno pozdraviti našega dragega prijatelja iz Houstona prof. dr. Igorja Gregoriča, kirurga, ki sodeluje v ameriškem programu najnovejšega umetnega srca.

Po uspešnem delovnem dnevu na Ljubljanskem gradu, kjer so bili predstavljeni naj-sodobnejši principi preventive bolezni srca in ožilja, smo se s Favalorovo pesmijo "Pueblito mio" (Vasica moja), ki jo je v spomin velikega kirurga zapel argentinsko-slovenski rojak, prvak ljubljanske opere, Juan Vasle, poslovlili od memorialnega sestanka profesorja Janeza Plečnika.

Z nami v srcih so ostale misli prof. dr. Favalora: "For many years I have treasured the idea that physicians of all nations might bring together not only their colleagues in a united crusade against disease but multitude of patients to promote international friendship and thereby world peace. The real science of peace is long overdue. It is my profound hope that I have contributed in some small measure to its coming". (Mnoga leta sem kot zaklad varoval misel, da zdravniki vseh narodov v boju proti bolezni ne združujejo le svojih kolegov temveč v širjenju mednarodnega prijateljstva tudi številne paciente in s tem mir na svetu. Resnična znanost o miru je že dolgo prepotrebna. Iskreno upam, da sem vsaj v majhni meri prispeval k njenemu nastanku.) ■

Ob rob 32. zdravniškemu koncertu v "čast in slavo" Plečnikovega memoriala



Poje skupina Vox medicorum - prvič jih na Plečnikovem koncertu vodi Judita Cvelbar (foto: Amadej Lah)

Vdo zadnjega sedeža polni veliki dvorani Slovenske filharmonije so izvajalci navdušili s pestrim in kakovostnim sporedom.

Zdravniški koncerti, kot sklepna kulturna vsakoletna prireditev strokovnega srečanja predkliničnih inštitutov Medicinske fakultete v Ljubljani, imenovanega "Plečnikov memorial", so stopili v četrto desetletje nenehnega razvoja. Na pobudo takratnega predstojnika Inštituta za patologijo, žal pred kratkim umrlega profesorja Ivana Lenarta, je leta 1969 prvič nastopilo več zdravnikov-solistov na instrumentih (med temi še edini vztrajam...), v komornih skupinah in pevskih zborih. Uspeh prvega glasbenega nasto-

pa naših zdravnikov in odmevnost tega koncerta sta zagotovila nadaljevanje teh kulturnih prireditev: postali so nepogrešljiva tradicija, ki ima svoje zvesto občinstvo, med njimi tudi številne občudovalce iz vrst ljubljanskih razumnikov. Vedno polna dvorana Narodne galerije je postala premajhna za zdravniške koncerte; preselili smo se v atrij Narodnega muzeja, lansko leto pa v novo prireditveno središče na ljubljanskem Gradu. Vse te "koncertne dvorane" niso mogle ustrezno sprejeti vseh, ki so se, v čedalje večjem številu, udeleževali decembrskega zdravniškega koncerta.

Zato smo se tokrat - za 32. koncert zdravnikov, v petek 7. decembra 2001 - odločili



Študentski zbor Medicinske fakultete Cor je uvodoma zapel zdravniško himno Votum Hippocratis mariborskega kirurga profesorja Janka Držečnika (foto: Amadej Lab)



Klavirski kvintet Pro medico - okrepljen z oboo in kontrabasom - spremlja sopranistko Rebeko Radovan (foto: Amadej Lab)



Pogled na do zadnjega kotička zasedeno dvorano Slovenske filharmonije. Številni so morali, žal, stoje poslušati dve in pol-urni spored. V prvi vrsti gostje Plečnikovega memoriala (foto: Amadej Lab)



Slovensko - irska glasbena skupina Etc., ki jo vodi letošnji Plečnikov nagradjenec prof. dr. Anton Cerar (foto: Amadej Lab)

za zgodovinsko obnovljeno, zelo akustično in častivredno veliko dvorano Slovenske filharmonije, v kateri so pred dnevi proslavljali 300-letni jubilej te ustanove. Naj na tem mestu poudarim: pokazalo se je, da je 520 sedežev premalo, žal so številni gostje morali stati in so vztrajali - kljub 2,5-urnemu sporedu! (Naj ne bo skrivnost: razmišljam, da bi bila naslednja prireditve v obnovljeni dvorani hotela Union, (tam so se že v času rajne Avstro-Ogrske dogajale imenitne plesne prireditve), ki zagotovo ne bo premajhna, ob njej pa so prostori, ki zagotavljajo tudi prijetno družabno srečanje po koncertu, če-

sar v stavbi Slovenske filharmonije žal ni možno uresničiti).

In medias res: naj na kratko prikažem, bolj kot povzetek - saj priložena "foto kronika" s koncerta pove več kot besede! - potek in vsebino sporeda.

Koncert se je začel - takšna je že tradicija - z zdravniško himno Votum Hippocratis, ki jo je pred leti zložil, prav za zdravniški koncert ob Plečnikovem memorialu, mariborski kirurg profesor Janko Držečnik. Častno nalogo izvedbe je ponovno prevzel mešani pevski zbor študentov ljubljanske medicine.

Sledil je "protokolarni" del prireditve s

podelitvijo nagrad najboljšim študentom medicine na predkliničnih predmetih: trije med njimi so vse izpite opravili z odliko. Dekan Medicinske fakultete, profesor Miha Žargi, je s prisrčnimi besedami oddal priznanje tudi mamicam nagrajencev. Častni predsednik Plečnikovih simpozijev akademik Dušan Ferluga je predstavil profesorja Antona Cerarja (ki se je pozneje še enkrat pojavil na odru kot glasbenik!) in docentko Maro Popović, ki sta prejela priznanje za izredne dosežke s področja patologije.

Koncert je nadaljeval Zbor študentov medicine Cor, ki je iz leta v leto glasovno in



Z lepim žametnim basom nas je na svojem prvem javnem nastopu prijetno presenetil nevrokirurg prof. dr. Boris Klun, ob spremljavi pianista profesorja Saša Jarca (foto: Amadej Lab)



Nastopil je duo: Jure Volk, študent medicine, kot oboist, in Alenka Okorn, ki je zdravnica, obenem profesorica kitare. Za uspešni nastop jima je čestitala dr. Zvonka Zupanič Slavec, predsednica Kulturno-umetniškega društva (KUD-a) KC in MF, ki je vodila koncertni del prireditve (foto: Jelka Simončič)

muzikalno boljši: pod vodstvom Jerice Bukovec je zapel dve baročni skladbi. Simpatičen nastop sta pripravila, v nevsakdanji zasedbi, študent Jure Volk z oboo in zdravnica, ob enem učiteljica kitare na glasbeni šoli, Alenka Okorn. Prvič smo pozdravili na odru študentko medicine Sašo Anžej: doživeto je zaigrala skladbo S. Rahmaninova. Sledil je komorni nastop skupine Pro medico, klavirskega kvinteta okrepljenega s kontrabasom in oboo, ki je poslušalcem zaigral stavek iz Božičnega oratorija J. B. Bacha. Za sodelovanje smo zaprosili sopranistko ljubljanske opere Rebeko Radovan, saj bi bila vloga sopranistke prezahtevna za ljubiteljsko pevko. Brez nastopa mešanega pevskega zbora dr. Bogdan Derč s pevovodjo Venčeslavom Zadravcem že desetletja ni koncerta "ob Plečniku": zbor nam je s poletom zapel dve narodni. Tudi glasbena skupina, ki izvaja izključno irske narodne - imenuje se Folk Etc. (zakaj?) - ki jo vodi letos nagrajeni patolog profesor Anton Cerar, postaja nepogrešljiva za prijetno vzdušje v koncertni dvorani. Vokalna skupina KC Vox medicorum - nova umetniška voditeljica je dr. Judita Cvelbar, namesto ustanovitelja zbora mag. Matjaža Vrtovca - je sloves potrdila z izvedbo skladb T. Morleya in F. Marolta. V veliko presenečenje občinstva se je na odru pojavil znani nevrokirurg KC, že upokojeni profesor Boris Klun: s šolanim, žametnim basom je - ob odlični spremljavi poklicnega

pianista Aleksandra Jarca - doživeto zapel le eno arijo iz opere Don Carlos G. Verdija. Menim, da bi se profesor lahko vpisal v Guinnessovo knjigo rekordov, saj nihče ni vedel, da je pevec, nikoli doslej ni nastopil, ne v zaprti družbi ne javno! Pro medico se je potem predstavil v isti sestavi, prvič s ponarodelimi skladbami, ki jih je prav za našo skupino zelo uspešno priredil Andrej Misson, profesor na ljubljanski Akademiji za glasbo: vlogo sopranistke oziroma altistke sta prevzeli Judita Cvelbar oziroma Mojca Golež, obe solistki skupine Vox medicorum. Razpoloženje v dvorani se je stopnjevalo. Čeprav je minilo dobri dve uri od začetka prireditve sem prepričan, da nihče ni pomislil zapustiti dvorane, čeprav je bilo stojišče za marsikaterega zelo naporno. Genialno skladbo T. Albinonija: Adagio v g-molu (ki jo slišimo na Žalah, kot "glasbeno kuliso" ob pogrebih), je izvedel ljubljanski zdravniški orkester Camerata medica pod vodstvom dirigenta Andreja Ožbalta. (V dvorani Slovenske filharmonije bodo vlogo inštrumenta "pozitiv" lahko kmalu prevzele prave orgle!) Dirigent je že deseto leto zvest orkestru - kmalu bo dokončal študij na Akademiji za glasbo - in upamo, da bo z njimi ostal tudi naprej. Sledila je sklepna točka koncerta: "interdisciplinarna" - v medicini uporabljamo tudi besedo "timska" - priredba III. dejanja opere A. Foersterja: Gorenjski slavček. Nastopili so fol-

klorna skupina KUD-a COF (Klub optimističnih folkloristov) v koreografiji Mirka Ramovša, zbor dr. B. Derč in zdravniški orkester. Enkratno višek prireditve je "dvignil občinstvo na noge"... Zadovoljen sem, da je uspelo zbrati vse tri skupine za skupni nastop! Zavedajmo se, koliko vaj in znanja je potrebnih, da bi skladno, umetniško prepričljivo predstavili prizore, ki se sicer dogajajo na poklicnem odru opere.

In še to: čez koncertni spored nas je - tako kot v zadnjih nekaj letih - uspešno vodila dr. Zvonka Slavec, predsednica Kulturno-umetniškega društva KC in MF dr. Lojz Kraigher. Izvajalce je predstavljala z izbranimi, pristržnimi besedami, vmes povedala nekaj duhovitih domislic, seznanjala prisotne v dvorani z dejavnostjo naših kulturnikov. Z eno besedo - tudi s prikupnostjo je skrbela, da je bilo vzdušje v koncertni dvorani primerno pomenu sklepne prireditve Plečnikovega memoriala, da se bodo udeleženci še dolgo spominjali tega res prijetnega srečanja, ki spodbuja naš ponos, saj nam kaže, kaj smo zmožni narediti zdravniki tudi na področju umetnosti.

Poročilo ne bi bilo primerno, če ne bi poudarili prispevka številnih "anonimnih" sodelavcev v pripravah in izvedbi koncerta: naj pohvalim zlasti tajnico KUD-a gospo Tatjano Praprotnik in gospo Olgo Balažič z Inštituta za sodno medicino, slednja je prevzela zelo obsežno delo z vabili (poslali smo



Prvič je nastopila na zdravniškem koncertu študentka medicine Saša Anžej (foto: Amadej Lab)



Sklepno točko labko ocenjujemo za enkratni podvig: nastopili so plesalci Folklorne skupine KUD KC in MF COF (koreograf Mirko Ramovš), Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč (zborrowodja Venčeslav Zadravec) in Ljubljanski zdravniški orkester Camerata medica (dirigent Andrej Ožbalt) v III. dejanju opere Gojenjski slavček A. Foersterja (foto: Amadej Lab)

jih na čez 3.000 naslovov!)

In še kapljica pelina: na koncertu so nam navdušeno podali priznanje predstavniki ljubljanske Univerze in Medicinske fakultete, tudi predstavniki veleposlaništev s sedežem v Ljubljani, na koncertu smo prepoznali številne obraze ljubljanskih kulturnikov, prisotna sta bila oba predsednika stanovskih organizacij - Slovenskega zdravniškega društva ter Zdravniške zbornice Slovenije. Ni pa bilo nikogar ne od Ministrstva za zdravje (minister se je sicer opravičil), ne vodilnih predstavnikov KC, čeprav je zavod ustanovitelj Kulturno-umetniškega društva dr. Lojz Kraigher. Prepričan sem, da se "v Evropi" kaj podobnega ne more zgoditi. ■

Pavle Kornhauser



Pogled na razkošno razsvetljeno stavbo Slovenske filharmonije - v ozadju ljubljanski Grad - na večer zdravniškega koncerta (foto: Jelka Simončič)



Avstrija

Novi honorarji za izvedeniška mnenja v Avstriji

Avstrijska zdravniška zbornica je izdala nove "Smernice za obračunavanje honorarjev za izvedeniška mnenja". Kot primerni veljajo naslednji zneski:

Za nekomplcirano izvedeniško mnenje 182 evrov.

Za obsežno izvedeniško mnenje: 550 evrov.

V kolikor ne gre za pavšalno obračunavanje mnenj, je urna postavka 182 evrov.

Za zelo obsežna in zapletena mnenja, za veliko porabo časa, se sklene poseben dogovor, bodisi pavšalni ali pa na podlagi porabljenega časa.

Za izgubo časa za študij prilog, medicin-

ske dokumentacije, rentgenskih slik in literature, se obračuna 182 evrov na uro.

Možni so dogovori med strankama za posebne honorarje.

Navedene tarife pa ne veljajo za specialistična področja, ki pa jih doktorinwien ne navaja. ■

Vir: doktorinwien, št. 12/2001

Boris Klun

Bioterrorizem na pohodu

Preplah ob pojavu antraksa ni omejen le na ZDA, saj se pojavljajo sumljiva pisma tudi v številnih drugih deželah. Avstrijska zdravniška zbornica in Avstrijsko zdravniško društvo sta 11. novembra organizirala izobraževalni sestanek, kjer so skušali ugotoviti, kakšna je morebitna nevarnost in kako so nanjo pripravljene. Sestanek, Collegium publicum, kot so ga poimenovali, je predstavljen tudi na CD-romu (cena 13,81 evrov).

Antraksa v Avstriji niso imeli. Bilo pa je več pisemskih pošiljk, ki pa so se izkazale kot slaba šala. Izdelan pa je bil natančen protokol, kako postopati s sumljivimi pošiljkami in kdo je za kaj pristojen.

Bolj zaskrbljujoča pa so spoznanja, kako usodne posledice bi lahko imeli virusi, kot teroristično biološko orožje. Prof. dr. Hofmann, predstojnik Univerzitetnega inštituta za virologijo je povedal, da morajo imeti virusi, ki jih utegnejo uporabiti teroristi, visoko stopnjo nalezljivosti in visoko letalitet. V poštev prihajajo le tisti virusi, ki jih je lahko gojiti v velikih količinah (kar ne velja za vse) in ki jih je lahko razširjati z aerosolom. Prebivalstvo, proti kateremu naj bi delovali, naj ne bi bilo imuno in za uporabljene agense naj ne bi obstajala niti profilaksa (na primer cepljenje), niti terapija.

Kakšni virusi prihajajo v poštev? Čeprav so črne koze od leta 1977 iztrebljene, je večina znanstvenikov prepričana, da vzorcev ne hranijo le v ZDA in Rusiji. Virus je razmeroma lahko gojiti in ga je kot aerosol tudi lahko razširjati. Svetovno prebivalstvo, mlaj-

še od približno 30 let, nima nobene imunosti več. Virus črnih koz bi bil skoraj "idealni" za teroristične napade. Nekatero evropske države so zato pri švicarski farmacevtski družbi Berna Biotech, velikemu izdelovalcu cepiva, ki je imel še velike zaloge, že naročile cepivo v vrednosti okrog 100 milijonov evrov.

Kot potencialni virusi pridejo v poštev še virusi hemoragičnih mrzlic, kot so Ebola, Marburg, Lassa in Krim-Kongo, vendar so ti za masovno uporabo manj primerni. Možna bi bila tudi uporaba povzročiteljev encefalitisa iz skupine arbovirusov.

Prof. Hofman pa opozarja, da je mogoče z uporabo mask, rokavic za enkratno uporabo in s sredstvi za dezinfekcijo nevarnost bistveno zmanjšati.

Poseben poudarek kolegija pa je bila skrb za dodatno izobraževanje zdravnikov, saj večina "eksotičnih" bolezni skoraj ne pozna. ■

Vir: doktorinwien, št. 12/2001

Boris Klun

Zobna ambulanta Lucija Klančič, dr. stom.,
objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika

za določen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji:

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

Kandidati naj svoje vloge pošljejo na naslov:
Zobna ambulanta Lucija Klančič, dr. stom.,
Polje 15, 5290 Šempeter pri Gorici.

Franc Košir, univ. dipl. prav.

Generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Elizabeta Bobnar Najžer

Mineva 10 let od spremembe zdravstvene zakonodaje. Sistem zdravstvenega varstva je kompleksen sistem, v katerem je potrebno nenehno iskati ustrezno ravnovesje med uporabniki, izvajalci in plačniki zdravstvenih storitev ter zdravstveno politiko. Kako ocenjujete dosežke pri reformi zdravstvenega varstva? Kakšna je bila vloga Zavoda za zdravstveno zavarovanje v teh letih?

Leta 1992 je bil z zakonom ponovno vzpostavljen sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, uvedli smo prostovoljno zdravstveno zavarovanje, določili identiteto ostalih nosilcev in pristojnosti v sistemu zdravstvenega varstva: Zdravniške zbornice, Lekarniške zbornice, izvajalcev zdravstvenih storitev, ne nazadnje tudi opredelili, kakšna je vloga zdravstvene oblasti, ki jo seveda predstavlja Ministrstvo za zdravje. Vzpostavili smo partnerski model v urejanju, načrtovanju, določanju tako programskih, ekonomskih kot drugih pogojev za delovanje zdravstvenega varstva. Novi model ni bil unikum, kot je bil morda model SIS-ov v preteklih 20-letih, pred letom 1992. Povzet je bil in temelji na več kot 110-letni tradiciji srednjeevropskega Bismarckovega modela zdravstvenega zavarovanja in se je izkazal kot uspešen. Tako beležimo vzpodbudne rezultate pri ključnih kazalnikih zdravja in zdravstvenega varstva prebivalstva, zagotovili smo stabilni sistem financiranja zdravstva, ustrezne razvojne možnosti ter sledili evropskim rešitvam in smernicam, tako da smo se danes sposobni vključiti v EU. Naloga prenove prejšnjega sistema je v veliki meri pripadla Zavodu, saj je bila neposredno povezana z urejenim financiranjem. Zavod je uvedel številne standarde na področju financiranja, številne nove modele, glavarinsko-količniški sistem na področju splošne zdravstvene dejavnosti, pediatrije, standardiziral poslovanje lekarn, standardiziral poslovanje socialno-zdravstvenih zavodov, vzgojno-varstvenih zavodov, standardiziral poslovanje naravnih zdravilišč. Leta 1997 je začel s standardizacijo bolnišnic, za katere je seveda predpostavil, da bo zahtevala daljši proces, strpno s partnerji v sistemu je iskal ustreznejša pravila in modele financiranja bolnišnic, vzpostavil proces prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, vzpostavil procese nacionalnega obveznega zdravstvenega zavarovanja, oblikoval postopke izbire osebnega zdravnika, ginekologa, itd., izdelal projekt desetletja kartice zdravstvenega zavarovanja, z eno besedo, postavil dokaj jasna



pravila, tako na ravni financiranja kot tudi na ravni zagotavljanja pravic in postopkov v odnosih med zdravnikom, zavarovancem in plačnikom. Poleg tega je vzpostavil sistem plačevanja medicinsko-tehničnih pripomočkov, izposoje medicinsko-tehničnih pripomočkov. Vse to z namenom, da bi kar najbolj sledil evropskim konceptom pravne urejenosti sistema zdravstvenega varstva in zavarovanja. Jasno je, da bi bilo treba na osnovi ugotovljenih pomanjkljivosti in analiz v tem času že pričeti dograjevati in popravljati obstoječo zdravstveno zakonodajo, saj je zdravstveni sistem živ in kompleksen organizem, ki zahteva nenehno dograjevanje in razvoj.

Kateri so osnovni dejavniki (ne)zadovoljstva s sistemom na splošno - prebivalcev, izvajalcev zdravstvenih storitev, zdravnikov?

To je zahtevno, zelo kompleksno vprašanje. Na kratko pa lahko povem naslednje.

Zadovoljstvo tistih, ki jim je zdravstveno varstvo namenjeno, je osnovni smoter delovanja sistema. Pomembni so vsi akterji, gre pa v prvi vrsti predvsem za zavarovane osebe, ali paciente, če hočete. Zadovoljstvo zavarovancev z zdravstvenim sistemom je zato pomemben dejavnik uspešnosti sistema. Merimo ga z raziskavami, npr. Slovensko javno mnenje, primerjalnimi evropskimi analizami, pa tudi z obsegom in vsebino pritožb, ki jih prejme zdravstvena služba, Zdravniška zbornica, Zavod, Ministrstvo za zdravje in, ne nazadnje, redna sodišča. Po rezultatih SJM (raziskave Slovensko javno mnenje, op. ebn) za leto 2001 je v Sloveniji skoraj 30 odstotkov prebivalcev zadovoljnih ali zelo zadovoljnih z delovanjem zdravstvene službe, medtem ko je povprečje EU 41 odstotkov. Tako presegamo raven zadovoljstva prebivalcev Portugalske, Grčije, Italije in Irske in smo še najbližje Španiji z dobrimi 30 odstotki. Po lanskoletni raziskavi SJM je imelo le 4 odstotke anketirancev probleme pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Mislim, da relativno zadovoljstvo bolnikov s sistemom izhaja tudi iz načel, ki smo jih uvedli v letu 1992, kot so svobodna izbira zdravnika in zdravstvenega zavoda, uvajanje zasebne prakse v obliki koncesionarstva in drugo. Osebnostno menim, da je pomemben dejavnik tudi ponovna uvedba zdravstvenega zavarovanja. Gre za sistem, ki je blizu slovenski tradiciji in ki temelji na vrednotah, kot so odgovornost, solidarnost, socialna pravičnost

in druge, ki so nekakšen garant za ohranjanje doseženega obsega pravic, enakopravnega odnosa do zdravstvenih storitev, pa tudi za stabilnost in dolgoročno trdnost sistema.

Kljub temu je možnost za izboljšanje sistema veliko. Danes je mnogo govora o zadovoljstvu zavarovanih oseb z zdravstvenim sistemom. Gre za večjo zahtevnost zavarovancev oziroma bolnikov nasploh, ki gojijo večja pričakovanja do sistema ali zdravstvene službe zaradi vse večje informiranosti, zavedanja hitrega razvoja in dosežkov medicinske, farmacevtske ali druge z zdravjem povezane tehnologije. Drug dejavnik so tudi splošne socialne razmere, ki vplivajo na povečana pričakovanja, da bo zdravstvo uredilo njihove zasebne neuspehe, daločasne rešitve za probleme, ki sicer izvirajo iz ožjega delovnega, družinskega ali širšega družbenega okolja. Del nezadovoljstva pa povsem gotovo izhaja iz konkretnih izkušenj s slabo organizacijo zdravstvene službe, Zavoda, torej vsemi tistimi, ki izvajamo storitve zavarovancem. Najlažje rešitve se ponujajo na področjih, ki bi bila z malo truda lahko bistveno bolje urejena. Na primer z ureditvijo postopkov, izboljšanjem informiranosti bolnikov o njihovih pravicah, povečanjem dostopnosti do nekaterih zdravstvenih storitev, za katere veljajo dolge čakalne dobe, neupravičenih pojavov napeljevanja na samoplačništvo, pa tudi v zvezi z odnosom med zdravnikom in bolnikom, dvomi o strokovnosti in drugo.

Financiranje

Pogovora nisem želela pričeti s financiranjem, saj se o njem veliko piše ob zadnjih odločitvah v parlamentu. Ker pa zdravniki lahko nudijo svoje storitve Slovencem le v okiru urejenega sistema, in kot ste povedali, se soočate s težavami ob nedorečenih sistemskih rešitvah, se mu seveda ne moreva izogniti. Zavod bo poslovno leto 2001 zaključil s primanjkljajem. Tudi za letošnje leto načrtujete primanjkljaj v višini 8,4 milijarde tolarjev. Kje so razlogi za takšne osnovne rezultate in kakšni so po vašem mnenju najprimernejši ukrepi za ponovno stabilno poslovanje?

Nad nami je v letu 2001 od začetka poslovnega leta visel Damoklejev meč primanjkljaja, ki je še kako vplival na ravnanje v organih upravljanja in strokovne službe. Dimenzija je znana, po včerajšnjih podatkih (10. januarja 2002, op. ebn) 10,9 milijarde tolarjev. To je dimenzija, ki nas sili k resnemu razmišljanju in ukrepanju, kako naprej. Kajti napoved za prihodnje leto je tudi 8 milijard štiristo tisoč tolarjev. To pa sta že številki, ki vsakega managerja zelo pretreseta, ga vzpodbudita k ukrepanju, da ne govorim, da mu odzvameta spanec, čeprav sam niti ni objektivno odgovoren za takšno stanje.

Omenil sem že, da so potrebne spremembe obstoječe zdravstvene zakonodaje, nekatere dopolnitve, dograditve, popravki, ki jih je Zavod že predlagal vsem dosedanjim ministrom. Ne nazadnje, potrebno bi bilo tudi sprejeti podzakonske akte, ki jih zahteva obstoječa zdravstvena zakonodaja, doreči mrežo javne zdravstvene službe, zmogljivosti, izvesti prestrukturiranje in še bi lahko našteval. Hkrati se je začel večati razkorak med tistim, kar zberemo za prispevno stopnjo, ki je bila nazadnje določena leta 1996, in med tistim, kar je določeno kot naša obveznost v sistemu odhodkov. Leta 1998 sva z g. Petričem pripravila dokument o predvidenih problemih pri financiranju za leti 2000 in 2001. Takrat sva predvidela 40 milijardno izgubo, ki je manjša samo zaradi tega, ker še niso bili sprejeti nekateri zakoni, kot npr. zakon o delovnih razmerjih, in ker smo uspeli vgraditi v sistem financiranja nekatere varovalke glede financira-

nja posameznih zdravstvenih dejavnosti. Poslala sva ga zdravstvenemu svetu, ministru za zdravje, vladi RS. Nihče od prejemnikov do danes nanj še ni reagiral! Nasprotno, Zavod je bil soočen, ob nespremenjeni prispevni stopnji, z dodatnimi sredstvi za plače 28 milijard SIT, DDV nad 10 milijard SIT, ki se odteka v proračun, da ne govorim o zdravilih, ki so preseгла postavko v finančnem načrtu za lansko leto kar za 5,4 milijard SIT. Skupna vrednost zdravil na recepte iz obveznega in prostovoljnega zavarovanja znaša že nad 63 milijard SIT. Velik del teh sredstev pa se kumulira v dobičkih.

Kaj najbolj vpliva na stabilnost financiranja zdravstva in kakšni so vaši predlogi za zagotavljanje te stabilnosti?

Najprej moramo povedati, kaj pozitivno vpliva. Pozitivno, po moji oceni, najbolj vpliva odgovorno strokovno ravnanje zdravnikov o koriščenju sredstev za obvezno zdravstveno zavarovanje. Če zdravniki ravnaajo odgovorno, če se odločajo za strokovno racionalni pristop v diagnostiki in zdravljenju, to najbolj vpliva na odhodke Zavoda. Drugič, pozitivno vpliva tudi ravnanje zavarovancev in delodajalcev, da ustrezno plačujejo prispevke. Tretjič, pozitivno vpliva na odhodkovni strani ravnanje zavarovancev, da odgovorno koristijo zdravstveno službo, zdravnike in vse, kar sodi v proces obravnave samo takrat, ko so resnično potrebni ustrezne diagnostike in zdravljenja.

Negativno pa vpliva vse, kar je nasproti temu, poleg tega pa še ravnanje države, ko sprejema določene dodatne obveznosti za financiranje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. To pa so, prvič, prehitro podpisovanje določenih kolektivnih pogodb, pri čemer spet ni



rečeno, da zdravniki ali zdravstveno osebje niso upravičeni do višjih plač, ampak prehitra dinamika teh sprememb. Drugič, nalaganje dodatnih obveznosti iz naslova sklada oziroma iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, kot je DDV, kot so npr. nekateri zakoni, ki so sprejeti ali se pripravljajo: zakon o brezposelnosti, zakon o delovnih razmerjih, zakon o negi otrok po poškodbah glave in še nekatere druge zadeve. Vzemimo na primer zakon o spremembi zakona o zdravilih, ki je bil sprejet v Državnem zboru. Po nekaterih ocenah bo Zavod že okoli leta 2004 dodatno obremenil za 3 do 5 milijard dodatnih sredstev. Ministrstvo pa ni predlagalo nobenega systemskega vira za pokritje tega odhodka. Potem je tu še slabo obvladovanje cen zdravil in tudi prekomernega predpisovanja na recepte. Na tem področju je bilo storjenega zelo malo. Skupaj z Zbornico smo pričeli projekt racionalnejšega predpisovanja zdravil na recepte, a smo se malo upehali.

To so najpomembnejši vplivi destabilizacije poslovanja Zavoda. Gre celo za nedojemanje, da so sredstva Zavoda omejena, in da samo uravnoteženo finančno poslovanje med prihodki in odhodki zagotavlja stabilnost zdravstvenega sistema in poslovanje zdravstvenih zavodov in zasebnih koncesionarjev.

Za zagotavljanje finančne stabilnosti smo imeli ob pripravi scenarija javnih financ z Ministrstvom za finance bistveno bolj smeje dogovore za leto 2002, kot je trenutni rezultat. Na vsak način pa je potrebno dopolniti oziroma sprejeti povečanje prispevne stopnje za zavarovance, kar se ni zgodilo 1. januarja 2002. Zaradi tega, ker zavarovanci niso vključeni s svojim prispevkom v povprečju z 264 tolarji na mesec, Zavod izgubi 6 milijard.

Kako vidite vlogo ministrstva za zdravje v slovenskem zdravstvenem sistemu?

Ministrstvo za zdravje oziroma minister že dobro leto le govori o strategiji, ki jo ima Ministrstvo na področju zdravstvenega varstva. Na tiskovnih konferencah proizvaja ideje, misli, da le z retoriko upravlja zdravstveni sistem. Ne zaveda se dejstva, da pravi politiki svoje strategije zapisejo in predstavijo javnosti, da so preverljive po izteku mandata!

Slovensko zdravstvo na to strategijo še vedno čaka! Ministrstvo bi se moralo lotiti nalog, ki se nanašajo predvsem na dopolnjevanje zdravstvene zakonodaje, zakonov, podzakonskih aktov in funkcioniranja zdravstvene dejavnosti. To so problemi mreže, organizacije, privatizacije, problemi delitve dela v integrirani diagnostiki in zdravljenju zavarovancev na vseh ravneh, vprašanj podeljevanja koncesij, vprašanj delitve dela znotraj "enotne slovenske bolnišnice", kadrovske politike, organizacije izdelave smernic, standardov, elementov kakovosti, organizacije informatike, skratka, vprašanj upravljanja in menedžiranja sistema zdravstvenega varstva. Strastno pa se ukvarja zgolj s financiranjem in mimo zakonskih pristojnosti hoče prevzeti, namesto organov Zavoda, vlogo upravljalca denarja v sistemu zdravstvenega zavarovanja. Ukvarja se z brezplovnimi razpravami na pamet o sistemu financiranja bolnišnic in meni, da bo s tem zagotovilo več denarja nekaterim bolnišnicam. Seveda ne trdim, da je sistem financiranja bolnišnic dorečen, nasprotno, obstajajo številni problemi v pravičnejši razporeditvi denarja za bolnišnice, vendar to v globalu le ni več denarja. Poznavajoč razvoj in dograjevanje sistemov financiranja v evropskih državah ter državah OECD, imajo vsi sistemi



slabosti, ker če jih ne bi imeli, če bi obstajal idealen, prenosljiv drugam, bi ga prepisali in bili zadovoljni. Iščejo se le poti in načini, kako v okviru omejenih sredstev financirati in zagotoviti kar najbolj dostopen in kakovosten, z zakoni določen obseg zdravstvenih storitev.

Sistem financiranja zdravstvenega varstva je po mojem ogrožen s tem, ker država (ministrstvo za finance, morda zdravstvo) na vsak način hoče utopiti ta denar v skupne javne finance in z njim upravljati. Poglejte: velja že zakon o javnih financah, ki predvideva enotni zakladniški račun, kar pomeni, da se bo zdravstveni denar zbiral na skupnem računu javnih financ in da bo vodja zakladniškega računa določal, kako se denar dnevno razporeja, kam gredo viški, kako se pokrijejo manki, itd. Manjka samo še zakon o plačilnem prometu, ki je že v državnem zboru, in če bodo sprejeta še ostala pravila, potem ni več "zdravstvenega denarja", zbranega s prispevki zavarovancev in delodajalcev. Na Zavodu se borimo proti temu z vsemi sredstvi in zato javno prosim, pozivam slovenske zdravnike, da se postavijo po robu in preprečijo takšno delovanje javnofinančne politike. Ker se minister za zdravje tega niti ne zaveda, se bom sam iz strokovno etičnih razlogov do konca boril proti podržavljenju zdravstvenega tolarja, ker so mi dovolj znani nameni porabe v letih 1963, 1981, 1990, 1991, ko je bil "zdravstveni dinar" uporabljen tudi za druge namene, zdravstveno osebje pa ni imelo za plače! Menim, da bi skupaj lahko razreševali vsa ta zahtevna strokovna in politična vprašanja, ne pa, da se želi brez razlogov obglaviti delovno skupino Zavoda!

Zavod kot plačnik vseh zdravstvenih storitev za svoje zavarovance in partner pri sklepanju pogodb z izvajalci javne zdravstvene službe, vidi vse te probleme, ste kdaj že skušali kaj urediti oziroma vplivati, da bi se uredili?

Poleg zgoraj omenjenega gradiva, ki je opozarjalo na problem financiranja in predvideno izgubo, smo skušali vplivati na področju partnerskih dogovarjanj, pravic, organizacije, itd. s tem, da smo pravili določene predloge za spremembo zakonodaje že za prvega, pa drugega, pa tretjega ministra. Tudi v državnem zboru poskušamo vplivati na sprejemanje zakonodaje s strokovnimi predlogi.

So bili ti drugi predlogi upoštevani?

Ne, niso. Nekje so obležali, nekje so bili zadržani. Skušali smo

vplivati tudi skozi sistem obračuna, torej s pomočjo finančno ekonomskih vzvodov vplivanja na funkcioniranje zdravstvene mreže in dostopnosti do zdravstvenih storitev, vendar se je naše enostransko poseganje rado proglasilo kot omejevanje pravic zavarovancev, preko liste zdravil, za takšno in drugačno poseganje v strokovna pravila oziroma v strokovne prioritete, ki jih mora reševati stroka sama med seboj, ne nazadnje pa upravno-pravni organ, kot je občina ali ministrstvo, ki je odgovorno za delovanje zdravstvene mreže.

Letni obseg in vrednost programov zdravstvenih storitev ter pogoje za poslovanje izvajalcev zdravstvenih storitev v okviru mreže javne zdravstvene službe določajo splošni dogovor in področni dogovori, ki jih kot rezultati partnerskih pogajanj sprejmejo partnerji v zdravstvu. Lansko leto so bili dogovori sprejeti zelo pozno, tako so se pogodbe za tekoče leto sklepale šele novembra ali decembra. Takšno stanje je za izvajalce, verjetno pa tudi za plačnika zelo neugodno. Kje so po vašem mnenju razlogi za takšno stanje in kako bi bilo moč v prihodnje takšne zakasnitve preprečiti?

Od leta 1992, od ustanovitve Zavoda dalje smo, skupaj s partnerji v sistemu zdravstvenega varstva Ministrstvo, Zavod, Zdravniška zbornica, Lekarniška zbornica in drugimi, vzpostavljali določena pravila ravnanja v našem partnerskem modelu, določene standarde, ki so po eni strani pomenili vse večjo transparentnost v sistemu, po drugi strani pa tudi obveznost spoštovanja vseh udeležencev. Splošni in področni dogovori so obsežna, strokovno zahtevna gradiva, ki pomenijo solidno pravno in vsebinsko osnovo poslovnih odnosov med plačnikom in izvajalci programov. Kaj je njihova slabost? Pomanjkanje projektno dorečenih standardov, kliničnih poti, elementov kakovosti in vzpodbud, predvsem pa, da bi se v njih jasno videle tudi zdravniške skupine (tudi v javnih zavodih), ki zdravijo zavarovanca. Letošnja pogajanja so se zaradi "novih" idej Ministrstva za zdravje resnično zavlekla, pogodbe za bolnišnice sklepamo sedaj v januarju z veljavnostjo od 1. 4. 2001 dalje. O spornih vprašanjih je vlada odločila 18. 12. 2001.

Ena od pomembnejših nalog v prihodnjem obdobju je nedvomno tudi načrtovanje in sprejem nove mreže javne zdravstvene službe, s čimer bi bilo moč vplivati na enakomernejšo preskrbljenost s programi zdravstvenih storitev med posameznimi območji v Sloveniji. Katere ključne dejavnike je po vašem mnenju potrebno upoštevati pri načrtovanju nove mreže?

Priprava javne zdravstvene mreže je zahteven strokovni projekt, v katerem je potrebno najprej opredeliti razvojne cilje, upoštevati epidemiološka stanja, gravitacije, geografska območja, delitev dela, itd., ter določiti realne trende razvoja. Ni mogoča enaka metodologija za vse dejavnosti. Ločiti je potrebno tudi mrežo po lokaciji in po zmogljivostih. V specialistični ambulantni dejavnosti je potrebno upoštevati svobodno izbiro zdravnika. Zato ni mogoče upoštevati geografskih območij, temveč je potrebno pristopiti k ugotavljanju, kam izkustveno gravitirajo prebivalci določenega območja. Ta gravitacijska območja so seveda od dejavnosti do dejavnosti različna. Zavod razpolaga s podatki za vsako območje in za vsako dejavnost, kje in koliko zavarovane osebe koristijo zdravstvene preglede v posamezni dejavnosti. Na podlagi predpostavke, da bo koriščenje še naprej tako kot doslej, in na podlagi teh podatkov se postavi mreža. Vendar je pri tem potrebno po razmisleku zapolniti "bele lise", kjer specialistične dejavnosti ni, pa bi bila po temeljitem razmisleku po-

"Poglejte: velja že zakon o javnih financah, ki predvideva enotni zakladniški račun, kar pomeni, da se bo zdravstveni denar zbiral na skupnem računu javnih financ in da bo vodja zakladniškega računa določal, kako se denar dnevno razporeja, kam gredo viški, kako se pokrijejo manki, itd. Manjka samo še zakon o plačilnem prometu, ki je že v državnem zboru, in če bodo sprejeta še ostala pravila, potem ni več "zdravstvenega denarja", zbranega s prispevki zavarovancev in delodajalcev."

trebna. To delo bo najbolj zahtevno. Tako mrežo po lokaciji in po zmogljivostih pripravi Ministrstvo za zdravje ob pomoči Zavoda.

Pri bolnišničnem zdravljenju je mreža po lokaciji že postavljena, torej obstoječe stanje. Večji problem je postavitev mreže po zmogljivostih. Potrebne zmogljivostih posamezne bolnišnice so odvisne tudi od gravitacijskega območja, ki ni enako geografskemu območju. Ugotovi se preskrbljenost določenega območja z bolnišničnim zdravstvenim varstvom ter se dodajata program in zmogljivosti tam, kjer je podpoprečno koriščenje, in odvzema tam, kjer je le-tega preveč.

Na osnovi strokovnih utemeljitev se določi možno odstopanje od trenutnega slovenskega povprečja, ki je sedaj v dogovoru od 90 do 110 odstotkov slovenskega povprečja, za nekatere dejavnosti tudi od 95 do 105 odstotkov. V nobenem primeru pa postavitev nove mreže ne more presežati obstoječega povprečnega stanja v Sloveniji. Čeprav je postavitev mreže na videz enostavna, ob upoštevanju navedenega, z upoštevanjem živih zdravnikov, pa je realizacija problematična. Kako zagotoviti premik kadrov iz enega območja v drugo, kako zagotoviti manjkajoči kader, če za to ni na razpolago zdravnikov, na primer. Vsak pristop, ki bi upošteval samo geografska gravitacijska območja pa bi vodil do velikih premikov in novih krivic do zavarovanih oseb in izvajalcev.

Zdravstvena reforma leta 1992 je omogočila, da slovensko javno zdravstveno mrežo sooblikujejo tako dosedanji javni zavodi kot tudi zdravniki zasebniki koncesionarji. Slednja oblika se je najbolj uveljavila na osnovnem nivoju, vzniknile so zasebne splošne in zobozdravstvene ambulante, bistveno manj na specialistični ravni, medtem ko terciarna raven še čaka na resničen izziv. Kako po teh letih ocenjujete sobivanje teh dveh segmentov? Katere so najbolj opazne razlike med njima?

Dobro je, da smo z letom 1992 postavili oziroma zagotovili možnost mešanega, javnega zdravstva v zdravstvenih zavodih in pri zasebnikih s koncesijo. Oboji seveda tvorijo javno zdravstveno mrežo. Razlike po mojem so. Predvsem v odnosu do zavarovanih oseb, katere predstavlja Zavod za zdravstveno zavarovanje, in je boljši pri zasebnikih s koncesijo. Poleg tega pri zasebnikih s koncesijo ni čakalnih dob, postopki so bolj enostavni, boljša je dostopnost do uveljavitve zdravstvenih storitev. To potrjujejo tudi podatki Slovensko javno mnenje 2001, kjer so prebivalci bolj zadovoljni, kar 17,3 odstotka. Res pa je, da ima ta sistem tudi nekaj slabosti. Te so seveda rezultat nedogovorjenih pravil ravnanja, tako zasebnikov kot javnih zdravstvenih zavodov, ki bi morala biti že davno sprejeta, in ki bi jih morala pripraviti zdravstvena oblast. Pod tem pojmom razumem tako občine za primarno raven, kot Ministrstvo za zdravje za sekundarno raven. Menim, da obstaja še nekaj nedorečenih zadev glede organizacije ter delovanja tega mešanega javno-zasebnega

zdravstva. Trenutno so veliko bolj natančno opredeljene obveznosti zasebnikov koncesionarjev, čemur bi morali slediti tudi javni zavodi. Potrebno je podrobneje določiti pristojnosti zdravstvenodomske, ki v Sloveniji pomeni prednost, za funkcionirane javne zdravstvene mreže. Poleg tega mora biti ta jasno in natančno vodena, usklajena tako z zdravniki, ki delajo v javnem zdravstvenem zavodu, kot tudi zdravniki zasebniki koncesionarji. Na prvi pogled obstaja precejšnja divergenca oziroma razkorak med tema dvema poloma, zato je seveda potrebno strpno iskanje rešitev, kako naj deluje javna zdravstvena mreža. Potrebno jo je najprej doreči, ji dati ustrezne vsebine in jo potem ustrezno upravljati. Vse probleme, ki obstajajo, je, po mojem mnenju, potrebno razreševati s ciljem boljše in kakovostnejše oskrbe zavarovancev. Ne nazadnje je potrebno tudi delovanje ustreznih nadzornih služb, ki bi morale nadzirati tako poslovanje javnih zavodov kot zasebnikov. Javne zavode nadzira računsko sodišče, zasebnike poleg tega še njihova zbornica, za oboje veljajo nadzori Zavoda, ki jih edini opravi nad tisoč na leto, občinske inšpekcije za delo, davčne inšpekcije, itd. Vse te službe morajo delovati, zato da lahko ta mešani javno-zdravstveni sistem učinkovito in zakonito posluje. Menim, da je mešani javno-zdravstveni sistem naša prednost in kakršnakoli zaviranja tega procesa ni ne evropsko in ne sprejemljivo za naš razvoj sistema zdravstvenega varstva v prihodnje.

Kot direktor Zavoda ste spremljali proces vznikanja in rasti zasebnega zdravstva v Sloveniji. Kako ocenjujete razvoj in vlogo zdravnikov zasebnikov v javni mreži?

Ta razvoj ocenjujem pozitivno. Obstajajo seveda nekateri problemi, ki pestijo tako koncesionarje zasebnike kot javne zdravstvene zavode. Dejstvo je, da po odhodu zdravnika v zasebno prakso ostane vprašanje, kam z odvečnim kadrom v javnem zavodu, kako je z laboratorijsko dejavnostjo, kako je s koordinacijo preventivne vzgoje in ostalih dejavnosti, kako je z načrtovanjem dežurstev, kako je z zagotavljanjem neprekinjene službe zdravstvenega varstva na določenem teritoriju in gravitacijskem območju, kolikšen obseg bolnišnične dejavnosti bo ostal v javni lasti, delo zasebnikov v bolnišnicah, morda ločitev specialitike od bolnišnic. Za plačnika bi bila taka rešitev bolj rentabilna. Seveda, to so vsa odprta vprašanja, vendar trdim, da bi jih s strpnimi pogovori med občinami, Ministrstvom za zdravje, Zavodom in Zdravniško zbornico lahko že precej rešili. Zdravniška zbornica je imela številne dobre predloge. Vendar smo jih odlagali, zato včasih ti problemi bistveno ostreje in nepotrebno izstopijo, kot če bi jih reševali sproti. Krivca za tako stanje ne smemo iskati v zasebnikih, nasprotno, tu je potrebno iskati krivca v nedomišljenosti, nedodelanosti zdravstvene zakonodaje in ukrepanju ob problemih. Tu so problemi.

Problem, ki se vedno bolj pojavlja v zadnjih letih, so tudi naraščajoče težave zasebnih zdravnikov, ki bi se želeli vključiti v javno mrežo, kar je še najopaznejše

občutiti v ljubljanski, novogoriški in ptujski občini. Kako na kratko komentirate te težave?

Problemi imajo izvore, kot sem odgovoril v prejšnjem vprašanju, z dodatkom, da so te občine, pa tudi z vplivom nekaterih zdravstvenih zavodov predolgo omejevale podeljevanje koncesij in niso imele vsaj prvih pet let po letu 1992 nobenega odnosa do zasebnikov.

Kako ocenjujete zdravnike koncesionarje zasebnike kot poslovne sogovornike?

Positivno in mislim, da na tem področju ni nobenih problemov. Preseneča poslovnost zdravnikov zasebnikov. Preseneča menedžerski pristop do nekaterih problemov, ko se z njim kot zdravnikom zasebnikom srečujemo kot s pogodbenim partnerjem. Zelo sem bil presenečen nad nekaterimi spremembami posameznih zdravnikov, s katerimi sem se srečeval, ko so bili še zaposleni v javnem zavodu in potem kot zasebniki. Vse tovrstne spremembe ocenjujem zelo pozitivno. Res pa je, da obstajajo tudi nekateri primeri zasebnih koncesionarjev, kjer imamo probleme, predvsem na področju sodelovanja, komuniciranja, po eni strani z zdravstvenim domom na določeni lokaciji, po drugi z občino in nekaterimi obveznostmi, ki jih ima tak zasebnik. Tu so morda ozki pri upoštevanju nekaterih pravil, predvsem tistih, ki jih postavljajo občine. Vsekakor je poslovni odnos z Zavodom dober, ne bo pretirano, če rečem, da presenetljivo dobro deluje. V devetih letih, na primer, smo predlagali in izvedli le ukinitve dveh ali treh koncesij, pa še to iz zelo nujno potrebnih razlogov. In to pri 1.000 koncesionarjih, ki že delujejo v javni zdravstveni mreži.

Kakšni so bili razlogi za ukinitve? So bile te koncesije odvzete na podlagi pritožb pacientov?

Da, Zavod je prejel pritožbe pacientov, ki smo jih nato raziskali. Ugotovili smo, da obstajajo nepravilna ravnanja, ki so mejila celo na postopke, ki bi jih lahko okvalificirali v kazenskem pravu, zato smo



predlagali občini, da odvzame koncesijo. Na primer, neupravičeno zaračunavanje plačil za otroke oziroma odrasle v zobozdravstvu, nepodrejanje pravilom obveznega zdravstvenega zavarovanja, zaračunavanje dodatnih stroškov za pregled oziroma dodatne cene za pregled. Ocenjujem, da so dejanja izhajala iz nerazumevanja statusa zasebnika v javni zdravstveni mreži. Vse ukinitve pa so potekale brez sporov, brez tožb.

Kakšni so na splošno izsledki nadzornih komisij Zavoda, ki pregledujejo finančno poslovanje?

Prvič bi rekel, da so odgovori v raziskavi slovenskega javnega mnenja za leto 2001, ki smo ga že četrty sofinancirali pri centru za raziskavo javnega mnenja, pozitivni oziroma boljši za zdravnike zasebnike koncesionarje kot za javnozdravstvene zavode. Glede naših nadzorov pa je potrebno zelo jasno povedati, da bi bili tudi tu, če bi naredili celovito analizo, odstotki "pozitivno" boljši za zdravnike zasebnike koncesionarje, tako glede obsega napak kot glede vseh ostalih zadev, kot pa recimo za nekatere javne zavode. Pri tem naj poudarim, da se ugotovljene napake, pomanjkljivosti ali sistemske napake zelo radikalno zmanjšujejo od začetka postavljanja nadzorov v letu 1993. So pa še vedno številna odprta vprašanja, saj so določene dejavnosti še vedno na obračunih po "Zeleni knjigi" delno nedefinirane. Zdravstveni svet je v letu 1999 Zavodove dopolnitve, ki smo jih pripravili skupaj z RSK posameznih strok, zadržal.

Napake se zmanjšujejo tudi v javnih zavodih?

Tudi v javnih zavodih. Naj povem, da smo v letih 1993 in 1994 beležili v povprečju okoli 40, celo 60 odstotkov napak pri beleženju zdravstvenih storitev. Sedanje analize, ki jih je potrdila tudi zunanja revizorska hiša, pa kažejo, da je odstotek napak od 5 do 7 odstotkov. To je dober napredek. Lahko tudi rečem, da je tudi to doprinos Zavoda k urejenemu delovanju sistema javnega zdravstvenega varstva. Zavod je vedno vztrajal, da je potrebno spoštovati sprejete standarde in pravila, tudi če niso najboljše. Ampak ta so edina, ki obstajajo. Leta 1993 je obstajalo anarhično stanje, ko je vsak delal po svoje, saj prej 15 let ni bilo nobenih medicinsko finančnih nadzorov. Regijski SIS je zadnji nadzor na področju zobozdravstva napravil leta 1979. Zadnji nadzor v lekarnah sploh, sem opravil kot finančnik osebno, leta 1964 v lekarni Bežigrad.

Kako boste reševali problem, ki se je pojavil pri javnih zavodih, saj niti eden nima sklenjene koncesijske pogodbe z ustanovitelji v skladu s 95. členom zakona o zdravstveni dejavnosti, sprejetem 7. junija 2001? Kakšne posledice bo Zavod imel zaradi tega?

Ne gre za formalno-pravno zadevo, gre za zahtevno vsebinsko zadevo, kako s podeljevanjem koncesij reorganizirati javno zdravstveno mrežo, večjo dostopnost do zdravstvenih storitev, vplivati tudi na mrežo. Očitek o nelegalnosti je na prvi pogled lahko zelo vabljev za kakršnegakoli nasprotnika. Ne vem za koga, ministra ali mene. Ne gre za to, gre za to, da bi se morali takoj po sprejemu nacionalnega programa zdravstvenega varstva lotiti prav teh vprašanj: javna mreža, koliko skupin, kakšen program v posameznem javnem zdravstvenem zavodu, ali res vsi vse? Ali je dobra razporejenost visoke sekundarne in terciarne dejavnosti, ali bi bilo bolje deliti delo glede na potrebe zavarovancev, patologije, itd. Ponekod imamo prevelike zmogljivosti, stroka je že predlagala ukinitve, pa zaradi političnih nasprotovanj niso bile izvedene. To je pravi problem 95. čle-

na. Ker ga do danes nihče ne rešuje, seveda zdaj lahko predvidevamo, da Zavod za zdravstveno zavarovanje nima pogojev, da sklepa pogodbe z vsemi javnimi zdravstvenimi zavodi. Jaz mislim, da so tri, štiri izjeme, ki so že po sprejetju tega nacionalnega programa dobili koncesijo, vsi ostali pa ne.

Vendar jim vi do sedaj poslovanja niste omejevali?

Mi jih preprosto ne moremo omejevati, saj sicer ne moremo zagotoviti zdravstvenega varstva zavarovancem. Ne moremo vseh bolnih Slovencev poslati v Celovec ali pa celo Philadelphijo.

Ali menite, da bo potrebno spreminjati obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za rešitev vseh teh problemov, ki so se seveda znova nakopičili?

Procesa dograjevanja pravic, ravnanj zavarovancev, obsega zdravstvenih storitev, bi se morali lotiti že pred 4 leti. Gre seveda za tenkočutno prilagajanje pravic, po eni strani finančnim možnostim in razvoju novih medicinskih znanj, po drugi strani pa tudi prilagajanja rešitvam, ki veljajo v okviru Evropske unije. Seveda bo potrebno, ampak res pretehtano strokovno, ne na tiskovnih konferencah, kaj bomo ukiniteli, pa kaj bomo dali, kaj bomo odvzeli itd. To se da na primeren način, s konsenzom državljanov, zavarovancev, v skupščini Zavoda, vladi, nato pa v državnem zboru, ki bo, ne nazadnje, sprejel tak ali drugačen zakon, gotovo s številnimi amandmaji. Sedanje parcialne spremembe le poslabšujejo javno mnenje in porajajo dvome v zdravstveno varnost. Res pa je, da bomo morali, če bomo hoteli ohraniti najmanj približno enako raven zdravstvenega varstva dati več javnih in zasebnih sredstev. To pa gotovo, kajti dražijo se tehnologije, diagnostike, zdravljenja, zdravlila, staramo se.

Kako osebno vsebinsko ocenjujete zaključeno poslovno leto in na katere dosežke ste kot direktor Zavoda posebej ponosni v tem letu, kljub preprekam, ki obstajajo?

Zavod je v letu 2001 izvedel nekatere projekte, ki seveda pomenijo nadaljnji razvoj zdravstvenega varstva in zavarovanja. Nadaljevali smo z utrditvijo sistema kartice zdravstvenega zavarovanja, hkrati pa tudi začeli z zelo smelim nadaljnjim razvojem in že v teh mesecih bomo prišli z novim korakom naprej. Z vključitvijo medicinskih tehničnih pripomočkov na kartico. Pripravljen imamo tudi projekt Darovalec, v skladu z zakonom, sedaj pa že več kot leto dni čakamo na sklep oziroma odlok Ministrstva o izvedbi. Informacija o odločitvi vsakega posameznika o darovanju organov po smrti naj bi bila vključena med podatke na kartici. Intenzivno smo startali projekt beleženja dejavnikov tveganja na kartico za odrasle, v skladu s preventivnim programom, ki ga je opredelilo Ministrstvo za zdravje. Projekt ni svet, projektne skupine delajo in vse to se odvija v rokih. Lani smo pričeli tudi z velikim projektom: tretjim strateškim razvojnim programom zdravstvenega zavarovanja. Javno ga bomo predstavili na strateški razvojni konferenci, marca 2002. V njem so začrtane smeri razvoja zdravstvenega zavarovanja do leta 2007. V letu 2001 smo se prijavili na razpis Republike Slovenije za poslovno odličnost po metodi EFQM. To je za tak sistem, kot je Zavod, decentraliziran, na državni ravni, kjer gre za tako imenovano soft področja, javno službo, zelo zahtevna naloga. Pripravili smo ocenitveno poročilo in ga tudi oddali na ta razpis. Prav sedaj poteka faza ocenjevanja. V letu 2001 smo pričeli projekt Kakovost v sistemu zdravstvenega zavarovanja ter že opravili ustrezne analize. V njegovem okviru smo uvedli

nove načine komuniciranja z zavarovanci, naj omenim možnost naročanja konvencijskih potrdil preko vseh terminalov ZZZS v Sloveniji. V okviru države Slovenije je to zaenkrat edinstven korak, da imajo zavarovanci možnost vsak dan na 257 lokacijah terminalov za kartico naročiti in v treh dneh dobiti vsa konvencijska potrdila. Lani smo jih izdali kar 230.000.

Poleg tega smo dopolnili naš informacijski sistem. Predlagali smo tudi nekatere spremembe modelov financiranja za leto 2002 oziroma, ki smo jih pripravili leta 2001 za leto 2002, delali smo na projektu razvoj upravljanja sistema zdravstvenega varstva. Z Ministrstvom za delo in Ministrstvom za zdravje smo začeli tudi s projektom zavarovanje za dolgoletno nego.

Omenili ste nov strateški razvojni dokument. Ali lahko povzamete bistvene predloge pri urejanju odnosov z izvajalci, financiranju zdravstvenih storitev, obvladovanju izdatkov in drugih področjih, kjer Zavod načrtuje novosti ali spremembe, ki se dotikajo izvajalcev zdravstvenih storitev?

V preteklem letu se je iztekel petletni strateški razvojni program Zavoda za obdobje 1997-2001, zato smo se lotili priprave novega razvojnega dokumenta. Brez takšnih dokumentov je ne le težko načrtovati razvoj, temveč tudi zadovoljivo izvesti vitalne dejavnosti in projekte. Opravili smo obsežno analizo stanja, ki je postregla z vrsto pomembnih izhodišč za opredelitev vizije razvoja, oziroma nove razvojne strategije. Nekatere ugotovitve sem predstavil že v predhodnem vprašanju. Razumljivo je, da naša razvojna strategija išče rešitve na ključnih področjih sistema zdravstvenega zavarovanja, tj. pri zagotavljanju finančnih virov, urejanju odnosov z izvajalci zdravstvenih storitev in pri izvajanju sistema pravic. Zavod pri tem na osnovi poslanstev, ki mu jih nalaga zakonodaja in lastne razvojne vizije, zastopa in uveljavlja predvsem interese zavarovancev in drugih plačnikov prispevkov za obvezno zavarovanje. To zahteva kar najvišje možno, vendar (materialno) dosegljivo zdravstveno varnost prebivalstva. V središču strategij je tako zavarovanec, ki mu zanesljivost in stabilnost sistema bolj malo pomagata, če nista le učinkovito orodje in sredstvo za pravičen dostop do kakovostnih storitev in drugih pravic, ki jih sistem omogoča. Predvsem bi rad poudaril, da pri novi strategiji zavoda ne gre za revolucionarne rešitve, temveč spet za ti. "mehko dograjevanje" sistema,



saž ocenjujemo, da za slovensko prebivalstvo osnovne vrednote, kot so solidarnost, socialna pravičnost, realna dosegljivost pravic, finančno-ekonomska zanesljivost sistema in druge ne smejo biti na preizkušnji kakšnih preveč vihravih odločitev. Naj pa le navedem nekaj globalnih ciljev in strategij:

- dodatni viri, tretji val reform (novi pristopi k ti. "socialni ekonomiji");
- strateška prestrukturiranja in določanje prednostnih ciljev;
- obvladovanje izdatkov pri izvajanju programov, integrirani in celostni pristopi, prilagajanje direktivam EU, itd.;
- učinkovitosti in rezultatom naravnano razporejanje sredstev, idr.

Na področju partnerstva in urejanja odnosov z izvajalci zdravstvenih storitev pa se naši projekti dotikajo izboljšanja partnerskih odnosov oziroma postopkov s ciljem, zagotoviti bolj pregledno, pravočasno in učinkovito dogovarjanje. Posebno mesto ima tudi dograjevanje obračunskih modelov, ki naj bi prav tako povečali na eni strani preglednost, učinkovitost in uspešnost izvajanja programov, po drugi strani pa tudi enakopravno obravnavo zavarovancev na celotnem teritoriju države. Veliko težo imajo še predlogi za obvladovanje izdatkov za posamezne zdravstvene programe, za zdravila, medicinsko tehnične pripomočke in druge večje skupine izdatkov. Pri izboljševanju notranje organiziranosti bo ustrezna skrb posvečena

prenovi izbranih poslovnih procesov, uvajanju sodobnejših oblik (elektronskega) obveščanja javnosti, izvajalcev in drugih strank Zavoda, nadaljnjemu razvoju informacijskega sistema, sistema KZZ (vključno z uvajanjem novih zdravstvenih funkcij) in drugimi dejavnostmi, brez katerih danes ni mogoče več zaslužiti naziva dobrega gospodarja tudi na področju javnih služb.

Kot direktor ustanove, ki razpolaga z enim največjih državnih proračunov, ste podpisnik vseh listin in s svojim podpisom jamčite za izvedbo teh obsežnih programov. Kako ocenjujete svoj vpliv na možne spremembe v dobro Zavoda, da zagotavljate stabilnost poslovanja, kakšne mehanizme vpliva imate?

Direktor mora spoštovati zakon in odločitve organov upravljanja tega Zavoda, kot sta skupščina in upravni odbor. Za delitev sredstev obstajajo jasna pravila v dogovorih med partnerji in pogodbe, ki so temelj poslovnih odnosov, ki jih mora ravno tako spoštovati. Torej, kot direktor nimam posebnega vpliva na kakršnokoli posebno razporejanje

denarja mimo vnaprej znanih pravil. Imam pa seveda možnost za predlaganje dograditve pravil na tem področju, za iskanje rešitev o problemih, ki zadevajo poslovanje izvajalcev.

Kako poteka vaš delovni dan?

Kljub takšnemu odgovoru na gornje vprašanje mi seveda ostaja odgovornost in ta teža odgovornosti je izjemno velika. Navajen sem skromnosti in življenja v okviru zmožnosti. Tako tudi razumem finance Zavoda, finančni načrt. Porabimo lahko le tisto, kar zberemo, kar imamo, kar smo na osnovi pravil uspeli združiti v sklad zdravstvenega zavarovanja. Čimbolj pregledna in racionalna poraba pa zahteva zelo odgovorno vodenje. Zato je moj delavnik zelo dolg. Začne se običajno sredi noči, tam nekje okrog tretje, četrte ure, ko se že doma usedem za računalnik in začnem z nekaterimi napotili, usmeritvami, itd. za svoje sodelavce in druge, odgovarjati na sporočila prejšnjega dne, ki jih je običajno za dve strani na računalniku. Okoli pol sedmih sem vsak dan že v službi. Običajno me čaka kup pošte. Z vsako potezo skušam svojim sodelavcem za tekoči dan, za naslednji teden, tudi za naslednji mesec dati ustrezne usmeritve in naloge, pregledati izvršeno, odgovoriti tudi osebno zavarovancem, zdravnikom. Ker sem že več kot 38 let v tej hiši, mi to nekako uspeva, z ozirom na to, da se po eni strani zelo hitro odločam. Imam zelo dobro utečeno strokovno ekipo, ki jo vzpostavljam od leta 1992. V ekipi so mlajši sodelavci, ki sledijo konceptom, ki jih skupaj oblikujemo in delujemo uglašeno. In zato Zavod v tej državi zagotovo predstavlja strokovno moč in pomeni ustrezen strokovni potencial in vrednoto za sistem zdravstvenega varstva. Vrednoto, ki jo velja spoštovati in pametno koristiti. Tu so potenciali, ki imajo znanje, so motivirani. Dan po osmi uri je poln sestankov, posvetov, srečanj. Konča se običajno tam nekje do pol osmih zvečer ali še kasneje. Ob enajstih pa moram k počitku.

Maja vam poteče mandat in sprožen je bil formalni postopek za imenovanje generalnega direktorja. Ste eden izmed dveh kandidatov. Zakaj ste se odločili, da ponovno kandidirate?

Ponovno sem se prijavil na javni razpis za generalnega direktorja Zavoda, ker mi je pač potekel štiriletni mandat in ker imam izdelane zamisli in ideje, kako dograditi naš sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Hkrati čutim v sebi še toliko življenjske moči, da sem pripravljen in zmožen te ideje uresničiti, seveda v sodelovanju s sodelavci in strokovno delovno skupino, ki sem jo, ne nazadnje, vzpostavil v preteklih desetih letih. Predložene cilje sem zagovarjal, povedal, na kakšen način naj bi jih s sodelavci dosegel, uresničil, in očitno je bil upravni odbor s predstavitvijo zadovoljen. Soglasno, razen predstavnika Ministrstva, so podprli mojo kandidaturo in me skupščini Zavoda predlagali za imenovanje.

Kako ocenjujete vlogo Zdravniške zbornice v partnerstvu Zavoda za zdravstveno zavarovanje in slovenskem zdravstvenem sistemu.

Partnerstvo, ki se je začelo z ustanovitvijo Zdravniške zbornice, 28 dni kasneje kot Zavoda, in vsi skupaj praznujemo desetletnico v letošnjem marcu, se je razvilo v dokaj dobro in uspešno sodelovanje. Rezultati se kažejo v številnih skupnih rešitvah prav na področju partnerskega dogovarjanja, postavljanja programov, elementov financiranja itd. Moram reči, da smo imeli in imamo tako s prvim vodstvom Zdravniške zbornice, ki ga je predstavljal prim. Kancler,

kot tudi z drugim vodstvom, ki ga predstavlja mag. Bitenc, zelo dobre odnose, in tudi to je očitek nasprotnikov mojega imenovanja za generalnega direktorja, da je to sodelovanje dokaj uspešno. V začetnem obdobju, ko smo postavljali sistem zdravstvenega zavarovanja, ko smo postavljali določena pravila tudi za ravnanje zdravnikov, so obstajala številna odprta vprašanja. Ko danes gledam nazaj, ocenjujem, da se Zavod ni dovolj posvetoval z Zbornico, da nismo bili dovolj odprti za sodelovanje, preveč smo hiteli. Šele v zadnjem štiriletnem obdobju se je sodelovanje razvilo v preverjanje in razprave o posameznih projektnih rešitvah. Ne nazadnje smo skupaj vzpostavili projekt izbranega zdravnika, obračunski model v splošni dejavnosti, ker so sodelovali zdravniki Zdravniške zbornice, sistem kartice in še bi lahko našteval. Trenutno skupaj delamo naprej na projektu dograjevanja kartice, na projektu kakovosti, delali smo na obračunskem modelu v ginekologiji, ki se je pozitivno izšel, če naštejemo le najpomembnejše. Še vedno nismo dovolj učinkoviti na področju predpisovanja zdravil.

Eno temeljnih poslanstev Zavoda je financiranje izvajalcev zdravstvenih storitev skladno z obračunskimi modeli. Kakšen je po vašem mnenju najprimernejši razvoj modelov financiranja izvajalcev na ravni osnovne zdravstvene dejavnosti, specialistično-ambulantne in bolnišnične dejavnosti v Sloveniji?

Idealnih obračunskih modelov ni. Zato je zelo pomembno, da so jasno opredeljeni cilji zdravstvene politike, ki so podlaga za izbiro obračunskega modela, in ki ga je običajno potrebno kombinirati s sistemom vzpodbud za doseganje zastavljenih ciljev. Lep primer je osnovna zdravstvena dejavnost. Če se opredelimo, da je na primarni ravni potrebno zagotoviti določeno število zdravnikov, ki skrbijo za svoje paciente, ki so prvi kontakt bolnikov s sistemom zdravstvenega varstva, in so ti zdravniki tisti, ki odločajo o nadaljnjih napotitvah, se kot ustrezna izbira kaže glavarina. Ker pa stroški nastajajo le, če zdravniki tudi opravljajo storitve in ne napotujejo zavarovanih oseb le na višjo raven, ga je smiselno kombinirati tudi s storitvami. Ko so bila avgusta 2001 spremenjena navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni in jasno opredeljeni cilji zdravstvene politike na področju preventive, je Zavod tem ciljem lahko prilagodil tudi sistem vzpodbud za financiranje osnovne dejavnosti, medtem ko je temeljni model ostal nespremenjen. Obračunske modele kot tehniko plačevanja izvajalcev in sistem vzpodbud za doseganje zastavljenih ciljev je zato potrebno obravnavati kot razvojno in dinamično kategorijo. Enako velja za področje specialistično-ambulantne in bolnišnične dejavnosti. Povečevanje "produktivnosti" narekuje storitvene sisteme, ohranjanje zmogljivosti, pa financiranje na podlagi proračuna. Možna je tudi kombinacija obeh modelov. Plačevanje izvajalcev na podlagi storitev iz "Zelene knjige" je storitveni obračunski model, enako velja za plačevanje na podlagi bolniško oskrbnih dni, po primeru ali skupinah mešanih (primerljivih) primerov. Vsaka od teh oblik ima določene prednosti in slabosti, pri čemer pa tehnika plačevanja sama po sebi ne zagotavlja boljše kakovosti zdravstvene oskrbe zavarovanih oseb. Zato se Zavod zavzema za evolutivni pristop pri razvoju obračunskih modelov na področju specialistično-ambulantne in bolnišnične dejavnosti, ki temelji na jasno opredeljenih in zapisanih ciljih zdravstvene politike, opredeljenih in merljivih elementih kakovosti, čeprav slednjega, žal, še nimamo. Zavod se tudi zavzema za proaktivno financiranje izvajalcev v okviru omejenih finančnih sredstev

ter financiranje terciarne dejavnosti v delu, ki se nanaša na razvoj in izobraževanje iz proračuna RS. To posledično pomeni enake cene za enako zahtevno zdravljenje bolnikov, ne glede na to, v kateri bolnišnici se zdravijo. V projektu razvoj upravljanja sistema zdravstvenega varstva bo Zavod prevzel vodenje izvedbe prve komponente, to je priprave novega obračunskega modela, od ostalih ključnih subjektov v sistemu zdravstvenega varstva pa pričakujemo opredelitev in zapis ciljev, ki jih je potrebno spremljati, ter podlag za merjenje kakovostne zdravstvene oskrbe, kot podlage za vzpostavitev sistema vzpodbud na tem področju.

Moram se dotakniti jesenskega ogorčenja nekaterih splošnih zdravnikov v povezavi z novim sistemom programa preprečevanja srčnožilnih bolezni v ambulantni splošnega/družinskega zdravnika. Očitki so bili v glavnem povezani z neustreznim financiranjem. Kako vi ocenjujete financiranje tega programa?

Resnici na ljubo je potrebno povedati, da je Zavod za zdravstveno zavarovanje že leta 1998, ob sprejetju pravil za preventivne programe, razporedil dodatnih 340 milijonov tolarjev za izvajanje preventivnega programa. Vendar se je, na žalost, pričel izvajati šele leta 2001. Druga ugotovitev je, da je Zavod podprl predlog oziroma zamisli Ministrstva za zdravje, da se zares pričnejo izvajati preventivni programi za odrasle po programu CINDI oziroma po vzoru Karolinske univerze na Finskem. Da bi bil ta program lažje izvedljiv, so v letu 2002 namenjena dodatna sredstva 300 milijonov SIT. Zavod je tudi pristal na prestrukturiranje iz tako imenovane količniške vrednosti tega programa splošnega zdravnika na ta preventivni del. Zavod je predlagal 45. člen splošnega dogovora, ki določa mehanizem vrednotenja ob izvajanju preventivnega programa. Menimo, da je s polovičnim normativom količnikov program mogoče uresničiti. Res pa je, tu je potrebno pritrditi kritikom, da bi bilo potrebno model predhodno stestirati, na mogoče nekaj vzorčnih zdravstvenih domovih oziroma koncesionarjih zasebnikih. Tako bi lahko vnaprej predvideli morebitne pasti. Vendar menim, da je smer prava. Prav tako menim, da je za to denarja dovolj. V kolikor se bodo pokazali novi nepredvideni dodatni stroški, se bomo morali pač pogovarjati v okviru dogovorov. Če proglasimo leto 2002 za testno leto, smo pripravljene na posamezne popravke, potem nam lahko ta program v letu 2003 dokaj solidno uspe. Morda še z nekimi popravki navodil za njegovo izvajanje, organizacijskih navodil, predvsem pa bo treba zagotoviti solidno informacijsko podporo, in da bo treba dejavnike tveganja spremljati tudi na kartici zdravstvenega zavarovanja kot prvo informacijo zdravniku.

Kaj menite o reviji Isis?

Revija Isis je bogata, informativna, bogato zasnovana, tako za



zdravnike kot za nas nezdravnike, sicer bi rekel akterje v sistemu zdravstvenega varstva. Daje zelo ažurne, relevantne in strokovne informacije o dogajanjih, tako v zdravništvu v Sloveniji kot tudi izven meja. Kar mene moti v tej reviji, so tisti rumeni in modri listi. Menim, da bi bilo potrebno iz te revije to izločiti in nekako drugače zasnovati. Škoda je tako lepo ilustrirane, bogato zasnovane revije za to, da navaja izobraževanja. Morda bi izhajal kot separat, ki bi ga zdravniki dobivali skupaj z revijo, da bi bili seznanjeni z možnostmi izobraževanja. Vsa pohvala uredništvu, sedanjemu glavnemu in odgovornemu uredniku, do lanskega leta vsa pohvala Aciju Urlepu. Motijo me še reklame za zdravila, ki se predpisujejo v breme zavarovalnice, zato je zavarovalnica velik financer revije Isis. Vem pa, da brez njih ne bi bilo revije.

Spoštovani gospod Košir, hvala lepa za pogovor. ■

*Razgovor je bil opravljen 11. januarja 2002.
Avtoriziran 21. januarja 2002*

Pripis uredništva

24. januarja 2002 je potekala seja skupščine Zavoda za zdravstveno zavarovanje, ki je sklepala o kandidatih za generalnega direktorja. Z večino glasov (28 za, 12 proti) je podprla predlog upravnega odbora, ki je predlagal dosedanjega generalnega direktorja. Ker dokončno generalnega direktorja potrdi parlament, bomo o tej temi verjetno še kaj slišali.

Specializacije zdravnikov v letu 2002

Zlatko Fras, Satša Favai, Mojca Vrečar

Javni razpis ob financiranju s strani izvajalcev javne zdravstvene službe - edina možna pot?

Zdravniška zbornica Slovenije (v nadaljevanju ZZS) je sicer tudi v letu 2001 vložila veliko naporov pri poskusu vzpostavitve novega modela organizacije, razpisovanja ter vodenja specializacij zdravnikov, vendar kljub (vsaj za nekatere) jasnemu sklepu Vlade Republike Slovenije (Isis, letnik X, št. 10, 1. oktober 2001, str. 25), do dogovora o osrednjem, nacionalnem financiranju specializacij zdravnikov med partnerji za splošni dogovor žal ni prišlo. S strani predstavnikov javnih zdravstvenih zavodov (oziroma njihovih direktorjev) smo v poskusih partnerskega dogovarjanja slišali veliko izrazov nezaupanja in sklicevanja na normativni del zakonodaje ter druge predpise, ki jih izrecno ne zavezujejo v predlagani način zbiranja sredstev. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije je, kljub drugačnemu mnenju Ministrstva za zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje in ZZS, vztrajalo na stališču, da jih lahko v predvideni način "prisili" le spremenjena zakonodaja.

Sklep decembrske skupne seje izvršilnega odbora in skupščinskega sveta ZZS je tako bil, da se v določbah, ki urejajo financiranje specializacij, skupščini Zbornice predlagajo spremembe Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (v nadaljevanju pravilnik). Besedilo sprememb, s katerimi je soglašalo tudi Ministrstvo za zdravje, je objavljen v uradnem listu. Ker zakon o zdravniški službi opredeljuje odobranje specializacij na podlagi **javnega razpisa**, sta se komisija za specializacije in svet za izobraževanje zdravnikov pri ZZS odločila, da se po pričetku veljavnosti spremenjenega pravilnika **objavi prvi nacionalni javni razpis specializacij**. Za odobritev specializacije v okviru javne zdravstvene službe tako lahko kandidira vsak zdravnik, ki ima za čas svojega usposabljanja **plačnika** vseh stroškov specializacije v skladu s programom/vsebino.

ZZS bo tako do nadaljnjega z javnim razpisom najmanj enkrat na leto razpisala specializacije. Razpisane bodo za posamezna specialistična področja ter za posamezne regije, s čimer bomo skušali doseči enakomerno razporejenost specializantov in preseči velikokrat izraženo bojazn upravljalcev zdravstvenih zavodov, da so določene regije za zdravnike, ki želijo specializirati, "a priori" manj zanimive. Poglavitni cilj, ki smo mu sledili pri opredelitvi števila razpisanih specializacij za posamezno področje v določeni regiji je **obnavljanje trenutno obstoječega stanja specialistov** v okviru javne zdravstvene mreže. Strokovne službe Zbornice so pripravile pregledde stanja specialistov po področjih in mestu zaposlitve, načrtovanih upokožitev specialistov in stanja specializantov (za specializacije ki so v teku). Morda pregledi v določenih primerih res niso 100% natančni, saj vemo, da se podatki nenehno spreminjajo. V določenih primerih bodo zagotovo potrebni tudi kasnejši popravki in korekcija razpisanih mest na podlagi utemeljenih razlogov izvajalcev. Poleg omenjenih pregledov so, glede na določila pravilnika, na število razpisanih specializacij vplivale tudi **javljene potrebe izvajalcev javne zdravstvene službe**. Na tem mestu velja omeniti, da smo v oktobru 2001, na podlagi prošnje po opredelitvi potreb po specialistih,

od izvajalcev pridobili podatek, da bi bilo potrebno v Sloveniji do konca leta 2002 razpisati skupno 868 specializacij. To je številka, katere komentar in analiza (po področjih, ustanovah, regijah in drugih atributih) zelo presega okvir tega zapisa. Na podlagi vseh omenjenih potrebnih podatkov smo v ZZS izračunali predvideno stanje vseh specialistov po letih predvidenih zaključkov tekočih specializacij ter v letu 2002 razpisanih in pričeti specializacij ter določili potrebno število za razpis. Na slednjega so vplivali še nekateri drugi dejavniki, ki so kot opombe navedeni v samem besedilu razpisa in jih opisujemo v nadaljevanju.

Dejstvo, da je specializacija pogoj za prvo podaljšanje licence po letu 2007, smo deloma upoštevali pri razpisu specializacij iz **družinske medicine**. V primeru te specializacije namreč "izračun za obnavljanje" praktično ni mogoč, saj bi glede na nenehno naraščajoče število specializantov in specialistov v vseh primerih pokazal "presežek". Tako smo se v primeru družinske medicine bolj ravnali po sorazmernem razpisu glede na javljene potrebe izvajalcev. Tudi za **temeljne specializacije s posameznih "usmerjenih" področij širših vej**, kot sta interna medicina (gastroenterologija, internistična onkologija, nefrologija in pnevmologija) in kirurgija (abdominalna kirurgija, kardiovaskularna kirurgija, torakalna kirurgija in travmatologija), ki so bile v okviru reforme specialističnega podiplomskega usposabljanja opredeljene "na novo", ni bil mogoč izračun po metodologiji, kot je bila uporabljena sicer. Nismo se namreč uspeli še dogovoriti o vseh potrebnih podatkih za utemeljeno načrtovanje števila potrebnih specialistov za področja, kjer ne obstaja neka "osnova". In prav zato bo v prihodnje opredelitev potrebnih specialistov za ta področja lahko temelj in model za načela optimalnega oblikovanja mreže specialističnih delovnih mest za vse specialnosti. Menimo, da bi bilo potrebno pridobiti kar najbolj popolne in verodostojne podatke o tem, koliko specialistov že dela v teh "usmerjenih" področjih širših vej, ter kako bo oblikovano in opredeljeno njihovo delo v prihodnje. Oba podatka bo potrebno uskladiti z načrtom razvoja zdravstvenega varstva v državi. Z namenom pridobitve potrebnih podatkov smo k sodelovanju pri opredelitvi specialističnih delovnih mest s teh področij že povabili nekatere specialistične kolegijske ZZS in ustrezna strokovna združenja SZD, končno pa bomo številke uskladili z Ministrstvom za zdravje. Da vsaj kratkoročno ne bi omejili vstopanja specializantov tudi v ta področja, smo se odločili, da bomo v prvem razpisu (za leto 2002) upoštevali "vse" predvidene kirurške in internistične specializacije v okviru razpisa za splošno kirurgijo oziroma interno medicino. Ker gre v obeh primerih za usposabljanje po načelu skupnega debla v trajanju 2 let in kasnejšo "usmeritev", bomo specializantom omogočili prehod v drugo specializacijo v skladu z določeneje opredeljenimi, dejanskimi potrebami v kasnejšem poteku specializacije.

Še tri posebnosti:

- **Specializacije, katerih vsebina se bo spremenila v kratkem** (pediatrija in javno zdravje). Sprejem novih vsebin načrtujemo že na spomladanski seji skupščine ZZS, razpis pa takoj po začetku njihove veljavnosti.
- **Stomatološke specializacije**. Razpis bo objavljen takoj, ko bo število po posameznih področjih in regijah opredelil odbor za zoboz-

dravstvo ZZS.

■ **Specialistična področja, ki ne sodijo v okvir javne zdravstvene mreže** (na primer medicina dela, prometa in športa, klinična mikrobiologija). Specializacije bodo odobravane za vsa tovrstna specialistična področja, za katera so s strani izvajalcev izkazane potrebe po novih specialistih, vendar jih bomo odobraval uravnoteženo s projekcijami ponudbe zdravniške delovne sile ter glede na dinamiko zaposnjevanja potrebnih specializacij za potrebe javne zdravstvene mreže. Pri tem bomo v prvi vrsti morali upoštevati dejstvo, da so v naši državi trenutno potrebe večje od ponudbe, in bi se nam lahko ob nenadzorovanem odobravanju tovrstnih specializacij "zgodilo" nesorazmerno večje število specializantov v teh vejah medicine – ob povečevanju pomanjkanja v nekaterih vitalnejših segmentih. V zvezi s tem je svet za izobraževanje zdravnikov sprejel deklarativni sklep, naj specializacij za ta področja ne bi odobraval v obsegu, ki bi presegel sorazmeren odstotek ponudbe zdravniške delovne sile v določenem letu.

Pot zdravnika specializanta od prijave na razpis do specialističnega izpita

1. Kandidatura na razpis

A. Za potrebe javne zdravstvene mreže

Po spremenjenih določbah pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij se pot bodočega specializanta za potrebe javne zdravstvene mreže začne s kandidaturo na javni razpis. Eden od nujnih pogojev za prijavo na razpis je izjava o plačilu vseh stroškov specializacije s strani plačnika, ki zaposluje specializanta najmanj za celoten čas trajanja specialističnega usposabljanja.

B. Za potrebe izven javne zdravstvene mreže

Kandidati se lahko prijavijo za vsa specialistična področja, ki veljajo v Republiki Sloveniji. Kandidati v vlogi navedejo, da se prijavljajo na razpis specializacij za potrebe izven javne zdravstvene mreže. Pred pričetkom opravljanja specializacije za potrebe izven javne zdravstvene mreže, zdravnik, kandidat za specializacijo, z Zbornico sklene posebno pogodbo, s katero se uredijo medsebojne obveznosti v zvezi z razporejanjem in vodenjem programa specializacije.

2. Izdaja odločbe o specializaciji

Zbornica odloči o vlogi za specializacijo v 45 dneh. Odločbo o specializaciji kandidatu izda ZZS, za tuje državljanke pa specializacijo predhodno odobri minister za zdravje. V odločbi o specializaciji se določi specialistično področje, datum začetka opravljanja specializacije in glavni mentor. Odločba se vroči izbranemu kandidatu in glavnemu mentorju. Izbranemu kandidatu se pošljejo tudi list zdravnika specializanta in navodila za opravljanje specializacije, ki jih izda ZZS.

3. Potek specializacije

Po izdaji odločbe o specializaciji ZZS posreduje specializantu podatke o prostih specializantskih mestih. Na podlagi odločbe o specializaciji specializant kandidira pri pooblaščenih izvajalcih za usposabljanje na prostem specializantskem mestu brez razpisa. Po zaključku posameznega dela specializacije pri pooblaščenem izvajalcu specializant kandidira za drugo specializantsko mesto, v skladu s programom specializacije. Kandidature in razporejanje specializantov bo ZZS usklajevala s pomočjo računalniškega programa.

Specializacija se začne najkasneje z dnem, ki je določen v odločbi o specializaciji. Specializacija poteka v okviru polnega delovnega časa, pod enakimi pogoji, kot to velja za redno delo pri pooblaščenem

izvajalcu. Specializacija poteka pri enem ali več pooblaščenih izvajalcih, tako da ima specializant zagotovljeno možnost za pridobitev potrebnega obsega znanja in večini določene medicinske specialnosti. Obdobje, ki je v programu opredeljeno kot dolžina specializacije, je najkrajši čas, v katerem je mogoče opraviti program specializacije. Dejansko traja specializacija tako dolgo, da kandidat pridobi znanje in veščine s celotnega področja specializacije v tolikšnem obsegu, da bo po zaključeni specializaciji in opravljenem specialističnem izpitu lahko opravljal samostojno delo.

Zdravniku specializantu se lahko program opravljenega sekundarizata delno ali v celoti všteva v program specializacije. V čas specializacije se lahko šteje tudi obdobje izobraževanja in usposabljanja na lastne stroške ali delo v tujini, če je bilo usposabljanje v tem času skladno s programom specializacije, ki velja v Republiki Sloveniji. O skladnosti programov in priznanju dobe in vsebine specializacije, opravljene v času tako opravljenega dela, odloča ZZS, ki se po potrebi posvetuje z ustreznim strokovnim zdravniškim združenjem ali katedro Medicinske fakultete.

Ves čas specializacije ima specializant glavnega mentorja, na posameznih delovnih mestih v poteku specializacije pa tudi neposredne mentorje. Glavni mentor pripravi specializantu individualni program specializacije, usklajuje in nadzira potek specializacije, ter s tem zagotavlja, da specializacija poteka po programu; poleg tega sodeluje z neposrednimi mentorji in spremlja njihovo delo, ocenjuje napredovanje znanja specializanta in predlaga podaljšanje določenega dela specializacije, če ugotovi, da specializant v predvidenem času ni pridobil zadostnega obsega znanja in veščin. Glavni mentor organizira tudi skupinske oblike izobraževanja specializantov v svoji organizaciji. Neposredni mentor usposablja in nadzira specializanta na svojem delovnem mestu in poroča glavnemu mentorju o napredovanju znanja specializanta. Poleg tega sodeluje pri skupinskih oblikah usposabljanja specializantov.

4. Preverjanje znanja specializanta in specialistični izpit

Specializant, ki opravi predpisan program, lahko pristopi k specialističnemu izpitu. Vlogo za opravljanje specialističnega izpita naslovi na ZZS. K vlogi specializant priloži ustrezno izpolnjen list zdravnika specializanta, izjavo glavnega mentorja o pripravljenosti kandidata na specialistični izpit in morebitne druge dokumente, ki jih predvideva program specializacije. Opravljanje specialističnega izpita odobri ZZS.

5. Izdaja Potrdila o opravljenem specialističnem izpitu

Kandidatu, ki opravi specialistični izpit, ZZS izda potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu in z njim podeli naziv specialista ustrezne specialnosti. Na podlagi tega potrdila kandidat na ZZS lahko zaprosi za izdajo licence za specialistično področje, iz katerega je opravil specializacijo.

Informacijska podpora

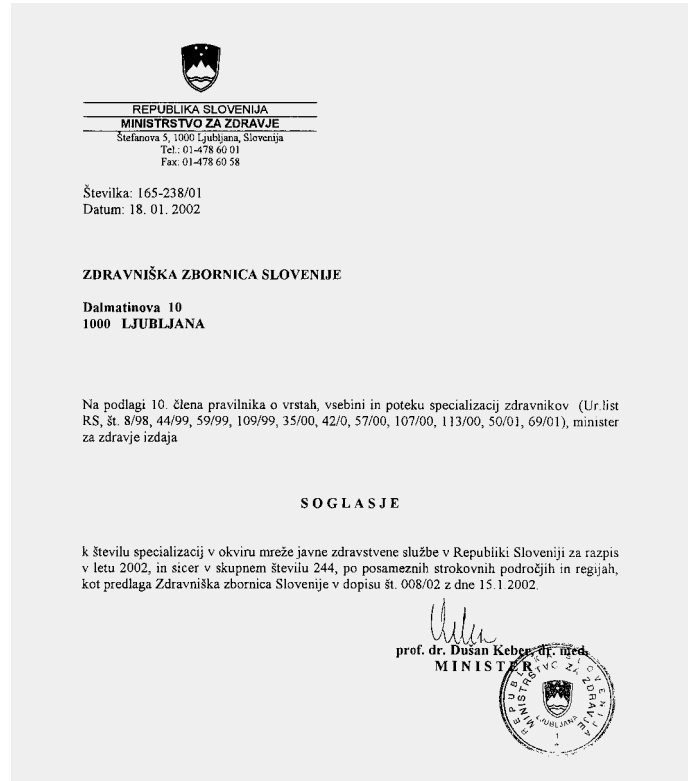
Računalniški program, ki ga je v okviru celovite informacijske podpore svojemu delovnu ZZS pripravljala dve leti, nudi ustrezno informacijsko podporo vodenju in organizaciji specializacij. Omoogoča natančno beleženje podatkov, ki se nanašajo na posameznega specializanta, in nudi možnost pregledovanja zasedenosti specializantskih mest po posameznih ustanovah. Tako lahko ZZS pregleduje izpolnjevanje pogojev kandidata za odobritev specializacije, zbira podatke, potrebne za izdajo odločbe o specializaciji, evidentira

področja posameznih programov specializacij in njihovo trajanje, ter beleži potek specializacije in specialističnega izpita.

Največja pridobitev je, da lahko specializantu ponudi **možnosti za pripravo načrta kroženja specializacije**, v skladu s pooblastili, ki jih imajo ustanove za izvajanje posameznih delov specializacije, ter glede na prosta specializantska mesta. Za vsako področje v programu specializacije program ponudi mesta, ki so v določenem časovnem terminu na voljo. Z razporeditvijo na določeno mesto program zabeleži izbrano kroženje pri specializantu ter označi specializantsko mesto kot zasedeno. Zasedenost teh mest lahko pregledujemo po ustanovah in tako omogočamo enakomerno zasedenost mest po vsej državi. Program vodi tudi evidenco zasedenosti glavnih in neposrednih mentorjev. V prihodnosti načrtujemo, da se bo na specializantska mesta možno prijavljati preko internetne povezave, kar bo specializantom še bolj omogočilo izdelati individualno prilagojen načrt poteka njihove specializacije.

Zbiranje podatkov o izbiri kandidatov pri posameznih plačnikih

V skladu z dogovorom z Ministrstvom za zdravje bo ZZS v okviru razpisov specializacij v obdobju, ko poteka financiranje še vedno na "stari" način, **od izvajalcev (oziroma plačnikov) zbirala podatke o tem, kateri zdravniki specializanti so bili izmed kandidatov za "določeno" specializacijo tudi dejansko izbrani**. Na ta način bo možno vsaj deloma oceniti kriterije, ki zavode vodijo pri izbiri, in morda korigirati prepričanje, da pri izbiri niso vedno odločilni le kriteriji kakovosti. ■



Na podlagi Zakona o zdravniški službi (Ur.l. RS, št. 98/99), 12. člena Poslovnika o delu skupščine in izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije ter 9. in 28. člena Statuta Zdravniške zbornice Slovenije (Ur.l. RS, št. 64/96, 22/98 in 113/00) je skupščina Zdravniške zbornice Slovenije na svoji korespondenčni seji dne 17.12.2001 sprejela

Spremembe in dopolnitve Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov

(Uradni list RS, št. 8/98, 44/99, 59/99, 109/99, 35/00, 42/00, 57/00, 107/00, 113/00, 50/2001, 69/2001)

1. člen

V 12. členu pravilnika se drugi in tretji odstavek spremenita tako, da se po novem glasita:

“Kandidati za opravljanje specializacije morajo vlogi priložiti izjavo plačnika o plačilu vseh stroškov specializacije. Plačnik specializacije je lahko izvajalec javne zdravstvene službe ali druga pravna ali fizična oseba, pri kateri je specializant zaposlen najmanj za čas trajanja specialističnega usposabljanja.

Kandidat, ki po opravljeni specializaciji ne namerava opravljati zdravniške službe v okviru javne zdravstvene mreže, sklene pred pričetkom opravljanja specializacije z zbornico pogodbo, s katero uredita medsebojne obveznosti v zvezi s specializacijo.”

2. člen

V 2. odstavku 13. člena pravilnika se spremeni 1. stavek, ki se po novem glasi: “Zbornica odloči o vlogi za specializacijo v 45 dneh po prejemu vloge.”

3. člen

Spremeni se drugi odstavek 14. člena pravilnika, ki se po novem glasi:

“Na podlagi odločbe o specializaciji specializant kandidira za usposabljanje na prostih specializantskih mestih pri pooblaščenih izvajalcih. Po zaključku posameznega dela specializacije pri pooblaščenem izvajalcu specializant kandidira za drugo specializantsko mesto skladno s programom specializacije.”

4. člen

Te spremembe začnejo veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu RS.

Številka: 007/02

Datum: 14.1.2002

Soglašam!

prof. dr. Dušan Keber, dr. med., l. r.

Minister za zdravstvo

prim. Anton Židanik, dr. med., l. r.

Predsednik skupščine Zdravniške zbornice Slovenije

Prvi razpis specializacij

Zdravniška zbornica Slovenije na podlagi 18. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS št. 98/99) ter na podlagi določil Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij (Uradni list RS št.8/98) razpisuje specializacije za posamezna specialistična področja:

I. Za potrebe javne zdravstvene mreže

Število razpisanih specializacij po regijah

Specializacija	trajanje (v letih)	Celje	Koper	Kranj	Krško	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Nova Gorica	Novo mesto	Ravne na Koroskem	SKUPAJ
Anatomska patologija in citopatologija	5			1		3						4
Anesteziol., reanimatol. in perioperativna intenz. med.	6	2	2	1	1	13	4	1	1	1	3	29
Dermatovenerologija	4					1						1
Družinska medicina *	4	3	1	1		6	3	2	1	1	2	20
Družinska medicina **	4	5	2	1	1	12	7	3	3	1	5	40
Fizikalna in rehabilitacijska medicina	5	1										1
Ginekologija in porodništvo	5		2	1		8	1	1	2			15
Infektologija	6					2						2
Interna medicina ***	6	2	3	1	3	15	5	1	1	1	1	33
Maksilofacialna kirurgija	4	1				1	1					3
Nevrologija	6	1			1	2	1					5
Oftalmologija	4,5		1									1
Ortopedska kirurgija	6	3	3					1				7
Otorinolaringologija	6					9	4				1	14
Plastična, rekonstrukcijska in estetska kirurgija	6	1					2					3
Psihiatrija	5					8	3		1	1	1	14
Radiologija	5			2				1				3
Splošna kirurgija ***	6	4	2	1	3	19	7	2			4	42
Transfuzijska medicina	5						2		1			3
Urologija	6	1				1	2					4
Skupaj		24	16	9	9	100	42	12	10	5	17	244

OPOMBE:

* Za kandidate, ki imajo opravljen strokovni izpit in še nimajo veljavne licence za področje splošne medicine.

** Za kandidate, ki so zaposleni v osnovni zdravstveni dejavnosti, imajo veljavno licenco za področje splošne medicine in opredeljene paciente.

*** Tudi za kandidate, ki se bodo v poteku specializacije po opravljenem začetnem skupnem deblu želeli preusmeriti v posamezne temeljne specializacije s področja interne medicine (pnevmologija, gastroenterologija, nefrologija, internistična onkologija) in kirurgije (abdominalna kirurgija, kardiovaskularna kirurgija, torakalna kirurgija, travmatologija, nevrokirurgija).

Razpis števila specializacij iz pediatrije bo objavljen naknadno, po pomladni seji skupščine Zdravniške zbornice.

Naknaden razpis je možen tudi za stomatološke in ostale specializacije.

II. Za potrebe izven javne zdravstvene mreže

Na razpis se lahko prijavijo slovenski ali tuji državljani. Prijavijo se lahko za vsa specialistična področja, ki veljajo v RS. Specializacije bodo odobrene za specialistična področja, za katera so izkazane potrebe po novih specialistih, pa so opredeljene izven javne zdravstvene mreže, za druga specialistična področja pa glede na razpoložljivost prostih specializantskih delovnih mest pri pooblaščenih izvajalcih, v skladu s predvideno dinamiko zapolnjevanja teh mest za potrebe javne zdravstvene mreže.

Kandidati pod točko I.:

A. Slovenski državljani morajo **k vlogi**, naslovljeni na Zdravniško zbornico Slovenije, **priložiti naslednje dokumente:**

- dokazilo o zaključenem študiju na Medicinski fakulteti v Ljubljani ali potrdilo o nostrifikaciji diplome medicine v tujini,
- dokazilo o opravljenem strokovnem izpitu,
- list sekundarija in druga dokazila, iz katerih je razvidno delo po diplomi, ki bi se lahko priznalo kot opravljeni del specializacije,
- predlog zdravstvenega zavoda - priložijo zaposleni zdravniki,
- dokazilo o državljanstvu Republike Slovenije,
- dokazilo o znanju slovenskega jezika (spričevalo slovenske srednje šole),
- izjavo plačnika o kritju stroškov specializacije,
- dokazila o izpolnjevanju drugih pogojev, določenih z zakonom in drugimi predpisi.

B. Tuji državljani morajo za izdajo odločbe ob vlogi predložiti Zbornici:

- dokazilo o zaključenem študiju na eni izmed medicinskih fakultet in potrdilo o nostrifikaciji diplome,
- dokazilo o opravljenem strokovnem izpitu v Republiki Sloveniji,
- potrdilo o aktivnem znanju slovenskega jezika (potrdilo verifirane ustanove o visoki ravni znanja iz slovenskega jezika),¹
- izjavo plačnika o kritju stroškov specializacije,
- dokazila o izpolnjevanju drugih pogojev, določenih z zakonom in drugimi predpisi.

¹ Ni pogoj za kandidaturo za razpis.

V svoji vlogi kandidat navede naziv razpisanega specialističnega področja in regijo, za katero kandidira, lahko pa navede tudi glavnega mentorja, pri katerem želi opravljati specializacijo.

Kandidat bo pred odobritvijo želene specializacije podpisal IZJAVO, da bo po opravljeni specializaciji kandidiral za zaposlitev v javni zdravstveni mreži tiste regije, za katero mu bo odobrena specializacija.

OPOMBA: V kolikor so kandidati katera od zgoraj navedenih dokazil že predložili Zdravniški zbornici Slovenije (npr. v postopku za pridobitev licence ali v postopku vpisa v register zdravnikov) jim jih ni potrebno prilagati ponovno; v svoji vlogi naj samo navedejo, katera dokazila so že predložili.

Kandidati pod točko II.:

Vlogi morajo predložiti enaka dokazila kot kandidati pod točko I. V vlogi naj navedejo, da se prijavljajo na razpis specializacij *za potrebe izven javne zdravstvene mreže*.

Pred pričetkom opravljanja specializacije za potrebe izven javne zdravstvene mreže, zdravnik, kandidat za specializacijo sklene z Zbornico posebno pogodbo, s katero se uredijo medsebojne obveznosti v zvezi z razporejanjem in vodenjem programa specializacije.

OPOMBA: V kolikor so kandidati katera od zgoraj navedenih dokazil že predložili Zdravniški zbornici Slovenije (npr. v postopku za pridobitev licence ali v postopku vpisa v register zdravnikov), jim jih ni potrebno prilagati ponovno; v svoji vlogi naj samo navedejo katera dokazila so že predložili.

Obrazec za odobritev specializacije (vloga) je priloga tega razpisa, kandidati pa ga lahko dvignejo tudi na *Zdravniški zbornici Slovenije, Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor, Dalmatinova 10 (pritličje), Ljubljana*.

Izbirni postopek za vse prijavljene kandidate opravi Zbornica.

Pisne vloge z oznako "**prvi razpis specializacij za posamezna strokovna področja**" in dokazila o izpolnjevanju razpisnih pogojev, sprejema Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, Ljubljana, za kandidate pod točko I.: **do popolnitve razpisanih specializacij po regijah** oziroma za kandidate pod točko II.: **do popolnitve prostih specializantskih delovnih mest pri pooblaščenih izvajalcih.** ■

Ljubljana, 1. februar 2002

*Razpis je objavljen tudi na spletnih straneh
Zdravniške zbornice Slovenije:*

<http://www.zzs-mcs.si>

Specializacija	Števílo razpisanih specializacij po regijah											
	trajanje (v letih)	Celje	Koper	Kranj	Kiško	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Nova Gorica	Novo mesto	Ravne na Koroškem	SKUPAJ
Anatomska patologija in citopatologija	5			1 SB Jesenice		3 Klinični center (1) Onkološki inštitut (2)						4
Anesteziol., reanimatol. in perioperativna intenz. med.	6	2 SB Celje	2 SB Izola (1) Ortopedska bolnišnica Valdožla (1)	1 Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	1 SB Brežice	13 Klinični center (10) Onkološki inštitut (2) SB Trbovlje (1)	4 SB Ptuj (1) SB Maribor (3)	1 SB Murska Sobota	1 SB Nova Gorica	1 SB Novo mesto	3 SB Slovenj Gradec	29
Dermatovenerologija	4					1 Klinični center						1
Družinska medicina *	4	3	1	1		6	3	2	1	1	2	20
Družinska medicina **	4	5	2	1	1	12	7	3	3	1	5	40
		ZD Celje (2) ZD Laško (1) ZD SI Konjice (1) ZD Šentjur (1) ZD Šmarje pri Jelšah (2) ZD Žalec (1)	ZD Ilirska Bistrica (1) ZD Piran (1) ZD Postojna (1)	ZD Jesenice (2)	ZD Brežice	ZD Domžale (2) ZD Medvode (1) ZD Grosuplje (1) ZD Trbovlje (1) ZD Hrastnik (1) ZD Zagorje (1) ZD Idrija (1) ZD Kamnik (1) ZD Kočevje (1) ZD Litija (2) ZD Ljubljana (5) ZD Vrhnika (1)	ZD Maribor (5) ZD Lenart (1) ZD Ormož (2) ZD Ptuj (1) ZD Slovenska bistrica (1)	ZD Murska Sobota (2) ZD Gornja Radgona (1) ZD Lendava (1) ZD Ljutomer (1)	ZD Nova Gorica (2) ZD Tolmin (1) ZD Ajdovščina (1)	ZD Novo Mesto (2)	ZD Dravograd (1) ZD Mozirje (1) ZD Ravne (1) ZD Velenje (2) ZD Radlje ob Dravi (2)	
Fizikalna in rehabilitacijska medicina	5	1 SB Celje										1
Ginekologija in porodništvo	5		2 SB Izola (1) ZD Koper (1)	1 SB Jesenice		8 Klinični center (7) SB Trbovlje (1)	1 SB Maribor	1 ZD Murska Sobota	2 SB Nova Gorica (2)			15
Infektologija	6					2 Klinični center (2)						2
Interna medicina ***	6	2 SB Celje (2)	3 SB Izola (2) Bolnišnica Sežana (1)	1 SB Jesenice	3 SB Brežice (3)	15 Klinični center (15) SB Trbovlje (1)	5 SB Maribor (4) SB Ptuj (1)	1 SB Murska Sobota	1 SB Nova Gorica	1 ZD Novo mesto	1 Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	33
Maksilofacialna kirurgija	4	1 SB Celje				1 Klinični center	1 ZD Ptuj					3
Neurologija	6	1 SB Celje			1 SB Brežice	2 Klinični center	1 SB Maribor (2)					5
Oftalmologija	4,5		1 SB Izola									1
Ortopedska kirurgija	6	3 SB Celje (2) ZD Celje (1)	3 Ortopedska bolnica Valdožla (3)					1 SB Murska Sobota				7
Otorinolaringologija	6					9 ZD Ljubljana (1) Klinični center (8)	4 SB Maribor (3) ZD Maribor (1)				1 ZD Velenje	14
Plastična, rekonstrukcijska in estetska kirurgija	6	1 SB Celje					2 SB Maribor (2)					3
Psihiatrija	5					8 Psihiatrična klinika (8)	3 SB Maribor (2) Psihiatrična bolnišnica Ormož (1)		1 ZD Tolmin	1 ZD Novo mesto	1 ZD Ravne na Koroškem	14
Radiologija	5			2 SB Jesenice (2)				1 SB Murska Sobota				3
Splošna kirurgija ***	6	4 SB Celje (4)	2 SB Izola (2)	1 SB Jesenice	3 SB Brežice (3)	19 SB Trbovlje (2) Onkološki inštitut (3) Klinični center (14)	7 SB Ptuj (2) SB Maribor (5)	2 SB Murska Sobota (2)			4 Splošna bolnišnica Slovenj Gradec (4)	42
Transfuzijska medicina	5						2 SB Maribor (2)		1 SB Nova Gorica			3
Urologija	6	1 SB Celje				1 Klinični center	2 SB Maribor (2)					4
Skupaj		24	16	9	9	100	42	12	10	5	17	244



ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE

Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor

Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana, Slovenija

Tel.: **386/1/30-72-162, Fax: **386/1/30-72-169

e-mail: ana.brodnik@zsz-mcs.si

Vloga za odobritev specializacije

Kandidat:

Ime in priimek: _____

Datum in kraj rojstva: _____

Naslov: _____

Telefon: _____

Datum in fakulteta diplome: _____

Datum in kraj opravljanja strokovnega izpita: _____

Vrsta specializacije:

Regija, za katero kandidat kandidira: _____

Za glavnega mentorja predlagam:

(Izpolnjevati mora pogoje 16. člena Pravilnika

o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov, Ur. list RS 8/98, 44/99, 59/99, 109/99, 35/00, 42/00, 57/00, 107/00, 113/00, 50/01.)

Plaćnik specializacije:

(izvajalec javne zdravstvene službe ali druga pravna ali fizična oseba, ki je plačnik)

(naziv, naslov, kontaktna oseba)

Obrazložitev vloge:

Datum: _____

Podpis: _____

Obvezne priloge vlogi (v kolikor niso že bile posredovane Zbornici):

- **originalno dokazilo ali ustrezno potrjeno kopijo** o zaključenem študiju na Medicinski fakulteti v Ljubljani ali potrdilo o nostrifikaciji diplome medicine, pridobljene v tujini
- **originalno dokazilo ali ustrezno potrjeno kopijo dokazila** o opravljenem strokovnem izpitu
- dokazilo o državljanstvu Republike Slovenije
- dokazilo o znanju slovenskega jezika (spričevalo slovenske srednje šole)
- izjava o kritju stroškov specializacije (velja za pravne ali fizične osebe, ki same naslovijo na Zbornico vlogo za odobritev specializacije)
- opis strokovnega dela od diplome dalje

Velja tudi fotokopirana vloga



ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE

Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor

Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana, Slovenija

Tel.: **386/1/30-72-162, Fax: **386/1/30-72-169

e-mail: ana.brodnik@zzs-mcs.si

Vloga za odobritev specializacije tujim državljanom

Kandidat:

Ime in priimek:

Datum in kraj rojstva:

Naslov:

Telefon:

Datum in fakulteta diplome:

Datum nostrifikacije diplome:

Datum in kraj opravljanja strokovnega izpita:

Vrsta specializacije:

Regija, za katero kandidat kandidira:

Za glavnega mentorja predlagam:

(Izpolnjevati mora pogoje 16. člena Pravilnika

o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov, Ur. list RS 8/98, 44/99, 59/99, 109/99, 35/00, 42/00, 57/00, 107/00, 113/00, 50/01.)

Plačnik specializacije:

(izvajalec javne zdravstvene službe ali druga pravna ali fizična oseba, ki je plačnik)

(naziv, naslov, kontaktna oseba)

Obrazložitev vloge:

Datum: _____

Podpis: _____

Obvezne priloge k vlogi (v kolikor niso že bile posredovane Zbornici):

- opis strokovnega dela od diplome dalje
- **originalno dokazilo ali ustrezno potrjeno kopijo** o zaključenem študiju na eni od medicinskih fakultet in potrdilo o nostrifikaciji diplome (Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta)
- **originalno dokazilo ali ustrezno potrjeno kopijo dokazila** o opravljenem strokovnem izpitu v Republiki Sloveniji (*Ministrstvo za zdravje*)
- potrdilo o aktivnem znanju slovenskega jezika (izpit na visoki ravni) - ni pogoj za prijavo na razpis
- izjava o kritju stroškov specializacije (velja za pravne ali fizične osebe, ki same naslovijo na Zbornico vlogo za odobritev specializacije).

Velja tudi fotokopirana vloga

Majhne porodnišnice - da ali ne *

Kje naj ženske rodijo in kdo naj jim pri porodu pomaga, razpravljajo že desetletja tako ženske kot tudi strokovnjaki.

Andolšek Lidija, Obersnel Kveder Dunja, Kveder Andrej

V Sloveniji, kjer ima babištvo več stoletij dolgo tradicijo, so do srede 40. let ženske večinoma rodile doma z babiško pomočjo.

Postopoma so porodi prešli pod nadzor zdravnikov, ki so v interesu varnosti mater in novorojencev priporočali porod v ustanovah. Lunaček (2000) je vizijo o koncentraciji porodov v porodnišnicah uresničil v letih od 1945 do 1955, ko je opazno razširil omrežje slovenskih porodnišnic s širitvami obstoječih in odprtjem novih porodniških oddelkov. V Sloveniji imamo 12 porodniških oddelkov (v nadaljevanju porodnišnice) in 2 samostojni porodnišnici. V zadnjih letih so se pojavile tudi pri nas pobude, pred kratkim pa že odločitve, da bi zaradi padanja rojstev, izostrenih ekonomskih pogojev ter boljših cestnih povezav zaprli majhne porodnišnice oziroma jih združili z večjimi.

V Sloveniji razpolagamo z zelo obširno podatkovno zbirko podatkov o poteku nosečnosti in poroda za zadnjih deset let. Zato smo želeli identificirati kazalce, katere bi lahko uporabili za odločitve, katero od 14 porodnišnic bi lahko brez škode za zdravje porodnic in novorojenčkov ukiniteli (zaprli).

Prebivalstvo in metode dela

Za analizo smo uporabili osnovno podatkovno zbirko Perinatalnega informacijskega sistema Slovenije (PISS), ki v desetletnem obdobju (1987-1996) vsebuje 222.019 porodov. Podatkov za leti 1997 in 1998 zaradi posodobitve PISS nismo mogli vključiti. Zbirko smo pripravili tako, da vsebuje agregirane letne podatke za vsako porodnišnico posebej. Sestavljena je iz 14 enot (= enota proučevanja je posamezna porodnišnica v enoletnem obdobju), kar predstavlja 14 porodnišnic v desetletnem obdobju, in iz 80 merjenih spremenljivk iz predporodnega, obporodnega ter poporodnega ZV.

Zaradi objektivnosti analize smo izločili spremenljivko Apgar in novorojenčke s tveganjem, ki so bili napoteni skupaj z materjo v terciarni center (transport in utero). Apgarčin test je izrazito subjektiven podatek, novorojenčki s tveganjem pa navidezno zelo poslabšajo rezultate terciarnih centrov (Ljubljana, Maribor).

Zaradi velikega števila podatkov in izločitve subjektivne izbire kazalcev smo se odločili uporabiti metodologijo "izkopavanja" znanja iz podatkov (*angl. Data Mining*) s programskim paketom Clementine™ (1). Ta metodologija omogoča vključitev velikega števila podatkov, iskanje izstopajočih vzorcev iz podatkov in določitev ključnih determinant za identifikacijo teh vzorcev. Za analizo smo uporabili metodo indukcije pravil (*angl. Rule induction*) C5.0. Osnovni rezultat metode je odločitveno drevo, ki razdeli celotno prebivalstvo na podskupine, ki jih določajo izbrani kazalci. Poleg tega smo v analizi uporabili tudi metodo hierarhičnega razvrščanja v skupine (Ferligoj, 1989).

Rezultati

V Sloveniji je bilo v obdobju od 1987 do 1996 v večini porodnišnic med 1.000 in 2.000 porodov na leto z izjemo ljubljanske (več kot 6.000 porodov) in mariborske porodnišnice z več kot 2.000 porodi. Manj od povprečnih 1.000 porodov na leto je bilo v 6 porodnišnicah, v treh od njih okrog 500 porodov na leto (Brežice, Jesenice, Trbovlje).

V letu 1998 je bilo po podatkih PISS naslednje število porodov:

- 500 ali manj porodov v 3 porodnišnicah – Brežice (od 1992), Jesenice (od 1995), Trbovlje (od 1996)
- 501 do 1.000 porodov v 5 porodnišnicah – Postojna (od 1987), Nova Gorica (od 1990), Koper (od 1991), Ptuj (od 1992), Murska Sobota (od 1994)
- 1.000 do 2.000 porodov v 5 porodnišnicah – Celje (pod 2.000 porodov od leta 1994), Kranj (pod 2.000 porodov leta 1989), Novo mesto, Slovenj Gradec (od 1987 pod 2.000), Maribor (pod 2.000 porodov od leta 1998)
- 2.000 in več porodov v porodnišnici Ljubljana.

Z metodo hierarhičnega razvrščanja v skupine smo želeli ugotoviti, ali glede na vseh 80 kazalcev obstajajo skupine med seboj podobnih porodnišnic.

Ugotovili smo, da so 3 porodnišnice (Kranj, Maribor, Slovenj Gradec) popolnoma neprimerljive med seboj in z ostalimi. Ostalih 11 porodnišnic smo razvrstili v tri skupine:

- v prvi skupini je 5 porodnišnic (Brežice, Celje, Novo mesto, Jesenice, Ptuj). Znotraj te skupine sta skoraj enaki porodnišnici Brežice in Celje, le nekoliko od njiju odstopa Novo Mesto, zelo podobna sta si tudi Jesenice in Ptuj. Vseh 5 porodnišnic je nato združenih na višji ravni.
- v drugo skupino sodita porodnišnici Murska Sobota in Trbovlje. Med seboj sta si nekoliko podobni, vendar precej manj kot na primer Brežice, Celje in Novo mesto ali tri primorske porodnišnice.
- v tretji skupini so 4 porodnišnice (Koper, Postojna, Nova Gorica, Ljubljana). Primorske porodnišnice so si zelo podobne, na nekoliko višji ravni se jim pridruži porodnišnica Ljubljana.

Z metodo "izkopavanja" znanja iz podatkov smo skušali ugotoviti, kateri od 80 kazalcev najbolj ločujejo te skupine oziroma posamezne porodnišnice. Rezultat analize je bilo odločitveno drevo, ki vsebuje 10 ključnih kazalcev. Dobili smo 4 nabore kazalcev, ki so pokazali zelo visoko natančnost (99,3 odstotka, 97,1 odstotka, 96,4 odstotka, 96,4 odstotka). Izmed 4 modelov smo izbrali najbolj natančno drevo, ki omogoča jasno ločevanje vseh 14 porodnišnic z 99,3-odstotno natančnostjo.

V tem modelu najbolj izrazito ločuje porodnišnice **delež**

umetnega predrtja mehurja (UPM) in sicer pri 43-odstotnem deležu. Nastali sta 2 skupini porodnišnic:

1. skupina z manj kot 43-odstotnim deležem UPM (Maribor, Postojna, Ptuj, Slovenj Gradec)

2. skupina z več kot 43-odstotnim deležem UPM (ostale porodnišnice).

Porodnišnice iz prve skupine se naprej razlikujejo po številu porodov, uporabi antibiotikov in zakonskem stanu. Porodnišnice iz druge skupine pa se naprej razlikujejo po deležu hospitalizacij, izobrazbi porodnic, izvedenih CTG med porodom, obporodne analgezije in starosti porodnic.

Ker ta analiza ni dala argumentov za ukinitve porodnišnic, smo se odločili analizirati tradicionalne kazalce. Da bi zagotovili večjo težo analize, smo jim strokovno določili nove mejne vrednosti.

Napoved kakovosti porodnišnic po kazalcih kakovosti

Kakovost porodnišnice smo opredelili s tremi kazalci: mrtvorojenost, prezgodnji porod pred 33. tednom in premajhna porodna teža za gestacijsko starost (zastoj rasti). Razdelili smo jih v tri kategorije: dober (1), srednji (2) in slab (3). Mrtvorojenost je dobra, če je manjša od 3,5 na 1.000, srednja (3,5 in 7 na 1.000), in slaba, če je več kot 7 na 1.000 porodov. Kazalec prezgodnjega poroda je dober, če je prezgodnjega poroda manj kot 6 odstotkov, srednji (6 odstotkov do 13 odstotkov) ter slab, kadar je več kot 13 odstotkov. Premajhna porodna teža za gestacijsko starost je dober kazalec, kadar je manj kot 4,2 odstotka, srednji (4,2 odstotka do 6,5 odstotka), slab, kadar je nad 6,5 odstotka.

Iz teh treh kazalcev smo oblikovali nov kazalec, ki smo ga imenovali Kakovost. Ta kazalec je seštevek vseh treh omenjenih kazalcev in opredeljen kot 7-stopenjska lestvica (3=najboljša, 4=zelo dobra, 5=dobra, 6=niti dobra niti slaba, 7=slaba, 8=zelo slaba, 9=najslabša). Na primer porodnišnica, ki se v vseh treh osnovnih kazalcih izkaže kot dobra (1), ima vrednost novega kazalca 3 (najboljša).

Ocena kakovosti z desetletnimi povprečnimi vrednostmi kazalcev mrtvorojenost, prezgodnji porod in premajhna porodna teža ter izpeljanega kazalca kakovosti

Porodnišnice smo razvrstili po desetletnih povprečnih vrednostih treh izvornih in izpeljanega kazalca kakovosti. Iz razpredelnice 1 je razvidno, da imajo majhne porodnišnice boljše kazalce kot večje (majhne porodnišnice so bolj na začetku, večje bolj na koncu razvrstitve).

Po izpeljanem kazalcu kakovosti so se najboljše uvrstile porodnišnice v Slovenj Gradcu (povprečno okoli 1.500 porodov na leto), Ptuj in Kopru (povprečno od 850 do 1.000 porodov). Najslabše, na 5. do 8. mesto, so se razvrstile te porodnišnice po deležu prezgodnjega poroda. Na zadnjih mestih sta največji porodnišnici Ljubljana in Maribor. Porodnišnica Ljubljana, ki je imela v tem času 2,6-krat več porodov kot Maribor na letni ravni, se je uvrstila na zadnje mesto po mrtvorojenosti in po deležu prezgodnjega poroda ter na sredino po zastoj rasti. Ker je tudi vodilna strokovna ustanova, so tu skoncentrirane najbolj zahtevne in tvegane nosečnice, ki se vanjo zatekajo po lastni presoji, česar pa nismo mogli upoštevati v analizi. Prav tako nismo razpolagali s podatki, s katerimi bi lahko potrdili vpliv predporodnega zdravstvenega varstva na mrtvorojenost in so-

cialno-ekonomskih dejavnikov na pojav prezgodnjega poroda in premajhne porodne teže za gestacijsko starost. Tudi porodnišnica Celje (tretja po velikosti) ima zelo veliko mrtvorojenost in velik delež prezgodnjega poroda. Na zelo visokem mestu je tudi porodnišnica Nova Gorica (500 do 1.000 porodov na leto), ki ima zelo slab kazalec mrtvorojenosti in premajhne porodne teže.

Med najmanjšimi tremi porodnišnicami pozitivno izstopa porodnišnica Trbovlje po prezgodnjem porodu in mrtvorojenosti, po zastoj rasti pa je na 7. mestu, kar jo po kazalcu kakovosti skupaj uvršča na 4. mesto. Ostali dve najmanjši porodnišnici sta razvrščeni v sredini, med 7. in 8. mestom.

Razpredelnica 1: Desetletne povprečne vrednosti kazalcev kakovosti in ustrezne razvrstitve po porodnišnicah v Sloveniji od 1987 do 1996.

porodnišnice	povprečne vrednosti kazalcev				razvrstitve			
	kakovost	mrtvorojeni/1000 porodov	prezgodnji porod v %	premajhna teža za GS v %	kakovost	mrtvorojeni	prezgodnji porod	premajhna teža za GS
BR	6,0	1,7	2,2	2,1	8	6	12	9
CE	6,3	2,4	2,1	1,8	11	13	10	5
JE	5,3	1,9	1,3	2,1	7	9	2	9
KP	4,6	1,6	1,7	1,3	3	4	5	2
KR	5,0	1,7	1,4	1,9	6	6	3	6
LJ	7,6	2,7	2,9	2,0	14	14	14	7
MB	6,9	2,0	2,8	2,1	13	10	13	9
MS	6,2	1,6	2,1	2,5	10	4	10	14
NM	6,1	2,0	1,7	2,4	9	10	5	13
NG	6,4	2,2	2,0	2,2	12	12	9	12
PO	4,8	1,8	1,6	1,4	5	8	4	4
PT	4,5	1,5	1,7	1,3	2	2	5	2
SG	4,4	1,3	1,9	1,2	1	1	8	1
TR	4,7	1,5	1,2	2,0	4	2	1	7

Ocena kakovosti porodnišnic po kazalcu kakovosti

V obravnavanem desetletnem obdobju se je število porodov zmanjševalo, spreminjale so se tudi doktrine porodniškega dela. Zato smo skušali ugotoviti, koliko časa so se ti kazalci obdržali (v določeni kakovosti) v posameznih porodnišnicah.

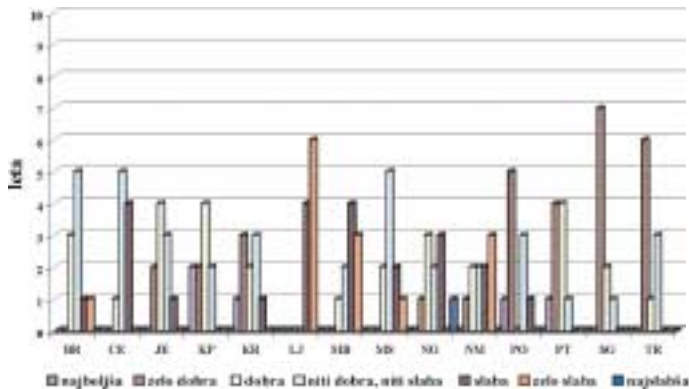
Iz slike 1 je razvidno, da je imela porodnišnica Trbovlje kazalec kakovosti zelo dober, več kot polovico let (6 let) opazovanega obdobja ni bil nikoli slab ali najslabši. Nekoliko bolj je nihala kakovost v Brežicah in na Jesenicah, kjer je bila po eno leto tudi slaba in zelo slaba.

Na drugi strani je bil v porodnišnici Ljubljana kazalec kakovosti zelo slab kar 6 od 10 let in slab 4 leta. V Mariboru je bila kakovost 5 let v sredini, po 2 leti pa samo dobra oziroma slaba. Podobno je bilo tudi v Celju, medtem ko je kakovost v Novi Gorici zelo nihala, od zelo dobre do najslabše.

Porodnišnici v Postojni in na Ptuj sta izkazali najboljšo kako-

vost po eno leto, porodnišnica v Kopru pa je edina imela najboljšo kakovost dve leti. Porodnišnica v Slovenj Gradcu je obdržala zelo dobro kakovost kar šest let.

Slika 1: Kazalec kakovosti v desetletnem obdobju po porodnišnicah v Sloveniji od 1987 do 1996.

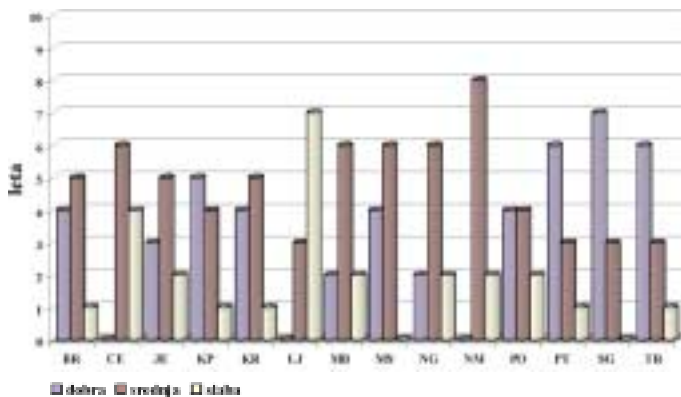


Ocena kakovosti porodnišnic po kazalcu mrtvorojenosti

Po kazalcu mrtvorojenosti izstopa porodnišnica Slovenj Gradec, ki je imela kar 7 let nizko stopnjo mrtvorojenosti, sledita ji Ptuj, Trbovlje in Koper, kjer je bila zabeležena nizka stopnja mrtvorojenosti 6 oziroma 5 let. V porodnišnici Ljubljana je bila mrtvorojenost velika 7 let, v Celju pa 4 leta.

V ostalih dveh majhnih porodnišnicah (Brežice, Jesenice) je 5 let prevladovala srednja stopnja mrtvorojenosti (Slika 2).

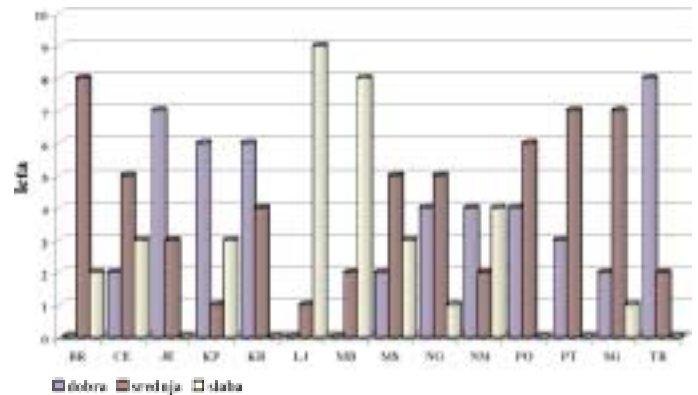
Slika 2: Ocena kakovosti kazalca mrtvorojenost v desetletnem obdobju po porodnišnicah v Sloveniji od 1987 do 1996.



Ocena kakovosti porodnišnic po kazalcu prezgodnji porod

Najdlje (7 do 8 let) imata dober kazalec prezgodnjega poroda kar dve (Trbovlje, Jesenice) od treh najmanjših porodnišnic. Med boljše po tem kazalcu so se uvrstile tudi porodnišnice Koper, Postojna in Nova Gorica. Največji slovenski porodnišnici sta ponovno na zadnjem, najslabšem mestu.

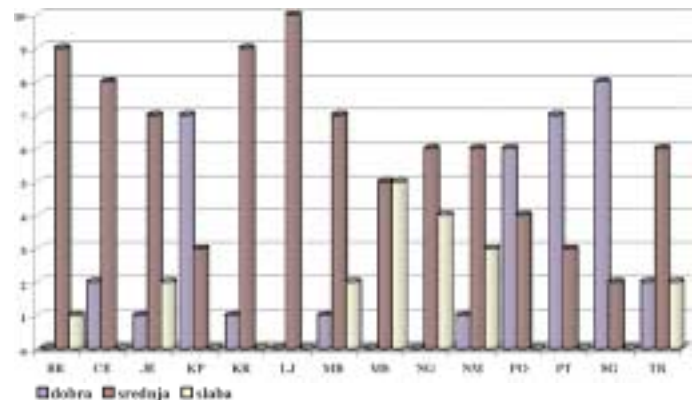
Slika 3: Ocena kakovosti kazalca prezgodnjega poroda v desetletnem obdobju po porodnišnicah v Sloveniji od 1987 do 1996.



Ocena kakovosti porodnišnic po kazalcu premajhna porodna teža

Po tem kazalcu najbolj izstopajo porodnišnice Slovenj Gradec, Koper in Ptuj, ki imajo skoraj vsa opazovana leta (7 do 8 let) zelo majhen delež zastoja rasti. Najslabše se je izkazala porodnišnica Murska Sobota, ki ima v vsem opazovanem času le srednje dober in slab kazalec premajhne porodne teže. Med najmanjšimi tremi porodnišnicami je najboljša porodnišnica Trbovlje (2 leti dober, 6 let srednje dober in 2 leti slab kazalec) (Slika 6).

Slika 4: Ocena kakovosti kazalca premajhne porodne teže za gestacijsko starost po porodnišnicah v Sloveniji od 1987 do 1996.



Razpravljanje

Odločitev za ukinitvev določene porodnišnice je zelo zahtevna in že sama po sebi večplastna: razlogi zanjo so lahko le strokovni in ekonomski. Smiselna je samo v primeru, kadar z njo ne vplivamo negativno na kakovost zdravja porodnic in novorojencev, sicer je prihranek minimalen ali pa ga sploh ni, saj se povečajo stroški njihovega zbolevanja in/ ali umiranja.

Težave se pojavijo že pri opredelitvi "majhna porodnišnica", njeni varnosti in učinkovitosti. Po navadi določajo majhnost s številom porodov, varnost pa s strokovnim določanjem kazalcev, po katerih razvrščajo porodnišnice. Na manjše tveganje pri zapiranju porodnišnic vpliva tudi kakovost reproduktivnega zdravstvenega varstva

ženski (RZV) na primarni ravni, zato je pri odločanju treba upoštevati njegovo kakovost, učinkovitost in dostopnost.

Osnovna razloga za ukinitve majhnih porodnišnic sta:

- koncentracija porodov v večjih porodnišnicah zaradi boljšega izkoriščanja sodobne tehnologije in večjega znanja strokovnjakov,
- zmanjšanje finančnih sredstev, namenjenih delovanju porodnišnic.

Iz dosegljive literature je razvidna ugotovitev, da predlogi za ukinitve majhnih porodnišnic in centralizacija varstva materinstva niso utemeljeni na preverjenih podatkih o "stroških in koristih" takega posega.

Največ podatkov o tem problemu prihaja iz Anglije, Škotske in Francije. Zaradi drugačne organiziranosti predporodnega in obporodnega varstva pa nam ti lahko služijo le za orientacijo.

V Angliji že od leta 1879 razpravljajo, ali naj porodnice rodijo v porodnišnicah ali doma, v majhnih (do 20 postelj) ali malo večjih porodnišnicah (25 do 50 postelj) in kdo naj jim pri porodu pomaga (babica, splošni zdravnik, porodničar). Odzivi na nameravane ukinitve majhnih porodnišnic so bili v letih od 1985 do 1989 zelo ostri (CAMPBELL et al, 1994).

O podobni situaciji na Škotskem sta poročala Cole in Macfarlane (1995).

V Franciji so v letih 1991 in 1996 vključili v splošno bolnišnično reformo tudi porodnišnice. V regiji Auvergne, ki je malo večja kot Slovenija, so se pristojne oblasti odločile zapreti vse od 17 porodnišnic, ki so imele manj kot 300 porodov na leto, čeprav Norvez (1997) ni ugotovil večjega tveganja za porodnice in novorojence v njih.

Zaradi burnega odziva strokovne in laične javnosti (izguba delovnih mest in kolektivnega prestiža, rušenje zaupanja nosečnic v krajevno porodnišnico ipd.) so imenovali posebno komisijo (regionalna komisija za vrednotenje zdravstvenih ustanov - CREME). Ta je s temeljito analizo ugotovila, da samo število porodov ne zadošča za tako radikalno odločitev. Poleg analiz o poteku, načinu vodenja in izidu porodov so ocenjevali tudi opremljenost porodnišnic (število in kakovost sodobnih aparatov, njihovo izkoriščenost), dostopnost porodnišnic v urgentnih primerih, zadovoljstvo porodnic z zdravstvenim osebjem in podobno. Na podlagi analize je komisija ugotovila, da so rezultati tem boljši čim manjša je porodnišnica (v večjih je več patologije). Zaradi težje dostopnosti iz bolj oddaljenih predelov je komisija predlagala, naj štiri porodnišnice z manj kot tristo porodi ostanejo (Gerbaud et al, 1988). Plačniki in predstavniki vseh porodnišnic so v regionalni shemi zdravstvenega varstva žensk ovrednotili višino finančnih sredstev potrebnih za nemoteno strokovno delo in poslovanje teh porodnišnic ter tako rešili problem v splošno zadovoljstvo.

V naši študiji smo analizirali samo strokovne kazalce in z metodo odločitvenega drevesa ugotovili tiste, s katerimi se porodnišnice razlikujejo, ne pa ali in koliko so ti kazalci pomembni za določitev kakovosti porodnišnice. Analiza je pokazala, da v tradicionalnih kazalcih (mrtvorojenost, prezgodnji porod, premajhna teža za gestacijsko starost) razlike niso bistvene za ločevanje med posameznimi porodnišnicami. Te ugotovitve so bile nepričakovane, saj so se porodnišnice pomembno razlikovale predvsem po obporodnih postopkih (UPM, hospitalizacije itn.).

Z anketo v nekaterih porodnišnicah smo tudi ugotovili, da ni zanimali večjega zanimanja za porod na domu, pač pa narašča število nosečnic, ki želijo roditi v porodnišnici s prijaznim, domačnim okoljem.

Na podlagi naših ugotovitev sklepamo, da so tradicionalni kazalci pregrobi (ni dovolj, da novorojenec preživi, ampak kako kakovostno preživi), zato bi jih morali znova opredeliti in določiti

stopnje kakovosti preživetja. V nadaljnje analize je treba vključiti tudi kazalce obporodnih postopkov. Izločiti (standardizirati) je treba kazalce, ki ne vplivajo neposredno na kakovost dela (npr. izobrazba in zakonski stan porodnic) ter vključiti nekatere druge podatke (npr. diagnoze boleznih v nosečnosti, opremljenost, kadrovske zmogljivosti, stroške dela, zadovoljstvo porodnic itn.).

Zaključki in predlogi:

1. Slovenske porodnišnice so si podobne po številnih kazalcih (mrtvorojenost, premajhna porodna teža za gestacijsko starost). Ob upoštevanju spreminjajočih se doktrinarnih stališč so vse dosegle zadovoljivo raven kakovosti. Analiza je nakazala, da tri najmanjše porodnišnice izkazujejo enako dobre, ali celo boljše rezultate kot večje porodnišnice.
2. Vse slovenske porodnišnice so po oceni tradicionalnih kazalcev varne. Pojem varnosti bi morali izpopolniti, znova opredeliti, izdelati nove kazalce in vanje vključiti tudi zadovoljstvo porodnic.
3. Porodnišnice se razlikujejo po nekaterih postopkih (UPM, hospitalizacije, spremljanje poroda s kardiokografijo, uporaba zdravlil v nosečnosti, indukcija poroda). Na podlagi teh bi lahko poenotili doktrinarna stališča.
4. Porodnišnice se razlikujejo tudi po socialno-demografskih značilnostih porodnic (starost, stan, izobrazba). Zmanjševanje teh razlik bi morala biti predvsem družbena prednost, nekaj pa lahko k temu prispeva tudi zdravstvo z ustrezno organiziranostjo RZV in dobrim preventivnim delom.
5. Z analizo podatkov nismo odgovorili na temeljno vprašanje: katero porodnišnico bi lahko ukiniteli brez škode za reproduktivno zdravje prebivalcev. Za tak sklep bi morali:
 - zagotoviti dovolj veliko verodostojnost podatkov PISS-a,
 - odstraniti pristranosti, ki vplivajo na oceno kakovosti, predvsem v terciarnih centrih in večjih porodnišnicah,
 - določiti najbolj primerne kazalce za oceno kakovosti, jih strokovno utemeljiti in jih utežiti,
 - dodati druge kazalce (ekonomska uspešnost, opremljenost, kadrovska oskrbljenost...).

Primerne bi bilo, da bi odgovorni za zdravje prebivalstva pred odločitvijo o ukinitvi določene porodnišnice zagotovili izdelavo take analize.

Za strokovne nasvete se avtorji zahvaljujemo prof. dr. Živi Novak Antolič.

Literatura

1. Lunaček P., *Ob stoletnici rojstva*, Ljubljana: Karantanija, Šentrupert Osnovna šola dr. P. Lunačka, 2000, str. 85-93;
2. Ferligoj A., *Razvrščanje v skupine. Metodološki zvezki*, št. 4, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana, 1989.
3. Campbell R., Macfarlane A., *Where to be born? The debate and the evidence*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, Radcliffe Infirmary, 1994: 113.
4. Cole SK, Macfarlane A. *Safety and place of birth in Scotland*. *J Public Health Med*, 1995, 17(1): 17-24.
5. Gerbaud L., Biolay S., Venet M., Pomey M.B., Belgacem B., Jacquelin B., Glanddier P.Y., *Evaluation comparative des maternités en Auvergne: De la planification à la contractualisation (Comparative evaluation of maternity hospital in Auvergne: from planning to contracting)*, *Cah. Sociol. Demogr. Med.* 1998 Oct.-Dec; 38(4): 297-323.

*Prispevek je skrajšani del raziskave Inštituta za medicinske vede Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti

4. Za uporabo programskega paketa Clementine se zahvaljujemo raziskovalni agenciji CATI Center d.o.o.

Ocenjevanje preprečevanja in obvladovanja okužb s HIV in drugih nalezljivih boleznih v zobozdravstvu

Marta Grgič Vitek, Matjaž Rode

Uvod

Inštitut za varovanje zdravja RS (IVZ RS) se je odzval vabilu Grškega centra za obvladovanje aidsa in spolno prenosljivih okužb (SPO) za sodelovanje pri evropskem projektu z naslovom "Ocenjevanje preprečevanja in obvladovanja okužb s HIV in drugih nalezljivih boleznih v zobozdravstvu".

Poleg Slovenije so Grki k sodelovanju povabili še nekatere druge države, od katerih sta se projektu priključili še Bolgarija (Fakulteta za stomatologijo iz Plovdiva) in Italija (Istituto Superiore di Sanita ter Nacionalna zveza za boj proti aidsu – ALA).

Pobuda za projekt se je pojavila, ker so v Grčiji zaznali, da imajo osebe okužene s HIV (ali drugimi virusi, ki se prenašajo s krvjo), ki povejo, da so okužene, težave pri dostopu do zobozdravstvene oskrbe. Predvsem se jih izogibajo privatni zobozdravniki. Ocenjujejo, da je problem v Grčiji velik zaradi številnih priseljencev in ilegalnih prebežnikov, pri katerih so prevalence teh boleznih praviloma višje.

Anekdotično je tudi v Sloveniji zaznati osebe, ki se zaradi okužbe z eno izmed parenteralno prenosljivih okužb počutijo ovirane pri dostopu do zobozdravstvene oskrbe.

Namen in cilji

S projektom so želeli pri zobozdravnikih oceniti poznavanje načinov prenosa okužbe s HIV, HBV, HCV, opremljenost zobozdravniških ordinacij (kolikšen del npr. nima avtoklava), ravnanje zobozdravnikov ob stiku s takimi bolniki in na osnovi rezultatov raziskave za zobozdravnike izdelati smernice za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih boleznih ter predloge za izboljšanje stanja. Rezultati naj bi prispevali k osveščenosti zobozdravstvenega osebja glede preventive in zaščite pred okužbami s HIV/ aidsom ter drugimi nalezljivimi boleznimi in k zmanjšanju diskriminacije oseb, ki so okužene s HIV ali drugimi nalezljivimi boleznimi in potrebujejo zobozdravstvene storitve.

Materiali in metode

V Sloveniji smo izvedli prečno raziskavo, v katero so bili vključeni arbitrarno izbrani zobozdravniki iz različnih regij Slovenije, predvsem iz zdravstvenih domov. Anketiranje je opravila skupina študentov stomatologije na osnovi vprašalnika, ki ga je kot osnovo za raziskavo izdelal Grški center za obvladovanje aidsa in SPO. Vprašalnik ima 19 vprašanj, ki zajemajo:

- seznanjenost z načini prenosa okužbe s HIV,
- opremo in pripomočke, ki jih zobozdravstveno osebje uporablja,

- stališča glede obravnave oseb okuženih s HIV; Raziskava je potekala aprila in maja 2001. Skupno smo zbrali 201 izpolnjen vprašalnik.

Rezultati

V nadaljevanju je predstavljen povzetek rezultatov ankete, ki je potekala v Sloveniji.

Od 201 zobozdravnikov, ki so sodelovali v raziskavi, je bilo 62 moških (31 odstotkov) in 139 žensk (69 odstotkov). Povprečna starost je bila 48 let (od 26 do 75 let). Povprečna delovna doba sodelujočih je bila 20 let.

Poznavanje možnosti prenosa:

Večina sodelujočih zobozdravnikov (99 odstotkov) je seznanjen z načini prenosa okužbe s HIV; 38 odstotkov jih je mnenja, da pri obravnavi lahko prepoznajo bolnika z nalezljivo boleznijo, 56 odstotkov pa jih meni, da to ni mogoče; 87 odstotkov zobozdravnikov misli, da so ukrepi za preprečevanje okužb s hepatitisom B v zobozdravstvu dovolj tudi za preprečevanje okužb s HIV, 9 odstotkov pa jih meni, da ne zadoščajo.

Zaščitna oprema:

Od zaščitnih sredstev, ki so navedena v anketi, 83 odstotkov sodelujočih zobozdravnikov vedno uporablja rokavice, 14 odstotkov pogosto, 3 odstotki redko; 76 odstotkov vedno uporablja masko, 14 odstotkov pogosto in ostali redko ali nikoli; 69 odstotkov jih vedno uporablja zaščitna očala, 10 odstotkov pogosto in 21 odstotkov redko ali nikoli; 83 odstotkov jih vedno nosi haljo, 3 odstotki pogosto, 14 odstotkov redko ali nikoli (v vprašalniku je bila omenjena le halja, ne pa tudi delovni kompleti, ki so vse bolj v uporabi).

Sterilizacija in razkuževanje:

Od vseh sodelujočih jih je 76 odstotkov odgovorilo, da uporabljajo za sterilizacijo instrumentov in materialov parni avtoklav (sam ali v kombinaciji s čim drugim); 59 odstotkov jih vedno razkuži materiale, uporabljene v ustni votlini, preden jih pošljejo v zobotehnični laboratorij, 17 odstotkov pogosto, 24 odstotkov redko ali nikoli. Večina sodelujočih (99 odstotkov) uporablja sredstva za sterilizacijo/ dezinfekcijo instrumentov za vsakim pacientom, 85 odstotkov jih uporablja sredstva za sterilizacijo/ dezinfekcijo kolenčnikov za vsakim pacientom in 82 odstotkov jih uporablja sredstva za sterilizacijo/ dezinfekcijo površin za vsakim pacientom.

Incidenti:

Od vseh sodelujočih zobozdravnikov jih je 48 odstotkov poročalo, da so bili v zadnjem letu pri delu izpostavljeni poškodbi z uporabljenim ostrim instrumentom, povprečno po trikrat.

Zaščita s cepljenjem:

Proti hepatitisu B je bilo cepljenih 83 odstotkov zobozdravnikov in proti tuberkulozi 67 odstotkov.

Rokovanje z ostrimi predmeti:

Od vseh sodelujočih jih je 44 odstotkov odgovorilo, da zvije ali zlomi iglo preden jo odvrže ali pa iglo pokrije z zaščitnim pokrovčkom z roko. Od sodelujočih jih 99 odstotkov po uporabi odvrže ostre instrumente v posebne odporne zbiralnike.

Stališča glede obravnave okuženih oseb:

Izmed sodelujočih jih 34 odstotkov misli, da bi morali okužene s HIV zobozdravstveno oskrbeti na stomatološki kliniki, 34 odstotkov jih meni, da bi jih morali oskrbeti posebno usposobljeni zobozdravniki in le 18 odstotkov jih meni, da se lahko zdravijo v vseh zobozdravstvenih ordinacijah. Osebe z višjim tveganjem za HIV ali okužene s HIV bi 37 odstotkov sodelujočih zobozdravnikov raje napotilo k drugim zobozdravnikom/ specialistom; 18 odstotkov sodelujočih zobozdravnikov "ne mara sprejemati (kot paciente) oseb iz visoko tveganih skupin za aids"; le 18 odstotkov jih meni, da "imajo potrebne veščine za učinkovito in varno zdravljenje oseb s HIV in aidsom"; 30 odstotkov se jih strinja s trditvijo "če zdravim ljudi okužene s HIV in z aidsom, bodo moji ostali pacienti nezadovoljni"; 55 odstotkov se jih strinja ali pretežno strinja s trditvijo "strah bi me bilo, če bi moral zdraviti HIV-seropozitivne osebe".

Razprava

Glede na vzorčenje, ki je potekalo predvsem po zdravstvenih domovih, se rezultati nanašajo predvsem na zobozdravnike v mladinskih in splošnih zobnih ambulantah.

Zobozdravniki v Sloveniji so, glede na rezultate raziskave, dobro seznanjeni z načini prenosa parenteralno prenosljivih virusnih okužb, ki so jim lahko izpostavljeni pri svojem delu. Večina jih redno uporablja osebna zaščitna sredstva. Ravno tako se zavedajo nuj-

nosti sterilizacije instrumentov in pomena razkuževanja drugih zobozdravstvenih pripomočkov, aparatov in površin. Morda se jih premajhen delež zaveda nevarnosti poškodbe z ostrimi predmeti, saj jih znaten delež (44 odstotkov) poroča o neustreznem rokovanju z iglami po uporabi, pa tudi delež zobozdravnikov, ki poročajo o najmanj eni perkutani poškodbi z uporabljenim ostrim instrumentom na leto, je dokaj velik (48 odstotkov). Precepljenost proti hepatitisu B med zobozdravniki bi bilo gotovo priporočljivo in možno še zvišati.

Stališča glede obravnave okuženih oseb kažejo, da je med zobozdravniki prisoten strah pred parenteralno prenosljivimi okužbami. Diskriminacijo oseb, okuženih s HIV ali drugimi nalezljivimi boleznimi, ki potrebujejo zobozdravstvene storitve, naj prepreči vodilo, da je pri zobozdravstveni obravnavi potrebno z vsako osebo ravnati, kot da je okužena.

O prenosu okužb in preprečevanju okužb v zobozdravstvu je bilo pri nas objavljenih kar nekaj prispevkov (1, 2). Tej temi so bili posvečeni tudi 9. Čelešnikovi dnevi, v zborniku tega srečanja so zbrani številni prispevki slovenskih avtorjev, ki obravnavajo omenjeno področje.

Zaključek

Uporaba ustreznih postopkov za preprečevanje in obvladovanje okužb štiti zobozdravstvene delavce, bolnike in družbo.

Potrebno je zagotoviti razmere, v katerih se bomo lahko zoperstavili pojavom izključevanja, socialne diskriminacije in odklanjanju manjšin in določenih skupin pri zdravstveni in zobozdravstveni oskrbi (begunci, imigranti, zaporniki, okuženi s HIV...).

Na osnovi zakona o nalezljivih boleznih (3) in pravilnika o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (4) je potrebno tudi v zobozdravstvu pripraviti programe preprečevanja in obvladovanja okužb, torej natančno predpisane postopke dela za vsako ordinacijo oziroma kliniko, s katerimi morajo biti seznanjeni vsi zaposleni v zobozdravstvu. ■

1. Dragaš AZ. Prenos okužb v stomatologiji. In: Gubina M, Dolinšek M, Škerl M, editors. Bolnišnična higiena. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Klinični center, 1998; 93-7.

2. Dragaš AZ. Preprečevanje infekcij v zobozdravstvu. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1991:71.

3. Zakon o nalezljivih boleznih. Uradni list RS št. 69/95: 5291-5300.

4. Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. Ur. l. RS št. 74/99.

Zasebna zobna ordinacije Mezeg dr. Ranc & Uroš objavlja delovno mesto
zobozdravnika

za nedoločen čas s polnim delovnim časom, s trimesečnim poskusnim delom.
Nastop dela takoj oziroma po dogovoru.

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta - smer stomatologija
- znanje slovenskega jezika

Kandidati naj svoje vloge pošljejo na naslov: Beli Medved d.o.o., Zg. Otok 8, 4240 Radovljica ali po e-pošti: beli.medved@siol.net
Za Bežigradom, na Dunajski 63 (nasproti Bežigradskega dvora), v poslovni hiši z zasebnim vhodom, oddam prostore, registrirane za specialistično ambulanto. Informacije: tel.: 01 30 92 423, GSM: 041 959 454.

Vloga digitalne knjižnice CMK pri iskanju odgovorov na klinična vprašanja

Anamarija Rožič Hristovski, Sonja Pogačnik

Uvod

Zdravniki, zobozdravniki in drugi zdravstveni delavci se pri svojem vsakdanjem delu srečujejo z različnimi problemi, kjer za reševanje potrebujejo informacije o zdravlilih, zdravljenju, diagnozi ali pa splošne medicinske informacije. Hitro rastoče število zdravstvenih virov omogoča dostop do polnega teksta vse večjega števila informacij, ki so bile prej nedosegljive. Iskanje in filtriranje uporabnih in preverjenih informacij je lahko težavno zaradi hitrosti kopičenja informacij kot tudi večanja števila zdravstvenih informacijskih virov.

Vse več zdravstvenih delavcev uporablja internet, tudi za iskanje odgovorov na medicinska vprašanja. Ker pa na internetu lahko objavlja vsak, ne glede na namen, se je še posebej za potrebe zdravstvene oskrbe potrebno usmeriti na kakovostne vire. Centralna medicinska knjižnica (CMK) Medicinske fakultete je osrednja knjižnica za področje biomedicine v Sloveniji. Na svojih spletnih straneh (www.mf.uni-lj.si/cmkl/) gradi bogato digitalno knjižnico raznovrstnih vsebin, ki je lahko v pomoč pri iskanju odgovorov na različna klinična vprašanja. Ponudba vključuje bogat izbor elektronskih revij, bibliografske zbirke, elektronske priročnike in učbenike ter izbor preverjenih povezav za različna področja medicine. Velik poudarek je na vključevanju virov, ki ponujajo kakovostne dokaze za podporo znanstveno utemeljeni klinični praksi.

Značilnosti elektronskih informacijskih virov

Ker se v medicini srečujemo z eksponentno rasto števila informacij in informacijskih virov, je pri iskanju odgovorov na medicinska vprašanja potrebno izbrati tak vir, ki ustreza tipu vprašanja in razpoložljivemu času. Pri iskanju odgovora na osredotočena klinična vprašanja je najučinkoviteje pričeti s predfiltriranimi viri s področja znanstveno utemeljene medicine kot so Best Evidence, Cochrane Library ali Clinical Evidence, ki se redno dopolnjujejo z metodološko ustreznimi in klinično pomembnimi študijami in omogočajo preprosto iskanje. Za odgovore na bolj splošna medicinska vprašanja pa so primernejši učbeniki, še posebej v elektronski obliki. UpToDate, Scientific American Medicine, Harrison's Online, MD Consult omogočajo vpogled v osnovno znanje o številnih temah in hkrati ponujajo odgovore na bolj specifična vprašanja. Bibliografska baza Medline pa pomaga poiskati odgovore tako na osredotočena kot osnovna vprašanja (1). Iskanje po internetu pa je primerno tedaj, ko gre za povsem novo temo, ki v znanstveni literaturi še ni obdelana.

Medicinske informacijske vire v elektronski obliki bi lahko tako razvrstili v štiri skupine: elektronske učbenike, računalniške zbirke

specializiranih kliničnih virov, velike bibliografske zbirke, ki omogočajo dostop do revij in vire na internetu. Značilnosti vprašanj usmerjajo izbiro vira, pri tem pa je potrebno upoštevati še prednosti in slabosti posameznega vira.

Za elektronske učbenike je značilno, da ponujajo zbrano in sintetizirano znanje. Primerni so za uporabo dejstev, ki se ne spreminjajo pogosto. Lahko temeljijo bolj na prepričanjih kot na dokazih in pogosto ne pokrivajo vseh tem. Elektronski se za razliko od tiskanih redno dopolnjujejo, naročnina za zagotovitev stalnega dostopa pa je lahko precej draga. Za iskanje je potrebnih 2 do 5 minut.

Pomen računalniške zbirke člankov Best Evidence, ki vključuje prispevke iz revij ACP Journal Club in Evidence-Based Medicine, je v klinični pomembnosti vseh citatov in metodološki tehtnosti. Zbirka zagotavlja redno dopolnjevanje in preprosto iskanje. Slabost pa je v tem, da je vsebina usmerjena na bolj splošne teme in da vsebuje nenaključni vzorec zelo kakovostnih dokazov, ne pa sinteze dokazov na določeno temo. Za iskanje je potrebnih 2 do 5 minut.

Poudarek v zbirki Cochrane Library je na sistematskih preglednih člankih. Ti predstavljajo učinkovito metodo za iskanje tem, ki so jih zbrali in analizirali s sistematskim pristopom in eksplicitnimi kriteriji kakovosti z namenom zmanjšati pristranosti in naključne napake. Podatki se pogosto statistično kombinirajo s pomočjo meta-analiz, ki povečujejo moč izsledkov številnih študij, ki so posamično premajhne za prikaz verodostojnih rezultatov. Slaba stran pa je, da pregledni članki ne zajemajo vseh področij zdravstvenega varstva. Nekateri zbirki očitajo, da je preveč akademska. Za iskanje je potrebnih 2 do 5 minut.

Medline je izčrpana in obsežna zbirka referenc o člankih. Dostopna je zastoj ali po ugodni ceni. Zaradi velikosti in kompleksne strukture je iskanje lahko zamudno in težavno. Poizvedovanje po posamezni temi traja 30 minut.

Za internet je značilno, da je mogoče kaj poiskati na skoraj vsako temo. Iskanje je težavno in kakovost virov nezanesljiva. Iskanje traja vsaj 10 minut (2).

Digitalna knjižnica CMK: www.mf.uni-lj.si/cmkl/

CMK je leta 1997 začela graditi svoje spletne strani z namenom ponuditi elektronski vodič po informacijskih virih in storitvah. V ta sklop sodi tudi digitalna knjižnica, ki danes ponuja bogat izbor raznovrstnih elektronskih virov v polnem tekstu. Velik del virov je prosto dostopen, ostali pa licenčno za različne kategorije uporabnikov. Tako lahko številni uporabniki CMK iščejo odgovore na svoja vprašanja po kakovostnih virih kar na svojem delovnem mestu.

V nadaljevanju bomo podrobneje predstavili nekatere najpo-

membnejše vire v CMK, ki so lahko v pomoč pri iskanju odgovorov na različna medicinska vprašanja.

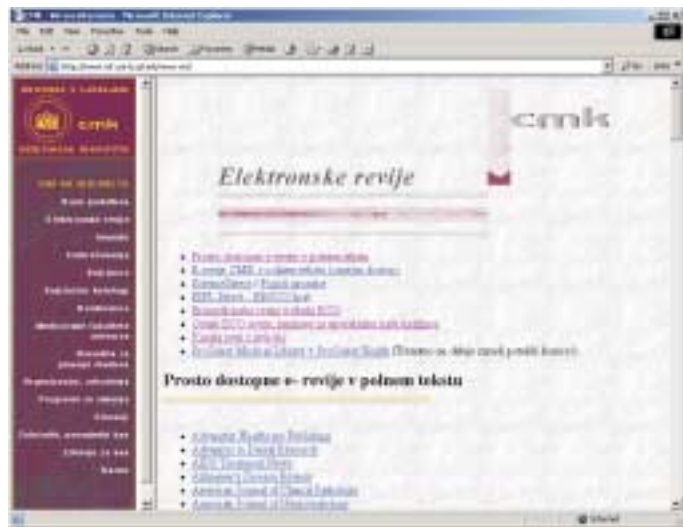
Elektronske revije v polnem tekstu

V okviru digitalne knjižnice je uporabnikom trenutno na voljo okoli 1.500 biomedicinskih revij v polnem tekstu (slika 1). Ponudba vključuje prosto dostopne ter licenčno dostopne vire iz zbirke revij CMK. Slednje so dostopne ali z geslom ali pa registrirane za uporabo v računalniški mreži Medicinske fakultete. Še posebej zanimiva je zbirka ScienceDirect, ki uporabnikom z Univerze v Ljubljani med 1.200 revijami nudi tudi 600 biomedicinskih revij, kakovosten iskalnik in tekoče obveščanje o novostih.

Elektronske revije ponujajo najnovejše članke, učinkovit in preprost dostop, sprotno zasledovanje novosti, povezave na druge vire, možnost komunikacije z avtorji, uredništvi ali sodelovanje v razpravljanju. Posebej bomo osvetlili tri revije, ki posredujejo najnovejše dokaze za klinično prakso.

Evidence-Based Medicine: <http://www.evidence-basedmedicine.com>

Namen revije, ki izhaja vsaka dva meseca, je opozoriti klinike na pomembne dosežke na področjih interne medicine, splošne in družinske medicine, kirurgije, psihiatrije, ginekologije in porodništva s selekcijo tistih izvornih in preglednih člankov, ki se zdijo najbolj verodostojni in uporabni. Ti članki so povzeti in izvečkani z dodano vrednostjo in vsebujejo komentar kliničnih izvedencev. Bralci lahko posredujejo mnenja, predloge, pripombe in vprašanja.



Slika 1. Bogata ponudba elektronskih revij v digitalni knjižnici CMK

Clinical Evidence www.clinicalevidenceonline.org

Revija, ki izhaja polletno, je organizirana kot zbornik sodobnih dokazov o učinkih kliničnih intervencij. Povzema tekoča spoznanja, omejitve in negotovosti o preprečevanju in zdravljenju kliničnih stanj, ki temeljijo na izčrpnem preiskovanju in oceni literature. Clinical Evidence pokriva pogosta ali pomembna klinična stanja v primarni in bolnišnični oskrbi tako, da odgovarja na različna klinična vprašanja ali pa opozarja, da ne obstajajo verodostojni dokazi.

Baze podatkov

Digitalna knjižnica ponuja na enem mestu izbor 25 baz podatkov, ki vključuje tako pomembne prosto dostopne kot licenčno dostopne baze (slika 2). Dostop do slednjih v glavnem zagotavlja CMK za svoje uporabnike. Vsaka baza je opremljena s kratkim opisom njene vsebine. Navedli bomo le nekatere najpomembnejše.



Slika 2. Izbor baz podatkov v digitalni knjižnici CMK

PubMed Medline: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>

Zbirka Medline, ki jo gradi ameriška National Library of Medicine (NLM) omogoča brezplačen dostop do 11 milijonov referenc. CMK od leta 1999 sodeluje z NLM pri dobavi elektronskih člankov v polnem tekstu, ki jih na željo lahko posreduje na delovno mizo uporabnika. Naročanje člankov v sistemu PubMed poteka z vmesnikom Loansome Doc.

V CMK načrtujemo, da bomo v kratkem s pomočjo storitve Link-Out v sistemu PubMed ponudili dostop do polnega teksta več sto revij neposredno iz zapisov zbirke Medline.

MD Consult: <http://www.mdconsult.com/>

MD Consult z izjemno raznovrstno ponudbo kliničnih informacij na enem mestu sodi med najbolj priročne vire. Zbirka je bila zgrajena z namenom, da služi kot orodje za odgovor na klinična vprašanja in omogoči spremljanje novosti v medicini. Vključuje 48 medicinskih revij, 38 referenčnih priročnikov, 600 praktičnih kliničnih navodil, 3.000 navodil za izobraževanje bolnikov, informacije o več kot 30.000 zdravilih, 30 letopisov in 450 modulov za stalno medicinsko izobraževanje.

MD Consult pokriva naslednja področja medicine: infekcijske bolezni, onkologijo, pediatrijo, intenzivno nego, interno medicino, ortopedijo, patologijo, geriatrijo, toksikologijo, ginekologijo, porodništvo, nevrologijo, primarno oskrbo, dermatologijo, anesteziologijo, urgentno medicino, kirurgijo, psihiatrijo in okulistiklo. Kakovosten iskalnik omogoča preiskovanje baze v celoti ali pa njenih posameznih enot.

Harrison's Online: <http://www.harrisonsonline.com/>

To je vodilni učbenik interne medicine, ki je sedaj uporabnikom

na voljo tudi na internetu. Njegove prednosti so redno ažuriranje z novostmi v terapiji, kliničnih poskusih, obsežne reference, možnost razpravljanja in povezave s sorodnimi spletnimi stranmi in bazami podatkov.

Cochrane Library: <http://www.update-software.com/clibhome/clib.htm>

Bazo po načelih znanstveno utemeljene medicine gradi Cochrane Collaboration, mednarodna organizacija, ki je bila ustanovljena zaradi potrebe po sistematskih, ažurnih preglednih člankih relevantnih randomiziranih kliničnih poskusov na različnih področjih zdravstvenega varstva. Delovanje organizacije poteka na različnih ravneh. Tako posamezne skupine pripravljajo in razvijajo sistematske pregledne članke za določena zdravstvena področja: <http://www.cochrane.org/cochrane/crgs.htm#CRGLIST>.

Cochrane Library sestavlja več enot:

- **The Cochrane Database of Systematic Reviews** zajema sistematske pregledne članke o učinkovitosti zdravstvenega varstva, ki vključujejo predvsem randomizirane poskuse.
- **Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness** vključuje kritično ovrednotene izvlečke preglednih člankov z vsega sveta.
- **The Cochrane Controlled Trials** je register bibliografskih informacij z izvlečki o kontroliranih poskusih.
- **Economic Evaluation Database** pa je zanimiva za področje upravljanja zdravstvenega varstva, ker zajema ekonomske analize različnih postopkov zdravljenja.

Izbor povezav na internetu

Spletne strani CMK ponujajo tudi kakovostni izbor preko 300 javno dostopnih povezav, ki so razvrščene po področjih biomedicine. Uporabnikom zdravstvenega varstva pa smo pod naslovom Zdravje za vse ponudili številne tuje in domače povezave za pomoč pri reševanju najpogostejših zdravstvenih problemov.

Zaključek

Digitalna knjižnica CMK nudi številnim uporabnikom pot do hitrega odgovora na različna klinična vprašanja. Licenčni pogoji dostopa in finančne možnosti pa žal omejujejo uporabo posameznih virov na določene skupine uporabnikov.

Želimo si, da bi v prihodnosti lahko omogočili dostop do najpomembnejših informacij, potrebnih za vsakdanje klinično delo, vsem zdravnikom in zobozdravnikom z njihovega delovnega mesta. Pri teh prizadevanjih bi potrebovali večjo finančno podporo pristojnih ministrstev, ki so za leto 2002 skupaj zagotovila le polovico potrebnih sredstev za revije in baze podatkov, ter sodelovanje stanovskih organizacij in vseh zainteresiranih. ■

Literatura:

1. Hunt DL, Jaeschke R, McKibbin KA. Using electronic health information resources in evidence-based practice. *JAMA* 2000;283(14):1875-9.
2. McKibbin KA, Richardson WS, Walker-Dilks C. Finding answers to well-built questions [EBM Note]. *Evidence-Based Medicine* 1999;4(6):164-7.

Biološki nadzor izpostavljenosti in pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih

Alfred B. Kobal

Uvod

Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih (PZP) delavcev pripravljamo v Sloveniji v presledkih že nekako 10 let. Glavne dejavnosti so potekale na Inštitutu medicine dela, prometa in športa (MDPŠ) v sodelovanju z Razširjenim strokovnim kolegijem medicine dela, prometa in športa. V letu 2000 je ministrstvo za zdravje ponovno dalo pobudo za oblikovanje pravilnika o preventivnih zdravstvenih pregledih. Služba medicine dela, predvsem pa doc. dr. M. Bilban sta dopolnila že pripravljena strokovna stališča in dokončno oblikovala predlog pravilnika.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve tega predloga ni sprejelo, zato je na zahtevo ministrstva za zdravje Klinični inštitut MDPŠ ponovno revidiral pravilnik o PZP. Na željo predstojnice Kliničnega inštituta MDPŠ sem njihov predlog pregledal in podal svoje mnenje. Iz materiala, ki sem ga prejel, je bilo razvidno, da ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve nekako ni bil pogodu predlog o izvajanju biološkega nadzora (biološki monitoring), ki so ga predstavljali usmerjeni PZP. Zdi se, da nekako v tem niso videli pravega smisla, posebno še, ker so bili okvirni roki teh pregledov prepogosti in bi to lahko predstavljalo prevelike finančne obremenitve za delodajalce (?). Odločili so se, da zadostuje le tisti del biološkega nadzora, ki naj bi ga izvajali v okviru obdobjih PZP.

Glede na moje dosedanje dolgoletno vpletanje v pripravo strokovnih izhodišč pravilnika o PZP sem se odločil, da širši strokovni javnosti predstavim svoj komentar, ki sem ga tudi sicer poslal Kliničnemu inštitutu MDPŠ. Glavni namen tega komentarja je osvetliti nekatera strokovna izhodišča biološkega nadzora, njegov namen in pomen ter zmote, ki nastajajo pri razumevanju in uporabi biološkega nadzora izpostavljenosti.

Biološki nadzor

Biološki nadzor izpostavljenosti kemičnim škodljivostim izvajamo z meritvami in oceno vsebnosti teh snovi ali njihovih presnovkov v biološkem materialu z namenom, da ocenimo dejansko izpostavljenost – "notranjo dozo" – in tveganje za poslabšanja zdravja pri posameznem delavcu ali pri skupini delavcev. Pri delavcih, ki so izpostavljeni določenim kemičnim škodljivostim je nujno, da pričnemo izvajati *biološki nadzor izpostavljenosti kot samostojno strategijo*, saj omogoča direktno oceno notranje izpostavljenosti oziroma *notranjo dozo* kemične škodljivosti, v nekaterih primerih pa hkrati tudi oceno *zgodnjih reverzibilnih bioloških učinkov*. V bistvu gre za *zgodnje odkrivanje tvegane izpostavljenosti*, ki lahko pri določenem delu prebivalstva ob isti notranji dozi škodljivosti povzroči zgodnje bio-

loške učinke, pri drugem delu prebivalstva pa se ti učinki ne pojavijo. V kolikor takega stanja ne ugotovimo in se notranja doza kemičnih škodljivosti veča, s tem pa se veča tudi število delavcev z zgodnjimi biološkimi učinki, ki lahko postanejo tudi ireverzibilni. S pomočjo kazalnikov biološkega nadzora izpostavljenosti torej lahko ocenimo ali izpostavljenost delavca kemičnim snovem že vstopa v območje, kjer se tveganje za prizadetost zdravja pomembno poveča. Na osnovi takih podatkov lahko vplivamo na znižanje stopnje izpostavljenosti (ukrepi v delovnem okolju) in zmanjšanje škodljivih zdravstvenih učinkov, vendar le, če je biološki nadzor opravljen v *pravem času in pri pravih delavcih*. Obdobji PZP v opisanih pogojih ne morejo nadomestiti biološkega nadzora izpostavljenosti, saj z njimi ocenjujemo predvsem zdravstveno stanje in prizadetost funkcije posameznih kritičnih organov (ireverzibilni biološki učinki) z bolj zahtevnimi medicinskimi preiskavami na daljše roke. Vsekakor je s finančnega vidika neracionalno, s strokovnega pa nepotrebno, da bi z metodologijo obdobjih PZP opravljali biološki nadzor izpostavljenosti; tega doslej ni predpisala nobena še tako bogata država.

Strategija biološkega nadzora je vezana predvsem na tekoče stanje nivoja izpostavljenosti kemičnim škodljivostim v delovnem okolju. Podatke o stopnji zunanje izpostavljenosti lahko posreduje pooblaščenemu specialistu medicine dela le Služba za varstvo pri delu delodajalca. Sodelovanje teh dveh je za programiranje in izvajanje biološkega nadzora neizogibno. Sicer postavlja indikacije za biološki nadzor izpostavljenosti tudi specialist medicine dela samostojno na osnovi rezultatov prejšnjih PZP. Zato rokov biološkega nadzora ne moremo vnaprej predpisati, temveč jih lahko le okvirno opredelimo.

Zaradi *opustitve biološkega nadzora* oziroma zdaj že nekdanjih usmerjenih PZP, bo med roki posameznih obdobjih PZP (opravljajo se v obdobjih od 1 do 3 let) nastala neka praznina brez tekočega – sprotnega biološkega nadzora izpostavljenosti kemičnim škodljivostim. To pa je še posebej pomembno povsod tam, kjer zaradi tehnoloških in drugih značilnosti delovnega procesa koncentracije kemičnih škodljivosti v delovnem okolju pogosto prekoračujejo MDK in KDK (maksimalno dopustne, kratkotrajno dopustne koncentracije) vrednosti. V takih primerih "Izjava o Varnosti z oceno tveganja" in izvajanje obdobjih PZP ne more nadomestiti potrebe po tekoči oceni izpostavljenosti z biološkim nadzorom. Ocena tekoče izpostavljenosti kemičnim škodljivostim z biološkim nadzorom je ob takih pogojih nujna, saj drugega zdravstvenega nadzora v obdobju med posameznimi obdobji PZP ni. Oceno zunanje tekoče izpostavljenosti opravljajo (v skladu z 239. členom ZVD) strokovne službe delodajalca s periodičnimi meritvami škodljivosti v delovnem okolju v določenih rokih ali pa v povezavi s tehnološkimi spremembami.

Na ta način indirektno ocenjujejo izpostavljenost delavcev pri tem pa seveda ne upoštevajo interindividualne razlike v absorpciji, distribuciji, retenciji, občutljivosti posameznika in drugih značilnosti, ki se nanašajo na fizično dejavnost. Menim, da je nujno, da oceno zunanje izpostavljenosti kemičnim škodljivostim komplementarno dopolnimo s tekočim *biološkim nadzorom* in se tako izognemo omenjenim pomanjkljivostim okoljskega nadzora, razen v primerih, ko gre za akutno izpostavljenost nevarnim kemičnim škodljivostim, ki povzročajo akutne toksične učinke ali učinke na mestu delovanja, kemične snovi s slabo absorpcijo in zelo kratko razpolovno dobo.

Predlogi, dopolnitve pravilnika o PZP

Ministrstvo za zdravje bi moralo podpreti težnje medicine dela, da prične čimprej delovati v skladu s strokovnimi stališči SZO, ki so predstavljena v publikaciji Biological Monitoring of Chemical Exposure in the Workplace (1996) in na ta način omogočiti boljše varovanje zdravja in delovne zmogljivosti tudi tistih delavcev, ki so izpostavljeni kemičnim škodljivostim. Boljše varovanje teh delavcev bomo dosegli z *biološkim nadzorom* izpostavljenosti, kar pa terjajo transdisciplinarni pristop, uvajanje novih strokovnih metod in trajno sodelovanje (na višji ravni kot doslej) medicine dela in drugih strokovnjakov s službami za varstvo pri delu delodajalcev in inšpekcijskimi službami.

Da bi lahko realizirali izvajanje biološkega nadzora izpostavljenosti, bo potrebno pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev dopolniti z dodatnimi vsebinami.

1. Biološki nadzor izpostavljenosti je potrebno opredeliti kot posebno vrsto "zdravstvenega nadzora", ki se uporablja pri izpostavljenosti tistim kemičnim škodljivostim, pri kateri je tak nadzor s strokovnega stališča in etičnega vidika dopusten.

2. Opredeliti moramo namen in vlogo biološkega nadzora izpostavljenosti v primerjavi z drugimi PZP v pravilniku. Pri tem je potrebno poudariti, da je glavni namen biološkega nadzora ocena notranje izpostavljenosti – notranje doze ter zgodnjih reverzibilnih bioloških učinkov in ne ocena zdravstvenega stanja, ki se sicer opravlja z obdobjimi PZP.

3. Opredeliti je potrebno obseg in vsebino biološkega nadzora pri izpostavljenosti posameznim kemičnim škodljivostim. Splošen potek biološkega nadzora naj bi potekal po naslednji že znani shemi:

- oceno zunanje tekoče izpostavljenosti,
- oceno rezultatov zadnjega PZP,
- oceno notranje doze in zgodnjih reverzibilnih bioloških učinkov (odvzem biološkega materiala, analiza in vrednotenje rezultatov, primerjava z referenčnimi vrednostmi),
- oceno delovne zmogljivosti in ukrepanje (pisno mnenje o specifični delovni zmogljivosti, o morebitnih ukrepih za izboljšanje delovnega okolja, o morebitnih zdravstvenih ukrepih pri delavcu).

4. Delodajalca oziroma njegove pristojne službe varstva pri delu je potrebno zadolžiti, da tekoče obveščajo pooblaščenega specialista medicine dela o periodičnih preiskavah kemičnih škodljivosti v delovnem okolju.

5. Opredeliti je potrebno roke biološkega nadzora izpostavljenosti kemičnim škodljivostim. Načeloma se biološki nadzor opravlja v obdobjih od 3 mesecev do enega leta, vendar pa so roki vezani na stopnjo, trajanje in pogostnost izpostavljenosti, način delovanja, razpolovno dobo kemične snovi in drugo ter glede na rezultate zadnjega PZP.

Pri biološkem nadzoru je potrebno rezultate analiz vsebnosti kemičnih škodljivosti oziroma njihovih metabolitov vedno primerjati s t. i. *biološkimi mejnimi vrednostmi*. Ker doslej pri nas še nismo sprejeli Liste bioloških mejnih vrednosti, naše rezultate običajno primerjamo z vrednostmi, ki jih priporoča SZO, nekatere druge države in posamezni raziskovalci (WHO 1987, 1994, 1995, 1996; DFG 1995; ACGIH 1994-1995).

Namesto zaključka

V kolikor bo minister za zdravje podprl predlagani koncept *biološkega nadzora izpostavljenosti* kemičnim škodljivostim, bo s tem na področju varnosti in zdravja pri delu omogočil:

1. prepotrebno povezavo in sodelovanje med delodajalci, medicino dela in inšpekcijskimi službami, kar sicer poudarja že zakon o varnosti in zdravju pri delu,

2. napredek slovenske medicine dela, ker bo le-ta na ta način prisiljena delovati transdisciplinarno,

3. ob tako ustvarjenih pogojih bolj množične uporabe biološkega nadzora se bo tveganje za poslabšanje zdravja delavcev, ki so izpostavljeni raznim kemičnim škodljivostim pomembno znižalo; pri tem se bo znižalo število poklicnih boleznih in število boleznih, povezanih z delom (pozni učinki kemičnih škodljivosti).

V skladu z omenjenimi novejšimi spoznanji (publikacije SZO in druga omenjena literatura) in lastnimi izkušnjami (Kobal in sod. 1999, 2000) pri izvajanju biološkega nadzora izpostavljenosti sem pripravil "*listo kemičnih škodljivosti*" ter opredelil obseg in vsebino *biološkega nadzora* za posamezne skupine kemičnih snovi (glej biološki nadzor kemičnih škodljivosti v prilogi). Lista v prilogi seveda ni popolna, saj ne zajema čisto vseh škodljivosti, pri katerih je možno izvajati biološki nadzor. Lista je predstavljena za pokušino in v izziv mlajši generaciji specialistov medicine dela, biokemikom, inženirjem za varstvo pri delu in drugim strokovnjakom, ki delujejo na tem področju. Hkrati pa je moje sporočilo namenjeno tudi pristojnim Ministrstvom, ki prav v tem obdobju sprejemajo "Pravilnik o zagotavljanju varnosti in varovanju zdravja delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti kemičnim snovem na delovnem mestu" in "Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev". Pri sprejemanju teh dokumentov je potrebno upoštevati predvsem strokovnost in racionalnost. Znano je, na to smo tudi že večkrat opozarjali (Kobal 1994; Kobal, Urlep, 1995), da neustrezno urejeno preventivno zdravstveno varstvo aktivnega prebivalstva utegne pomembno zvišati izdatke zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja – to se že dogaja. Vsem, ki menijo, da je biološki nadzor izpostavljenosti le dobra teorija, pa predlagam, da si ogledajo rezultate njegove praktične uporabe v Rudniku živega srebra Idrija (Kobal, Dizdarevič 1997). ■

Literatura:

ACGIH, *Threshold Limit Values for Chemical Substances and Physical Agents and Biological Exposure Indices*, Cincinnati. American Conference of Governmental Industrial Hygienists, 1994-1995.

Deutsche Forschungsgemeinschaft. MAK und BAT – werte – Liste 1995.

Kobal AB, *Vloga in funkcije medicine dela*. ISIS 1994;3(12):27-9 (9 ref). ISIS 1994; 3(11):24-8.

Kobal AB, Urlep F, Medicina Dela – Danes. Zdravniška zbornica Slovenije, izredna publikacija revije ISIS, 1995.

Kobal AB, Dizdarevič T, *The health safety programme for workers exposed to elemental mercury at the mercury mine in Idrija*. Water Air Soil Pollut 1997; 98:169-84.

Kobal AB, Nanut E, Horvat M, Stegnar P, Sabatin A, *Evaluation of Internal Doses of Mercury at Intermittently Exposed to Elemental Mercury at the mine in Idrija In, Mercury*

Contaminated sites. Springer, Berlin-Heidelberg, 1999, pp. 271-279.

Kobal AB, Flisar Ž, Miklavčić V, Dizdarević T, Sesek-Briški A, Renal function in miners Intermittently Exposed to elemental Mercury vapour. Arh Hig Rada Toksikol 2000; 51:369-380.

Laboratorij za analitiku i toksikologiju Zagreb, 1993. Pravilnik o "MDK i BGV" Republike Hrvatske, 1993.

WHO, Environmental Health Criteria 58, Selenium. WHO Geneva, 1987.

WHO, Biological Monitoring of Metals (IPCS), WHO, Geneva, 1994.

WHO, Environmental Health Criteria 165, Inorganic Lead. WHO Geneva, 1995.

WHO, Biological Monitoring of Chemical Exposure in the Workplace (Volume 1, Volume 2), WHO, Geneva 1996.

Woods JS, Altered porphyrin metabolism as a biomarker of mercury exposure and toxicity. Can. J. Physiol. Pharmacol. 1996; 74:210-215.

Lista kemičnih škodljivosti

Biološki nadzor izpostavljenosti kemičnim škodljivostim

Pripravil prim. dr. A. B. Kobal, dr. med., spec. med. dela (avgust 2001)

Osnovni obseg in vsebina biološkega nadzora izpostavljenosti

- ocena zunanje izpostavljenosti,
- ocena kazalnikov biološkega nadzora "notranje doze" in učinkov,
- ocena delovne zmožnosti in ukrepanje (človek, delovno okolje).

Obseg in vsebino biološkega nadzora je potrebno usklajevati v skladu z novimi spoznanji in priporočili vsaj vsaka tri leta.

KEMIČNE ŠKODLJIVOSTI

Kazalniki biološkega nadzora izpostavljenosti

1. Aluminij

Kazalniki biološkega nadzora

- Al v urinu (kazalnik tekoče in kumulativne izpostavljenosti),
 - Al v serumu (specifična manj občutljiva preiskava, fakultativno)
- Vzorčenje pred in po izpostavljenosti

2. Svinec – anorganski

Kazalniki biološkega nadzora

- Pb v krvi (kazalnik tekoče – pravkar končane izpostavljenosti v dobri korelaciji z učinki in kazalnik kumulativne izpostavljenosti – izplavljanje iz okostja)
- Pb v urinu (kazalnik tekoče – pravkar končane izpostavljenosti)
- protoporfirini v eritrocitih (presejalni test na ravni skupine in posameznika)
- DALK v urinu (kazalnik uporaben pri vsebnosti Pb v krvi ³ 400 mg/L),
- D-DALK v krvi, (zelo občutljiv kazalnik, že v območju 100 mg/L),

- kvantitativna določitev albumina, a₁-mglobulina in NAG v urinu, fakultativno (obvezno, če je vsebnost Pb v krvi ³ 400 mg/L)
- Vzorčenje krvi in urina ni kritično

3. Svinčeve organske spojine (Pb-tetrametil, Pb-tetraetil)

Kazalniki biološkega nadzora

- Pb v urinu,
- Fakultativno (odvisno od trajanja in intenzivnosti izpostavljenosti):
- eritrocitni protoporfirini (presejalni test na ravni skupine in posameznika),
 - D-DALK v krvi

4. Anorgansko živo srebro (Hg⁰) in njegove anorganske spojine (alkili)

Kazalniki biološkega nadzora

- Hg v urinu (kazalnik sveže in kumulativne izpostavljenosti)
- Hg v krvi (kazalnik sveže izpostavljenosti),
- kvantitativna določitev albumina, a₁-mglobulina in NAG v urinu,
- profil porfirinov v urinu: koproporfirin, prekoprofirin, pentakarboksil porfirin (kazalnik uporaben že pri vsebnosti Hg v krvi > 20 mg/L),

Vzorčenje v krvi – med izpostavljenostjo ali prvi teden po izpostavljenosti; vzorčenje urina ni kritično

5. Mangan in njegove spojine

Kazalniki biološkega nadzora

- Mn v urinu (nezanesljiv kazalnik izpostavljenosti, uporaben le na ravni skupine)

6. Kadmij in njegove zmesi in spojine

Kazalniki biološkega nadzora

- Cd v krvi (kazalnik tekoče ali pravkar končane izpostavljenosti),
 - Cd v urinu (kazalnik kumulativne izpostavljenosti),
- Vzorčenje urina in krvi ni kritično

7. Krom in njegove spojine

Kazalniki biološkega nadzora

- Cr v urinu,
 - Cr v eritrocitih, plazmi (speciacija: šest- ali trivalentni Cr, fakultativno)
- Vzorčenje neposredno po delu

8. Nikelj in njegove zmesi in spojine

Kazalniki biološkega nadzora

- Ni v urinu (kazalnik tekoče izpostavljenosti),
 - Ni v plazmi ali serumu, (v dobri korelaciji z vsebnostjo v urinu pri sveži izpostavljenosti, bolj uporaben kot kazalnik pri dolgotrajnem nadzoru izpostavljenosti netopnim spojinam Ni)
- Vzorčenje neposredno pred in po izpostavljenosti

9. Kobalt in njegove zmesi in spojine

Kazalniki biološkega nadzora

- Co v urinu (kazalnik pretežno tekoče izpostavljenosti)
 - Co v krvi (v dobri korelaciji z vsebnostjo v urinu)
- Vzorčenje urina pred pričetkom tedenske izmene (lahko uporabimo kot kazalnik pretekle izpostavljenosti) in neposredno po delu (kazalnik dnevne izpostavljenosti)

10. Antimon in njegove spojine*Kazalniki biološkega nadzora*

- Antimon v urinu (nezanesljiv kazalec izpostavljenosti, uporaben na nivoju skupine)

Vzorčenje ni kritično

11. Selen, njegove zmesi in spojine*Kazalniki biološkega nadzora*

- Selen v krvi ali urinu (ocena tekoče izpostavljenosti)

Vzorčenje prvi do drugi dan izpostavljenosti. Biološki nadzor ni uporaben za tiste spojine, ki delujejo kritično na kožo in pljuča.

12. Vanadij (vanadijev pentoksid)*Kazalniki biološkega nadzora*

- Vanadij v krvi in urinu (nezanesljiv kazalnik izpostavljenosti, uporaben na ravni skupine)

Vzorčenje ni kritično

13. Arzen in njegove spojine*Kazalniki biološkega nadzora*

- *Anorganski arzen*: As v urinu, fakultativno celokupni As v urinu,
- *Arzenovodik*: Hb, methemoglobin, albumina, α_1 -mglobulina in NAG v urinu, methemoglobin v krvi, jetrni testi, fakultativno

Vzorčenje urina neposredno po delu

14. Halogeni elementi (Cl, F, Br, J in ostali) ter njihove spojine*Kazalniki biološkega nadzora*

- F v urinu (primerjava vsebnosti pred in po izpostavljenosti)

15. Kemijsko dejavni dušljivci (CO, HCN, H₂S)*Kazalniki biološkega nadzora*

- CO: karboksihemoglobin v krvi, CO v izdihanem zraku (fakultativno),
- HCN: tiocianati v urinu ali razmerje tiocianatov v urinu in karboksihemoglobina v krvi (%),
- H₂S: sulfati v urinu (fakultativno)

Vzorčenje neposredno po delu, tiocianati se vzorčijo v 24-urnem urinu

16. Alifatski ogljikovodiki (alkoholi, nafta, becin, white špirit, ke-rozin, estri, etri, aldehidi in ketoni)*Kazalniki biološkega nadzora*

- *Etilen glikol*: oksalna kislina v urinu,
- *Metanol*: metanol v urinu,
- *Furfural*: 2-n furankarboksilna kislina v urinu,
- *Aceton*: aceton v urinu in krvi
- *Metiletilketon*: metiletilketon v urinu

Vzorčenje biološkega materiala neposredno po izpostavljenosti

17. Alifatski ali ciklični nesubstituirani ogljikovodiki (Heksan, Cikloheksan)*Kazalniki biološkega nadzora*

- *n-Heksan*: 2,5 – heksandion v urinu

Vzorčenje neposredno po izpostavljenosti, alternativno n-hekson v krvi ali končnem izdihu vzorčimo med izpostavljenostjo,

- *Cikloheksan*: cikloheksan v urinu in v krvi ali v končnem izdihu

Vzorčenje med izpostavljenostjo

18. Ogljikov bisulfid – CS₂*Kazalniki biološkega nadzora*

- TTCA v urinu (zanesljiv kazalnik izpostavljenosti),
- jodazidni test v urinu (zanesljiv kazalnik pri izpostavljenosti > 30 mg/m³ zraka),

Vzorčenje neposredno po izpostavljenosti

19. Amidi, NN-dimetil formamid*Kazalniki biološkega nadzora*

- NN-dimetil formamid v krvi in končnem izdihu,
- Monometil formamid v krvi in urinu

Vzorčenje končnega izdaha med izpostavljenostjo, kri in urin vzorčimo neposredno po delu

20. Ciklični ogljikovodiki (benzen, homologi) ter drugi škodljivi aromati*Kazalniki biološkega nadzora*

- *Benzen*: benzen v končnem izdihu in krvi, trans-trans-mukonska kislina v urinu, fenol v urinu je nespecifičen neobčutljiv kazalnik izpostavljenosti

Vzorčenje krvi in končnem izdihu 16^h po izpostavljenosti, vzorčenje urina neposredno po izpostavljenosti,

- *Tuluena*: v krvi ali v končnem izdihu, fakultativno hipurna kislina v urinu (manj specifična)

Vzorčenje neposredno po izpostavljenosti

- *Ksilen*: ksilen v krvi ali metil-hipurna kislina v urinu in krvi

Vzorčenje neposredno po izpostavljenosti

- *Stiren*: stiren v krvi ali končnem izdihu

Vzorčenje 16^h po izpostavljenosti

- *Etilbenzen*: etilbenzen v krvi in končnem izdihu, mandeljeva kislina v urinu

Vzorčenje krvi in izdaha 16^h po izpostavljenosti, urina pa po končani izpostavljenosti**21. Amino in nitro spojine cikličnih ogljikovodikov, njihovih homologov in derivatov***Kazalniki biološkega nadzora*

- *Anilin*: methemoglobin v krvi, p-aminofenol v urinu,
- *Nitrobenzen*: methemoglobin v krvi, p-nitrofenol v urinu

Vzorčenje krvi in urina neposredno po izpostavljenosti

22. Halogeni derivati ogljikovodikov, alifatske in aromatske skupine*Kazalniki biološkega nadzora*

- *Trikloretilen*: trikloretilen ali triklorocetna kislina v urinu ali celokupne triklor spojine v urinu (vzorčenje neposredno po izpostavljenosti) ali trikloretilen v urinu ali krvi ali končnem izdihu (vzorčenje 16^h po prenehanju izpostavljenosti),

- *Perkloretilen*: perkloretilen v krvi ali končnem izdihu

Vzorčenje 16^h po prenehanju izpostavljenosti

- *Metil-kloroform*: metil-kloroform v krvi ali končnem izdihu

Vzorčenje 16^h po prenehanju izpostavljenosti alternativno trikloretanol v urinu

Vzorčenje neposredno po izpostavljenosti

- *Diklor-metan*: diklor-metan v krvi ali izdihanem zraku, karboksihemoglobin v krvi

Vzorčenje neposredno po izpostavljenosti

23. Umetne smole in plastične mase (proizvodnja in predelava)*Kazalniki biološkega nadzora*

Glede na posamezne kritične kemične škodljivosti npr.:

- *Fenol*: fenol v urinu,
- *HCN*: tiocianati v urinu ali razmerje tiocianatov v urinu in karboksihemoglobina v krvi (%)

Vzorčenje neposredno po delu, tiocianati se vzorčujejo v 24-urnem urinu

24. Pesticidi (organoklorni, organofosforni, karbouratni, organo-živo-srebrni in drugi)*Kazalniki biološkega nadzora*

- *Organofosforni pesticidi*: alkil fosfati v urinu (vzorčenje neposredno po izpostavljenosti ali naslednje jutro pred pričetkom dela), alternativno, holinesteraze v krvi ali plazmi ali eritrocitih (vzorčenje neposredno po izpostavljenosti),
- *Karbamatni pesticidi*: holinesteraze v krvi (vzorčenje neposredno

po izpostavljenosti), *ditiokarbomati*, etilen tiourea v urinu (vzorčenje neposredno po izpostavljenosti),

- *Piretroidi*: 3PBA in 4OH3PBA v urinu (glej posamezne spojine), piretroidi v urinu (kazalnik masivne izpostavljenosti)

Vzorčenje po izpostavljenosti

- *Lindan*: lindan v krvi (vzorčenje po izpostavljenosti v teku enega meseca),
- *Paration*: p-nitrofenol v urinu

Vzorčenje neposredno po izpostavljenosti

- *Dinitro-ortokresol*: dinitro-ortokresol v krvi

Vzorčenje neposredno po izpostavljenosti

- *Endrin*: endrin v krvi

Vzorčenje ni kritično

- *Organski živosrebrni pesticidi*: določitev organskih živosrebrnih spojin v krvi

Vzorčenje ni kritično

* čas vzorčenja biološkega materiala glede na čas izpostavljenosti

Javni zavod Zdravstveni dom "dr. Jožeta Potrate" Žalec objavlja prosta delovna mesta

a) dva zdravnika specialista medicine dela prometa in športa**b) dva zdravnika specialista splošne medicine**

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas. Poskusno delo v skladu s kolektivno pogodbo.

Pogoji za zasedbo pod a):

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit iz medicine dela, prometa in športa,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Pogoji za zasedbo pod b):

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit iz splošne medicine,
- znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice 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 "dr. Jožeta Potrate", Prešernova 6, 3310 Žalec.

Za vse dodatne informacije prosimo pokličite Zdravstveni dom "dr. Jožeta Potrate" Žalec,

tel.: 03 71 34 300, direktorja mag. Franja Velikanje, dr. med., ali predstojnika OE Osnovna zdravstvena dejavnost Matjaža Lesjaka, dr. med.

Sklep o razvrščanju zdravil na liste - pomembna novost tudi za zdravnike

Jurij Fürst

V decembru je bil objavljen Sklep o razvrščanju zdravil na liste (Ur. l. RS 106/2001, 21. 12. 2001). To je temeljni predpis za razvrščanje zdravil, ki se predpisujejo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) za ambulantno uporabo. Določa, katera zdravila se lahko razvrščajo na pozitivno in vmesno listo pa tudi, katerih zdravil ni možno razvrščati. 6. člen opredeljuje, katerih magistralno pripravljenih zdravil ni možno predpisovati in izdajati v breme OZZ. Že v prvi točki je omenjeno navodilo, ki bo objavljeno v kratkem in bo podrobneje predstavljeno in komentirano v Izidi ali njeni prilogi Racionalni farmakoterapiji. S sklepom in navodili smo dopolnili doslej ne dovolj natančno opredeljeno področje predpisovanja in izdajanja magistralnih pripravkov v breme OZZ. Pri pripravi smo upoštevali najnovejše strokovne smernice in slovensko zakonodajo, ki se je v zadnjih letih povsem prilagodila evropskim smernicam. Morda velja omeniti pripravke z boraksom ali borno kislino, ki zaradi svoje dokazane toksičnosti nista primerna za uporabo v terapevtske namene. Tudi doslej neredka praksa kombiniranja lokalnih antimikotikov in kortikosteroidov ni več strokovno opravičljiva.

Najpomembnejša novost za zdravnike je v 9. členu, ki opredeljuje, da lahko zavod določi omejitve predpisovanja za razvrščeno zdravilo ali skupino zdravil. Gre za že znane omejitve, ki so objavljene v Uradnem listu ob razvrstitvah, v Registru zdravil, Ceniku zdravil in na naši spletni strani (<http://www.zzzs.si/zdravila>). S sklepom so te omejitve postale obvezujoče. To pomeni, da jih zdravniki morajo upoštevati in predpisovati zdravila v skladu z njimi. Primer: naltrekson (Revia) ima omejitev predpisovanja na psihiatre-alkohologe. Imamo seznam specialistov, ki ga smejo predpisovati v breme OZZ (torej na zelene recepte). Ostali zdravniki smejo zdravilo predpisovati le na bele recepte, torej kot samoplačniško zdravilo. Ob tem je seveda potrebno upoštevati tudi režim izdaje (H/Rp). Za predpis kateregakoli sartana (zaviralca angiotenzinskih receptorjev) mora biti iz kartoteke ali izvida razvidno, da bolnik potrebuje zaviralec konvertaze (ustrezna diagnoza), vendar so se pojavili stranski učinki, ki so tudi ustrezno dokumentirani.

Z obvezujočimi omejitvami smo se pridružili številnim državam, ki skušajo med drugim tudi na ta način obvladovati porabo novih, dragih zdravil in s tem hitro naraščanje izdatkov za zdravila. Znano je, da prinaša večina novih zdravil ob bistveno višji ceni prednosti le določenim skupinam bolnikov. Zato so omejitve predpisovanja predvsem strokovne smernice za racionalno predpisovanje zdravil. Obenem omogočajo vse strokovno opravičljive izjeme brez birokratiziranja. Ureditve v nekaterih drugih državah so mnogo bolj zapletene (npr. Kanada, kjer je potrebna pisna prošnja zdravnika za oprosti-

tev doplačila za zdravilo iz okvira referenčnih cen). Prepričani smo, da z omejitvami ne posegamo v zdravnikovo strokovno samostojnost, obenem pa lahko prihranimo znatna sredstva. Zdravnike pozivamo, da se jih pridržujejo, saj nam bo to omogočilo enostavnejše razvrščanje novih zdravil. V kolikor bodo namreč izdatki naraščali tako strmo kot v letu 2001, bo to mnogo težje.

Ur. l. RS 106/2001, 21. 12. 2001

Na podlagi določil 26. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 6/99 in 56/99), 61. člena pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 3/98 - prečiščeno besedilo, 51/98, 73/98, 90/98, 6/99, 109/99, 61/00 in 64/00) ter 14., 74., 75. in 77. člena statuta zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 9/95) je skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na 12. seji dne 6. 6. 2001 sprejela

SKLEP o razvrščanju zdravil na liste

1. člen

S tem sklepom se razvrščajo na liste zdravila, ki imajo dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji in se skladno z določili zakona o zdravilih in medicinskih pripomočkih (Uradni list RS, št. 101/99 in 70/00), zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja smejo izdajati v lekarnah in so namenjena ambulantni uporabi.

Zdravila, ki se lahko predpisujejo in izdajajo na recepte v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, se razvrstijo na pozitivno in vmesno listo. Razvrstitev zdravil na eno izmed list je podlaga za ugotavljanje odstotnega deleža njihove vrednosti, ki se zagotavlja zavarovanim osebam z obveznim zavarovanjem.

Zdravila, ki niso na pozitivni ali vmesni listi, niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

2. člen

Na pozitivno (P) listo se lahko razvrstijo:

1. zdravila, ki se uporabljajo v preventivi in za zdravljenje skupin zavarovanih oseb in bolzni ter stanj, opredeljenih v 1. točki 23. člena zakona,

2. zdravila iz posameznih farmakoterapevtskih skupin, ki so strokovno najbolj utemeljena in nujna za zdravljenje posameznih boleznih in populacijskih skupin, ki niso posebej opredeljene v 1. točki 23. člena zakona,
3. ampulirana zdravila, ki so pripravljena tako, da si jih bolniki, ki so za tako zdravljenje usposobljeni, lahko dajejo sami,
4. galenski izdelki,
5. magistralno pripravljena zdravila.
Podrobnejša navodila za predpisovanje in izdajanje magistralno pripravljenih zdravil v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja se določi v navodilu zavoda.
6. hranila za otroke s težjimi presnovnimi motnjami.

3. člen

Na vmesno (V) listo se lahko razvrstijo vsa ostala zdravila, ki niso razvrščena na pozitivno listo.

4. člen

Pri razvrščanju zdravil na liste se upoštevajo tudi farmakoekonomski kriteriji.

5. člen

Na listo praviloma ni možno razvrščati naslednjih skupin gotovih in galenskih zdravil:

1. zdravila, ki se izdajajo brez recepta (zdravila za samozdravljenje),
2. zdravila, ki vsebujejo več dejavnih substanc, razen če predstavljajo poenostavitev zdravljenja in so ekonomsko ugodnejša kot posamezne komponente,
3. zdravila za zdravljenje funkcionalnih in estetskih motenj.

6. člen

V breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ni mogoče predpisovati in izdajati navedenih magistralno pripravljenih zdravil:

1. magistralni pripravki, ki niso posebej navedeni v navodilu,
2. magistralni pripravki, katerih sestavni del so tudi nerazvrščena zdravila,
3. farmacevtske oblike za oralno, dermalno in vaginalno uporabo, ki v svoji sestavi vsebujejo borno kislino ali boraks,
4. mazila, raztopine in emulzije s protimikrobnimi zdravili za lokalno uporabo razen izjem, določenih v navodilih,
5. razredčena gotova protimikrobna mazila vključno z antimikotičnimi mazili,
6. razredčena gotova glukokortikoidna mazila v kombinaciji z eno ali več zdravilnimi učinkovinami,
7. razredčena gotova glukokortikoidna mazila z mazilno podlago, ki ima različen emulzijski sistem kot gotovo mazilo,
8. kombinacije gotovih glukokortikoidnih mazil z gotovimi protimikrobnimi mazili vključno z antimikotičnimi,
9. toniki in roboransi,
10. farmacevtske oblike za dermalno uporabo, namenjene negi.

7. člen

Predloge za spremembe in dopolnitve liste pripravi zavod najmanj enkrat na leto.

Predlog spremembe in dopolnitve liste sprejme upravni odbor zavoda. Nanj da soglasje pristojni minister. Objavijo se v Uradnem listu RS, veljati začnejo najmanj osmi dan po objavi.

8. člen

Ne glede na določbe 5. člena tega sklepa lahko zavod razvrsti posamezna zdravila za otroke na pozitivno listo z ustrežno utemeljitvijo.

9. člen

Za razvrščeno zdravilo ali skupino zdravil lahko zavod določi omejitev predpisovanja. Omejitev se lahko nanaša na populacijsko skupino, indikacijsko področje ali pa na klinično specialnost. Takšno zdravilo se označi z zvezdico (*) ob razvrstitvi. Tekst omejitve se objavi v Uradnem listu RS skupaj z razvrstitvijo.

10. člen

Ta sklep se objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, ko da nanj soglasje pristojni minister, veljati začne osmi dan po objavi. S tem dnem preneha veljati sklep o razvrstitvi zdravil na liste (Uradni list RS, št. 39/96).

Št. 0201-12/6-2001

Ljubljana, dne 6. junija 2001.

Podpredsednik

Skupščine Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Ladislav Rožič l. r.

Ministrstvo za zdravje je dalo soglasje k sklepu o razvrščanju zdravil na liste pod št. 530-5/01 z dne 3. 12. 2001.



Predlog o ustanovitvi medicinske fakultete na Univerzi Maribor

Vojko Flis

Senat Univerze v Mariboru je na svoji redni seji dne 15. 1. 2002 sprejel sklep, da ustanovitelju univerze predlaga ustanovitev Medicinske fakultete na Univerzi v Mariboru in ga skupaj z gradivom poslal v nadaljnjo obravnavo Ministrstvu za šolstvo in šport RS. Iz obsežnega gradiva je moč povzeti nekatere strnjene podatke. Dodiplomsko izobraževanje študentov na področju splošne medicine je doslej v Sloveniji potekalo samo na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Fakulteta je imela vsa leta omejen vpis in je v zadnjih letih vpisovala sto petdeset študentov na leto. Glede na demografska gibanja v Sloveniji in glede na ostale pomembne strukturne spremembe v slovenski družbi ter v Evropi v zadnjih desetih letih se je pričelo kazati, da tolikšno število diplomantov ni zmožno zagotavljati niti preprostega nadomeščanja v pokoj odhajajočih zdravnikov niti spremljanja hitrega razvoja različnih smeri klinične medicine s svojo lastno zahtevo po zdravnikih.

Eden izmed pomembnih razlogov, a ne edini in tudi ne najbolj tehten argument za razmišljanje o drugi medicinski fakulteti v Sloveniji, je sedanje število zdravnikov, ki je, ne glede na metodo izračunavanja, zaskrbiljujoče. V našem sistemu zdravstvenega varstva smo preskrbljenost z zdravniki doslej pogosto enačili s številom plačanih zdravnikov iz ur. Uradne ustanove so običajno navajale, da je v Sloveniji 5.300 zdravnikov¹. Natančnejši pregled pa kaže drugačno sliko. Po podatkih registra Zdravniške zbornice je bilo januarja 2000 v Sloveniji 3.944 zdravnikov in 1.164 zobozdravnikov. Če odštejemo zdravnike, ki ne delajo z bolniki (361), imamo 1,9 zdravnika na 1.000 prebivalcev. Primerjava podatkov z nekaterimi evropskimi državami kaže (Švica, Danska, Nizozemska, Avstrija, Finska, Nemčija ipd.) sorazmerno zelo velik razkorak – v Sloveniji smo na repu. Še bolj zaskrbiljujoča je analiza starostne strukture zdravnikov. Samo pregled upokojevanja zdravnikov v naslednjih petih letih v Sloveniji kaže, da bomo v aktivnem delu izgubili več kot 760 zdravnikov, ki jih ob sedanjem številu diplomantov ne bo moč nadomestiti. In če bi hoteli v desetih letih vsaj za polovico zmanjšati po slovenski in po evropski zakonodaji več kot prekomerne obremenitve zaposlenih zdravnikov, bi morali takoj zaposliti vsaj 350 specialistov, ki jih kajpak ni².

Drugi zelo pomemben podatek izhaja iz stanja na področju izobraževanja v RS med leti 1990 in 2000³. V tem obdobju se je število visokošolskih ustanov povišalo od 6 na 17, število študentov, vpisanih na dodiplomski študij od 33.565 na 68.427, število študentov na MF v Ljubljani pa je ostajalo praktično enako – okoli 1100!

Vzporednih, a zato nič manj pomembnih namenov ustanavljanja medicinske fakultete v Mariboru je več. Eden izmed njih je nadaljnji razvoj Univerze v Mariboru v popolno univerzo, kjer bo pomembno vlogo igralo tudi približevanje Slovenije EU in sprostitvev prehajanja delovne sile med državami. Med ostalim se bomo srečali

s presežkom zdravnikov v nekaterih državah (denimo Nemčija, Avstrija), ki ne obvladujejo slovenskega jezika, kar je za opravljanje tega poklica v Sloveniji *conditio sine qua non*. Gre za področje, kjer znotraj skupnosti evropskih držav prav na področju šolstva gotovo imamo več kot legitimne nacionalne interese in ki jih bomo brez dodatne medicinske fakultete le z veliko težavo ali sploh ne varovali. Mimo samega vprašanja medicinske fakultete se kajpak ob vključevanju v EU tudi zelo pereče zastavlja vprašanje vloge Univerze v Mariboru znotraj trikotnika italijanskih, avstrijskih, nemških, vzhodnih ter naših univerz. Brez popolne univerze v tem delu Slovenije, kar seveda vključuje tudi medicinsko fakulteto, se bomo na področju izobraževanja, kjer znova imamo in kajpak moramo imeti legitimne nacionalne interese, znašli v izrazito podrejenem položaju. Ne najmanj pomemben je prav tako vnos pozitivne akademske tekmovalnosti in konkurenčnosti, ki ga je področje tovrstnega medicinskega izobraževanja v Sloveniji doslej pogrešalo.

Ko govorimo o študiju medicine, kaže primerjava z drugimi evropskimi državami⁴, da so v Sloveniji potrebni tehtni premiki na tem področju. To dejstvo pozna kajpak tudi Medicinska fakulteta v Ljubljani, ki se že nekaj časa ukvarja s prenovo pouka in jo postopoma tudi uvaja. Ob tem pa velja kajpak opomniti, da se je in se bo Medicinska fakulteta v Ljubljani srečala s strukturnimi težavami, na katere so naletele vse sodobne evropske medicinske fakultete, ko so želele bodisi prenoviti kurikularno shemo bodisi sprejemati večje število študentov. Sodobni pogledi na dodiplomski pouk medicine se namreč srečujejo z največjo zagato pri vprašanju, koliko študentov medicine še prenese določena klinika, da pretirano ne obremeni bolnikov in da so skupine študentov dovolj majhne za kakovosten pouk. Po svojih lastnih podatkih je Medicinska fakulteta v Ljubljani že doslej le z izjemnimi naporii večala število vpisanih, saj narava samega študija v obdobju obvladovanja kliničnih predmetov glede na demografske razmere v Sloveniji omejuje število študentov na posamezni kliniki na okoli sto. Učenje znanj in veščin iz kliničnih predmetov namreč zahteva delo ob bolniku. Takšen način študija, ki se mu ni moč izogniti, pa iz očitnih razlogov ne prenese več kot dveh ali treh študentov hkrati ob bolnikovi postelji.

Iz takšnega zornega kota je moč po mnenju sestavljalcev programa sklepati, da primerjava z evropskimi državami, kjer je pouk medicine zasnovan sodobno, že nekaj časa narekuje ustanovitev druge medicinske fakultete v Sloveniji. Pri tem so pomembni tudi primerjalni podatki iz držav, ki so po številnih kazalcih vsaj relativno primerljive s Slovenijo.

Kot zgled je denimo moč opraviti primerjavo s Finsko⁵, ki ima 5,1 milijona prebivalcev in pet medicinskih fakultet⁶. Vpis *na posamezno medicinsko fakulteto* je prav zaradi specifičnih zahtev ter narave kliničnega pouka omejen na okoli sto študentov (sprejemljivo

je odstopanje za nekaj odstotkov navzgor), kar pomeni približno eno medicinsko fakulteto na milijon prebivalcev. Finska je tako zgleden primer izjemno dobrega uveljavljanja sodobnih pogledov na izobraževanje zdravnikov⁷. Četudi je primerjava med posameznimi medicinskimi fakultetami v različnih evropskih državah iz različnih razlogov izjemno težavna⁸, pa je le moč zaključiti, da se povečevanje vpisa na eni sami medicinski fakulteti (kot primer strategije razvijanja ene same medicinske fakultete na več milijonov prebivalcev oziroma na večjo regijo) doslej ni obneslo in je prineslo v sam študij medicine neresljive težave ter nesprejemljive zastoje (študenti po več let ne dobijo prostora na vajah – Avstrija, Nemčija).

Predlagatelji programa na Univerzi v Mariboru so prav zaradi sodobnih zahtev visokošolskih predavateljev in študentov medicine, pri čemer so pri analizi številnih različnih kurikularnih shem medicinskih fakultet po svetu na končni izbor odločilno vplivali predvsem kakovost posameznega programa⁹, demografske, socialne in kulturne vzporednice ter skladnost s sistemom ECTS (European Credit Transfer System, User's Guide, August 1997) izbrali finski model¹⁰, ki velja v svetu za zglednega: je enostaven, jasen, pregleden, daje dobre rezultate in v njem se študenti in njihovi učitelji dobro počutijo. K temu je potrebno dodati še posebno pozornost, ki jo Finci ob ohranjanju lastnih značilnosti namenjajo vsebinam in metodam poučevanja ter usposabljanju učiteljev: več priložnosti posamezniku, več izbirnosti in internacionalizacije – to pa so tudi ključna področja, ki so jih v svojih pripombah po spremembi pouka medicine na MF v Ljubljani izrazili študenti in ki izhajajo tudi iz želja kurikularne komisije MF v Ljubljani za prenovo medicinskega študija na MF Ljubljana. Finski model je bil zanimiv tudi zaradi previdnega in skrbnega vključevanja PBL¹¹ modulov v predklinični del pouka. Pri tem so Finci prva tri leta študija zasnovali kot integrirani pouk temeljnih in kliničnih predmetov, zadnja tri leta pa je teža povsem na

kliničnih predmetih.

Finski model je bil izbran še iz enega pomembnega razloga: Finci se tako kot Slovenci srečujejo s tiskom pri številu visokošolskih predavateljev. Zaradi tega so se pri pouku medicine ob ohranjanju lastnih posebnosti hitro odprli internacionalizaciji. V Sloveniji imamo na področju medicine številne ugledne učitelje, hkrati ob tem pa je moč dodiplomski pouk obogatiti tudi z izkušnjami predavateljev iz gostujočih univerz.

Senat Univerze v Mariboru je opisani koncept sprejel. Gradivo v vlogo je sedaj na Ministrstvu za šolstvo in šport RS, kjer bo šlo skozi ustaljene postopke ustanavljanja novih visokošolskih zavodov v Sloveniji. ■

¹ Statistični urad RS

² Podatki Fidesa in Zdravniške zbornice Slovenije. ISIS, februar 2000.

³ Statistični urad RS.

⁴ Koning J, Linders N, Smolders F, Willernstein. *Medical education in Europe. An anthology of Med-Net conference presentations*, Lille. Maastricht. 1999

⁵ Finska za primerjavo ni bila izbrana zgolj zaradi Sloveniji podobnih demografskih razmer temveč tudi in predvsem zaradi izjemno vzornega in učinkovitega izobraževalnega sistema (PISA-OECD programe for international student assessment-www.pisa.oecd.org)

⁶ Glej tudi Plevnik T. Dosežki mičejo, dobri zgledi vlečejo. - www.mss.edus.si/urodyce/organ/finska.htm

⁷ *Medical education and didactics network. European Med-Net./www.med-net.nl/ Med-Net je tematski splet povezav programov medicinskega izobraževanja znotraj programa SOCRA-TES-ERASMUS. Njegov poglaviti namen je spodbujanje razprav in izmenjava izkušenj pri dodiplomskem izobraževanju zdravnikov v državah EU.*

⁸ Koning J, Linders N, Smolders F, Willernstein. *Medical education in Europe. An anthology of Med-Net conference presentations*, Lille. Maastricht. 1999.

⁹ Plevnik T. Dosežki mičejo, dobri zgledi vlečejo. *Eurydice enota v Sloveniji.* - www.mss.edus.si/eurydice/organ/finska.htm

¹⁰ Plevnik T. Dosežki mičejo, dobri zgledi vlečejo. *Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport, Urad RS za šolstvo. Eurodyce enota Slovenije.* (www.mss.edus.si/eurydice/organ/finska.htm)

¹¹ PBL-problem based learning

OBLETNICE

Zvonimir Šusteršič 90-letnik

Milan Žuntar

Rodil se je 4. januarja 1912 v Krškem, promoviral leta 1936 v Zagrebu, postal specialist kirurg 1942 in urolog 1964, oboje v Ljubljani. Primarij 1956 je bil izvoljen za docenta leta 1963 na MF v Ljubljani. Po opravljenem stažu in volontiranju na farmakološkem inštitutu v Zagrebu je bil od leta 1939 zaposlen na kirurškem oddelku in nato v kliniki v Ljubljani. Od 1948 je bil šef kirurgije in ravnatelj bolnišnice, nato od 1955 predstojnik kirurgije in od 1965 do 1977 urologije v Celju. Tu je nadaljeval delo kot svetnik do upo-

kojitve 1981.

Izpopolnjeval se je v Birminghamu, na Dunaju, v Stuttgartu, Parizu, (francoska stipendija), Ljubljani in Beogradu (VMA).

Ti suhi podatki ne povedo, kaj, kako in v kakšnih okoliščinah je delal, živel in ustvarjal za naše zdravstvo, še posebej za celjsko bolnišnico. V Ljubljani je med okupacijo vodil enoto za vojne poškodbe, kjer je imel možnost prikrivanja ranjenih aktivistov in partizanov. Tu se je izpopolnil v oskrbi zastarelih poškodb in njihovi

plastični rekonstrukciji. Po osvoboditvi je prof. Lavrič na združeni kirurški kliniki uvajal napredno zahodno medicino in tu je Šusteršič dobil njeno osnovno znanje. Leta 1948 je bil poslan v Celje, da kot šef kirurgije in ravnatelj bolnišnice uredi bedni kirurški oddelek, da zaostalo bolnišnico razvije v zavod I. reda in da za anarhično gradnjo izdela smotrni program ter skrbi, da se bo po njem gradnja nadaljevala in končala. V celjski bolnišnici je s peščico zdravnikov, ki zahodne medicine niso poznali, uvedel poslovanje po zahodnih doktrinah. Kot samouk je poleg vseh kirurških subspecialnosti razvil anesteziologijo, intenzivno terapijo, sodobno diagnostiko in rehabilitacijo. Zdravnike vseh oddelkov bolnišnice je seznanil z nujnostjo laboratorijskih, bioptičnih, zahtevnejših rentgenskih preiskav, pa seveda rabo infuzijskih raztopin in transfuzije. Te stroke je tudi zasilno razvil deloma z zadolžitvijo posameznih bolnišničnih zdravnikov, patologa, farmacevta in fizioterapevta pa pridobil od zunaj. Uvedel je strogo delovno disciplino, natančno medicinsko dokumentacijo, interdisciplinarno sodelovanje in kontrolo s pomočjo patologa ter letnih statistik.

Sodobna kirurgija potrebuje delitev v ožje specialnosti. V Celju je bil edini specialist kirurg, od treh sodelavcev je le eden obvladal kurantno kirurgijo. Uvajal je vse ožje subspecialnosti in tudi sam izvajal zahtevnejše postopke. Postopoma je ožje stroke poverjal posameznim sodelavcem in tako so se vodje ožjih enot razvijali v ožje specialiste. Šusteršičeva značilnost, da ga je vsaka metoda mikala le, dokler je ni obvladal, je bila odločilna, da so sodelavci dobivali vse širši delokrog. Sam pa je posegal v vedno nova področja ter tako širil repertoar kirurških dejavnosti. Vzgojil je blizu 20 specialistov. Skoraj vsi so zasedli vidna mesta širom po Sloveniji, trije so postali celo predstojniki klinik.

Bil je prvi predsednik celjske podružnice SZD, ustanovljene leta 1948. To mu je dalo možnost, vzpostaviti dobre stike z zdravniki iz okolice, jih seznanjati z novimi metodami v bolnišnici in doseči dobro sodelovanje z osnovnimi zdravniki. To je znatno prispevalo k uspešnosti oskrbe bolnikov.

Druga zadolžitvev – anarhično gradnjo usmeriti v plansko izgradnjo bolnišnice prvega reda je ustrezala njegovemu značaju. Grožnja, da bo oblast gradnjo ustavila, je z zvijačami, večkrat tudi nelegalno, obšel. Gradbeni program je sproti prilagajal potrebam zavoda in okoliščinam, v katerih se je gradilo. Njegovo sodelovanje s projektanti, raznimi podjetji in funkcionarji, ki so znali presoditi njegova prizadevanja, je dosegel, da gradnja ni obstala. Brez teh njegovih sposobnosti in zagnanosti bi dragoceni material, ki ga je v Celju zapustil okupator, raznesli širom po Sloveniji in gradnja bolnišnice bi obtičala za desetletja. Razvil je prepotrebno tehnično in medicinsko infrastrukturo in s tem postavil osnove za smiselni vrstni red gradnje. Ob pomanjkanju opreme so podjetja po njegovih navodilih in navodilih sodelavcev izdelovala tudi zahtevnejše pripomočke: narkozne aparate, operacijske mize, sterilizatorje, osteosintetska sredstva, instrumente. Do sredine šestdesetih let je gradnja tako napredovala, da ni bil več možen odklon od programa, ki ga je Šusteršič izdelal za bolnišnico in za celotno zdravstvo celjskega okoliša.



Zvonimir Šusteršič

S svojimi vsestranskimi dejavnostmi je bil optimalen medicinski, organizacijski, tehnični vodja bolnišnice in borec za njeno dograditev. Z enakim elanom se je spopadal z medicinskimi, finančnimi in tehničnimi problemi in uspel, da je bolnišnico strokovno in gradbeno razvil v prvo periferno bolnišnico tistega časa. Prva desetletja je živel in delal do mej zmožljivosti samo za bolnišnico. Polovico nedelj in praznikov je bil v službi (brezplačno in brez prostega dne). Še tistih nekaj tednov letnega dopusta je nekaj ur na dan posvečal študiju in pisanju člankov. Objavil je preko 90 strokovnih prispevkov, deloma v uglednih zamejskih revijah. Citiran je tudi v ugledni nemško-ameriški medicinski enciklopediji (Handbuch, Springer Verlag.). Bil je vabljeni predavatelj nacionalnih zdravniških društev na Dunaju, v Zagrebu, Beogradu in drugod. Izdelal je več operativnih metod, prvenstvenih v svetovnem merilu. Pripravil je učbenik kirurgije (800 strani, Mladinska knjiga), namenjen sestram, posluževali pa so se ga tudi študentje medicine. Celjsko šolo za sestre, tretjo pri nas, je ustanovil on. Prav tako je izposloval prvi samostojni urološki oddelek v Sloveniji.

V Zdravniškem društvu je opravljal vidne funkcije: bil je prvi predsednik celjske podružnice SZD, podpredsednik kirurške sekcije SZD, tri mandatan dobe predsednik urološke sekcije SZD, član raznih odborov in komisij. Je pobudnik in soustanovitelj hrvaško-slovenskih vsakoletnih kirurških sestankov od leta 1952 in vsakoletnih štajersko-koroško-slovenskih uroloških dnevov od leta 1981. Je častni član SZD, član evropskega društva za kardiovaskularno kirurgijo, nemškega kirurškega društva in raznih uroloških nacionalnih društev. Je član odbora za medicino pri Enciklopediji Slovenije ipd.

Šusteršič je naš zadnji splošni kirurg, ki se je udeleževal na vseh področjih ožjih kirurških strok, pa enako uspešno v prolematiki programiranja in gradnje bolnišnic.

Bil je svetovalec in član odborov za gradnjo bolnišnic v Novem mestu, Kopru, Mariboru, onkološkem inštitutu in celo VMA (Beograd). Po naročilu republiškega sekretarja za zdravstvo je izdelal Nomenklaturo zdravstvenih storitev za obračunavanje uslug in plan bolnišnične mreže v Sloveniji. Oboje bi racionaliziralo in pocenilo zdravstveno varstvo, bi pa prizadelo odvečne zavode in manj dejavne zdravnike. To je povzročilo upor in zamisel so popolnoma skazili.

Zaradi svoje premočrnosti in nepopustljivosti si je med zdravniki nabral vse več nasprotnikov, pa tudi pri nerazgledanih oblastnikih. Le bolniki in ožji krog sodelavcev je cenil njegovo delo. Ni imel "barda", ki bi prikazoval njegove uspehe, pač pa številne nasprotnike, ki niso izbirali sredstev, da bi zakrili, ali pa sebi pripisali tisto, kar je ustvaril on. Dobil je sicer številna priznanja in odlikovanja, vendar vse nižjega in srednjega položaja. To morda tudi zato, ker je delal na široki fronti, v manj pomembni periferni bolnišnici. Ni se pehal za akademskimi naslovi, ki bi jih, ob njegovih strokovnih dosežkih gotovo dobil.

Naj ta zapis prikaže njegov delež pri razvoju naše medicine. Sodi med tiste pionirje, ki so zgradili temelje, na katerih se je razvila naša medicina na evropsko raven.

50. obletnica prve resekcije desne polovice jeter

Homage prof. Mitje Koviča

1. del

Eldar M. Gadžijev

Ob strokovnem sestanku v Parizu, 14. in 15. decembra letos, ki je bil organiziran ob 50. obletnici prve resekcije desnih jeter, sem pričel razmišljati o usodi kirurgije, ki je v zadnjih petdesetih letih prinesla toliko novega in dala možnost za zdravljenje velikemu številu bolnikov. Jetrna kirurgija spada med mlajše veje kirurgije. Zaradi močne prekrvljenosti jeter je bil namreč vedno prisoten strah pred krvavitvijo in posebno spoštovanje do tega organa. Jetrna kirurgija se je sicer začela z reševanjem jetrnih poškodb, vendar lahko za prave začetke jetrne kirurgije štejemo prve resekcije jeter. Von Eiselsberg leta 1893 in Von Rosental leta 1897 sta napravila prve parcialne resekcije jeter, prvi levi lobektomiji jeter pa naj bi napravila Keen leta 1897 in Langenbeck leta 1898. Tehniko leve lobektomije je kasneje standardiziral Raven. Zdi se, da so takrat menili, da je resekcija desne polovice jeter neizvedljiv operativni poseg, zato je minilo toliko časa do naslednjih večjih jetrnih resekcij. Po zaslugi nemške medicinske šole s konca 19. stoletja (Ponfick de Breslau) je bilo že znano, da odstranitev 70 odstotkov jeter pri psu ne povzroči večjih problemov in celo, da se v 6 do 8 mesecih po resekciji jetera obnovijo. Ob takem spoznanju zato ni povsem jasno, ali je strahu pred desno resekcijo botroval težak dostop do hilusa jeter pri velikih tumorjih desnih jeter ali enostavno pomanjkanje primerne kirurške tehnike, s katero bi obvladali zahtevno prepariranje v jetrnem hilusu. Tudi hkraten prikaz jetrnih ven in hilusa se je takrat zdel problematičen. Zdelo se je, da bi bila nevarnost neobvladljive krvavitve prevelika. Literatura vse tja do izpred 50 let sploh ni obravnavala možnosti resekcije desne polovice jeter.

Leta 1952 je J. L. Lortat Jacob, profesor kirurgije in predstojnik oddelka za abdominalno kirurgijo v bolnišnici Beaujon, Clichy v Parizu, v junijski številki "Archives Des Maladies de L'Appareil Digestive" objavil članek o resekciji desnega lobusa jeter. Poseg je napravil oktobra 1951. Čeprav naj bi japonski kirurg Ichio Hanio napravil prvo resekcijo desne polovice jeter skoraj leto prej, svojega dosežka ni objavil v mednarodni reviji in tako ostaja Lortat Jacob kot prvi, ki je napravil tako operacijo. Od takrat dalje so sledili opisi raz-

ličnih tehnik in pristopov k izživom desne hepatektomije. Ton Tat Tung je opisal pristop skozi jetrno tkivo, Bismuth je priporočil kombiniran, transparenhimski in hilusni pristop. V zadnjem času se je večina kirurgov teh resekcij lotevala podobno, kot je originalno opisal Lortat Jacob: pomembna je bila kontrola vseh žilnih struktur in dobra mobilizacija jeter.

Nato se je, zaradi pomanjkanja organov za presaditve jeter in ob dejstvu, da na Japonskem ni dovoljena kadaverična transplantacija, razvil poleg presaditve deljenih jeter (split liver), predvsem odvzem jeter z živega dajalca. To je postavilo nove zahteve, osnovane na dejstvu, da mora del organa, ki je namenjen za presaditev, ostati čim dlje prekrvljen, da je torej ishemija čim krajša. Obenem je bila logična zahteva, da dajalec po odvzemu dela jeter nima pomembnejših zapletov, ki sicer spremljajo jetrno kirurgijo v 25 do 35 odstotkih. Nikakor pa ne bi smelo priti do smrtnega izida pri dajalcu. Zato so jetrni kirurgi razvili tehniko resekcij brez prekinitve krvnega pretoka skozi jetra, kar je omogočila drugačna operativna tehnika in uporaba ultrazvočnega disektorja. Taki posegi so dolgi, vendar natančni in z velikim poudarkom na poznavanju notranje jetrne kirurgije. Izgube krvi so nekoliko večje, vendar jo nadomeščajo šele, ko je izguba nad enim litrom. Kljub temu je tak pristop k resekcijam jeter vplival tudi na tumorsko kirurgijo jeter. Pri tej se je sicer že prej uveljavilo pravilo, da se je dotok krvi v jetra z zapiranjem žile omejeval na 5 do 10 minut, sledil je premor brez zapore žilja, nato se postopek ponavlja do skupaj tudi ene ure zapore krvnega pritoka v jetra. Uveljavilo se



Bolnišnica Beaujon v Clichyju



Prof. J. L. Lortat Jacob

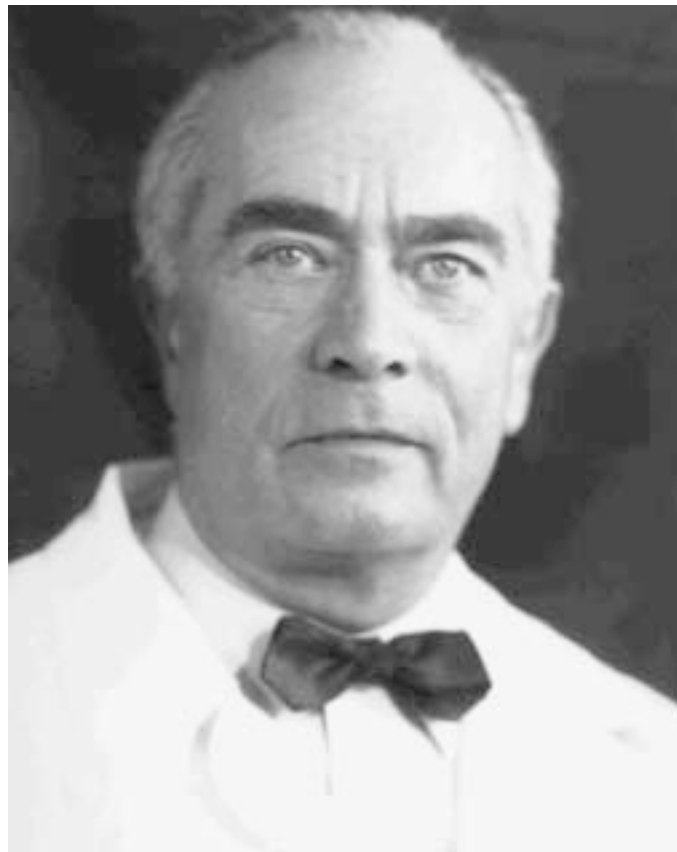
je še tako imenovano prekondicioniranje jeter, kar pomeni, da se pred resekcijo za 10 minut zapre dotok krvi in šele čez čas začne z resekcijo. S takim manevrom naj bi pripravili jetra na ishemijo, do katere pride med resekcijo skozi tkivo z zaporo dovodnega jetrnega žilja. Ob resekcijah vse večjih tumorjev desnih jeter pa je S.T. Fan iz Hongkonga uvedel tudi resekcijo brez mobiliziranja jeter, katerega bistvo je neposredno prepariranje in reseciranje skozi jetra do vene kave. Ta način smo občasno (neodvisno od avtorja Fana) izvajali tudi drugi kirurgi, v kar so nas pravzaprav prisilili primeri, ko je bil, na primer, tumor v jetrih enostavno prevelik, da bi jetra mobilizirali. S tem t. i. sprednjim pristopom je zmanjšana možnost razsoja tumorskih celic in ni potrebno napraviti pretirano velike laparotomije, ki je bila sicer nujna pri velikih tumorjih. Prav zaradi potreb presaditev dela jeter se je pozornost kirurgov močno usmerila v natančno poznavanje notranje jetrne anatomije. Na osnovi tega so postale izvedljive segmentne in sekcijske resekcije jeter, pri čemer je imel tak del jeter svoji dovodni žili: portalno veno in arterijo, svoj žolčni vod in svojo jetrno veno za drenažo. Seveda je potrebno poznati vsaj najpogostejše anatomske različice poteka jetrnih žil in žolčnih vodov, ker prav te včasih omogočijo nekatere resekcijske posege, drugačne različice pa jih onemogočajo. Zanimiv prispevek napredku tehnike jetrnih resekcij je tudi tako imenovani "hanging maneuver", ko kirurg med spodnjo veno kavo in jetra spelje trak, s katerim potem vleče jetra navzgor in omogoča boljše kontrolo resekcije.

Uspešnost jetrne kirurgije je vseskozi spremljal tudi napredek anestezije. Omogočanje varne kontrole nizkega centralnega venskega pritiska pripomore k manjši izgubi krvi med jetrno resekcijo. Natančen monitoring in sledenje vrednosti koncentracij različnih krvnih parametrov med operacijo, kontrola temperature z ogrevanjem bolnika in skrb za hitro reagiranje na hemodinamske spremembe, pa omogočajo varen med- in pooperativen potek pri resekcijah jeter.

Presaditve jeter so pomembno pripomogle tudi k razvoju resekcijske jetrne kirurgije, čeprav gre pri presaditvah v bistvu za žilno kirurgijo. Kirurgi so ob prepariranju jeter pri odvzemu za odstranitev bolnega organa pridobivali izkušnje za mobilizacijo jeter, pri anastomozah žilja in predvsem žolčnih vodov pa previdnost in pravo mero gotovosti pri operiranju v hepatoduodenalnem ligamentu in jetrnem hilusu. Principi jetrne tumorske in transplantacijske kirurgije se odražajo tudi na drugih področjih jetrne kirurgije, predvsem pri posegih zaradi Hidatidne boleznii jeter, kjer se uveljavlja radikalna kirurgija, ki tako omogoča ozdravitev skoraj brez možnosti ponovitve bolezni.

Tudi na področju jetrne kirurgije se uveljavlja laparoskopjska kirurgija. Danes so nekateri kirurgi sposobni z laparoskopjsko tehniko varno resecirati tako levo kot desno polovico jeter. Ta kirurgija je v svojem začetnem obdobju, vendar v nekaterih centrih nezadržno prodira in se uveljavlja. Strah pred zračno embolijo med laparoskopjsko resekcijo jeter je, kot kaže, neosnovan. Z zasledovanjem zračnih mehurčkov v veni kavi prek ultrazvočne sonde v požiralniku so dokazali, da je teh zračnih mehurčkov med laparoskopjskim posegom celo manj kot pri odprti kirurgiji. Neizpodbitno dejstvo pa je, da je predpogoj za uspešno laparoskopjsko jetrno kirurgijo dobro znanje in izkušnost v odprti, klasični jetrni kirurgiji. Vsaj zaenkrat je tako. Ali se lahko zgodi, da bodo imeli kirurgi, podobno kot pri operacijah žolčnika, premalo možnosti za klasične posege in bodo prisiljeni operirati laparoskopjsko? Na nadaljnji razvoj jetrne kirurgije bo vsekako vplival razvoj medicine nasploh.

Genska tehnologija na področju medicine odpira velike možno-



Prof. J. L. Lortat Jacob

sti in obeta pomembne spremembe tudi na področju jetrne kirurgije. Ali je velika zahtevna jetrna kirurgija že preživela svoj čas, ali bodo ostale resekcije le še za odstranjevanje nekroz, presaditve celih ali dela jeter pa bodo zamenjala gensko modelirana živalska jetra? Menim, da je do tega še kar daleč in bo še kakšna generacija jetrnih kirurgov opravljala zahtevne, a vse bolj uspešne jetrne posege. Razvoj medicine in tudi kirurgije je včasih nepredvidljiv. Pogosto smo slišali izjave, da je prav na področju abdominalne kirurgije načeloma že dolgo vse znano in napravljeno. Kljub temu se rezultati še nadalje izboljšujejo, ne le zaradi razvoja medicine nasploh, ampak tudi zaradi novih kirurških tehnik, principov in pristopov, ki sicer izkoriščajo stara znanja in upoštevajo znana načela, omogočajo pa vendarle vse boljše rezultate. Kirurgija jeter je kot ostala abdominalna kirurgija omejena s samo naravo bolezni in z večjo ali manjšo imunsko kompromitiranostjo bolnikov. Tudi če je tehnično moč napraviti nek poseg, pa predstavlja bolezen sama lahko nepremostljivo oviro za učinkovitost kirurškega posega. Tudi tu se zaradi multidisciplinarnega pristopa k zdravljenju in različnih možnosti dodatnega in celo vzporednega zdravljenja tumorjev dogaja določen napredek. Danes se zahteva, da vsakega bolnika z metastazami kolorektalnega karcinoma v jetrih pregleda jetrni kirurg. Ta potem skupaj z onkologi in ostalimi specialisti načrtuje nadaljnje zdravljenje, ki lahko pripelje do resekcije jeter in makroskopske odstranitve bolezni. Res, da so uspehi manjši kot pri "idealnih" primerih solitarnih metastaz, vendar se nizajo poročila tudi o dolgem preživetju bolnikov po taki obravnavi. ■

Evropska zdravstvena komunikacijska mreža (EHCN)

Helena Lovinčič, Diana Zajec

Evropska zdravstvena komunikacijska mreža (EHCN) je nastala in se vse bolj spodbudno razvija pod okriljem Evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije, tke mednarodne vezi na področju različnih strok. Vanjo so vpeti predstavniki različnih strok, povezanih z zdravjem in zdravstvom – od zdravnikov do novinarjev, predstavnikov nevladnih organizacij, zagovornikov pravic bolnikov do predstavnikov zdravstvene politike. Tako imenovani odvetniki javnega zdravja se zavedajo, da zelenih rezultatov na področju javnega zdravja, v času, ko si je dominantno vlogo privzela informacija, ne bo mogoče dosegati drugače kot s konstruktivnim sodelovanjem, s skupnim prizadevanjem, da bi področje zdravja in zdravstva z obrobja (političnega) zanimanja postavili v ospredje. Na prednostno listo.

Na zadnje srečanje EHCN, ki ga je v začetku lanskega decembra gostila Slovaška, so bili povabljeni le izbrani predstavniki posameznih držav. Kot je dejal dr. Franklin Apfel, ki je po poklicu zdravnik, pri regionalnem uradu SZO pa skrbi za področje komunikacij, je bilo tokratno povabilo naslovljeno na aktivne člane mreže, ki so doslej s svojim delom najbolj pripomogli k promociji zdravja, in ki so kakor koli vplivali na izboljšanje razmer na tem tako občutljivem področju. Od približno 2000 članov EHCN se nas je tako 135 zbralo v Bratislavi na tri dni in pol trajajoči, izredno intenzivni konferenci, v kateri smo iskali nove možnosti in izzive v ustvarjanju in nadgrajevanju vodil omenjene mreže ter njihovemu udejanjanju v praksi.

Evropa na občutljivem razpotju

Evropa se je v zdravstvu – tako pri iskanju in zagotavljanju zdravstvenih storitev kot pri promociji zdravja – znašla na občutljivem razpotju, na katerem bo v dobro vseh "vpletenih" treba zagotoviti dobro, razumljivo, korektno informacijo. Ali je globalizacija "zdrava"? Bi širitvi EU lahko pripisali pozitiven predznak, glede na številne potencialne pasti, ki jih skriva v sebi prav na področju zdravstva? To namreč nima "lastne" skupne zakonodaje, ampak je izpolnjevanje priporočil vpeto v druge sektorje, razpršeno po vseh 31 poglavjih in pogojih, ki jih morajo kandidatke izpolniti v pridružitvenih pogojih. Da bi posledice obetajočih se sprememb na posamezne zdravstvene sisteme delovale čim bolj pozitivno, se mora vprašanje zdravja in celostne skrbi zanj uvrstiti na prednostni seznam – tudi pri izvajanju reform. Po besedah slovaškega ministra za zdravje dr. Romana Kovarča so prav dobre informacije ustrezna podlaga za prave odločitve; so del verige, ki omogoča zdravje. Izziv 3. tisočletja, bi lahko rekli.

Nihče med nami si ne more več zatiskati oči pred grožnjo, ki jo človeštvu prinašajo bolezni, ki z vse bolj odločnimi potezami odslkavajo zdravstveno podobo posameznih držav oziroma narodov na skupnem zemljevidu Evrope (ali sveta): škodljive življenjske navade in razvade, kot tvegani spolni odnosi brez ustrezne zaščite, kajenje, pretirano uživanje alkohola, zloraba nedovoljenih drog. Tveganja, ki



Helena Lovinčič, novinarka Radia Slovenija in Diana Zajec, novinarka častnika Delo (z leve)

se mu s takšno življenjsko rutino izpostavlja, se (še vedno) marsikdo sploh ne zaveda. Zato so člani EHCN v Bratislavi opozorili na zaskrbljujočo zdravstveno podobo prebivalcev v Evropi in menili, da je v preventivi teh bolezni treba bistveno vlogo nameniti komunikaciji. Predvsem učinkovitemu, prepričljivemu seznanjanju prebivalcev s tveganji, pri katerih kasnejše zdravljenje nemalokrat predstavlja le še obupani poskus gašenja požara, ki se je že razplamtel.

Osveščanje javnosti, kako hud davek predstavlja zboljenja, ki se uvrščajo v vrh "krivcev" za veliko prezgodnjo zboleznost in smrtnost, mora biti intenzivno.

Imeti mora sposobnost, da se postavi po robu oglaševalski zvitosti ter finančni in tudi siceršnji moči industrije, ki promovira zdravju škodljive izdelke. To je težka naloga, v kateri se moč argumenta sooča z močjo denarja. Velikokrat neuspešno. Kot je v Bratislavi ugotovil Dag Rekve, svetovalec na norveškem ministrstvu za zdravje in socialne zadeve, se je na Norveškem lani problem alkohola uvrstil na prednostno lestvico na področju zdravja. A le za dobrih pet dni, v času ministrske konference na temo Mladi in alkohol v Stockholmu, ko so bile oči mednarodne javnosti uprte v grozljive številke, ki jih po vsej Evropi narekuje alkoholizem. V preostalih dneh leta pa je bila dirigentska palica bolj ali manj v rokah alkoholne industrije. Mimogrede, tudi pri nas protialkoholni zakon navkljub obljubam še ni priromal v državni zbor.

Etična vodila za novinarje

Postavljanje komunikacije na prvo mesto v tako subtilnih in pomembnih stvareh, kot sta zdravje in zdravstvo, seveda zahteva

ustrezna "pravila igre". Tudi za to so poskrbeli člani EHCN. Z oblikovanjem etičnih vodil za novinarje, ki pokrivajo to področje. V podobni desetih pravil – ta obenem vsem, ki se srečujejo z novinarji, predočajo vlogo sodobnega neodvisnega, korektnega, poštenega, ažurnega in suverenega predstavnika sedme sile – je tako rekoč že zgotovljen mednarodni kodeks, ki narekuje pravila igre pri poročanju o zdravstvu.

Vodila naj bi v praksi opozarjala na odgovornost vseh, ki skrbijo za (dobro!) komunikacijo v zdravstvu, pri čemer tudi za slovenski prostor predstavlja še kako pomemben ključ za premagovanje komunikacijskih kratkih stikov. Teh je v praksi, žal, še vedno preveč.

1. Ne škodi. Najpomembnejše so človekove pravice in javno dobro. Tako kot to vodilo predstavlja "srce" Hipokratove prispege, pravzaprav sebi nosi tudi srž novinarjeve odgovornosti oziroma odgovornosti medijev do javnosti in vsakega posameznika. Toda tovrstna zaveza ne pomeni, da bi se zaradi nje morali pretvarjati, da je vse dobro. V težnji po sporočanju resnice torej novinarji včasih poročamo tudi o neprijetnih dejstvih, ki pa morajo seveda temeljiti na preverljivih podatkih.
2. Povej resnico. Preveri dejstva in vire, četudi tvegaš, da zamudiš rok za oddajo teksta.
To je osnovno pravilo v novinarstvu, ki obide govorice in zahteva dejstva, ki zgodbo podprejo. Za to pa je potrebno zaupanje in sodelovanje odgovornih v zdravstvu, ki se morajo sprijazniti z dejstvom, da je v trenutku, ko je "duh ušel iz steklenice", nastala situacija bolje razložiti, kot pa jo zanikati ali prikrivati dejstva.
3. Ne vzbujaj lažnih upov, še zlasti ne s poročanjem o tako imenovanih "čudežnih zdravilih".
Pri zdravstvenih vprašanjih vsakdo rad sliši dobre novice. A pri tem je treba vedeti, da dober naslov lahko po eni strani odpre pot dragim raziskavam, po drugi strani pa lahko mimogrede povzroči veliko škodo z vzbujanjem lažnih upov pri bolnikih.
4. Pazi se prikritih interesov. Vprašaj se: "Kdo bo imel korist zaradi objave?"
Tu gre za nevarno področje, na katerega novinar lahko zdrsne s poročanjem o novih proizvodih v zdravstvu. O zdravilih, na primer. Pri tem so nemalokrat v ozadju interesi proizvajalcev, ki seveda prvenstveno skrbijo za svoj dobiček.
5. Zavrnj osebne nagibe. Vedno preveri, ali ni gradivo objavljeno kot rezultat sponzorstva.
6. Nikoli ne razkrij zaupnega vira informacij.
Kot novinar se namreč srečuješ tudi z ljudmi, ki so bodisi bolni bodisi hendikepirani, z otroki...
7. Vedno spoštuj zasebnost bolnih, hendikepiranih in njihovih družin.
To vodilo velja zlasti za osebne tragedije. Prav na tem področju lahko mediji naredijo veliko dobrega – s presejanjem predsodkov med zdravimi in "nezdravimi", z odpravljanjem žal še vedno relevantnih dvojnih standardov.
8. Zavedaj se posledic svojih člankov.
Vsi omenjeni v članku bodo živel še dolgo po tem, ko bodo mediji izgubili zanimanje zanje.
9. Spoštuj občutke žalujočih, zlasti ob katastrofah.
Tedaj bi se bilo treba fotografijam in posnetkom, ki prikazujejo bodisi žrtev bodisi njeno družino, izogniti.
10. Če si v dvomih, potem o tem ne poročaj.

Zavedanje, da je novinarsko pero lahko ravno tako usodno, v pozitivnem in v negativnem smislu, kot skalpel v rokah kirurga, je pravzaprav tudi v slovenskem prostoru že našlo svoj domicil. Zdaj je treba le še poiskati pravnjske poti in seveda ljudi, s pomočjo katerih bi tudi pri nas oživili tovrstno nacionalno mrežo. Zakaj ne bi izkoristili možnosti, ki se ponujajo, v obdobju, ko ima Slovenija vendarle na voljo še dovolj manevrirnega prostora za dobro pripravo na izzive, ki jih prinaša prihodnost.

Komunikacija kot determinanta zdravja

Srečanja Evropske zdravstvene komunikacijske mreže so vedno zelo intenzivna. Trajajo tako rekoč od jutra do večera, urnik je zapolnjen z okroglimi mizami, predavanji, razpravami in z delom po skupinah, kjer predstavniki različnih držav iščemo najboljše zglede ter zbiramo najbolj izvirne in uresničljive zamisli za izboljšanje dejavnosti na področju komuniciranja v zdravstvu. Zadnje srečanje je prineslo tudi novost – praktične delavnice, na katerih smo se udeleženci še dodatno izpopolnjevali za delo na svojem področju, za čim boljši dialog z javnostjo.

Zahtevnost prebivalstva po informiranosti o zdravju v zadnjem času strmo narašča. Globalizacija, velikanske trgovinske korporacije, med katerimi je zlasti agresivna industrija, ki predstavlja grožnjo za zdravje (tobačna in alkoholna), obvladujejo vsa informacijska tržišča, ki vplivajo na oblikovanje odločitev, ki posredno in neposredno vplivajo tudi na zdravje ljudi. V tem kontekstu je bil predstavljen pojem "health literacy", zdravstvena pismenost ali opismenjevanje o zdravju. Obsega pa trditev, da je razumevanje informacije o zdravju, na podlagi katere lahko ljudje ukrepanje ali se odločajo, neposredno povezano s stopnjo smrtnosti in zbolevnosti prebivalstva. Prav tu je prepoznana osrednja vloga množičnih medijev; brez dlake na jeziku se govori o *strateški uporabi medijev*, vse le zato, da postane izbira zdravega življenja – lahka izbira.

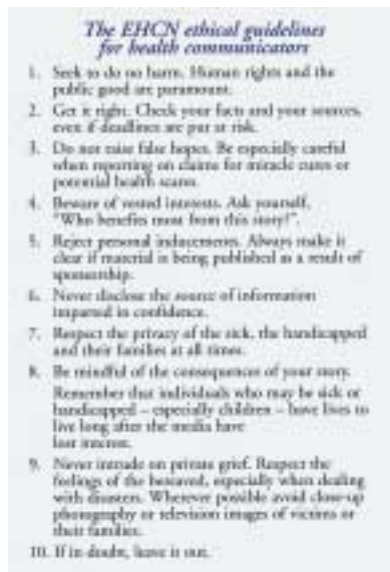
Morda ne ravno najbolj ilustrativen primer strateške uporabe medijev, pa vendar zanimiv in zaradi prikazanih rezultatov vsekakor posnemljiv, je slovaški nekajletni projekt dela z javnimi mediji, novinarji, ki je prelomil, kot je povedal dr. *Peter Breier*, psihiater iz splošne bolnišnice v Bratislavi, star tabu: duševne bolezni in duševni bolniki. S svojo skupino se je lotil načrtnega dela z novinarji, ki je trajalo tri leta, vsaj en konec tedna na mesec. V obliki učnih delavnic so razpravljali o raznovrstnih temah s tega področja, od depresije do demence, skupaj pripravljali kampanje in predavanja za občane. Posebej odmevni so bili dnevi odprtih vrat psihiatričnih bolnišnic, ki so jih spremljale zabavne prireditve. Na njih so sodelovale znane osebnosti (zdrave) iz kulturnega, športnega in siceršnjega političnega življenja. Na eno izmed takšnih je prišlo kar 5.000 ljudi iz Bratislave – Dr. Breier je to svojo trditev dokazoval z video projekcijo. Pozitivni učinki tako načrtnega dela in sodelovanja z novinarji in njihovimi mediji niso izostali. Dr. Breier je poročal o povečani odprtosti javnosti do problemov duševnih bolnikov, do razumevanja narave posameznih duševnih bolezni. Posebno pa so bili veseli, da so se začeli ljudje pogosteje zatekati po pomoč k psihiatrom, na splošno so opazili tudi zmanjšani sram pred pogovorom o duševni bolezni – svoji ali svojih najbližjih. Z rahlim nasmeškom na obrazu pa je dr. Breier tudi povedal, da je celo vlada postala bolj naklonjena izboljševanju pogojev dela psihiatričnih bolnišnic, do odpiranja psihiatričnih oddelkov pri splošnih bolnišnicah in še več, do dejanskega podpiranja snovanja skupnostne psihiatrije z vedno bolj razvejano mrežo po državi.

Vpliv globalizacije na zdravje

Evropski urad Svetovne zdravstvene organizacije z zaskrbljenostjo spremlja potek globalne ekonomske integracije, saj zlasti v zvezi z učinkom globalizacije, ki ga ima ta na zdravje prebivalstva, prihaja do različnih razlag. Naravnost teh je, kot je bilo čutiti na EHCN konferenci v Bratislavi, predvsem odvisna od domicilne institucije vabljenega predavatelja. Po razpravi *Davida Dollarja* iz Svetovne banke sodeč, je globalizacija silna moč, ki povečuje dohodek prebivalstva ter posledično izboljšuje zdravje in druge vidike blagostanja. Globalizacija razume kot povečano integracijo različnih ekonomij in družb kot rezultat večjega pretoka blaga, kapitala, ljudi in idej. Njegova teza je, da odprtost do mednarodne trgovine in investicij pospešuje razvoj revnih držav. S tem ko globalna integracija pomaga zmanjševati revščino, pravi Dollar, z vplivom na rast dohodka posredno vodi tudi k izboljšanju zdravja.

Jasen je tudi škodljiv učinek na zdravje, ki ga ima globalizacija. Ti se kažejo kot stranski učinki potovanja in migracije, saj se s prometom hrane in drugih proizvodov širijo tudi bolezni. Najbolj dramatičen primer je epidemija aidsa. Navaja Demokratično republiko Korejo, ki naj bi se sicer s svojo izolacijo in zaprtostjo izognila tej smrtonosni bolezni, vendar za izjemno visoko ceno: hudo revščino. Drugi takšen potencialno negativen učinek globalizacije na zdravje je trgovina s tobaknimi izdelki. Svobodna trgovina namreč vodi k znižanjem cen tobaknih izdelkov, kar povečuje kajenje in s tem povezane bolezni. Tu mora svoje storiti zdravstvena politika, saj mednarodni trgovinski režim ne preprečuje državam, da bi kajenje prepovedale ali tobak visoko obdavčile.

Na drugi strani *Giovanni Andrea Cornia* iz Univerze v Firencah (Ekonomске fakultete) trdi, da prezgodnja, prehitra in nenadzorovana globalizacija vpliva na takojšnje zmanjšanje učinkovitosti in blagostanja, kar poslabša rast dohodka in zdravje prebivalstva, saj se zmanjša dostopnost do zdravstvenih in drugih socialnih storitev, zadnja odkritja pa govorijo predvsem o izjemno povečanem stresu, ki mu je izpostavljeno prebivalstvo. Dokazuje, da je globalizacija v številnih državah povzročila vrsto bančno-finančnih kriz, čemur je sledila recesija in strma rast revščine. V nasprotju z Dollarjem Cornia dokazuje, da se je v zadnjih dveh desetletjih dohodkovna neenakost povečala v 48 od skupno 73 držav. Cornia trdi, da večja dohodkovna polarizacija zmanjšuje hitrost, s katero rast dohodka blaži revščino in na splošno zmanjšuje rast in razvoj. Visoka raven dohodkovne neenakosti ustvarja politično nestabilnost in razdira socialno kohezijo. Vse to na splošno zavre izboljševanje zdravja prebivalstva. Tu so primeri bivših držav Sovjetske zveze, številnih afriških držav, kjer je upadanje smrtnosti novorojenčkov, kot ključni indikator zdravja prebivalstva v državah v razvoju, zastalo, kljub številnim javno-zdravstvenim programom (bistveno povečana precepljenost) in razširjanju znanja o tem, kako ohraniti zdravje s prehrano in večjo higieno. Kar 15 držav je imelo leta '94 večjo umrljivost novorojenčkov kot leta '90. Vračanje k avtarkiji, zaključuje Cornia, seveda ni odgovor za te države, težile naj bi h krepitvi domačih človeških virov, infrastrukture in



Etična vodila so natisnjena tudi na članski izkaznici mreže EHCN

makroekonomskega ravnotežja, poleg tega pa tudi k selektivni integraciji v svetovno ekonomijo, ki je povezana z odstranjevanjem največjih neravnovesij globalnih trgov in ustvarjanjem novih demokratičnih institucij globalnega nadzora.

Gregory Paloh, britanski novinar ameriške televizijske mreže CNN, ki se je specializiral za mednarodne trgovinske afere, zlasti ga zanima jo aktualna pogajanja GATT ter posebej intelektualna lastnina in patentna zaščita, je razkril zanimiv način delovanja velikih farmacevtskih korporacij. V luči prizadevanj Svetovne zdravstvene organizacije, da bi pritegnila čim večji mednarodni interes za oblikovanje posebnega sklada, vanj naj bi bogate države združevale vsako leto 24 milijonov dolarjev za plačevanje patentnih pravic namesto revnih držav, je farmacevtsko podjetje Novartis na svoj plačilni seznam uvrstilo znano ime iz sveta ekonomije, Jefreya Saxa, sicer direktorja Centra za mednarodni razvoj na Harvardu, ki je prav tedaj pripravljal skupno poročilo Komisije za makroekonomijo in zdravje 18 najbogatejših držav članic. V po-

ročilu, 20. decembra lani, ki je bil predstavljen direktorici Evropskega urada SZO Gro Harlem Bruntland, je dokazoval, da bi 66 milijonov dolarjev več investicij na leto v zdravstvo v obdobju 2015-20 prineslo 360 milijonov dolarjev na leto večje ekonomske koristi. Znesek bi pomembno vplival na izboljšanje življenjskih pogojev najrevnejšega prebivalstva sveta. Med drugim je tudi zapisal, da bi bilo rušenje patentnega sistema enako kot ubiti gosko, ki nese zlata jajca. Tega pa menda nihče noče! Zanimivo zgodbo je povedal o farmacevtskem podjetju Glaxo & Wellcome in njenem zdravilu AZT, ki se danes uporablja kot dokazano zanesljiva preventiva pred prenosom

Zdravniška stroka se dandanes, seveda ne vedno in povsod, ne zmore premagati nezaupanja do novinarjev, ki bi utegnili zlorabiti moč besede in jo obrniti proti njim. In prav zaradi tega notranjega strahu (resnici na ljubo pa tudi zaradi slabih izkušenj) se dogaja, da zdravniki dostikrat niso pripravljeni uporabiti moči besede in javno spregovoriti o določenem problemu. Pozitivni vzvod, ki jim je na voljo pri vzpostavljanju dialoga z javnostjo, tudi pri demistifikaciji njihovega poklica, tako velikokrat ostaja neuporabljen, vrata za dialog zaprta. Ob tem pa se zdravniška stroka počuti izrazito prizadeto, če se o nečem občutljivem, v kar sta (bila), vsak s svojo stisko, vpletena bolnik in zdravnik, vendarle govori in piše. A v dobi komunikacije se temu ni več mogoče izogniti. Nasprotno, ravno izogibanje takojšnji izjavi, ki bi bila morda povsem "neboleča" in tudi ne v opreki z etičnimi normami, privede do neželenih posledic.

Vedeti je treba, da v rokah novinarja ne počiva skalpel, ki bi odločal o življenju ali zdravju bolnika, se pa v naših rokah skriva tista filigranska sposobnost sooblikovanja javnega mnenja, ki je v veliki meri odvisna tudi od tega, s kolikšno odprtostjo pridemo do neke informacije in na kakšen način jo podamo naprej. Seveda pri tem ne gre za teme, ki bi bile kritično uperjene zoper zdravnike, ampak predvsem za članke, s katerimi pomen zdravja in seveda lastne skrbi za zdravje postavljamo v prvi plan. In pri tem besedo lahko razumemo tudi kot zdravilo, s katerim je mogoče popraviti komunikacijsko pregrado med zdravnikom in bolnikom, ki slednjega nemalokrat navdaja z občutkom nevednosti, nemoči in tudi odtujenosti.

virusa HIV iz matere na novorojenčka. Zdravilo je staro, izvira iz leta 1964. Ko so leta 1984 ob odkritju virusa HIV iskali uspešno zdravilo, so ob preizkušanju, ki je teklo na državne stroške, saj ga farmacevtska firma ni želela prevzeti, ugotovili, da AZT deluje. Država je prosila Glaxo, naj opravi klinična testiranja, kar je farmacevtska firma zopet zavrnila, češ da je nevarno. Tako je ameriška vlada vložila ogromna sredstva, da je v kliničnih raziskavah dokazala učinkovitost zdravila AZT. Ko se je to nazadnje izkazalo, ga je Glaxo patentirala in seveda pobrala smetano. Podobni primeri so bili tudi z drugimi zdravili in firmami. Opisal je tudi primer Argentine, kjer je vlada želela proizvajati poceni zdravila proti aidsu, po 2 dolarja na odmerek, ki bi bila namenjena Afriki. Vendar se je soočila z državami, ki jih veže Svetovni trgovinski sporazum, GATT, ki so zagrožile, da bodo v primeru kršenja patentnih pravic zaprle vse zunanje poti nacionalni ekonomiji. Paloh je tudi trdil, da je morala Kitajska v pogajanjih za vstop v GATT dovoliti oglaševanje ameriških cigaret. Nič koliko dokazov je, je dejal Paloh, da korporacije posegajo v javne medije, z nami manipulirajo, nam dostavljajo svoja gradiva in informacije.

Zmanjševanje škode zaradi zlorabe alkohola

Ena glavnih prizadevanj Evropskega urada SZO je oblikovanje Konvencije za nadzor nad tobačnimi izdelki, pogajanja so težka in dolgotrajna, poleg tega pa prav zdaj poteka tudi prenova Evropskega alkoholnega akcijskega načrta za prihodnja štiri leta. *Derek Rutherford*, Eurocare – združenje vladnih in nevladnih organizacij za zmanjševanje škode zaradi alkohola iz Velike Britanije, sicer tudi strokovnjak SZO, je v Bratislavi poročal o precej pičlem uspehu dosedanjega programa v preteklem obdobju, saj je amsterdamska skupina, ki združuje največje proizvajalce alkoholnih pijač na svetu, v času pogajanj uspela preglasiti SZO in iz usmeritev umakniti najostrejša določila, ki bi omejevala dostopnost alkoholnih pijač, še posebej otrokom in mladini. O tej najbolj občutljivi skupini je v listini zapisano *“vsí otroci in mladostniki imajo pravico, da odrasčajo v okolju, ki je zaščiteno pred negativnimi posledicami uživanja alkohola in kar najbolj je možno tudi pred promocijo alkoholnih pijač”*.

V številnih evropskih državah pa je prav mladina ključni cilj marketinške prakse alkoholne industrije, ki vedno znova poskuša z naborem novih pivcev, saj so ti njena prihodnost. Tržišče je strateško razdeljeno na dva dela, na “pivce začetnike” (starost od 11 do 15 let) in na “vzdrževane pivce” (od 16 do 24 let). Oba trga sta dovolj velika, da zagotavljata industriji zadostno vračilo njenih investicij. Oglaševanje alkohola je pogubno zato, ker prepričuje ljudi, da je pitje neškodljivo. Mladostniki so pod neprestanim bombardiranjem oglasov, ki portretirajo ljudi, ki pijejo in so uspešni, slavni, seksi in dobro sprejeti v družbi sovrstnikov. Uživanje alkohola prikazuje neposredno povezano s pripadnostjo, sprejetjem v določeno družbeno



Franklin Apfel, dr. med., duša mreže EHCN

skupino. Recimo oglasi kot tale: “Lahko postaneš kar koli si želišče piješ Ballantines”, Ballantine je pogosto povezan z moškostjo, sporočajo tudi “Šteje tisto, kar je znotraj”. Danes povsod ugotavljajo, da zloraba alkohola v zgodnjih letih odrasčanja oblikuje vzorec za kasnejše življenje. Učinek načrtno promocije alkohola je očiten, v Nemčiji je 10 odstotkov mladih od 14 do 24 let že podleglo zlorabi alkohola, v GB 21 odstotkov starih od 11 do 15 let pije najmanj enkrat tedensko, polovica 13-letnikov je bilo že resno opitih, v Španiji je bil vsak peti mladostnik v zadnjem mesecu pijan, podobno tudi v Franciji. S pijanostjo narašča tudi nasilje, izostanki iz šole, tatvine in uporaba prepovedanih drog. Alkoholne družbe zelo vešče vzpodbujajo ljudi, da pijejo več. Ob nakupu večje količine pijač podarjajo majice z napisi podjetja, organizirajo tekmovanja za zbiralce, za svojo promocijo izdelkov uporabljajo različne živalske like, ki so všeč otrokom. Tudi steklenice in nalepke na njih oblikujejo tako, da privlačijo mladostnike, zanje prilagajajo tudi okuse alkoholnih pijač, imenovane alkopop.

Nova oblika izkoriščanja mladih računalniških duš so sofisticirane marketinške strategije, s katerimi se alkoholna industrija vseda na internetne strani in tako stopa v neposreden stik z mladostnikom, ga zaplete v svoje mreže in pridobi njegovo zvestobo do groba. Prav tako so uporabne druge tehnologije, ki omogočajo komunikacijo čez državne meje. Govorimo o globalizaciji medijev, ki preseže prepoved oglaševanja alkohola v dani državi. Na Danskem je oglaševanje alkohola na televiziji prepovedano, tako je lani danska televizija lansirala nov kanal, ki se predvaja na Dansko iz Velike Britanije, kjer so bolj liberalni do oglaševanja. Ta kanal pa posebej meri na mlado občinstvo, prenašajo boks, nogomet, komične filme in zabavne oddaje, ki ugajajo prvenstveno mladim. Alkoholna industrija dosega mlade zelo uspešno tudi prek sponzoriranja športnih dogodkov, moštev, klubov in proizvodov, namenjenih športu. Svetovno prvenstvo tako danes ne pomeni le nogometa pač pa eno od vodilnih pivskih priložnosti. Industrija pijač prihaja na dan z vedno novimi marketinškimi tehnikami, posegajo tudi na področje glasbe, so prisotni na CD-jih, sponzorirajo DJ-je v glasbenih klubih, kjer pijačo točijo tudi brezplačno. Državne zakonodaje in pravila samoregulacije so v Evropi zelo nehomogena, skupno jim je, da so kodeksi pogosto omalovaževani.

Doslej so nekatere zahodnoevropske države, prednjači Norveška, s sprejemom številnih ukrepov, s katerimi omejujejo porabo alkohola, vendarle dosegle nekatere uspehe. Poročajo o zmanjšanju števila prometnih nesreč, ki se jih lahko pripiše alkoholu, kar za 31 odstotkov, o upadu števila smrti zaradi poškodb, samomorov, zastrupitev ter jetrne ciroze, v nasprotju z vzhodno in osrednjo Evropo, kjer se škoda na račun alkohola še povečuje. V posamezni družbi je sicer ta ocenjena od 2 do 5 odstotkov bruto domačega proizvoda.



Diana Zajec med vodenjem okrogle mize v Bratislavi

Predstavitev oddelka za zdravljenje motenj hranjenja

Karin Serbec, Gorazd V. Mrevlje

Oddelk za zdravljenje motenj hranjenja (OMH) je pričel delovati že pred dobrima dvema letoma in sicer v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana na Kliničnem oddelku za mentalno zdravje v Ljubljani na Zaloški 29.

Program tega oddelka je bil zasnovan in izdelan že pred več leti. Je plod poznavanja različnih modelov zdravljenja motenj hranjenja v Evropi in prilagojen slovenskim razmeram.

Pregled programov zdravljenja motenj hranjenja v svetu pokaže veliko pahljačo različnih programov, čemur lahko sledi ugotovitev, da ni univerzalnega modela za zdravljenje tovrstnih motenj. Zelo pomembna je postavitev jasnih indikacij, zlasti za bolnišnično zdravljenje ter ustrezna selekcija in priprava bolnikov na zdravljenje (motivacijski postopek). Osebe mora biti visoko usposobljeno tako v medicinskem kot tudi v psihoterapevtskem smislu.

OMH v Ljubljani je nastal kot odgovor naraščajočim potrebam v slovenskem prostoru, saj do pred dveh let ni bilo možnosti hospitalnega zdravljenja niti za mladostnike niti za odrasle. Otroke z motnjami hranjenja do 15. leta starosti pa že dolgo ustrezno obravnavajo (hospitalno) na Pediatrični kliniki v Ljubljani na Pedopsihiatričnem oddelku.

Indikacije za sprejem na OMH v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana vključujejo: izraženo klinično sliko anoreksije nervose, izraženo klinično sliko bulimije nervose in izraženo klinično sliko kompulzivnega prenejadanja. Na tem oddelku ne obravnavajo oziroma zdravijo debelosti, razen, če je vzrok kompulzivno prenejadanje. Za ustrezno oceno motnje hranjenja je potrebno upoštevati, da se klinična slika vsake posamezne motnje iz te skupine razvija več let in gre torej za proces. Hkrati pa je potrebno dobro poznavanje elementov razvojne psihologije otroštva, adolescence in zgodnje odraslosti.

Kmalu po pričetku delovanja OMH so bile posteljne zmogljivosti zasedene, tako da je bilo potrebno uvesti čakalno listo. Čakalna doba traja od 2 do 4 mesece. Za sprejem na OMH se mora prijaviti bolnik sam. Izkazalo pa se je, da je določena čakalna doba pred sprejemom na oddelk za zdravljenje motenj hranjenja terapevtsko ugodna, saj v tem času bolnik redno obiskuje ustrezno psihiatrično ambulanto, kjer s pomočjo strokovnjaka utrjuje in krepi lastno motivacijo. Brez lastne motivacije namreč zdravljenje tovrstnih motenj ni uspešno.

Že pred sprejemom na OMH so bolniki seznanjeni s pogoji zdravljenja, ki med drugim obsegajo: redno hranjenje v družbi ostalih sopsicentov, dejavno sodelovanje na vseh psihoterapevtskih dejavnostih ter ohranjanje (bulimija nervosa) oziroma pridobivanje telesne teže (anoreksija nervosa).

Slovenski model bolnišničnega zdravljenja je multidimenzionalen in upošteva kognitivne sposobnosti ter čustvene potrebe posameznika. V opisanem modelu zdravljenja motenj hranjenja ima pomembno mesto izobraževalni program o meniju ustrezne prehrane in posledicah neustreznih prehranjevalnih navad, asertivni trening ter trening socialnih veščin, ki vključuje tudi učenje reševanja problemov in s tem preprečuje recidiv. Osnova zdravljenja pa je sku-

pinska psihoterapija, ki obsega elemente vedenjsko-kognitivne in dinamske psihoterapije.

Bolnišnično zdravljenje na OMH traja 2 do 3 mesece in ga razdelimo na tri faze:

- Prva faza je **simptomatska**, v kateri s pomočjo predvsem vedenjsko-kognitivne psihoterapije pomagamo bolniku vzpostaviti ustrezen odnos do hrane, pijače in telesne teže ter preko tega do samega sebe in svoje samopodobe.

- Druga faza je **psihodinamska**, v kateri bolnik s pomočjo skupinske in individualne psihoterapije prepozna odnos do sebe ter dinamsko ozadje svoje motnje.

- Tretja faza je **reintegracijska** oziroma **socialna**. V njej bolnik jasno in konkretno načrtuje svojo prihodnost, spremembe, ki jih želi okrepiti v okviru svojega ožjega in širšega socialnega okolja.

Po odpustu z oddelka za zdravljenje motenj hranjenja se bolniki vključujejo še v ambulantno izvenbolnišnično psihoterapevtsko skupino in nadaljujejo ambulantno zdravljenje.

Do sedaj se je na OMH zdravilo 72 bolnic in 11 bolnikov z diagnozo iz sklopa motenj hranjenja.

Opisan model zdravljenja se ocenjuje od začetka delovanja oddelka za zdravljenje motenj hranjenja. Prvi rezultati so povsem primerljivi s podobnimi poročili po svetu, v nekaterih segmetnih pa celo boljši.

Hkrati pa smo ugotavljali, da v našem prostoru manjka možnost obravnave tistih bolnikov, ki so somatsko stabilni (ni potrebno zdravljenje na internih oddelkih), hkrati pa imajo prenizko telesno težo za sprejem na OMH. Eden od pogojev za sprejem je namreč tudi taka telesna teža, ob kateri je indeks telesne mase (ITM) vsaj 13 (normalen ITM je od 20 do 25). Bolniki z nižjim indeksom telesne mase imajo namreč do te mere okrnjene kognitivne sposobnosti, da niso sposobni sodelovati pri psihoterapevtskem zdravljenju. Tako bomo osnovni bolnišnični program ob podpori vodstva Psihiatrične klinike Ljubljana in potrditvijo s strani zdravstvenega sveta nekoliko razširili. Kot nova subspecialistična dejavnost bo OMH stekel predvidoma v začetku leta 2002. Takrat bo OMH dobil potrebna sredstva in kadre za odprtje dodatne intenzivne enote, v sklopu katere bomo zdravili tiste bolnike, za katere do sedaj v Sloveniji ni bilo poskrbljeno. To zdravljenje bo obsegalo: 24-urni nadzor, ustrezno hranjenje, internistično spremljanje telesnega stanja in psihiatrično spremljanje v smislu podpore.

V zadnjem letu je bila sestavljena tudi strokovna skupina za zdravljenje motenj hranjenja, v katero so vključeni psihiatri, ki se v Sloveniji ukvarjajo z zdravljenjem motenj hranjenja in predstavniki internističnih oddelkov slovenskih bolnišnic. Namen strokovne skupine je oblikovanje smernic za zdravljenje in koordinacija sodelovanja med psihiatrijo in interno medicino, kar je nujno glede na naravo bolezni. Strokovna skupina si bo prizadevala tudi za širitev mreže za pomoč osebam z motnjami hranjenja v Sloveniji ter spodbujanje izobraževanja in raziskovanja na tem področju. ■

Antibiotiki v ambulantnem zdravljenju pljučnice starostnika

Emma Mušič

Drugačnost pljučnice v starosti

Katedra za interno medicino je na Tavčarjevih dnevih 2001 pomembno del programa posvetila obravnavi pljučnice pri starostnikih. Predstavili smo drugačnost simptomatike pljučnic v starosti, značilne povzročitelje in podali priporočila za izbor antibiotikov v zdravljenju. Ob upoštevanju tujih priporočil smo se oprijeli predvsem domačih mikrobioloških in epidemioloških podatkov v letu 2000. Klinično sliko in diagnostiko smo predstavili z analizo 140 bolnišnično zdravljenih pljučnic v starosti bolnikov nad 65 let. Ocenjevali smo podatke o boleznih pred napotitvijo v bolnišnico, klinične, laboratorijske, rtg in mikrobiološke izvide, spremljajoče kronične bolezni, zdravljenje in izid bolezni.

Spremljajoče kronične bolezni je imelo 93 odstotkov bolnikov, najpogosteje so bile to bolezni srca in ožilja, sledila sta KOPB in diabetes. Komorbidnost mnogokrat odloča o izidu pljučnice, prav tako so znani pogostejši povzročitelji v starosti. Najpogostejši ostaja pnevmokok, sledijo mu Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis in drugi po Gramu negativni povzročitelji. Stafilokoki nastopajo v do 6 odstotkih, še redkeje pa mešane infekcije, vključno z anaerobi. Atipične pljučnice niso značilnost starostnikov.

V starosti nad 65 let so navzoče že fiziološke spremembe pljučne strukture in funkcije, drugačna je mehanika prsnega koša, šibkejša je celična, humoralna obramba dihal in tudi sluznični klirens. Nevrološke in psihiatrične motnje niso redkost, na drugi strani pa se tudi pljučnica izraža v spremembi psihičnega stanja. Torakalna bolečina ni pogosta, febrilnost in levkocitoza v krvi nista obilgatni. Kašelj in izpljunek nista v ospredju. Bolnik postane klinično in laboratorijsko dehidriran in praviloma hipoksemičen. V splošnem telesno opeša in se do okolja akutno spremeni.

Priporočila ambulantnega zdravljenja

Sicer zdravega starostnika zdravimo kot mlajše osebe, zagotavljamo zadostno hidracijo in v predpisovanju zdravil prilagajamo doze glede na ledvično funkcijo in mišično maso.

Ocenimo obsežnost in intenzivnost pljučnice, dejavnike ogroženosti in socialno okolje. Lažje in srednje hude oblike zdravimo doma, težje oblike pljučnice pa napotimo v bolnišnico. Ogroženost predstavljajo: vnetje več režnjev, alkoholizem, kajenje, nedohranjenost. Klinični parametri težje pljučnice so povečana frekvenca dihanja, znižan krvni tlak, zmanjšana diureza, oslABLJENA ledvična funkcija, akutna psihična alteracija.

Pri bolniku s spremljajočo boleznijo ocenjujemo njeno poslabšanje zaradi pljučnice, potrebo po kisiku, nezmožnost oralnega jemanja zdravil in neustreznost domače nege. Tudi izbor antibiotika je prilagojen aktualnim povzročiteljem in podatkom o bakterijski odpornosti za antibiotike pri nas. Prilagojeno doziranje v hipoksemiji in srčni ter/ ali ledvični insuficienci je izrednega pomena.

Antibiotiki v zdravljenju pljučnice starostnikov

Komorbiden bolnik ima večkrat kot mlajše osebe navzočo kolonizacijo žrela z Gram-negativnimi bakterijami. Le-te so lahko razlog kombinirane infekcije pri primarni pnevmokokni pljučnici ali pa so izvirni povzročitelji pljučnice. Zato le pri bolniku brez spremljajočih bolezni predpišemo amoksicilin ali makrolidni antibiotik, v naši analizi je bilo takih le 7 odstotkov bolnikov.

Pri starostnikih s spremljajočimi boleznimi pa pri nas empirično predpišemo amoxicillin+clav.k in začetne 2 do 3 dni dodatno lahko tudi makrolid. V svetu in pri nas pa se že uveljavlja prikladnejša terapija s kinolonom III. generacije, npr. moxifloxacinom v tabletah enkrat na dan. Moxifloxacin je indiciran tudi v dvomu med bakterijsko in atipično etiologijo pljučnice. Tako izberemo antibiotik v odločitvi za ambulantno zdravljenje. Bolnika pa moramo prve 3 dni klinično nadzorovati in oceniti potek bolezni. V primeru vztrajanja neugodnih parametrov pljučnice je na mestu napotitev v bolnišnico. V naši analizi je 26 odstotkov bolnikov že doma prejemale antibiotik, ki ni bil uspešen. Izbira antibiotika po sodobnih priporočilih, to sta amoxicillin+clav.k. kot zlati standard ali novi kinolon III, bo zanesljivo zmanjšala potrebo po hospitalizacijah.

Antibiotik pri bakterijski pljučnici dajemo 7 do 10 dni, pri difuzni atipični pljučnici pa dvakrat dalj. Novi kinoloni III so uspešni v zdravljenju bakterijske in atipične pljučnice, so primerno nadomestilo ob alergiji za β -laktamske antibiotike in so indicirani v primeru pnevmokokne odpornosti za penicilin. Slednja pa je pri naših odraslih bolnikih prisotna le v 2 odstotkih.

Zaključek

Enako pomembna kot izbira antibiotika za zdravljenje pljučnice je ocena in odprava splošnih in kliničnih dejavnikov ogroženosti bolnika. Potek pljučnice moramo spremljati. Zdravemu starostniku predpišemo amoksicilin, komorbidnemu pa amoxicillin+clav.k., ob navzočih dejavnikih ogroženosti, alergije ali bakterijske odpornosti pa novi kinolon III. Pri doziranju antibiotikov upoštevamo starost, mišično maso (telesno težo) in ledvično funkcijo. ■

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.

Služba za ginekologijo in perinatologijo

Splošna bolnišnica Maribor

prireja strokovno srečanje

40 LET DEJAVNOSTI ZA ZDRAVLJENJE NEPLODNOSTI V MARIBORU

Maribor

1. februar 2002

PROGRAM:

Petek, 1. februarja 2002

- 9.00–9.30 Registracija
9.30–10.00 Otvoritev (V. Vlaisavljević)
10.00–10.20 40 let dela Ambulante za zdravljenje neplodnosti (E. Borko)
10.20–10.40 H. Meden Vrtovec (Ljubljana): Enigma PCO: problem za izbranega ginekologa ali specializiran center?
10.40–11.00 V. Šimunić (Zagreb): Zgodnja in pozna menopavza ter vloga ginekologa v njenem vodenju
11.00–11.20 A. Kurjak (Zagreb): Prikaz in sledenje zarodka v zgodnji nosečnosti: kaj prinaša 3D-sonografija?
11.20–11.40 Odmor
11.40–12.00 P. Nayudu (Göttingen, Germany): Can new reproductive technologies help to improve success rates in human ART?
12.00–12.20 A. Rajkovic (Houston, USA): Genetic regulation of mammalian oogenesis in search of oocyte specific genes
12.20–12.40 T. Tomaževič (Ljubljana): Razvojne nepravilnosti maternice I

- 12.40–13.00 V. Vlaisavljević (Maribor): Večplodna nosečnost in OBMP: ali jo lahko nadzorujemo?
13.00–13.20 Scherringovo predavanje
14.00–16.00 Kosilo

Zdravljenje neplodnosti in z dokazi podprta medicina (EBM)

Moderatorja: H. Meden Vrtovec, E. Borko

- 16.00–18.00 Racionalen pristop k diagnostiki in zdravljenju neplodnosti (V. Vlaisavljević, V. Gavrić Lovrec, M. Reljič, B. Kovačič, V. Kovač)
18.00–18.30 Zaključki
20.00 Skupna večerja

Kotizacije ni.

Prijava: ga. Andreja Šlag, tajništvo Službe za ginekologijo in perinatologijo, Splošna bolnišnica Maribor, tel.: 02 32 12 178, e-pošta: gin.perinat@sb-mb.si

**Kompletno opremljeno in utečeno zobno
ordinacijo v Kopru -
Prisoje prodam ali dam v najem.**

**Informacije na
tel.: 041 651 621 ali 05 62 72 282.**

Alergološka in imunološka sekcija SZD v sodelovanju z Medis d.o.o

organizira strokovni simpozij

NOVE MOŽNOSTI ZDRAVLJENJA ALERGIJSKIH BOLENIJ

Hotel Lev, Ljubljana, 13. februar 2002 ob 19.00

Hotel Habakuk, Maribor, 14. februar 2002 ob 19.00

PROGRAM:

Moderator: prof. dr. Ema Mušič: Klinika za pljučne bolezni Golnik

19.00–19.30 *Prof. dr. U. Wahn* (Berlin): Allergy in childhood – options for treatment and prevention

19.00–20.00 *Prof. G. Passalacqua* (Genova): Cetirizine: Novel therapeutic aspects

20.00–20.20 *Doc. dr. M. Košnik*: Cetirizin pri zdravljenju alergijskih bolezni

20.20–20.30 Razprava in povzetek

20.30 Večerja z družabnim programom (sponzor Medis d.o.o, Ljubljana)

Informacije: ga. Maja Žen, Medis d.o.o, Brnčičeva 1, Ljubljana, 01 58 96 963, e-pošta: maja.zen@medis.si

Psihiatrična klinika Ljubljana

priraja mednarodni simpozij

SHIZOFRENIA IV

Psihiatrična klinika, Studenec 48, Ljubljana
14.-16. marec 2002

PROGRAM:

Četrtek, 14. marca 2002

13.00 Otvoritev

13.15 Pozdravne besede

14.00 *H. Katschnig*: The stigma of schizophrenia: How to prevent in and how to cope with it

14.30 *L. Vošnjak*: Pravni vidiki psihiatričnega zdravljenja

15.00 Odmor

15.15 *G. Currier*: Real world treatment: Atypical antipsychotics in the emergency setting

15.45 *I. Bitter*: Acute treatment strategies: New options

16.15 *I. Brockington*: Women's mental health in the history of psychiatry

16.45 *M. Z. Dernovšek*: Indikacije za posebne varovalne ukrepe v psihiatriji

17.15 Odmor

17.30 Satelitski simpozij Eli Lilly

Petek, 15. marca 2002

9.00 *S. Leucht*: Evidence – based treatment of schizophrenia – what do we know and what we do not know

9.30 *R. Petty*: Neurological adverse effects of antipsychotics

10.00 *S. Vitorović*: Internistični neželeni učinki antipsihotikov

10.30 *U. Groleger*: Shizofrenija – razpoloženje in afekt

11.00 Odmor

11.15 Satelitski simpozij Novartis

12.30 Odmor za kosilo

14.00 Satelitski simpozij Sanofi-Synthelabo-Lek

15.15 Odmor

15.30 *P. McGuire*: Neural substrate of hallucinations

16.00 *M. Milčinski*: Nuklearnomedicinske metode v diagnostiki psihotičnih motenj

16.30 *S. Loga*: Etika u psihofarmakološkem istraživanju

17.00 Odmor

17.15 Satelitski simpozij Janssen-Cilag

Sobota, 16. marca 2002

9.00 *V. Švab*: Psihiatrična rehabilitacija v bolnišnici

9.30 *L. Škerbinek, B. Kogovšek*: Pogledi bolnikov s shizofrenijo in zdravstvenega osebja na rehabilitacijo

10.00 *M. Blinc Pesek*: Delo s svojci oseb s shizofrenijo

10.30 Razprava

11.00 Zaključek

Kotizacijo v znesku 20.000,00 SIT lahko nakažete na žiro račun 50103-603-403974, sklic na številko 299.

Informacije in prijave: ga. Nina Osrečki, Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana-Polje, tel.: 01 58 72 461, faks: 01 52 94 111.

Združenje za kardiologijo

organizira

3. REDNO LETNO PLENARNO ZASEDANJE SLOVENSKEGA FORUMA O PREVENTIVI BOLEZNI SRCA IN ŽILJA

Rdeča predavalnica, Pravna fakulteta, Ljubljana
2. marec 2002

PRELIMINARNI PROGRAM:

Sotoba, 2. marca 2002

9.00–12.30

Meje med kardiologijo in preventivo – ali obstajajo?, *prof. Miran F. Kenda, predsednik Združenja kardiologov Slovenije*

Preventiva bolezn srca in žilja – nacionalna prioriteta zdravstvenega varstva, *prof. Dušan Keber, minister za zdravje*

Sekundarna preventiva z aterosklerozo povezanih bolezn

Preventiva zapletov ateroskleroze pri zelo ogroženih osebah – ključne sestavine programa (*Kenda M. F.*)

Integrirana rehabilitacija bolnikov z boleznimi srca in žil (*Keber I.*)

Celovit nacionalni program preventive SŽB – registracija, koordinacija in evaluacija (*Fras Z.*)

Razprava

Preventiva z aterosklerozo povezanih bolezn – nova spoznanja

Novi poudarki NCEP ATP III smernic za obravnavo dislipidemij (*Cevc M.*)
Ali in kako bodo rezultati študije HPS vplivali na smernice klinične prakse? (*Keber I.*)

Rezultati študije HOPE in njihov vpliv na smernice klinične prakse (*Poredoš P.*)

Rezultati študije PROGRESS in njihov vpliv na smernice klinične prakse (*Žvan B.*)

Razprava

12.30–14.30 Odmor

14.30–19.00

Farmakoeconomika in preventiva ateroskleroze

Za farmakoeconomiko pomembne metode z dokazi podprte medicine (*Možina M.*)

Stroški zdravil v obravnavi dejavnikov tveganja za srčnožilne bolezni v Sloveniji (*Fürst J.*)

Pomen doslednega zdravljenja dislipidemij – ali je mogoče in kako obvladovati stroške? (*Fras Z.*)

Pomen doslednega zdravljenja arterijske hipertenzije – kako obvladovati stroške? (*Dobovišek J.*)

Razprava

Poročila o delu po 2. plenarnem zasedanju Foruma

Nacionalni program preventive bolezn srca in žilja – izvajanje, evaluacija (*Rotar D., Fras Z.*)

CINDI SLO – organizacija, izobraževanja, druge dejavnosti (*Mlakar Novak D., Maučec Zakotnik J.*)

Projekt slovenske Hiše srca (*Kenda M. F., Tasič J.*)

Delo Društva za zdravje srca in ožilja – dejavnosti ob svetovnem dnevu srca, publicistika (*Turk J.*)

Zveza koronarnih klubov in društev Slovenije (*Marušič D.*)

Morebitna poročila drugih partnerjev foruma

Zaključki 3. rednega letnega plenarnega zasedanja slovenskega Foruma za preventivo bolezn srca in žilja

Dokončni program bo objavljen do 10. februarja 2002 na spletni strani Združenja kardiologov Slovenije: <http://www.kclj.si/org/ssc/>

Pod pokroviteljstvom Združenja kardiologov Slovenije v okviru slovenskega Foruma za preventivo bolezn srca in žilja sodelujejo: Delovna skupina za udejanjanje smernic preventive koronarne bolezn Združenja kardiologov Slovenije, Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja, Lipidni odbor, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Projekt preventive kroničnih nenalezljivih bolezn - CINDI Slovenija, Sekcija za hipertenzijo, Združenje nevrologov, Združenje za žilne bolezni Slovenskega zdravniškega društva, Zveza koronarnih klubov in društev, Društvo bolnikov, operiranih na srcu.

Število udeležencev je omejeno.

K delu v okviru rednih letnih plenarnih zasedanj Foruma praviloma prvenstveno osebno vabimo posameznike in organizacije, ki strokovno ali ljubiteljsko delujejo v okviru področja preventive bolezn srca in žilja. Poleg teh lahko v okviru zasedanja Foruma dejavno sodelujejo tudi drugi slovenski zdravniki in strokovnjaki različnih poklicnih profilov, ki delujejo na tem področju ali pa jih preventiva bolezn srca in žilja posebej zanima. Število udeležencev je omejeno na skupno 200. Prosimo za predhodno prijavo, najkasneje do 20. februarja 2002 na spodaj navedeni naslov, in v primeru prijave za zanesljivo udeležbo.

Kotizacije ni.

Delo s svojimi prispevki podpirajo različna, pretežno farmacevtska podjetja, bodisi slovenska ali tuja s svojimi predstavništvi v Sloveniji.

Prijave (**do 20. februarja 2002**) in dodatne informacije: ga. Saša Radelj, Združenje kardiologov Slovenije, Klinika za kardiologijo, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, tel.: 0152 22 934, faks: 01 52 24 599.

Klinični center Ljubljana

Interna klinika

Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni organizira

XIII. PODIPLOMSKO ŠOLO ZA ZDRAVNIKE: SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2

3. predavalnica Kliničnega centra, Ljubljana
8.-9. marec 2002

PROGRAM

Petek, 8. marec 2002

12.00–12.40 Pozdrav in uvod v šolo. Anketa

Moderator: *Ravnik Oblak M.*

12.40–13.00 *Ravnik Oblak M.*: Diagnostika, klasifikacija in etiopatogeneza sladkorne bolezni tipa 2

13.00–13.20 *Vrtovec M.*: Vzgojno-izobraževalni program bolnika s sladkorno boleznijo tipa 2

13.20–13.40 *Medvešček M.*: Prehrana v zdravljenju sladkorne bolezni

13.40–14.00 *Vrtovec M.*: Telesna dejavnost

14.00–14.30 Odmor

Moderator: *Mrevlje F.*

14.30–15.00 *Mrevlje F.*: Zdravljenje z oralnimi antidiabetiki

15.00–15.20 *Mrevlje F.*: Zdravljenje z insulinom

15.20–16.00 *Senčar P., Hrastnik D.*: Predstavitev repaglinida in najpogosteje uporabljenih insulinov

16.00–16.20 *Tomažič M.*: Samokontrola

16.20–16.40 Odmor

Moderator: *Tomažič M.*

16.40–17.10 *Koselj M.*: Kronični zapleti sladkorne bolezni

17.10–17.30 *Urbančič Rovan V.*: Diabetična noga

17.30–17.50 *Koselj M.*: Sladkorna bolezen in arterijska hipertenzija

17.50–18.15 *Medvešček M.*: Sladkorna bolezen in dislipidemija

18.15–18.40 *Medvešček M.*: Sladkorni bolnik v posebnih okoliščinah

Sobota, 9. marca 2002

Delavnice (skupine A, B, C)

8.00–9.00 *Bohnec M., Hočevar M., Tomažin Šporar M.*: Svetovanje prehrane

9.00–10.00 *Bohnec M., Hočevar M., Tomažin Šporar M.*: Samokontrola

10.00–11.00 *Mrevlje F., Koselj M., Ravnik Oblak M.*: Peroralna terapija 1. del

11.00–11.20 Odmor

11.20–12.20 *Mrevlje F., Tomažič M., Ravnik Oblak M.*: Peroralna terapija 2. del

12.20–13.20 *Mrevlje F., Vrtovec M., Urbančič V.*: Zdravljenje z insulinom

13.20–14.20 *Koselj M., Medvešček M., Tomažič M.*: Sladkorni bolnik v posebnih okoliščinah

14.20–15.00 Odmor

15.00–15.30 *Urbančič Rovan V.*: Diabetična noga, prikaz primerov

15.30–15.50 *Koselj M.*: Obravnava sladkornega bolnika v ambulantni splošne medicine

15.50–16.30 Preizkus pridobljenega znanja. Anketa, ocena šole.

16.30 Zaključek šole

Kotizacije ni. Število udeležencev je omejeno (30).

Prijavite se do 20. februarja 2002 z "Enotno prijavnico za udeležbo na zdravniških srečanjih, objavljenih v Izidi".

Prijave pošljite na naslov: prim. Miha Koselj, dr. med., Klinični center v Ljubljani, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Dodatne informacije: prim. Miha Koselj, dr. med., tel./ faks: 01 43 30 288, 01 43 17 224.

Katedra za družinsko medicino in Zdrženje zdravnikov družinske medicine

organizirata

6. SCHROTTTOVE DNEVE

Linhartova dvorana, Cankarjev dom Ljubljana

15.-16. marec 2002

PROGRAM

Petek, 15. marca 2002

8.00–8.55 Prihod in registracija

9.00–9.25 Slavnostna otvoritev

9.30–9.50 Osnovna pravila obravnave bolnikov s sladkorno boleznijo v

	ambulanti zdravnika družinske medicine (<i>doc. dr. Marko Medvešček</i>)
9.50–10.10	Izbira peroralnega antidiabetika za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 (<i>prim. Franc Mrevlje</i>)
10.10–10.30	Postprandialni glukozni vrhovi in kardiovaskularna bolezen – nova paradigma v zdravljenju sladkorne bolezni tipa 2 (<i>Prof. Andreas Pfeiffer</i>)
10.30–10.50	Nefarmakološki pristop k zdravljenju sladkorne bolezni (<i>mag. Vilma Urbančič</i>)
10.50–11.05	Predstavitev Starlix ^N – prvi v novem razredu aminokislinskih derivatov (<i>Elke Baumann, B.Sc.Ch.</i>)
11.05–11.30	Razprava
11.30–12.00	Odmor
12.05–12.25	Bolnik z očesno krvavitvijo v ambulanti zdravnika družinske medicine (<i>doc. dr. Brigita Drnovšek Olup</i>)
12.25–12.45	Kirurško zdravljenje ognjokov v pazduhi (<i>prim. Ciril Triller</i>)
12.45–13.05	Mesto moksifloxacina pri izbiri antibiotičnega zdravljenja (<i>prim. asist. mag. Igor Muzlovič</i>)
13.05–13.20	Razprava
13.20–13.40	Zdravljenje in diferencialna diagnostika rozacee (<i>asist. Borut Žgavec</i>)
13.40–14.00	Diferencialna diagnostika in terapija ekcemov in psoriaze (<i>dr. Tomaž Lunder</i>)
14.00–14.15	Razprava
14.15–15.15	Odmor
15.20–15.40	Venska tromboza pri ženskah (<i>prof.dr. Polona Peternef</i>)
15.40–16.00	Preprečevanje venskih tromboembolizmov po artroplastiki kolka in kolena: podaljšana uporaba nizkomolekularnih heparinov (<i>Mario Ponikvar</i>)
16.00–16.20	Priprava bolnikov, ki prejemajo antikoagulativna zdravila na operativni poseg (<i>asist. Vlasta Vodopivec Jamšek</i>)
16.20–16.40	Smernice pri preprečevanju in zdravljenju venske tromboze (<i>prof. dr. Pavel Poredoš</i>)
16.40–17.00	Preventiva venskih trombembolizmov (<i>Nina Vene, dr. med.</i>)
17.00–17.20	Razprava
17.20–17.45	Odmor
17.50–18.10	Ambulantna obravnava žensk v reproduktivnem obdobju (<i>prof. dr. Helena Meden Vrtovec</i>)
18.10–18.30	Novejši pogledi na izbiro kontracepcijske metode (<i>prim. Alenka Pretnar Darovec</i>)
18.30–18.50	Novosti v kontracepciji pri mladostnicah (<i>asist. dr. Bojana Pinter</i>)
18.50–19.20	Razprava

Sobota, 16. marca 2002

8.30–8.50	Bolnik z motnjami v delovanju ščitnice in zdravnik družinske medicine (<i>asist. dr. Janko Kersnik</i>)
8.50–9.10	Motnje zaradi pomanjkanja joda (<i>asist. mag. Edvard Pirnat</i>)
9.10–9.30	Sodobni pogledi na nadomeščanje joda med nosečnostjo (<i>doc. dr. Ksenija Geršak</i>)
9.30–9.50	Smernice nadomeščanja joda pri odrasčajoči mladini (<i>prof. dr. Ciril Kržišnik</i>)
9.50–10.15	Razprava
10.15–10.45	Odmor
10.50–11.10	Osteoartroza in zdravnik družinske medicine (<i>prof. dr. Vane Antolič</i>)
11.10–11.30	Novosti v zdravljenju revmatoidnega artritisa in vloga družinskega zdravnika (<i>prim. Mojca Kos Golja</i>)
11.30–11.50	Rehabilitacija bolnikov z artrozo (<i>prim. mag. Branka Matoič</i>)
11.50–12.10	Farmakovigilanca na področju antirevmatikov (<i>prim. asist. Martin Možina</i>)
12.10–12.30:	Vloga koksibov pri zdravljenju revmatičnih bolezni (<i>asist. dr. Matija Tomšič</i>)
12.30–13.00	Razprava
13.00–13.45	Odmor
13.55–14.15	Stopenjska diagnostika bolnikov z blago astmo v ambulanti zdravnika družinske medicine (<i>doc. dr. Matjaž Fležar</i>)
14.15–14.35	Zdravljenje blage astme (<i>doc. dr. Mitja Košnik</i>)
14.35–14.55	Astma pri otroku (<i>doc. dr. Vasilija Maček</i>)
14.55–15.15	Alergijski rinitis pri otoku in njegov vpliv na nadaljnji razvoj alergijskih bolezni (<i>prim. Marjana Kuhar</i>)
15.15–15.40	Razprava
15.40–16.05	Odmor
16.10–16.30	Vloga družinskega zdravnika pri tveganem in škodljivem pitju alkohola (<i>doc. dr. Marko Kolšek</i>)
16.30–16.50	Stališča odraslih in zdravnikov do problematike pitja alkohola (<i>Tonka Poplas Susič</i>)
16.50–17.10	Kaj pri sindromu odvisnosti od alkohola spada v medicino in kaj ne (<i>mag. Jože Jakopič</i>)
17.10–17.30	Etični problemi, s katerimi se srečujejo zdravniki pri obravnavi alkoholikov v svojih ambulantah (<i>prof. dr. Jože Balažič</i>)
17.30–17.50	Razprava
17.50–18.00	Zaključek srečanja

Kotizacija: 25.000,00 SIT.

Informacije: 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

**Center za epilepsije otrok in mladostnikov,
Klinični oddelek za nevrologijo, SPS Pediatrična klinika ter
Društvo Liga proti epilepsiji in
Epileptološka sekcija SZD**

vabijo na

3. MEDNARODNO DELAVNICO: TRDOVRATNE EPILEPSIJE Z ZGODNJIM ZAČETKOM

**Predavalnica Pediatrične klinike, Vrazov trg 1, Ljubljana
15.-16. in 18.-19. marec 2002, začetek ob 9.00**

Predavatelji: Tuxhorn, Bielefeld, Nemčija, Chauvel, Liegeois-Chauvel, Bartholomei, Marseille, Francija, Klemenčič, Utrecht/Ljubljana, Nizozemska/Slovenija, Ravnik, Zorec, Kržan, Tretnjak, Lorber, Žgur, Bošnjak, Pečarič, Ljubljana, Slovenija

Predavanja:

- Catastrophic epilepsy (Tuxhorn)
- New approaches in evaluation of candidates for epilepsy surgery: high resolution EEG (Chauvel)
- Methods of quantitative EEG assessment in the diagnosis of severe epilepsies (Chauvel)
- Contribution of functional mapping studies in the diagnosis of severe epilepsies (Liegeois-Chauvel)
- Functional anatomy in temporal lobe epileptic seizures (Bartholomei)
- Pediatric epilepsy surgery – the Bielefeld experience (Tuxhorn)
- Management of patients with severe epilepsy in Slovenia (Ravnik)
- Neurophysiological methods in presurgical diagnosis: situation, experience, plans in Slovenia (Kržan, Lorber, Žgur, Ravnik)
- Neuroradiological methods in presurgical diagnosis: situation, experience, plans in Slovenia (Pečarič)
- Magnetic resonance volumetry in the diagnosis of epilepsy (Klemenčič)
- Vagus nerve stimulation – current view (Kržan, Bošnjak)
- Pharmacotherapy of severe epilepsy
- Severe epilepsy – the health insurance viewpoint

Klinični seminarji: Candidates for surgery, Follow-up after surgery – review of results, Candidates for vagus nerve stimulation

Kotizacija: 15.000,00 SIT

Prijave in informacije: VMS, Albina Bobnar, prof. defekt., Center za epilepsije otrok in mladostnikov, KO za nevrologijo, SPS Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 236, 01 52 23 377, faks: 01 23 10 246.

Sponzorji: Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport, ZZZ Slovenije

**Klinični oddelek za pediatrijo, Splošna bolnišnica Maribor
Dispanzer za otroke in
Dispanzer za šolske otroke in mladostnike, ZD dr. Adolfa Drolca
Maribor**

Združenje za pediatrijo SZD

vabijo na

XII. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU



**Rektorat Univerze Maribor, Slomškov trg 15, Maribor
22.-23. marec 2002**

Pokrovitelj: Rektor Univerze v Mariboru, prof. dr. Ludvik Toplak

PRELIMINARNI PROGRAM:

Petek, 22. marca 2002

- 8.00 Registracija udeležencev
- 8.45 Pozdrav rektorja Univerze v Mariboru *prof. dr. Ludvika Toplaka*

Glavobol pri otroku in mladostniku

Organizatorji teme: *B. Lobnik Krunič, N. Zupančič, I. M. Ravnik*

Uvodna predavanja

- 9.00–9.20 Bolečina in njeno farmakološko zdravljenje pri otroku in mladostniku, *N. Krčevski Škvarč*
- 9.20–9.40 Patofiziologija glavobolov, *B. D. Vodusek*
- 9.40–10.00 Epidemiologija in klasifikacija glavobolov pri otroku in mladostniku, *I. Ravnik, N. Zupančič, O. Lonec*

Primarni glavoboli

Moderatorji: *N. Zupančič, I. Ravnik, I. Vizovišek*

- 10.05–10.15 Migrena pri otroku in mladostniku, *P. Gradišnik*
- 10.15–10.25 Migrena pri dojenčku, *D. Neubauer*
- 10.25–10.35 Tenzijski glavobol pri otroku in mladostniku, *B. Lobnik Krunič, P. Gradišnik, Z. Turčin*
- 10.35–10.55 Odmor s kavo

Sekundarni glavoboli

Moderatorji: *B. Lobnik Krunič, Z. Renner, I. Ravnik, P. Gradišnik*

- 11.00–11.10 Intrakranialni vzroki glavobolov, *Z. Ener, N. Zupančič*
- 11.15–11.30 Glavoboli zaradi očesnih bolezni in/ ali motenj vida, *B. Stirn Krajnc*
- 11.30–11.40 Glavoboli povezani z boleznimi nosu, ušes in obnosnih

- votlin, *I. Fošnarič, R. Žic, A. Rokavec*
 11.40–11.50 Glavoboli in alergija, *A. Bunčko, M. Homšak, M. Skerbinjek Kavalar*
 11.50–12.00 Glavobol kot spremljajoč simptom pri psihiatričnih boleznih, *N. Potočnik Dajčman, H. Gregorič Kumperščak*

Diagnostika in zdravljenje glavobolov

- Moderatorji: *N. Zupančič, I. Ravnik, N. Krajnc, B. Lobnik Krunič*
 12.05–12.15 Diagnostika glavobolov, *I. Zupančič*
 12.15–12.45 The role of neuroimaging in paediatric headache, *Viktor Farkas (Budimpešta)*
 12.45–12.55 Naše izkušnje z medikamentnim zdravljenjem glavobolov, *P. Gradišnik*
 12.55–13.25 Zdravljenje glavobolov, *M. Hamalainen (Helsinki)*
 13.25–14.30 Kosilo

Psihološki vidiki obravnave glavobolov

- Moderatorji: *L. Vrba, I. Schmidt, B. Lobnik Krunič, Z. Turčin*
 14.30–14.45 Glavoboli iz psihodinamičnega in razvojnega vidika, *P. Praper*
 14.45–14.55 Vloga psihologa pri obravnavi glavobolov pri otroku in mladostniku, *L. Vrba*
 14.55–15.05 Ocenjevanje glavobolov pri otroku in mladostniku, *I. Schmidt, J. Vidmar*
 15.05–15.20 Kognitivna psihoterapija pri otrocih z glavobolom, *N. Anič Krajnc (Zagreb)*

Klinična obravnava otrok z glavoboli

- Moderatorji: *N. Zupančič, Z. Rener, I. Schmidt*
 15.20–15.30 Obravnava otrok z glavoboli v nevrološki ambulanti Pediatrične klinike v Ljubljani, *N. Krajnc*
 15.30–15.40 Prikaz hospitaliziranih otrok in mladostnikov z glavobolom v letu 2000 na Kliničnem oddelku za pediatrijo v Mariboru, *B. Lobnik Krunič, P. Gradišnik, Z. Turčin*
 15.40–15.50 Pogostnost glavobolov pri otrocih in mladostnikih v mariborski regiji, *B. Kolar, B. Kvas Kučič*
 15.50–16.15 Odmor
 16.15–17.45 Okrogla miza:
 - Algoritem preiskav pri glavobolih
 - Nujnost celostnega pristopa k bolniku z glavobolom
 Sodelujejo: *N. Zupančič, I. Ravnik, Z. Rener, B. Lobnik Krunič, P. Praper, Z. Turčin, P. Gradišnik, I. Schmidt, L. Vrba, N. Krajnc*
 20.00 Sprejem v rektoratu Univerze v Mariboru

Sobota, 23. marca 2001

Mali športnik

- Organizatorji teme: *M. Bigec, L. Radolli in J. Završnik*
 9.00–9.20 *J. Strel*: Spremembe telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine v zadnjem desetletju
 9.20–9.30 *J. Planinšec*: Razvojne posebnosti otrok v predpubertetnem obdobju s poudarkom na športni dejavnosti

- 9.30–9.40 *B. Leskošek*: Svetovanje za športno dejavnost otrok in mladostnikov
 9.40–9.50 *M. Videmšek*: Predšolska športna vzgoja v luči novega kurikulumuma za vrtece
 9.50–10.00 *D. Karpljuk*: Športna vzgoja za zdravje
 10.00–10.15 *J. Štihec*: Računalniški program GRAF
 10.15–10.30 Odmor
 10.30–10.50 *J. Primožič*: Poškodbe otrok zaradi športne dejavnosti
 10.50–11.00 *M. Peče*: Preventivni zdravstveni pregledi mladih športnikov v dispanzerju športne medicine
 11.00–11.10 *J. Završnik*: Pomen kardiološkega pregleda pri športnikih
 11.10–11.20 *M. Žiberna*: Preventivni pregledi šolarjev športnikov v dispanzerju za šolske otroke in mladostnike
 11.20–11.30 *L. Radolli*: Vpliv športne dejavnosti na rast in razvoj otrok in mladostnikov
 11.30–11.40 *D. Mičetić Turk, D. Urlep Žuželj, J. Dolinšek*: Športne zmogljivosti otrok s celiakijo
 11.40–11.55 *P. Brcar*: Organizacija preventivnega zdravstvenega varstva šolarjev športnikov v Republiki Sloveniji
 11.55–12.30 Okrogla miza
 12.30 Zaključek strokovnega srečanja

Organizacijski odbor: *A. Gregorič, M. Bigec, B. Lobnik Krunič, M. Homšak, Z. Turčin, L. Radolli*

Kotizacija: 35.000,00 SIT (z DDV), 20.000,00 SIT (z DDV) za en dan. Nakaže se na žiro račun – Černelčev sklad SBM, št. 51800-743-47228 (za XII. srečanje pediatrov v Mariboru)

Informacije in prijave: ga. Liljana Kovač, Klinični oddelek za pediatrijo, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 465, faks: 02 33 12 393, e-pošta: pediatrija.mb@sb-mb.si ali ga. Tatjana Mauko, Varstvo žensk in otrok, Zdravstveni dom Maribor, Vošnjakova 4, 2000 Maribor, tel.: 02 22 86 356, faks: 02 22 86 581

***V starem mestnem jedru Kranja
 prodam sodobno opremljeno stomatološko
 ordinacijo (prostor in oprema),
 z dobro vpeljano stomatološko prakso.***

***Informacije na
 tel.: 041 624 660 ali 04 58 61 809.***

**Zdravniško društvo Maribor in
Pravniško društvo Maribor ter
Univerza Maribor**
organizirajo

11. POSVETOVANJE MEDICINA IN PRAVO: ODNOS BOLNIK – ZDRAVNIK

Univerza Maribor, Slomškov trg 15, Maribor
5.-6. april 2002

PROGRAM:

Petek, 5. aprila 2002

- 8.00–9.00 Registracija
- 9.00–9.20 Uvodne besede organizatorjev

Pojasnilna dolžnost

- 9.20–9.40 Etični pogledi na odnos bolnik – zdravnik
- 9.40–10.00 Odnos med socialno in individualno elito v zdravstvu
- 10.00–10.20 Odnos med bolnikom z rakasto boleznijo in zdravnikom
- 10.20–10.40 Pravni vidiki pojasnilne dolžnosti
- 10.40–11.00 Odmor za kavo
- 11.00–11.20 Nova pravna spoznanja o pojasnilni dolžnosti v svetu
- 11.20–11.40 Pojasnilna dolžnost v bolnišnicah – prikaz stanja v Sloveniji
- 11.40–12.00 Pojasnilna dolžnost in klinično preizkušanje zdravil
- 12.00–13.30 Razprava
- 13.30–15.00 Odmor za kosilo

Zunajsodno uveljavljanje pravic v zdravstvu

- 15.00–15.20 Upravni in interni postopki v zvezi s pomanjkljivostmi pri zdravljenju
- 15.20–15.40 Alternativni načini reševanja sporov glede zdravljenja
- 15.40–16.00 Vloga Zdravniške zbornice
- 16.00–16.20 Pridobivanje objektivnega mnenja v predsodnih postopkih – pravni vidik
- 16.20–16.40 Pridobivanje objektivnega mnenja v predsodnih postopkih – medicinski vidik
- 16.40–18.00 Razprava
- 20.00 Družabno srečanje z večerjo

Sobota, 6. aprila 2002

Zunajsodno uveljavljanje pravic v zdravstvu – nadaljevanje programa

- 9.00–9.20 Pomen zagovornika bolnikovih pravic
- 9.20–9.40 Vloga zagovornika bolnikovih pravic v Avstriji

- 9.40–10.00 Varstvo otrokovih pravic pri zdravljenju – pravni prikaz primera
- 10.00–10.20 Varstvo otrokovih pravic pri zdravljenju – medicinski pogledi
- 10.20–10.40 Vpliv zdravstvenega zavarovanja na izvajanje zdravstvene dejavnosti
- 10.40–11.00 Zavarovanje odgovornosti bolnišnice
- 11.00–12.00 Razprava
Zaključek srečanja

Predavanja so namenjena zdravnikom in pravnikom ter drugim, ki želijo razširiti znanje na tem področju.

Kotizacija: za vse udeležence znaša 20.000,00 SIT (vključen DDV). Nakažite jo na račun Zdravniškega društva Maribor št.: 04515-0000124280 z oznako "Medicina in pravo 2002".

Sekundariji in študentje medicine in prava ter upokojeni zdravniki in pravniki so oproščeni plačila kotizacije. V kotizacijo je vključeno pisno gradivo, potrdilo o udeležbi, osvežitve v odmoru ter skupna večerja.

Informacije in prijave: prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med., ga. Majda Petek, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 657, faks: 02 33 12 393, e-pošta: j.gorisek@sb-mb.si

Sekcija za stomatološko protetiko SZD
organizira

14. STOMATOPROTETIČNI SEMINAR

Festivalna dvorana, Bled
19.-20. aprila 2002

Vsebina srečanja: estetika totalne proteze, klinični in laboratorijski postopki totalne proteze, priprava mehkih tkiv za estetsko fiksno-protetično oskrbo, klinični in laboratorijski postopki (vabljeni tuji predavanja) in prikaz protetičnih rešitev kliničnih primerov (domači avtorji).

Program bo objavljen v eni od naslednjih številki revije Isis.

Informacije: asist. dr. Igor Kopač, dr. stom., e-pošta: igor.kopac@mf.uni-lj.si

Klinični oddelek za nefrologijo
SPS Interna klinika
Klinični center Ljubljana
 organizira strokovno srečanje

“NEFROLOGIJA 2002”

OBRAVNAVA MOTENJ ELEKTROLITSKEGA, VODNEGA IN ACIDOBAZNEGA RAVNOTEŽJA – KLINIČNI PRIMERI

Toplice Dobrna
5.-6. aprila 2002

Organizacijski odbor: prof. dr. Andrej F. Bren, dr. med., prof. dr. Aljoša Kandus, dr. med., prof. dr. Jadranka Buturovič Ponikvar, dr. med., svetnica, prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med., svetnik

PROGRAM:

Petek, 5. aprila 2002

Delavnica (10 do 16 udeležencev) – 4 ure

9.00–13.00 *M. Kordaš in sod.*: Produkcija, plazemska koncentracija ter izločanje kreatinina v stacionarnem ter prestacionarnem stanju (simulacija z analognim elektronskim vezjem)

Klinični primeri (50 udeležencev)

Moderator: *A. Bren*

16.00–16.30 *D. Kovač*: Hiponatremija
 16.30–17.00 *S. Kaplan Pavlovčič*: Hipernatremija
 17.00–17.15 Odmor

Moderator: *J. Buturovič Ponikvar*

17.15–17.30 *B. Knap*: Poliurija
 17.30–18.00 *A. Bren*: Diuretiki
 18.00–18.30 *R. Ponikvar*: Hipokalemija
 18.30–19.00 *A. Kandus*: Hiperkalemija

Sprejem udeležencev z večerjo

Sobota, 6. aprila 2002

Moderator: *A. Kandus*

9.00–9.30 *M. Malovrh*: Motnje v acidobaznem ravnotežju (pregledno predavanje)

Klinični primeri

9.30–10.00 *J. Lindič*: Metabolna acidoza

10.00–10.30 *R. Hojs*: Metabolna alkalozia

10.30–11.00 Odmor

Moderator: *R. Ponikvar*

11.00–11.45 *I. Drinovec*: Respiracija acidoza in alkalozia
 11.45–12.30 *G. Voga*: Mešane motnje acidobaznega ravnotežja
 12.30–14.00 Kosilo

Moderator: *J. Buturovič Ponikvar*

14.00–14.20 *J. Varl*: Hipokalcemija
 14.20–14.40 *M. Benedik*: Hiperkalcemija
 14.40–15.00 *V. Premru*: Hipofosfatemija
 15.00–15.20 *A. Urbančič*: Hiperfosfatemija
 15.20–15.40 *J. Kovač*: Motnje v ravnotežju magnezija
 15.40–16.00 *G. Novljan, A. M. Meglič*: Cistinoza
 16.00–16.30 Odmor

Moderator: *A. Kandus*

16.30–17.00 *M. Noč*: Vpliv motenj elektrolitskega in acidobaznega ravnotežja na kardiovaskularni sistem
 17.00–17.30 *J. Buturovič Ponikvar*: Uravnavanje motenj elektrolitskega, vodnega in acidobaznega ravnotežja s hemodializo
 17.30–18.00 *A. Guček*: Uravnavanje motenj elektrolitskega, vodnega in acidobaznega ravnotežja s peritonealno dializo
 18.00 Zaključek

Tečaj je namenjen sekundarjem, zdravnikom splošne medicine, specializantom in specialistom interne medicine, pediatrom, anesteziologom ter vsem zdravnikom, ki jih navedeno področje zanima.

Število udeležencev je omejeno.

Kotizacija znaša 30.000,00 SIT. Nakažite jo na: Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije pri NLB št.: 020-14-0017223187, davčna št. 26545659, s pripisom “Nefrologija 2002”.

Kotizacija vključuje udeležbo na tečaju, zbornik predavanj s kliničnimi primeri, osvežitve med odmori in družabno pogostitev v petek 5. aprila 2002.

Ker je število udeležencev na delavnici 5. aprila od 9. do 13. ure, ki jo bodo vodili inštruktorji, omejeno, bomo lahko na delavnico sprejeli samo prvih 10 do 16 prijavljenih.

Prijave in informacije: ga. M. Kandus, Tajništvo KO za nefrologijo, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 23 121, faks: 52 22 282, prof. dr. J. Buturovič Ponikvar, dr. med., tel.: 01 52 23 112, e-pošta: jadranka.buturovic@mf.uni-lj.si

Vsak udeleženeec si lahko rezervira namestitev v hotelu Toplice Dobrna d.d. ali pri organizatorju tečaja, tel.: 03 78 08 000, 78 08 100, faks: 03 78 08 111, e-pošta: info@toplice-dobrna.si

Cena hotelskih namestitev za udeležence:

Hotel Dobrna (****), polpenzion v 1/2 sobi 8.550,00 SIT

Vila Higeia (*****), polpenzion v 1/2 sobi 7.740,00 SIT

Doplačilo za enoposteljno sobo je 1.900,00 SIT na dan za osebo.

V ceno je vključeno prenočišče, samopostrežni zajtrk, kopanje v bazenu s termalno vodo, uporaba hidravličnih naprav za fitnes.

Klinični center Ljubljana
Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa
Center za medicino športa
organizira

SEMINAR IZ MEDICINE ŠPORTA ZA SPECIALISTE ŠOLSKE MEDICINE

Klinični center, Ljubljana
12.-13. aprila 2002

PROGRAM

Petek, 12. aprila 2002 od 9.00 do 18.15

- *M. Dodič Fikfak, P. Bracar*: Uvod
- *V. Vuga*: Medicina športa – zgodovina in oris dejavnosti
- *M. Kristl*: Zakonske podlage za izvajanje dejavnega zdravstvenega varstva športnikov, Obseg in vsebina preventivnega zdravstvenega pregleda športnika
- *H. Berčič*: Koristi netekmovalne športne dejavnosti šolarjev
- *V. Vuga*: Ocenjevanje zdravstvene zmožnosti športnika začetnika za športno dejavnost
- *M. Kristl*: Obremenitveno testiranje športnikov
- *M. Tušak*: Psihološke obremenitve šolarjev športnikov
- *D. Pokorn*: Prehrana kot pomemben dejavnik uspeha v športu
- *L. Korošec*: Smisel dodajanja nekaterih farmakoloških učinkovin redni športnikovi prehrani

Sobota, 13. aprila 2002 od 9.00 do 12.00

- *V. Vuga*: Poškodbe in obolenja v zvezi s športom
- *M. Gričar*: Postopki pri kardiopulmonalnih zapletih športnikov na tekmovališčih
- *J. Osredkar*: Problematika jemanja nedovoljenih substanc pri mladih športnikih
- *A. Danielli*: Mentalna prizadetost in športna dejavnost mladih
- *P. Bracar*: Vsebina in organizacija sistematskega pregleda šolarja – športnika

Seminar je namenjen specialistom šolske medicine, specialistom medicine dela, prometa in športa in športnim trenerjem.

Udeležba na seminarju je obvezna za podaljšanje C-licence za izvajanje dejavnega zdravstvenega varstva šolarjev – športnikov.

Vsa nadaljnja obvestila (višino kotizacije in natančen urnik) bodo prijavljeni udeleženci prejeli po pošti.

Prijave: ga. Darinka Štingel, vms, KC Ljubljana, KIMDPŠ, Center za medicino športa, Metelkova 9, 1000 Ljubljana, tel.: 01 30 08 290, faks: 01 30 08 294.

CINDI Slovenija
organizira mednarodno konferenco



KREPIMO ZDRAVJE Z GIBANJEM IN ZDRAVO PREHRANO

Radenci
18.-1. aprila 2002

Urnik konference

Četrtek, 18. april 2002

- 14.00–15.00 Otvoritev
- 15.00–18.30 Strokovni program
- 20.00 Dobrodošlice s koktajli

Petek, 19. april 2002

- 08.30–13.00 Strokovni program
- 15.00–19.00 Strokovni program
- 20.00–00.00 Konferenčna večerja

Sobota, 20. april 2002

- 08.30–13.00 Strokovni program
- 15.00–19.00 Strokovni program

Nedelja, 21. april 2002

- 08.30–13.00 Strokovni program

Preliminarni strokovni program

Četrtek, 18. aprila 2002

Popoldne
Registracija udeležencev
Otvoritev: minister za zdravje, ministrica za šolstvo, znanost in šport

Prvi sklop:

Zdravje in razvoj - potrebe po vlaganjih v boljše zdravje; usmeritve za promocijo gibanja in prehrane kot del strategij za krepitev zdravja v Sloveniji

Predsedujoča: *J. Maučec Zakotnik, P. Oja*

- Regionalne razlike v socialno-ekonomskih determinantah zdravja, zdravstvenem stanju in vedenjih povezanih z zdravjem v Sloveniji (*L. Zaletel Kragelj, M. Gruntar Činč*)
- Potrebe po vlaganjih v zdravje in socialno-ekonomski razvoj (*E. Ziglio, M. Gruntar Činč*)

- Strateške usmeritve promocije gibanja v Sloveniji – nacionalni akcijski načrt (Z. Fras, C. Klajnšček)
- Strateške usmeritve promocije zdrave prehrane v Sloveniji – Nacionalni akcijski načrt zdrave prehranske politike v Sloveniji (J. Maučec Zakotnik, M. Gabrijelčič)

Petek, 19. aprila 2002

Dopoldne

Drugi sklop:

Usmeritve za promocijo gibanja in zdrave prehrane kot del strategij za krepitev zdravja v Evropi

Predsedujoča: P. Puska, J. Maučec Zakotnik

- Kako se spopasti z globalno epidemijo kroničnih nenalezljivih bolezní – izzivi in možnosti gibanja in zdrave prehrane (P. Puska, sedež SZO)
- Partnerstvo med CINDI in SZO v boju proti kroničnim nenalezljivim boleznim – usmeritve in priložnosti za promocijo gibanja in zdrave prehrane (A. Shatchkute)
- Nov program EU za krepitev zdravja: priporočila Eurodiet ter vloga gibanja in prehrane (C. Sandvik, M. Sjöström)
- Razvoj nadzora nad gibanjem in prehrano; potreba po natančnih in primerljivih podatkih (M. Sjöström)
- Dejavnosti in programi za promocijo zdravega gibanja na evropski ravni (P. Oja)
- Dejavnosti in programi promocije zdrave prehrane na evropski ravni (A. Robertson)

Popoldne

Tretji sklop:

Partnerstvo med gibanjem in prehrano: potencial za zdravje in politiko

Predsedujoča: M. Fogelholm, Z. Fras

- Sočasna promocija gibanja in zdrave prehrane – naravno partnerstvo in sinergija (K. Fox)
- Gibanje in prehrana v boju proti globalni epidemiji debelosti (M. Fogelholm)
- Strategije javnega zdravja, prehrane in zdravega življenjskega sloga: vloga raziskovanja in izobraževanja (A. Yngve, M. Sjöström)
- Pomanjkanje izobraževalnih programov in strokovnjakov na področju javnega zdravja v Sloveniji – kam zdaj? (M. Premik, L. Zaletel Kragelj)
- Pomanjkanje izobraževalnih programov na področju zdrave prehrane v Sloveniji – predlogi za nove usmeritve v učnem načrtu izobraževanja o prehrani (B. Žlender, D. Pokorn, M. Pavčič, V. Koch)

Sobota, 20. aprila 2002

Dopoldne

Testiranje telesne zmogljivosti udeležencev s testom hoje na 2 km

Četrti sklop:

Primeri dobre prakse in načinov promocije gibanja in zdrave prehrane

Predsedujoča: A. Robertson, L. Zaletel Kragelj

- Večravska promocija zdravja v skupnosti: projekt severna Kareljija (P. Puska)

- Krepitev zdravja z zdravo prehrano in telesno dejavnostjo – integralni del projekta “Mura – zdravje in razvoj” (B. Belovič, E. Zelko, J. Maučec Zakotnik)
- Nacionalna strategija za promocijo zdravega gibanja: izkušnje Finske (P. Oja)
- Nacionalna strategija zdrave prehranske politike: izkušnje SZO (A. Robertson)
- Promocijski projekt Heart Beat Wales (H. Howson)
- Evropski programi za promocijo gibanja (načrtovanje in spremljanje programov in kampanj za krepitev zdravja) (C. Foster)
- Udejanjanje priporočil za zdravo prehrano in gibanje (nordijska priporočila za prehrano) (M. Fogelholm)

Popoldne

Nadaljevanje četrtega sklopa:

Primeri dobre prakse in načinov promocije gibanja in zdrave prehrane

Predsedujoča: Z. Fras, M. Sjöström

- Projekt Slovenija v gibanju – skupni projekt CINDI Slovenija in Športne unije (D. Novak Mlakar, A. Kranjc Kušlan)
- Izkušnje CINDI Rusija pri promociji gibanja in zdrave prehrane (R. Potemkina)
- Izkušnje CINDI Poljska pri promociji gibanja in zdrave prehrane (W. K. Drygas)
- Izkušnje CINDI Severna Irska pri promociji gibanja in zdrave prehrane (B. Gaffney)
- Vplivanje na življenjski slog v slovenskem sistemu primarnega zdravstvenega varstva – izvajanje pristopa CINDI Slovenija kot nacionalne strategije preprečevanja bolezní srca in žilja (J. Maučec Zakotnik, Z. Fras)
- Na raziskavah temelječi izsledki o učinkih nefarmakološke obravnave dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezní (Z. Brazdova)
- Nevladne organizacije – podaljšek delovanja primarnega zdravstvenega varstva (PEP skupine) (A. Yngve)

Nedelja, 21. aprila 2002

Dopoldne

Peti sklop:

Od strategij do dejanj v skupnosti – delavnice o promociji gibanja in zdrave prehrane v raznih ciljnih skupinah in okoljih **Delavnice vodijo mednarodni gostje in slovenski strokovnjaki, vključujejo pa tudi kratke predstavitve udeležencev (glej vabilo za kratke prispevke).**

Predvidene teme delavnic:

1. Na prehrani temelječe prehranske smernice in splošne smernice za gibanje v raznih ciljnih skupinah in okoljih (vodijo A. Robertson, M. Fogelholm, M. Gabrijelčič, Z. Fras)
2. Ocenjevanje in spremljanje zdravega gibanja in telesne zmogljivosti (vodijo P. Oja, C. Foster, H. Berčič, A. Backovič Juričan)
3. Ocenjevanje prehranskih navad (vodijo M. Sjöström, M. Adamič, M. Pavčič, V. Koch)
4. Orodja in mreže za dejavnosti krepitev zdravja v različnih okoljih (mediji, nevladne organizacije, zdravstveni domovi, šole, vrtci, delovna mesta,

lokalne skupnosti) (vodijo *P. Puska, A. Yngve, M. Gruntar Činč, J. Maučec Zakotnik*)

5. Promocija zdrave prehrane in gibanja v raznih starostnih skupinah (vodijo *K. Fox, B. Gaffney, C. Klajnsček, R. Pišot*)

Poročila in zaključki skupinskih delavnic

Zaključek srečanja: Sklepi in zaključek konference

Informacije: ga. Barbara Lapuh, CINDI Slovenija, Ul. stare pravde 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 83 480, faks: 01 43 83 484, e-pošta: cindi@zdlj.si, <http://www.cindi-slovenija.net>

Združenje kardiologov Slovenije

organizira strokovno srečanje

20. JUBILEJNI RADENSKI DNEVI

Hotel Radin, Radenci

16.-18. maj 2002

Vsebina: Tradicionalno srečanje Združenja kardiologov Slovenije z mednarodno udeležbo; namenjeno kardiologom, internistom, zdravnikom splošne/ družinske medicine, ostalim specialistom.

Glavne teme:

- Prirojene in pridobljene srčne napake,
- Nestabilni plak (skupni simpozij Slovenskega in Avstrijskega kardiološkega združenja),
- Psihološki dejavniki v kardiologiji (simpozij),
- Proste teme, dodatni simpozij,
- Nagrada mlademu raziskovalcu.

Pričakovano število udeležencev: od 100 do 150.

Prijave in informacije: Saša Radelj, Združenje kardiologov Slovenije, Klinični center Ljubljana, Klinika za kardiologijo, Zaloška 7/VII, 1000 Ljubljana, tel.: 01 52 22 934, faks: 01 52 24 599.

Psihiatrična bolnišnica Ormož

v sodelovanju z

Združenjem psihiatrov Slovenije in

Združenjem psihoterapevtov Slovenije

organizira

2. ORMOŠKO SREČANJE: DUŠEVNA BOLEČINA

Grad Ormož

14.-15. junij 2002

Simpozij z mednarodno udeležbo

Koncept "duševne bolečine", ki jo je kot pojem opisal znani suidolog Schneiderman že pred pol stoletja, sega v ozadje psihopatoloških simptomov in psihiatričnih fenomenov, omogoča vpogled v sodobna tolmačenja človekove duševnosti in razumevanje zdravilnih učinkov psiho- ter farmakoterapevtskih posegov. Ker sam pojem plastično percipira subjektivno doživljanje posameznika in opozarja na trpljenje, ki ga povzročajo določene duševne manifestacije, se okrog nje zblížujejo različni znanstveni koncepti, ki jih gradijo tako psihiatri kot suidologi, psihotravmatologi in drugi.

V zvezi s temo letošnjega srečanja smo uspeli privabiti k dejavnemu sodelovanju precej svetovno znanih strokovnjakov s tega področja: tako tujih (prof. Dan Bar-On, prof. Israel Orbach, prof. Maria Kopp in drugi) kakor tudi iz domačega prostora (prof. dr. Martina Tomori, dr. med., doc. dr. Marga Kocmur, dr. med., prof. dr. Onja Tekavčič Grad in drugi).

S svojo zasnovno bo tudi letošnje ormoško srečanje vsakemu udeležencu zagotovo precej dodalo k razširitvi obzorja na tem področju ter k pridobitvi bogatih novih spoznanj, ki bodo še kako dragocena v vsakdanji psihiatrični oziroma psihoterapevtski praksi. Vzporedno se pripravlja tudi ustrezen družabni program, ki prav tako nobenega od udeležencev ne bi smel pustiti "na cedilu" in kjer bo možno v prijetni družbi kolegov izmenjati marsikatero izkušnjo.

Informacije: ga. Rolanda Kovačec, Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ptujška c. 33, 2270 Ormož, tel.: 02 74 15 199, faks: 02 74 15 200.

Zapisniki IO ZZS

Zapisnik 18. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 8. novembra 2001

Sklep št. 479/18/2001:

Sprejet je bil naslednji dnevni red (z dodatnimi točkami):

1. Potrditev zapisnika 17. seje izvršilnega odbora z dne 18. 10. 2001 in poročilo o izvršitvi sklepov
2. Finančno poročilo o poslovanju ZZS v obdobju januar – september 2001
3. Prosti pretok delovne sile v EU
4. Vabilo za včlanitev v mednarodno društvo o prioritetah v zdravstvenem varstvu
5. Prošnja za sofinanciranje knjige g. Skalerasa "Sodobni slovenski psihiatri"
6. Pismo o nameri v zvezi s svetovno banko
7. Pooblastilo mag. Zlatku Frasu, dr. med., za vodenje Sveta za izobraževanje zdravnikov v času odsotnosti prof. dr. Matije Horvata, dr. med.
8. Razno

1. točka dnevnega reda: Potrditev zapisnika 17. seje izvršilnega odbora z dne 18. 10. 2001

Soglasno je bil sprejet sklep št. 480/18/2001:

Sprejme se zapisnik 17. seje izvršilnega odbora v predloženi obliki. Sprejme se poročilo o izvršitvi sklepov zadnje seje ter poročilo o še odprtih nalogah s preteklih sej.

2. točka dnevnega reda: Finančno poročilo o poslovanju ZZS v obdobju januar – september 2001

Poročilo sta podala generalni sekretar, Brane Dobnikar, in vodja oddelka za finance in računovodstvo, Jožica Osolnik, ter seznanila prisotne s podatki o poslovanju in problematiko vodenja stroškov za to obdobje.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 481/18/2001:

Izvršilni odbor sprejme finančno poročilo o poslovanju ZZS v obdobju januar – september 2001, obenem pa zadolži strokovno službo, da v naslednjih letih izdeluje kvartalno, polletno in letna poročila o finančnem poslovanju ZZS, ne le polletno poročilo.

Odbor za socialno-ekonomska vprašanja s strokovno službo do 15. 12. 2001 pripravi poročilo o dejavnostih, ki so bile izvedene oziroma bodo morale biti izvedene, da se izterja neplačana članarina za pretekla obdobja.

Odbori ZZS do 1. 12. 2001 pripravijo vsebinski predlog načrta dela za leto 2002, ustrežno strukturiran po rednih nalogah in posameznih dodatnih in projektnih nalogah. Strokovna služba pripravi predlog dela strokovne službe do 10. 1. 2002. Hkrati se na podlagi teh načrtov pripravi finančni načrt ZZS za leto 2002 do 10. 1. 2002.

V letu 2002 se vodi poraba sredstev po stroškovnih mestih za vse stroške. Osnovno načelo in ključ za vodenje vseh stroškov po stroškovnih mestih so telesa Zbornice ter posamezni projekti in naloge. Stroški, ki jih ni mogoče direktno voditi po teh mestih in po teh me-

riilih, se razdelijo po ustreznem ključu, po načelu proporcionalnosti in ocene.

3. točka dnevnega reda: Prosti pretok delovne sile v EU

Sklep št. 482/18/2001:

Izvršilni odbor meni, da mora veljati načelo recipročnosti v obeh smereh. To naj velja za države, ki so že članice EU, kot tudi za bodoče članice. Za bodoče članice pa naj velja načelo prepovedi prostega pretoka zdravnikov v Slovenijo za obdobje 7 let.

4. točka dnevnega reda: Vabilo za včlanitev v mednarodno društvo o prioritetah v zdravstvenem varstvu

Predsednik Zbornice je podal kratko predstavitev društva in vabila, da postane Zbornica ustanovitveni član International Society on Priorities in Health Care. Po krajši razpravi je bil sprejet sklep št. 483/18/2001:

Izvršilni odbor je soglasno sprejel sklep, da se ne pristopi k članstvu v International Society on Priorities in Health Care.

5. točka dnevnega reda: Prošnja za sofinanciranje knjige g. Skalerasa "Sodobni slovenski psihiatri"

Sklep št. 484/18/2001:

Soglasno je sprejet sklep, da ne ugodimo prošnji za sofinanciranje knjige g. Skalerasa "Sodobni slovenski psihiatri".

6. točka dnevnega reda: Pismo o nameri v zvezi s svetovno banko.

Predsednik je predstavil projekt ustanavljanja izvršne pisarne za R Slovenijo, ki naj zajema predstavnike vseh treh institucij, to je Kliničnega centra, Slovenskega zdravniškega društva in Zdravniške zbornice Slovenije. Finančnih sredstev je malo, zunanji ekspert, ki je plačan, nam je zelo naklonjen. Gre za skupino, ki bo izdelala knjigo smernic, ki bodo nacionalna usmeritev. Ministrstvo za zdravje vodi projekt, v sodelovanju z zunanjim svetovalcem.

Sklep št. 485/18/2001:

Izvršilni odbor soglasno sprejme sklep, da se pristopi k podpisu pisma o nameri.

7. točka dnevnega reda: Pooblastilo mag. Zlatku Frasu, dr. med., v času odsotnosti prof. dr. Matije Horvata, dr. med.

Sklep št. 486/18/2001:

Izvršilni odbor je soglasno sprejel sklep o pooblastilu mag. Zlatku Frasu, dr. med., za opravljanje vseh del in nalog, ki jih sicer opravlja predsednik Sveta za izobraževanje, prof. dr. Matija Horvat, za čas njegove odsotnosti, to je od dne 1. 11. 2001 do dne 31. 12. 2001.

8. točka dnevnega reda: Razno

a) Glede na čedalje večjo branost zapisnikov izvršilnega odbora, ki so objavljeni v Izidi, se v prihodnje pripravijo vsebinski povzetki zapisnikov izvršilnega odbora, ki bodo objavljeni v Izidi, in bodo dajali splošni vtis o delu na Zbornici. V zapise sej se zapišejo le sklepi. Začne se že s to sejo.

Prav tako dr. DERNIČ pripravi prispevek o neplačevanju članarine.

Sklep št. 487/18/2001:

Izvršilni odbor se strinja, da se v prihodnje v Izidi objavljajo vsebinski povzetki zapisnikov sej izvršilnega odbora in ne več čistopisi zapisnikov. Za pripravo prispevkov sta zadolžena Elizabeta Bobnar Najžer, prof., in Brane Dobnikar, univ. dipl. prav.

b) Obravnava podelitve koncesij Tini Venturini, dr. stom., in Eriki Dovnik, dr. med., ki želi prenesti del svoje koncesije na sina. Sklep št. 488/18/2001:

Izvršilni odbor se strinja, da se prošnja za podelitev koncesije Tini Venturini, dr. med., obravnava, ko ponovno zaprosi za podelitev.

V primeru Erike Dovnik, dr. med., pa strokovna služba do naslednje seje izvršilnega odbora pripravi in predstavi podatke o številu otrok na pediatra v Mariboru in se odločanje o tej zadevi preloži na naslednjo sejo izvršilnega odbora. Sicer pa ni nobenih ovir za delitev obstoječe koncesije na dva dela po polovico koncesije. ■

*Za zapis:
Brane Dobnikar*

Zapisnik 19. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 22. novembra 2001

Sklep št. 489/19/2001:

Sprejet je bil naslednji dnevni red:

1. Potrditev sklepov 18. seje izvršilnega odbora z dne 8. 11. 2001 in poročilo o njihovi uresnitvi
2. Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov – brezplačni vzorci zdravil – pripombe na osnutek
3. Mnenje o predlogu priročnika “Kriteriji predvidene začasne delanezmožnosti”
4. Stališče UEMS do stalnega strokovnega razvoja – Baselska deklaracija, stališče CP
5. Stališče UEMO do izvajanja specialističnega izpita iz družinske medicine
6. Dodatno financiranje nefiziologije z EMG in ultrazvočne diagnostike v splošnem dogovoru za leto 2002
7. Koncesija Igor Dovnik, dr. med. – podatki o preskrbljenosti in številu opredeljenih
8. Izdaja Zbornika o etičnih kodeksih nekaterih poklicev
9. Pobuda za ustanovitev RSK za transplantacijo
10. Strokovno srečanje “Stalni strokovni razvoj”, Bonn 10. in 11. 12. 2001
11. Poročili s strokovnih srečanj WONCA 2001 in sestanka UEMO
12. Predlog za imenovanje člana skupine za podelitev naziva “primarij”
13. Povabilo k sodelovanju “Miklavžev večer” - Rotary klub Ljubljana
14. Prošnja za finančno podporo pri pripravi učbenika “Kožne in spolne bolezni”
15. Predlogi za imenovanje v članstvo zdravstvenega sveta
16. Zbornik Medicinske fakultete
17. Prošnja za informacijo o možnih štipenditorjih za študij doktorata s področja javnega zdravja
18. Prošnja za udeležbo na sestanku IO sveta EBCOG in AGENDA European Accreditation Council for CME
19. Prošnja za sofinanciranje brošure in predstavitev specializacij

20. Prošnja za finančno pomoč Slovenskega zdravniškega društva – Sekcije upokojenih zdravnikov

21. Vabilo za udeležbo na seji skupščine Zdravniške zbornice Poljske

1. točka dnevnega reda: Potrditev sklepov 18. seje izvršilnega odbora z dne 8. 11. 2001 in poročilo o njihovi uresnitvi

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 490/19/2001:

Potrdijo se sklepi 18. seje izvršilnega odbora in sprejme poročilo o njihovi uresnitvi.

Zapisniki sej izvršilnega odbora naj oblikovno in vsebinsko ostanejo taki, kot so sedaj, članki, ki bodo objavljeni v glasilu Isis pa se napišejo v smislu vsebinskih poročil, ki bodo bralcem na ustrezen način približali tekoče delo na Zbornici.

2. točka dnevnega reda: Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov – brezplačni vzorci zdravil – pripombe na osnutek

Prim. Martin Možina, dr. med., je predstavil pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov ter dejavnosti za možnost dostopa podatkov o zdravilih.

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 491/19/2001:

Na podlagi zaprosila Ministrstva za zdravje, da Zdravniška zbornica Slovenije poda mnenje o pravilniku o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov – brezplačni vzorci zdravil, je izvršilni odbor sprejel stališče, ki ga je pripravil prim. Martin Možina, dr. med.

V januarski številki Izide dr. Martin Možina objavi članek o možnosti dostopa do elektronske verzije podatkovne zbirke o zdravilih.

Izvršilni odbor se je seznanil z uresnitvijo večletnih prošenj in zahtev zdravnikov glede boljšega informiranja zdravnikov o zdravilih (Register zdravil, Zbirka navodil za uporabo zdravil, internet, publikacija Racionalna farmakoterapija).

3. točka dnevnega reda: Mnenje o predlogu priročnika “Kriteriji predvidene začasne delanezmožnosti”

Asist. Gordana Živčec Kalan je podala poročilo o stališču odbora za osnovno zdravstvo o kriterijih predvidene začasne delanezmožnosti. Naloga odbora je po njenem mnenju, da dokument kakovostno izboljšamo, da bo uporaben, s pripombo, da nihče od specialistov medicine dela ni udeležen v tem projektu.

Predsednik je poudaril, da gre zgolj za priporočila in da je Zbornica prejela prošnjo za pripravo mnenja, ne pa recenzijo.

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 492/19/2001:

Na podlagi zaprosila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, da naj Zbornica poda svoje mnenje k vsebini in izidu priročnika ZZZS z naslovom “Kriteriji predvidene začasne delanezmožnosti”, izvršilni odbor na predlog strokovnih kolegijev Zbornice ter odbora za osnovno zdravstvo, izdaja pozitivno priporočilno mnenje k priročniku, pri čemer pa naj Zdravniška zbornica Slovenije Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije predlaga, da upošteva še naslednja stališča:

1. ZZZ predlaga, da bi se sedanji naslov “Kriteriji predvidene začasne delanezmožnosti” preimenoval v “Priporočila predvidene začasne delanezmožnosti”.

2. ZZZ predlaga, da se iz besedila umaknejo tisti deli besedila, ki predstavljajo smernice za zdravniško obravnavo bolnika oziroma predstavljajo smernice dobre klinične prakse.

3. ZZZ predlaga, da se v bolniške odsotnosti uvedejo različne kategorije.

4. ZZS predlaga, da pri naslednjih popravkih v večji meri sodelujejo strokovnjaki s področja medicine dela, prometa in športa.

5. ZZS predlaga, da se naredi krajši povzetek gradiva, ki bi v uvodnem delu podal zgoščen pregled vsebine priročnika.

4. točka dnevnega reda: Stališče UEMS do stalnega strokovnega razvoja – Baselska deklaracija, stališče CP

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je predstavil stališče UEMS do stalnega strokovnega razvoja – Baselska deklaracija, stališče CP.

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 493/19/2001:

Zdravniška zbornica Slovenije se v zvezi s tematiko stalnega postdiplomskega razvoja v skupni nalogi z Zdravniško zbornico Hrvaške poveže s še eno izmed skandinavskih držav.

5. točka dnevnega reda: Stališče UEMO do izvajanja specialističnega izpita iz družinske medicine

Predsednik UEMO je na ZZS naslovil pismo, v katerem prosi ZZS, da ponovno prouči način izvajanja izpita iz družinske medicine, predvsem način sestave izpitne komisije.

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 494/19/2001:

V zvezi s pismom predsednika UEMO dr. Criccelija, da naj pristojna telesa Zdravniške zbornice Slovenije ponovno pretehtajo sestavo izpitne komisije za izpit iz družinske medicine, bo predsednik Zbornice napisal ustrezno pismo predsedniku UEMO.

6. točka dnevnega reda: Dodatno financiranje nefrofiziologije z EMG in ultrazvočne diagnostike v splošnem dogovoru za leto 2002

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 495/19/2001:

Na podlagi vloge za dodatno financiranje nefrofiziologije z EMG in ultrazvočne diagnostike v splošnem dogovoru za leto 2002, je Zdravniška zbornica Slovenije sprejela stališče, da načeloma podpira predlog, v kolikor so izkazane zadostne strokovne utemeljitve predlagatelja dodatnega programa. O stališču se obvesti partnerje za splošni dogovor.

7. točka dnevnega reda: Koncesija Igor Dovnik, dr. med. – podatki o preskrbljenosti in številu opredeljenih

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 496/19/2001:

V zvezi z vlogo za pozitivno mnenje za podelitev dodatne koncesije za 0,5 za področje pediatrije v Mariboru, zdravnika dr. I. D., se je na podlagi dodatno pridobljenih podatkov o preskrbljenosti in številu opredeljenih na področju pediatrije v regiji, izvršilni odbor poda negativno mnenje za dodatni program.

8. točka dnevnega reda: Izdaja Zbornika o etičnih kodeksih nekaterih poklicev

ZZS je prejela pobudo, da sodeluje pri pripravi zbirke poklicnih kodeksov v Sloveniji, tako da dovoli objavo Kodeksa medicinske deontologije.

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 497/19/2001:

Na podlagi povabila Agencije za management – Združenja seniorjev Slovenije – managerjev in strokovnjakov, da tudi Zdravniška zbornica Slovenije prispeva Kodeks medicinske deontologije v Zbornik poklicnih kodeksov Slovenije, je izvršilni odbor odločil, da ZZS prispeva svoj kodeks v omenjeni zbornik.

9. točka dnevnega reda: Pobuda za ustanovitev RSK za trans-

plantacijo

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 498/19/2001:

Zaradi odsotnosti prim. Andreja Možine, dr. med., se točka o oblikovanju RSK za transplantacijo prestavi na naslednjo sejo.

10. točka dnevnega reda: Strokovno srečanje “Stalni strokovni razvoj”, Bonn 10. in 11. 12. 2001

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 499/19/2001:

Povabilu nemškega ministrstva za izobraževanje in raziskovanje k udeležbi konference “Stalni strokovni razvoj v medicini v 21. stoletju: Sedanja praksa in bodoči izzivi” se ne odzove noben predstavnik Zbornice.

11. točka dnevnega reda: Poročili s strokovnih srečanj WONCA 2001 in sestanka UEMO

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 500/19/2001:

Izvršilni odbor se je seznanil s poročilom asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., o udeležbi na svetovnem kongresu WONCA in s poročilom o sestankih UEMO v Neaplju in na Malti.

12. točka dnevnega reda: Predlog za imenovanje člana skupine za podelitev naziva “primarij”

ZZS mora skladno s pravilnikom o podelitvi naziva primarij predlagati ministru za zdravje člane komisije s strani ZZS.

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 501/19/2001:

V skladu s 4. členom Pravilnika o podeljevanju naziva primarij (Uradni list RS št. 113/00) Zdravniška zbornica Slovenije predlaga ministru za zdravje, da za člana in njuna namestnika v komisijo za podelitev naziva primarij imenuje naslednje predstavnike Zdravniške zbornice Slovenije:

- prim. Kurt Kancler, dr. med. – član, prim. mag. Anton Gradišek, dr. med. – namestnik.
- prim. Darko Zorman, dr. med. – član, prim. dr. Zmago turk, dr. med. – namestnik.

13. točka dnevnega reda: Povabilo k sodelovanju “Miklavžev večer” - Rotary klub Ljubljana

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 502/19/2001:

Na podlagi vabila Rotary Ljubljana za sodelovanje v Miklavževem večeru 2001, se je izvršilni odbor odločil, da sodeluje v omenjeni prireditvi. Za prispevek se nameni sredstva v višini 100.000 SIT.

14. točka dnevnega reda: Prošnja za finančno podporo pri pripravi učbenika “Kožne in spolne bolezni”

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 503/19/2001:

Na podlagi vloge Dermatovenerološke klinike iz Ljubljane in prošnje za finančno podporo v višini 1.000.000 SIT za pripravo učbenika “Kožne in spolne bolezni”, se je izvršilni odbor odločil, da v smislu pomoči vnaprej odkupi 10 kosov učbenika.

15. točka dnevnega reda: Predlogi za imenovanje v članstvo zdravstvenega sveta

Imenovanje kandidatov za člane zdravstvenega sveta.

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 504/19/2001:

Na podlagi pravilnika o zdravstvenem svetu ter poziva Ministrstva za zdravje, da Zdravniška zbornica Slovenije predlaga kandidate za imenovanje v zdravstveni svet, izvršilni odbor ministru za zdravje

v imenovanje predlaga naslednje kandidate:

- asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med.
- prim. Andrej Možina, dr. med.
- prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med.
- prof. dr. Franc Farčnik, dr. stom.

16. točka dnevnega reda: Zbornik Medicinske fakultete

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 505/19/2001:

Izvršilni odbor prosi prim. dr. Urlepa, da se zavzame in do konca spelje projekt izdaje Zbornika o razvoju Medicinske fakultete.

17. točka dnevnega reda: Prošnja za informacijo o možnih študentorjih za študij doktorata s področja javnega zdravja

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 506/19/2001:

Na podlagi vloge Matejke Rebolj za informacije, kje naj kandidira za pridobitev sredstev za doktorski študij javnega zdravja na Ni-zozemskem, bo kandidatka opravila dodatni razgovor z Niko Sokolič in Branetom Dobnikarjem. O vlogi bo izvršilni odbor odločil na eni od naslednjih sej.

18. točka dnevnega reda: Prošnja za udeležbo na sestanku IO sveta EBCOG in AGENDA European Accreditation Council for CME

Izvršilni odbor je obravnaval vlogo prof. dr. Žive Novak Antolič, dr. med., za kritje stroškov udeležbe na sestanku izvršilnega odbora in sveta EBCOG ter za kritje stroškov udeležbe na sestanku Agenda European Accreditation Council for CME.

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 507/19/2001:

Na podlagi vloge prof. dr. Žive Novak Antolič, dr. med., za kritje stroškov udeležbe na sestanku izvršilnega odbora in sveta EBCOG ter za kritje stroškov udeležbe na sestanku Agenda European Accreditation Council for CME, izvršilni odbor prosi za dodatno pojasnilo prof. Antoličevo. Enako za udeležbo na sestanku Agenda European Accreditation Council for CME.

19. točka dnevnega reda: Prošnja za sofinanciranje brošure in predstavitve specializacij

Izvršilni odbor je obravnaval prošnjo Sekcije slovenskih študentov medicine Slovenskega zdravniškega društva za pomoč pri financiranju izdaje brošure in predstavitve o zdravniških specializacijah.

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 508/19/2001:

Na podlagi prošnje Sekcije slovenskih študentov medicine Slovenskega zdravniškega društva za pomoč pri financiranju izdaje brošure in predstavitve o zdravniških specializacijah izvršilni odbor nameni sredstva v višini 100.000 SIT.

20. točka dnevnega reda: Prošnja za finančno pomoč Slovenskega zdravniškega društva – Sekcije upokojenih zdravnikov

Predsednik je predstavil vlogo SZD Sekcije upokojenih zdravnikov za finančno pomoč pri pripravi diplom in daril za obdaritev bolnih kolegov in poudaril, da tudi Zbornica želi imeti določeno vlogo pri obdaritvi.

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 509/19/2001:

Na podlagi vloge za finančno pomoč Sekcije upokojenih zdravnikov pri Slovenskem zdravniškem društvu za pripravo diplom in daril za obdaritev bolnih kolegov, je izvršilni odbor sprejel stališče, da bo za svoje člane sam pripravil predlog. Predsednik Zbornice in predsednik Slovenskega zdravniškega društva se dogovorita za sk

upno obliko obdaritve.

21. točka dnevnega reda: Vabilo za udeležbo na seji skupščine Zdravniške zbornice Poljske

Soglasno je bil sprejet naslednji sklep št. 510/19/2001:

Na podlagi vabila Zdravniške zbornice Poljske k udeležbi 6. generalne skupščine, ki bo od 13. do 15. decembra 2001 v Varšavi, se slovesnosti udeleži podpredsednik Zbornice prim. Andrej Možina, dr. med.

Za zapis: Brane Dobnikar

Splošna bolnišnica Murska Sobota razpisuje delovno mesto

pediatra

Pogoji:

- doktor medicine,
- specialist pediater,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- 5 let delovnih izkušenj,
- splošni pogoji po zakonu,

citopatologa.

Pogoji:

- doktor medicine,
- specialist citopatolog,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- 5 let delovnih izkušenj,
- splošni pogoji po zakonu,

zdravnika specialista operativnih strok.

Pogoji:

- doktor medicine,
- specialist kirurg,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- 5 let delovnih izkušenj,
- splošni pogoji po zakonu.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas.

Rok prijave osem dni od dneva objave razpisa.

Vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov: Splošna bolnišnica Murska Sobota, Kadrovska služba - prijava na razpis, Ulica dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota. O izbiri kandidata bodo vsi prijavitelji obveščeni najpozneje v roku 30 dni od dneva objave razpisa.



Uredniški odbor revije Isis je na svoji 42. seji, 5. julija 2001, sprejel navodila za objavljane prispevkov v rubriki "strokovna srečanja". S tem želi uredniški odbor vzpostaviti kar najbolj koristno in informativno obveščanje bralcev o posameznih strokovnih srečanjih.

Navodila za objavljane prispevkov v rubriki "strokovna srečanja"

Dolžina prispevkov je omejena na največ dve strani v reviji Isis, objavljena je lahko le ena fotografija, ki se všteta 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 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.

Učna delavnica Lenart 2001

Mateja Bulc

Letošnja učna delavnica za mentorje v splošni/ družinski medicini je namenjena delu zdravnika izven ambulante. Vsako od njih smo namenili enemu od zdravstvenih problemov, s katerimi se zdravnik pogosto sreča, novembrska je bila usmerjena v zdravljenje srčnega popuščanja na bolnikovem domu.

Tradicionalno so delavnico odprli lokalni organizatorji, trije zasebni zdravniki, specialisti splošne medicine iz Lenarta: Ksenija Ljubojevič Džaferović, Aleksander Šoštaric in Franc Šuta. Strokovni vodje delavnice, na kateri se je zbralo v hotelu Črni les ob Lenartu kar 32 udeležencev, smo bili mag. Danica Rotar Pavlič, Marko Kocijan in jaz.

Uvodno predavanje o hišnem obisku je imela Danica Rotar Pavlič, sledila pa je plodna razprava, saj se je izkazalo, da je tema zelo zanimiva, ker predstavlja enega od naših žuljev. Tudi delo v treh delovnih skupinah je bilo prav zato tako živahno in polno, kar naprej nas je priganjal vodja skupine in čas! Izkušnje kolegov so bile po eni strani zelo različne, a vse z istim skupnim imenovalcem:

obisk na bolnikovem domu je pomemben del opravil zdravnika splošne/družinske medicine, je ne le diagnostično (ocena zdravstvenega problema, bolnika in delovanja družine ter vpliva bolezni na družino in njeno delovanje), ampak tudi terapevtsko sredstvo.

Popoldan nas je mag. Stefek Grmec in-

formiral o delu prehospitalne (urgentne) enote Zdravstvenega doma Maribor, potem pa smo se spet razdelili po delovnih skupinah. Pripravljali smo Učni model in smernice za "terensko delo" naslednje jutro, nato pa nas je avtobus odpeljal na lepše. Sredi vinskih goric so nas na kmečkem turizmu



Udeleženci učne delavnice Lenart 2001

pogostili z odlično domačo hrano in pijačo, nam pripravili resen del večera s predavanjem o kulturi in zgodovini kraja, nato pa še hudomušno srečanje s Tonetom Partljičem in njegovim delom. Lokalni "kantavtor" nas kar ni pustil domov, tako dobro smo pritegnili njegovim izvajanjem!

Sobotno dopoldne nam je popestrilo najprej predavanje o zdravljenju bolnika s srčnim popuščanjem na domu, še posebej pa resnični hišni obisk. Vsaka delovna skupina je obiskala svojega bolnika, ki ga je njegov izbrani zdravnik seveda predhodno zaprosil za privolitev in sodelovanje. Da so to res gostoljubni kraji, smo se prepričali v živo, ko nas je doma pričakala cela družina, kar 4 generacije, in nas tako toplo sprejela, kot bi bili mi vsi babičini izbrani zdravniki in ne le dr. Šošarič!

Hišni obisk smo izrabili za testiranje smernic, ki smo se jih prejšnji dan naučili (model PRACTICE) in se tako pogovorili tudi z bolnico, ki je bila videti od nas vseh najbolj zdrava in bistra!! Ugotovili smo, da je model uporaben in ga priporočamo vsem kolegom, ki delajo obiske na domu.

Resnemu delu je sledila zabava, ko je mladi zet raztegnil meh nam na čast, še posebej, ko se mu je pridružil tudi kolega Rajko, gospodinja pa postregla štajersko gibanico. Pa kaj, ko ura teče in vselej priganja.

Popoldanski del sobote je bil namenjen predstavitvi učnih modelov, ki smo jih po delovnih skupinah pripravili v pomoč mentorjem v družinski medicini, ki uvajajo študente v obiskovanje bolnikov na domu. Vsaka od treh skupin je pripravila drugačen model, vsaka je dodala nekaj svojega, avtorskega, in ko so se naši izdelki zli v popolno, barvito celoto, smo bili vsi zadovoljni, poplačani za trdo delo namesto prostega vikenda – izdelek je namreč simboliziral delo zdravnika splošne/ družinske medicine: ena doktrina, a nešteto individualnih različic pristopa in izvedbe, kolikor je pač bolnikov in zdravnikov – to loči "ars" od pustega izvajanja priporočil.

Zadovoljstvo z učno delavnico so sodelujoči kolegi izrekli tudi ob slovesu, po stari navadi jo namreč vedno ocenjujejo (najprej ustno, nato še pisмено – anonimno, seveda), soglasno pa smo sprejeli sklep, da bomo učenju namenili naslednje leto 3 dni, da bomo nekaj več minut lahko namenili tudi družinju s kolegi, ki postaja vse dragocenejša.

Učno delavnico bomo ponovili decembra v Dobrni in januarja v Ljubljani – ne zamudite je! ■

Teden memorialov na Medicinski fakulteti

Tomaž Rott

Prvi decembrski teden se pričnejo praznovanja Univerze v Ljubljani in z njimi Medicinske fakultete. Med izbranimi prireditvami, ki prispevajo k prazničnemu vzdušju, izstopata že tradicionalni in hkrati strokovno vrhunski srečanja v spomin akademika Janeza Milčinskega in profesorja Janeza Plečnika.

Spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega v organizaciji Inštituta za sodno medicino in Senata za prekrške Republike Slovenije je imelo delovni naslov "**Raba in zloraba drog**". Zanimiva vsebina dvodnevne programa srečanja je privabila preko 400 udeležencev različnih strok: zdravstva, sodstva, policije, predstavnikov različnih organizacij, ki se ukvarjajo s problematiko droge in druge. Stalno nabito polna velika predavalnica Medicinske fakultete, kjer so številni posedali kar po stopnicah, je dokazovala pomembnost izbrane teme. V Sloveniji zasvojenost z drogami postaja vse večji problem, saj uradno beležimo najmanj 6.000 zasvojenecv z drogami. Bojimo se lahko, da je dejanska številka še večja in bo verjetno še naraščala po vstopu v Evropsko unijo. Največja tragika je, da po drogah čedalje bolj segajo pretežno mladi, na katerih življenje droge usodno in celo tragično vplivajo. Žal ni daleč od resnice izrečena prispevka, "da je v kraškem ruju simbolika žalostne usode odvisnikov od drog. Ko ruj odмира, zažari v čudovitih barvah in umre, kot doživljanje čudovitih sanj, ki izginejo v nepovratni nič. Ob mamilih lahko odvisniki vidijo bleščeče odseve več sonc, doživljajo enkratne trenutke, ki pa se utopijo v nepovratno temo."

11. spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega je bilo zasnovano multidisciplinarno. Razprlo je nedorečenost in problematiko zakonodaje pri obravnavanju zasvojenecv, bodisi zaradi posedovanja drog ali povzročanja kaznivih dejanj pod njihovim vplivom. V prispevkih so prikazali okvare različnih organov zaradi uživanja oz. rabe raznovrstnih drog, analizirali so vzroke smr-

ti, ki so v veliki meri posledica predoziranja zaužitih drog. Razen preko devetdeset smrtnih primerov zaradi opioidov, ki so jih v Sloveniji zabeležili v zadnjih štirih letih, so mladostniki in nekoliko starejši umirali tudi zaradi drugih bolj ali manj znanih drog in včasih nenavadnega načina uporabe. Udeleženci sestanka so v različnih prispevkih prikazali pomen in problematiko laboratorijske analize uporabljenih drog, še posebno, če upoštevamo, da odvisniki lahko hkrati uživajo več različnih drog, pri katerih identifikaciji je potrebno poznati presnovne produkte.

Iz prispevkov je bilo mogoče razbrati, da se z odvisniki srečamo na vseh ravneh javne zdravstvene službe, od dejavnosti osebnega zdravnika, preko specialistične ambulantne oskrbe do zdravljenja v bolnišnicah. Vedno je potrebno upoštevati določene posebnosti pri njihovem zdravljenju. Za uspešno delo z odvisniki so pomembni epidemiološko-informacijski sistem na področju drog, nacionalni akcijski program za zmanjševanje uporabe drog in ustrezno razvita javna zdravstvena služba z mrežo centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnikov.

Razprave med udeleženci so pokazale, da so različna mnenja glede legalizacije nekaterih drog, še posebno, ker smo licemerni pri preprečevanju široko razširjenega alkoholizma z vsemi njegovimi posledicami. Pri množici opojenih z alkoholom ali kroničnih alkoholikov nismo tako dosledni in strogi.

Kljub temu, da včasih vsebina ni bila povsem usklajena in je bila raven predavanj nekoliko neizenačena, pa pereča problematika, izreden obisk, nekatera neodgovorjena ali na novo odprta vprašanja kažejo potrebo po vnovičnem srečanju s podobno problematiko v bližnji prihodnosti. Organizatorji so z anketo ob koncu strokovnega sestanka dobili številne pohvalne in tudi kritične pripombe. Te jim bodo pomagale izboljševati že sedaj zavidljivo raven tovrstnih sestankov v prihodnje.

Le dan po spominskem srečanju akademika Janeza Milčinskega se je v istih prostorih Medicinske fakultete začel tridnevni **Strokovni sestanek z mednarodno udeležbo "Bolezni srca in ožilja"**. Enkratni sestanek, organiziran s širokim zamahom in veliko osebno prizadevnostjo, z vsebinsko zanimivim in bogatim programom, številnimi uglednimi tujimi gosti in domačimi strokovnjaki, z zajetnim (preko 360 strani) in lično oblikovanim zbornikom ter s številnimi drobnimi posebnostmi, ki so bogatile tako strokovni kot preostali del programa. Uspehe in dosežke sestanka je odmevno beležilo tudi dnevno časopisje.

Rdeča nit sestanka in hkrati vodilna misel je bila "od bazične raziskave do klinične prakse", ki se je sicer včasih izgubljala, skakljala sem ter tja kot čolniček z votkom, a vseeno uspela stkati bogato strokovno tkanje, nedvomno zanimivo za široko ciljno publiko. Osnovne teme so bile srčno popuščanje, ateroskleroza venčnih in ateroskleroza vratnih arterij s posledicami. Poleg pregleda novejših spoznanj o zgradbi srca, (pato)fiziologiji endotelija v srcu itd. so izpostavili pomen okužbe s klamidijami v patogenezi ateroskleroze. Največji poudarek je bil namenjen diagnostiki in predvsem možnostim medikamentnega kot tudi kirurškega zdravljenja omenjenih bolezni. Ob zaključku so predstavili tudi nekatere načine preventivnega zdravljenja bolnikov z omenjenimi boleznimi.

Menim pa, da je v naših strokovnih krogih potrebno odkrito povedati tudi nekaj dobronamernih kritičnih pripomb. Omenjeni sestanek je bil enkratni tudi po nekaterih neobčajnih, žal tudi deloma motečih platih.

Iz tretje strani programa in zbornika je razvidno, da letošnje srečanje z naslovom "Bolezni srca in ožilja" zajema dva spominska sestanka, 32. memorialni sestanek profesorja Janeza Plečnika in Mednarodni simpozij v spomin profesorja Reneja Favalaro. Spomniti se moramo, da je Plečnikov memorial bil zamišljen in v dolgoletnem delovanju tudi uveljavljen kot multidisciplinarno podiplomsko izobraževanje Medicinske fakultete s sodelovanjem predkliničnih inštitutov in drugih strokovnih ustanov. Kakšne zasluge je imel profesor Favalaro za Medicinsko fakulteto ali slovenski medicinski prostor, da smo mu dolžni posvetiti memorial, ki je sicer posvečen profesorju Janezu Plečniku? Poznam in spoštujem delo profesorja Favalaro. Vendar menim, da bi se ob



Smrečica (foto: Rudi Bevc)

našem velikem strokovnjaku morali v prvi vrsti spomniti tistih tujih ali domačih kardiokirurgov, ki so pred mnogimi leti napravili za to stroko v Sloveniji mnogo več. Verjetno bi bilo bolje, da bi se, tako kot na mnogih kongresih, oddolžili eminentnim strokovnjakom "le" s spominskimi predavanji, ne pa kar preimenovali celotno srečanje.

Druga posebnost tokratnega Plečnikovega memoriala, ki je bil zasnovan na Inštitutu za patologijo v Ljubljani, iz idej pokojnega prof. Ivana F. Lenarta, pa je bila, da prvič v 32-letni zgodovini tovrstnih sestankov ni dejavno sodeloval noben patolog. Sprašujem se, ali se v tem zrcali preveč ambiciozno zastavljen študijski program histologije, ki zahteva tako od predavateljev kot od študentov poleg kliničnih in drugih predznanj tudi obširno znanje patologije (in seveda histologije)?

Organizacija takšnega sestanka s številnimi tujimi gosti in bogatim strokovnim in družabnim delom zahteva precejšnja sredstva. Organizatorjem je potrebno priznati in čestitati, da so privabili k sodelovanju številne farmacevtske in druge sponzorje, ki so bili navedeni na več mestih v tiskanem materialu sestanka. Nepristranskega udeleženca srečanja je verjetno zmotilo dejstvo, da so bili programski sklopi Plečnikovega oz. Favalarovega spominskega sestanka v veliki

meri "razprodani". Na številnih sestankih, kongresih (predvsem nepatoloških), kjer se obračajo velika denarna sredstva, v rednem programu nisem doslej zasledil sponzoriranih simpozijev. Ti so bili izven strokovnega programa sestankov. Sponzorirani sestanki so lahko strokovno povsem neoporečni, pa vendar lahko ostaja neprijeten priokus pristranosti ob izkazovanju večje naklonjenosti določenemu načinu oz. izbiri zdravljenja.

Ob tem mi je bila razumljiva tudi prizadetost študentk naše fakultete, ki so se morale s svojim panojem za spontano prisrčno humanitarno akcijo zbiranja igrač, knjig itd. za otroke – bolnike umakniti na manj ugledno mesto zaradi postavitve plačane farmacevtske razstave. Bilo bi simpatično, če bi se s svojo nesebičnostjo dotaknile tudi stroge poslovnosti in bi bil njihov poster vključen med farmacevtske. Lepo oblikovano zlatorumeno kovinsko srce na programih in zbornikih bi pridobilo še več topline in vsebine. Mislim, da ne smemo vzgajati študentov le v duhu komercializacije stroke.

Prispevki v vsebinsko bogatem in lepo oblikovanem zborniku v angleškem jeziku bi imeli še večjo vrednost, če bi šli skozi resno recenzijo. Ne gre zgolj za pridobivanje večje točkovne vrednosti, ampak v izogib nekaterim zmotnim trditvam ali spodrsrljajem. Težko se je npr. strinjati, da pride v sekvestru (žile) do neoangiogeneze, saj sekvester pomeni del odmrlega tkiva. Verjetno je bil mišljen segment? Žal to ni edina strokovna netočnost ali zavajajoča nejasnost, tudi če zanemarim potrebo po jezikovnih in tipkovnih popravkih.

Res je škoda, da je ambiciozno zastavljena organizacija preteklega Plečnikovega –Favalarovega memoriala kljub svojim odličnostim imela tudi nekaj spodrsrljajev, ki bi se jim s tesnejšim sodelovanjem organizatorjev lahko izognili in se tudi ne bi smeli ponoviti v prihodnje. Dvomim namreč, da so bili z nekaterimi vprašljivimi odločitvami seznanjeni vsi člani organizacijskega odbora.

Morda ob koncu še manjša arhivska zanimivost, kako smo na Inštitutu za patologijo v Ljubljani dobili portret Janeza Plečnika, ki ga je ustvaril Božidar Jakac. Slikar se je nekajkrat udeležil Plečnikovega memorialnega sestanka, kjer je rad prisluhnil slovenski pesmi. Sliko je podaril našemu inštitutu, ker se je navdušil nad glasbeno dejavnostjo zdravnikov, predvsem ob petju včasih priljubljenega moškega pevskega kvinteta "dr. Janez Plečnik". ■

23. svetovni pediatrični kongres

23. svetovni IPA kongres (International Pediatric Association) je potekal od 9. do 14. septembra 2001 v Pekingu, pod geslom “Zdrav otrok, zdrav svet” z namenom izboljšanja zdravja otrok po vsem svetu.

Marjeta Sedmak

Verjetno je Kitajska ena najprimernejših gostiteljic za svetovni pediatrični kongres, saj tam živi preko 400 milijonov otrok. Kongresa se je udeležilo preko 4.500 predstavnikov z vsega sveta. Slovenijo je zastopalo šest zdravnikov, ki so vsi dejavno sodelovali na kongresu. Prof. dr. Ciril Kržišnik, dr. med., višji svetnik, je bil predstavnik Slovenije na 2. IPCA (International Pediatric Chairs Association). IPCA je obravnavala predvsem programe izobrazbe pediatrije na dodiplomski in podiplomski ravni specializacije iz pediatrije. Prof. dr. sc. Milivoj Veličkovič – Perat, dr. med., je bil soorganizator in predsedujoči na simpoziju s področja neonatalne nevrologije in je imel vabljen predavanje z naslovom “Učinkovitost zdravljenja otrok s cerebralno paralizo”. Prim. Marjeta Sedmak, dr. med., je imela predavanje s področja transplantacije jeter “Telesna teža, višina in kakovost življenja otrok po jetrni transplantaciji v Sloveniji”. Prim. dr. sc. Zlata Felc, dr. med., je dejavno sodelovala s predavanjem “Ultrazvočno presejanje kolkov pri novorojenčkih, rojenih z medenično vstavo” ter s posterjem, posterje pa so predstavili tudi asist. Ivan Vidmar, dr. med., in mag. Lidija Vučajnk, dr. med.

Kongresni program je bil tematsko zelo obsežen, zajemal je teme s 30 področij pediatrije. Pridružen je bil tudi program 2. mednarodnega kongresa medicinskih sester z ločenimi temami.

Plenarni del predavanj je obravnaval aktualno problematiko pediatričnega zdravstva po celem svetu: Otrokovo zdravje, otrokove pravice, vakcinacija v svetovnem merilu, strategija SZO za zmanjšanje vpliva onesnaženja zraka na zdravje otrok, molekularna osnova genetskih bolezni, preventivna prehrana v otroštvu, sladkorno obolenje tip 2 pri otrocih in mladostnikih, CMV



Prim. Marjeta Sedmak, dr. med., je imela na svetovnem pediatričnem kongresu predavanje “Telesna teža, višina in kakovosti življenja otrok po jetrni transplantaciji v Sloveniji”.

okužba pri otroku z aidsom in druge teme.

Sledili so simpoziji iz posameznih področij pediatrije, predavanja udeležencev v tematskih sklopih in predstavitev posterjev.

Značilnost svetovnega pediatričnega kongresa je vsekakor različnost poročil in kontrastnost problemov iz različnih dežel sveta.

Problem **podhranjenosti pri otrocih** je še vedno problem dežel v razvoju; prof. Fall je predstavil problem otrok iz Senegala, kjer

je podhranjenost prisotna v več kot 30 odstotkih otrok pod 5. letom starosti. Neuspeh prehrabene rehabilitacije otrok pripisujejo revščini v deželi, neizobraženosti mladih mater, mlade matere so prekomerno zaposlene in delajo po cele dneve, nizki porodni teži novorojenih otrok, slabim higienskimi razmeram, družine imajo nizke dohodke, prisotna je promiskuiteta, velik problem pa predstavljajo še številne bolezni kot so driske, slabokrvnost in okužbe prebavil s črevesnimi zajedalci in drugimi povzročitelji.

Prof. Michael Gracey iz Avstralije je v nasprotju s problemom malnutricije tretjega sveta poudaril problem tako imenovanega četrtega sveta oz. problem industrijsko razvitih dežel in prodora urbanizacije s problemom seljenja prebivalstva v mesta in izginenjem kmečkega načina življenja. Pri otrocih in mladostnikih je z urbanizacijo nastopila sprememba v načinu življenja in vzorcu prehranjevanja. V ZDA otroci in mladostniki povprečno presedijo od 3 do 5 ur pred TV, internetom oz. računalnikom, se igrajo z video igrkami ali pa so pod drugimi komercialnimi vplivi medijev, kar pogojuje izrazito sedeč način življenja. "Zahodnjaški" način prehrane pri otrocih in mladostnikih s komercialno hitro prehrano "fast food" kot npr. big mac, Kentucky fried chicken, pečeni krompirčki, klobasice ipd. je tipičen način prehrane pri otrocih in mladostnikih. Tak način prehrane povzroča večji vnos kalorij, maščob, soli in rafiniranih ogljikovih hidratov (sladkorji, sirupi, "soft drinks" ter nekaj škroba, ki je bil pomemben v kmečkem okolju). Spremembe v načinu življenja in prehranbenih navadah otrok in mladostnikov so v številnih deželah s prodorom industrializacije čedalje bolj izražene. Tak način prehrane in načina življenja pogojuje pojavljanje prekomernega pridobivanja telesne teže in debelost, obenem pa zvišuje tveganje za nastanek kroničnih bolezni kot so kardiovaskularne bolezni, sladkorno obolenje neodvisno od inzulina, hiperholesterolemija ipd. Pogosto so spremljajoči dejavniki tudi povečano najstniško nasilje, alkoholizem in tvegane spolne navade mladostnikov.

To je problem, ki ne vključuje le zdravstvenega varstva otrok in mladine v posamezni deželi, temveč ustrezno preprečevanje bolezni na nacionalni ravni, ustrezno organizacijo zakonodaje in celotne zdravstvene politike.

Racionalna farmakoterapija v pediatriji je bila obravnavana posebej. Predstavil jo je Jonathan D. Quick, direktor EDM (Essential drug and medicines policy). SZO pripravlja terapevtske algoritme za večino pomembnih zdravstvenih problemov, seznam esencialnih zdravil, ki se posodablja vsaki dve leti, program poučevanja in učenja v zdravljenju, mednarodni tečaj iz racionalne farmakoterapije za različna področja in etične kriterije za promocijo zdravil.

"Priprava pediatrov za katastrofe" je bila obravnavana 13. septembra 2001, nključno dva dni po katastrofalnem terorističnem napadu na Svetovni trgovinski center v New Yorku. Katastrofe so v zadnjih 15 letih v desetkratnem porastu, tako naravne kot kemične oz. katastrofe povezane z vojno. Več kot polovica žrtev katastrof so otroci. IPA in ameriška pediatrična akademija so odobrile tečaj, ki poteka v ZDA, "Management of Complex Humanitarian Emergencies: focus on children and families."

Kljub zmanjšanemu pojavljanju številnih **nalezljivih bolezni** so otroci lahko izpostavljeni številnim okužbam povsod po svetu. Nekateri kužni povzročitelji, kot je virus ošpic, so lahko v določenih predelih sveta kljub cepljenju še vedno problem. Številne nalezljive bolezni ogrožajo otroke: aids, infekcije s Hantan-virusom, prionske bolezni, Nipah-encefalopatija, nekateri živalski virusi, ki se prenašajo na ljudi, afriška vročica ipd. Druge okužbe se lahko ponovno pojavljajo, čeprav so že bile pod kontrolo: npr TBC, *Escherichia coli* in okužbe s stafilokoki.

Prekomerno in napačno uporabljeno antibiotično zdravljenje ima za posledico pojavljanje zdravil z multiplo rezistenco s spremljajočimi resnimi okužbami, ki so lahko zelo težko obvladljive.

Faktorji tveganja za nevarnost okužb so številni: hitra demografska ekspanzija, staranje prebivalstva, spremenjeni faktorji okolja, ki omogočajo povečano kužno prevalenco povzročiteljev, revščina, vojne razmere, begunci, hitra možnost razširitve bolezni, vneseni s številnimi potovanji ljudi po celnem svetu, vnos bolezni v neendemična področja zaradi potovanja ljudi, sposobnost mikroorganizmov za genetske variacije, povečano število imunodeficientnih otrok, neracionalno antibiotično zdravljenje. Tveganje poveča tudi potencialni bioterorizem.

Ukrepi za preprečevanje teh nevarnosti so: stalno potekajoči raziskovalni programi, nova in boljša cepiva, kontinuirana epidemiološka in svetovna preglednost, komunikacije in metode ukrepov, podpora zdravstvene nacionalne politike, laboratorijev in ustreznega sredstva za zagotavljanje teh ukrepov.

Čas ob kosilu je bil rezerviran za številne satelitske simpozije. Slovenski predstavnik

Milupe-Nutricije mag. ph.g. Zdravko Plečnik je dejavno sodeloval na razstavnem prostoru Milupe. Satelitski simpozij, ki ga je organizirala Milupa-Nutricija je predstavil nove, sodobne principe v prehrani otrok. Tako imenovana funkcionalna prehrana se v svetu in pri nas vse bolj uveljavlja. Funkcionalna prehrana predstavlja v 21. stoletju poseben izziv, ki v optimalni meri omogoča dobro počutje in zdravje otrok, obenem pa zmanjša tveganje za razvoj bolezni. Funkcionalna prehrana v dojenčkovem obdobju je po sestavi in funkciji čim bolj podobna funkcionalni vlogi materinega mleka. Prof. Ricardo Uauy iz Čila je predstavil predavanje Optimalna oskrba z LCPA (long chain polyunsaturated fatty acids) pri dojenčkih. Prof. Gunter Boehm iz Nemčije je predstavil prebiotike kot modulatorje črevesne flore pri otrocih – zalivančkah, hranjenih s prilagojenimi mleki. Nutricija-Milupa je predstavila novo prilagojeno vrsto mleka Comformil 1 in 2, ki je indicirano pri otrocih z manjšimi prebavnimi motnjami, ki niso organsko pogojene, kot so trebušne kolike, funkcionalno zaprtje dojenčka, napenjanje in prekomeren jok pri dojenčku. Comformil mleko vsebuje prebiotične oligosaharide, maščobe "betapol" in delno hidrolizirane beljakovine sirotke kravjega mleka, ki zmanjšajo ali preprečijo opisane težave zalivančkov od rojstva do prvega leta starosti. Posebno mleko pa je mleko z dodatkom LCPA, pomembno za razvoj možganov in retine v najzgodnejšem obdobju otrokovega življenja.

Na povabilo slovenskega ambasadorja g. Vladimira Gašpariča smo obiskali slovensko ambasado na Kitajskem in se ob okušanju kitajskih in slovenskih specialitet prijetno razgovorili o deželi in njenem glavnem mestu. ■



Onkološko genetsko svetovanje

V majhnem starodavnem italijanskem mestecu Bertinoro blizu Bologne je od prvega do petega novembra potekal šesti tečaj imenovan Genetika raka, ki ga vsako leto organizira Evropska šola genetike (European School of Genetic Medicine). Udeležili smo se ga skoraj vsi člani Skupine za onkološko genetsko svetovanje iz Onkološkega inštituta v Ljubljani.

Mateja Krajc

Skupina deluje že od januarja 2001. Tečaj je bil organiziran tako, da smo zjutraj vsi poslušali predavanja evropskih strokovnjakov, popoldan pa so se vsak dan odvijale delavnice, kjer smo se razporedili po želeni tematiki in ob diskusiji na praktičnih primerih poglobljali predavano snov. Organizatorji so dneve "začinili" z večernimi predavanji, ni pa manjkalo dobre italijanske hrane in rdečega vina San Giovese.

Tečaj se je začel z epidemiologijo. Dr. Wienkler iz Bonna nam je najprej osvežil znanje s področja statistike, predvsem genetske epidemiologije. Sledilo je predavanje dr. Spinole iz Milana. Govorila je o pomenu poznavanja polimorfizmov posameznih nukleotidov (single nucleotide polymorphisms - SNPs), ki so pogoste variacije v sekvenci DNA in se lahko v kromosomih nahajajo kjerkoli. Rezultati Projekta človeškega genoma so pokazali, da lahko najdemo več kot milijon SNP-jev v našem genomu. Pomembno je razlikovati mutacije od SNP-jev, saj se SNP-ji pojavljajo pri več kot enem odstotku prebivalstva, če pa je ta genetska sprememba najdena pri manj kot enem odstotku, pa lahko le-to opišemo kot mutacijo. Vsi do sedaj najdeni SNP-ji so zbrani na internetnem naslovu: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/SNP/index.html>. Dr. Spinola je razložila tudi uporabo SNP-jev kot dobrih genetskih markerjev v raziskavah iskanja novih genov. Sledilo je predavanje o razvrščanju genov v t.i. zemljevid genov (angl. mapping). Poudarili so, da je prav iskanje gena, ki bi lahko bil odgovoren za nastanek določenega raka zelo tež-

ko, saj največkrat lahko najdemo le alel, ki v primeru prisotnosti mutacije le zveča verjetnost, da bo določena oseba zbolela za rakom. Za nastanek določenega raka je potrebna mutacija (prirojena in/ ali pridobljena) obeh alelov določenega gena. Druga težava pa je ta, da je etiologija raka zelo kompleksna in zato kot celota še vedno neznana.

"...imagine you are a cell and your major ambition is to become immortal..." dr. Fodde ("... predstavljajte si, da ste celica in da je vaša največja ambicija postati nesmrten...")

Drugi dan tečaja je bil posvečen predvsem raku debelega črevesa, raku dojke, prostate in raku ščitnice. Dr. Fodde iz Leidna je poudaril, da ne smemo pozabiti, da je večina kolorektalnih karcinomov sporadičnih in da je

le določen odstotek tega raka dedno vezan. Tako poznamo dve pomembni dedni bolezni: dednega nepolopoznega kolorektalnega raka (HNPCC; angl.: Hereditary nonpolyposis colorectal cancer) in družinsko adenomatozno polipozo (FAP; angl.: Familial adenomatous polyposis). Velikokrat pa se obe bolezni pojavljata sočasno še z drugimi primarnimi raki. Mutacija APC-gena je odgovorna za razvoj družinske adenomatozne polipoze, mutacija na MMR-genih (angl.: mismatch repair) pa za dednega ne-polipoznega kolorektalnega raka.

Dr. Deville je govoril o dednem raku dojke. 10 do 15 odstotkov bolnic z rakom dojke ima vsaj enega sorodnika v prvem ali drugem kolenu z enako diagnozo. Nastanek raka dojke je lahko posledica mutacije genov BRCA1 in BRCA2, lahko pa tudi mutacije TP53- in hCHK2-gena (Li Fraumeni sindrom) in PTEN-gena (Cowdenova bolezen). Največkrat se mutacije genov BRCA1 in BRCA2 najdemo pri družinah, kjer za rakom dojke in/ali jajčnika zboli več sorodnic (običajno več kot štiri). Lete zbolijo bolj zgodaj kot druge ženske.

Dr. Eeles je predstavila problem pri odkrivanju genov, ki bi lahko bili odgovorni za razvoj raka prostate. Gre za to, da je za razvoj raka prostate odgovornih več genov, mnogi od njih pa imajo nizko penetranco. Na tem področju poteka mnogo raziskav.

Tudi pri raku ščitnice moramo biti pozorni na družinsko drevo. Sorodnik (v prvem kolenu) bolnika z rakom ščitnice ima relativno tveganje 8,6, da bo za istim rakom



Udeleženci tečaja Genetika raka (od leve proti desni: sedijo: doc. dr. Marjetka Uršič Vrščaj, mag. Bojana Pajk, Mateja Krajc, dr. med., stojijo: mag. Janez Žgajnar, asist. dr. Nikola Bešič, asist. dr. Marko Hočevar). Sicer pa v skupini za onkološko genetsko svetovanje sodelujejo še prof. dr. Tanja Čufer, prim. dr. Cvetka Jakopin Bilban in VMS Katarina Lokar, ki pa se na žalost tečaja niso mogle udeležiti.

zbolel tudi on. Za medularni rak ščitnice je odgovorno avtosomno dominantno dedovanje mutacije RET proto-onkogenu (kodira receptor tirozin kinaze). Dva popolnoma različna fenotipa sta povezana z mutacijami na RET-genu: MEN 2A in 2B ter Hirschprungova bolezen. Na drugi strani pa je nemedularni rak ščitnice v večini primerov sporadičen (90 odstotkov vseh rakov ščitnice).

Tretji dan tečaja je bil v dopoldanskem času posvečen bazičnim molekularnim mehanizmom delovanja kot so apoptoza, translokacije, popravljalni mehanizmi DNA in modeli na živalih. Poznavanje regulacije apoptoze ali samouničenja celice nam nudi možnost v boljše razumevanje mehanizma uničenja tumorskih celic. In raziskave na tem področju so usmerjene prav v ponovno regulacijo apoptoze, in sicer s pomočjo aktivacije kaspaz.

Nova doba genetike raka, ki je pripeljala do številnih raziskav tudi na drugih področjih genetike, se je začela leta 1960, ko so odkrili kromosom Philadelphia. Leta 1973 so ugotovili, da je ta majhen "marker" kromosom posledica translokacije t(9;22), z njim pa povezan levkemični kariotip. Identifikacija genov BCR in c-ABL kot "tarč" t(9;22) translokacije postavlja nov mejnik pri ugotavljanju genetske osnove levkemij (1984).

Predavanja na temo molekularne biologije raka so zajemala tematiko regulacije celičnega cikla, telomeraz in t.i. "imprintinga".

Znano je, da se dolžina telomer normalnih celic z delitvami počasi krajša, kar pa ne ugotavljajo pri tumorskih celicah. To naj bi kazalo na pomen stabilnost telomer. Nesmrtnost tumorskih celic naj bi povzročila mutacija gena, ki kodira protein, ki sodeluje v poti represije telomeraz. Znano je, da je dejavnost telomeraz prisotna skoraj pri vseh tumorjih, ne pa v tkivih, ki so poleg njih. Zato so današnje študije usmerjene predvsem v točno diagnostiko raka in antitelomerazna zdravila. Imprinting je oblika genske kontrole, ki rezultira v "utišanju" ene kopije gena (alela), kjer je odvisno, ali utišani alel prihaja z očetove ali matrine strani.

Zadnji dan je bil posvečen kliniki družinskega raka. Izvrstna predavateljica dr. Eeles je imela največ predavanj na to temo. Vodila je tudi popoldanske delavnice, ki smo se jih udeleževali v glavnem le slovenski zdravniki, tako da so bile v bistvu "prikrojene" po naših željah. Ker smo v Sloveniji z genetskim onkološkim svetovanjem pričeli letos, nas je zanimalo predvsem, kako je pri njih organi-

zirano delo in kako rešujejo klinične primere. Ugotovili smo, da imamo zelo podoben sistem genetskega svetovanja in testiranja. Prav tako pa se srečujemo s podobnimi vprašanji. Govorili smo tudi o tem, kako pomembno je spoštovati pravico pacienta do odločitve "nesodelovanja" v smislu pravice ne vedeti ali "the right not to know". Prišli smo tudi do nekaterih težko rešljivih etičnih dilem in ugotavljali, da je to vprašanje vezano predvsem na pravni sistem vsake posamezne države in da mora biti to vprašanje rešeno v vsaki državi posebej, z delovanjem onkološko genetske ambulante čimprej, tudi v Sloveniji.

Dedni rak dojke in/ ali jajčnikov

Znano je, da sta BRCA1- in BRCA2-gena povezana z večjo ogroženostjo z zbolevanjem za rakom dojke in jajčnikov. Genetsko testiranje svetujemo takrat, ko v družini opazimo večje število obolelih za rakom dojke in/ ali jajčnikov, kar bi lahko bila posledica mutiranih genov BRCA1 in BRCA2. Ogroženost za rak dojke med ženskim prebivalstvom je 10 odstotkov; statistično gledano bo 10 od 100 žensk zbolelo za to boleznijo. Ogroženost za rak dojke pa je mnogo večja pri nosilkah mutiranih genov BRCA1 ali BRCA2 (pri slednjem tudi pri moških) in sicer kar od 60 do 80 odstotkov do 70. leta starosti.

Ogroženost za rak jajčnikov med ženskim prebivalstvom je od 1 do 2 odstotka. Tudi ogroženost za rak jajčnikov je pri nosilkah mutacij večja; 30 do 40 odstotkov pri mutaciji gena BRCA1 do 70. leta starosti in 20 odstotkov pri mutaciji gena BRCA2 do 70. leta starosti. Mutacije omenjenih genov so povezane tudi z večjo ogroženostjo za nekatere druge vrste raka; BRCA1 z rakom širokega črevesa in prostate, BRCA2 pa z rakom trebušne slinavke, ustne votline in želodca.

Za izvedbo testa se preiskovani osebi (ki smo ji predhodno glede na družinsko obremenjenost izračunali več kot 10-odstotno verjetnost, da bomo mutacijo lahko našli) vzame vzorec krvi in iz levkocitov izolira in analizira dedni zapis za ugotovitev morebitne mutacije genov BRCA1 ali BRCA 2.

Rezultat testiranja je lahko:

1. pozitiven

V tem primeru je preiskovana oseba bolj ogrožena za nekatere vrste rakov. To pa še ne pomeni, da bo oseba za rakom tudi zbolela.

2. negativen

a) Preiskovana oseba nima mutacije genov

BRCA1 ali BRCA2 (to lahko trdimo le v primeru, ko smo pri sorodniku našli mutacijo).

b) Mutacije nismo našli zaradi tehničnih omejitev testa (v 15 do 20 odstotkih primerov).

c) Vzrok za povečano zbolevanje v družini je kak drug, še neodkrit gen.

a+b+c) Negativen izvid testiranja ne pomeni, da preiskovana oseba ni ogrožena za rak dojke in/ ali jajčnikov.

Tveganja genetskega testiranja:

Vedeti za veliko ogroženost za določene rake je lahko veliko breme. Čustvene stiske, depresija ali jeza pogosto spremljajo to spoznanje. Pri sorodnikih, kjer mutacije nismo odkrili, včasih opazimo občutek krivde.

Omejitve genetskega testiranja:

Testira se izključno dva gena: BRCA1 in BRCA2. Ogroženost v primeru negativnega testa je namreč takšna kot pri osebah, ki nimajo okvarjenega gena BRCA 1 ali BRCA2.

Koristi:

Osebe, ki se zavedajo večje ogroženosti za rak dojke in/ ali jajčnikov se z nevarnostjo lahko spoprimejo; na kakšen način, se odločijo po posvetu z zdravnikom.

Po drugi strani pa je lahko negativen izvid testa olajšanje tako za preiskovano osebo kot za njene sorodnike in bližnje.

Zaupnost:

Vsi podatki so tajni, osebe pa zavezano k molččnosti v skladu z zakonom. Nihče nima pravice od preiskovanca zahtevati podatkov o izvidih genetskega testiranja niti jih preiskovanec ni dolžan komurkoli posredovati.

Kdaj je indicirana napotitev pacienta v Ambulanto za onkološko genetsko svetovanje:

1. rak dojke pred 40. letom,
2. bilateralni rak dojke,
3. rak dojke in jajčnikov,
4. moški z rakom dojke,
5. pozitivna družinska anamneza:

- sorodnica v prvem kolenu z rakom dojke pred 40. letom,
- moški sorodnik v prvem kolenu z rakom dojke,
- sorodnica v prvem kolenu z bilateralnim rakom dojke,
- dve sorodnici v prvem/ drugem kolenu z rakom dojke pred 60. letom ali z rakom jajčnikov ne glede na starost,
- tri sorodnice v prvem ali drugem kolenu z rakom dojke ali jajčnikov ne glede na starost. ■

10. srečanje Evropskega pediatričnega kluba za spanje (EPSC)

Od 30. septembra do 1. oktobra 2001 je na Bledu v idiličnem okolju hotela Toplice, kot ena izmed zadnjih prireditev tik pred njegovim začasnim zaprtjem, potekalo dvodnevno srečanje Evropskega pediatričnega kluba za spanje (European Pediatric Sleep Club - EPSC).

Barbara Gnidovec Stražičar, David Neubauer

Klub predstavlja delovno skupino, ki deluje pod okriljem Evropskega združenja za raziskave spanja (European Sleep Research Society – ESRS), in združuje vse evropske klinike in raziskovalce, ki se ukvarjajo z motnjami spanja pri otrocih. Tokratno srečanje je bilo že deseto po vrsti in v posebno čast nam je, da smo cvet evropske pediatrične somnologije letos prvič uspeli privabiti tudi v Slovenijo.

Otvoritveno predavanje srečanja je pripadlo A. Kahn u iz Belgije, nesporni avtoriteti raziskav sindroma nenadne in nepričakovane smrti dojenčkov (NNSD). V izvrstnem predavanju nam je predstavil vse "znanke in neznanke" omenjenega sindroma, ki je še v 80. in 90. buril raziskovalne duhove, v zadnjem času pa je predvsem zaradi doslednega izvajanja preventivnih ukrepov in z njim povezanega upada nenadne in nepričakovane smrti dojenčkov, po krivici kar nekako izgubil na veljavi. Ob omenjanju dejavnikov tveganja je Kahn še posebej opozoril na skrb vzbujujoč porast kajenja in uživanja alkoholnih pijač med mladimi, h kateremu znatno prispevajo tudi intenzivne oglaševalske akcije. Le-te se zaradi zakonske ureditve v Evropi selijo vse bolj na vzhod in v države tretjega sveta, kjer že tako ali tako ne manjka drugih dejavnikov tveganja za NNSD. V nadaljevanju je O. Bruni iz Italije prikazal zapleteno in časovno zahtevno analizo mikrostrukture spanja pri skupini šolskih otrok. Ta predstavlja analizo več različnih vzorcev ritmične elektroencefalografske dejavnosti, ki se pojavlja v ne-REM-spanju. Analiza t. i. cikličnega alternantnega vzorca (cyclic alternating pattern – CAP) je kljub svoji zahtevnosti po Brunijevem mnenju lahko v posebno pomoč še zlasti pri ana-

lizi spanja otrok s sindromom obstrukcijske apneje v spanju in otroks parasomnijami. Pri slednjih se namreč nemalokrat zgodi, da v enonočnem polisomnografskem snemanju omenjene motnje spanja ne uspemo zabeležiti, nasprotno pa lahko z mikroanalizo spanja v teh primerih razkrijemo izrazitejšo zastopanost določenega CAP, kar nam pripomore k diagnozi. V popoldanskem sklopu predavanj je J. Groswasser iz Belgije predstavil pregled različnih zdravil, ki vplivajo na spanje in ki se uporabljajo pri zdravljenju motenj spanja. Največ diskusije je pri poslušalcih vzbudil melatonin, ki ga je moč v ZDA dobiti v prosti prodaji in se temu ustrezno tudi pri otrocih množično uporablja. Evropsko stališče glede njegove uporabe pri najmlajših je nekoliko bolj zadržano predvsem zato, ker še ni izoblikovanega enotnega mnenja glede točnih indikacij za njegovo uporabo in smernic za ustrezno odmerjanje. Tudi tokratna razprava je pokazala, da glede uporabe melatonina za zdravljenje motenj spanja pri otrocih evropski somnologi niso enotni, saj nekatere predvsem skrbijo morebitni sekundarni učinki eksogenega melatonina na rast in razvoj. Podobno dilemo, kdaj in kako zdraviti, je v svoji predstavitvi



Kratek predab med predavanji: David Neubauer v družbi Marie Jo Challamel in Jose Groswasserja.

več kliničnih primerov različnih parasomnij izpostavila L. Dolenc Grošelj. Prispevek, ki sta ga pripravila skupaj z D. B. Voduškom, je vzbudil živahno razpravo, v kateri pa ni manjkalo tudi uporabnih kliničnih predlogov za zdravljenje omenjenih bolnikov. V večernem sklopu predavanj, posvečenem spalnim navadam in motnjam spanja v vsakodnevnem življenju, se je zvrstil cel niz domačih predavateljev. I. M. Ravnik je predstavil splošen pregled spalnih navad in motenj spanja pri slovenskih otrocih, za katere lahko glede na povedano ugotovimo, da ne odstopajo izraziteje od svojih evropskih vrstnikov. Povsem drugače pa je z begunskimi otroki in adolescenti, pri katerih motnje spanja predstavljajo znaten problem, o čemer so se pri svojem terenskem delu prepričali tudi Ravnik in sodelavci. T. Štangl Rokavec

je v sodelovanju z I. M. Ravnikom predstavila ločeno študijo, ki obravnava omenjeno simptomatiko pri triletnikih. V še potekajoči raziskavi A. Mlakarja in I. M. Ravnika o spalnih navadah in motnjah spanja pri skupini šolskih otrok pa je občinstvo presenetilo predvsem dejstvo, da je tudi v spalnicah slovenskih šolskih otrok že vse pogosteje moč najti televizorski sprejemnik, ki vsekakor ne pripomore blagodejno kustreznih higieni spanja, s čimer so se strinjali tudi vsi prisotni somnologji. Podobno problematiko neustrezne higiene spanja, ki je še posebej izrazita v adolescentskem obdobju, je v svojem drugem prispevku predstavila L. Dolenc Grošelj v sodelovanju z V. Tretnjak, B. Lorberjem in I. M. Ravnikom. Prvi dan srečanja sta s svojima prispevkoma o nepogrešljivih "pripomočkih" za uspavanje, plišastih igračk in uspavankah, zaključila J. Sitar in I. Cvetko. Ob pozni večerni uri se je marsikdo iz občinstva zazibal v sen ob spektru slovenskih uspavank, ki nam jih je zapel gospod Cvetko in nam hkrati z etnološkega stališča razkril tudi podrobnosti njihove strukture in vloge.

Drugi dan srečanja, je bilo, kot se za jutro spodobi, govora o prebujanjih v spanju (ang. arousals). J. Groswasser iz Belgije je predstavil definicijo in kriterije za določevanje prebujanj v spanju, ki jih je oblikovala

delovna skupina pod imenom Evropskega pediatričnega kluba za budnost (European Pediatric Wake Club). Njegova sodelavka P. Franco je govorila o kvantitativni analizi prebujanj v spanju dojenčkov, ki ravno tako kot mikroanaliza spanja od raziskovalca zahteva veliko potrpežljivosti in vztrajnosti. Primer klinične uporabe analize prebujanj v spanju pa je v nadaljevanju prikazala M. J. Challamel iz Francije. V svoji raziskavi je v skupini več kot 200 otrok s sindromom obstrukcijske apneje v spanju potrdila izrazito pogostejša prebujanja v primerjavi s spanjem zdravih vrstnikov. Po odmoru je sledil niz prostih tem, v katerem je A. della Marina razkrila zanimive rezultate polisomnografske študije pri otrocih z živčnomišičnimi boleznimi. V nadaljevanju je T. Milanič v sodelovanju z U. Weber in D. Neubauerjem predstavila taksonomski profil in njegovo uporabnost pri oceni resnosti navideznega življenja ogrožajočega dogodka. B. Gnidovec Stražisar je v skupnem prispevku z D. Neubauerjem in J. Zidarjem pokazala, da ima aktimetrija vendarle svoje mesto in uporabnost tudi pri najmlajših dojenčkih. Sklop prostih tem je zaključil J. Groswasser iz Belgije s svojo študijo analize vdihljajev kot kazalca delovanja avtonomnega živčevja v spanju. V nadaljevanju je neumorni Jose Gros-

wasser govoril še o naravnem razvoju obstrukcijske apneje v spanju pri dojenčkih in o njeni povezanosti s sindromom NNSD. Srečanje pa je z izvrstnim pregledom in slikovnim prikazom različnih parasomnij zaključila M. J. Challamel, kateri smo se ob tej priložnosti lahko tudi zahvalili za njeno prijateljstvo s predlogom za častno članstvo v Sekciji za otroško nevrologijo pri Slovenskem zdravniškem društvu. Prav Marie Jo Challamel gre namreč zasluga, da so se v Centru za motnje spanja pri otrocih v Lyonu pod njenim mentorstvom do sedaj strokovno izobraževale že kar tri generacije slovenskih nevropediatrov, za kar sva ji spodaj podpisana še posebej hvaležna.

Celotno srečanje Evropskega pediatričnega kluba za spanje na Bledu je potekalo v izredno sproščenem vzdušju, zato tudi ne presenečajo pohvale organizatorjem s strani evropskih somnologov. Veseli nas, da je srečanje privabilo tudi vrsto domačih predavateljev in poslušalcev ter s tem, upamo, vzbudilo v njih tudi zanimanje in veselje za pediatrično somnologijo, ki je bila navkljub pogostosti motenj spanja pri otrocih pri nas vselej po krivem precej zapostavljena. Posamezne utrinke s srečanja si lahko ogledate tudi na spletnem naslovu <http://animus.mf.uni-lj.si/neurology/> pod "dogodki". ■

3. kongres anesteziologov Slovenije

3. kongres anesteziologov Slovenije smo organizirali na Bledu v hotelu Kompas od 11. do 13. oktobra letos.

Neli Vintar, Mateja Lopuh

Bled je vabil v toplem soncu poznega indijanskega poletja. Navdušil nas je odziv kolegov in kolegic, prav zaradi tega nam ni primanjkovalo moči in volje in smo kongres pripravili kar najbolje. Kongres, ki ga vsake štiri leta organizira Slovensko združenje za anesteziologijo in intenziv-

no medicino, je priložnost, ko se zberemo, predstavimo in izmenjamo svoje znanje in izkušnje iz različnih področij anesteziologije, reanimatologije in intenzivne medicine. Letošnji kongres je bil najbolj obiskan doslej. Registriralo se je skoraj 300 udeležencev. Veseli smo bili velikega zanimanja iz na-

ših sosednjih republik. Povabili smo osem tujih predavateljev.

Temam humane anestezije smo prvič pridružili veterinarsko anestezijo, ki predstavlja zaradi raznolikosti živalskih vrst in razvoja veterinarske kirurgije in anestezije velik izziv. Rezultati raziskav eksperimentalne



Udeleženci strokovnega srečanja

anestezije na živalih pomenijo pomemben prispevek k razvoju humane anestezije.

Medicinske sestre in tehniki pri anesteziji in v enotah intenzivne terapije imajo nepogrešljiv delež pri vodenju anestezije in zdravljenju bolnikov. Kongresu smo pridružili tudi sklop predavanj o njihovi vlogi pri zdravljenju bolečine, ki je osvetlil njihove naloge pri zdravljenju akutne in kronične bolečine.

Delovni otvoritvi kongresa je sledilo predavanje prof. dr. Vesne Paver Eržen, dr. med., z naslovom Slovenska anestezija skozi poldrugo stoletje. Ob letošnjem kongresu se namreč lahko s ponosom spominjamo častitljive 100. obletnice prve izvedbe subarahnoidne anestezije, ki jo je oktobra 1901 v Ljubljani izvedel kirurg prof. Edo Šlajmer. Prav tako je oktobra minilo 155 let od prve uspešne demonstracije etrove narkoze dr. Mortona v Bostonu, ki ji je le štiri mesece kasneje sledila prva izvedba etrove omame v slovenskem prostoru. Izvajal jo je dr. Nathan, takrat vodilni ljubljanski kirurg. Prof. dr. Vesna Paver Eržen je predstavila razvoj anesteziologije od prvih začetkov do danes. Prikazala je razvoj tudi na področju izobraževanja in nove specializacije in v zaključku osvetlila odprte probleme in naloge. Zahvalila se je vsem našim učiteljem. Ob tej priliki smo prof. dr. Darinki Soban voščili ob njenem 80. rojstnem dnevu.

Prvi dan kongresa smo zaključili z uradno otvoritvijo, kjer so nas pozdravili slavnostni govorniki: minister za zdravje prof. dr. Dušan Keber, dr. med., predsednik Zdravniške zbornice mag. Marko Bitenc, dr. med., predstojnik SPS Kirurške klinike prof. dr. Bojan Tršinar, dr. med., predstavnik Veterinarske fakultete prof. dr. Janoš Butinar, dr. vet. med., in podpredsednica Zbornice zdravstvene nege Slovenije Darinka Klemenc, dipl. med. sestra. V imenu generalnega sponzorja kongresa Krke d.d. nas je pozdravila mag. Mojca Prah Klemenčič. Dobrodoščilo nam je zavezal župan mesta Bled mag. Bojan Malej.

V kulturnem programu so nastopili vrhunski glasbeniki: Matej Grahek, solo flavtist slovenske filharmonije, Nicoletta Sanzin, harfistka in Matej Zupan, flavtist.

Slavnostno otvoritev smo zaključili z vabljenim predavanjem prof. dr. Leo Booija, dr. med., iz Nizozemske z naslovom Kvalitetno upravljanje v anesteziji (Total quality management in anaesthesia).

Po napornem drugem dnevu predavanj smo se zabavali na slavnostni večerji, ki jo je popestril prof. dr. Pavle Kornhauser s skupino Pro Medico in baletkami Srednje glasbene in baletne šole v Ljubljani.

Strokovni del kongresa smo zasnovali v obliki osmih okroglih miz. K vsaki okrogli mizi smo povabili vsaj enega predavatelja iz

tujine in domače strokovnjake.

Še ne dolgo nazaj je bilo skoraj samoumevno, da porodnice na porodu boli. To je bila vsesplošno sprejeta resnica in po porodu so se mamice običajno pogovarjale o tem, koliko ur so rojevale in kako močno je bolelo. Danes ni več tako. Pravica do poroda brez bolečin je pravica sleherne ženske. Regionalna anestezija v porodništvu je omogočila, da porodnici lajšamo bolečine med porodom. Uveljavljanje nove metode dela pa zahteva veliko pogovorov. V Sloveniji danes vsem porodnicam še ne moremo zagotoviti, da bodo dobile epiduralni kateter. Vemo, da temu ne botruje neznanje, temveč številni organizacijski razlogi. Napredovati pa moramo počasi, če želimo ohraniti napredek, do katerega smo že prišli (Selassie) in delati varno. Sklop predavanj v okviru okrogle mize o porodni regionalni anesteziji je predstavil naše izkušnje in izkušnje strokovnjakov (prof. dr. Rawal, Švedska), ki delajo v deželah, kjer je to že v veljavi. Voditeljica tega sklopa predavanj Beljanski Rogan, dr. med., je v zaključku začrtala standarde in smernice za porodno analgezijo in anestezijo pri nas.

Ambulantna anestezija je področje, ki se v Sloveniji šele prav razvija in dobiva svoje mesto in pomen. Tudi na tem področju smo napravili veliko novega. Pripravili smo anestezijske liste za ambulantno anestezijo, naučili smo sestre, ki nadzorujejo bolnike po

operaciji, katere parametre morajo spremljati, prevzeli smo dejavno vlogo v enoti za kooperativno okrevanje po ambulantnih kirurških posegih. Navezali smo stike s splošnimi zdravniki in jih seznanili, katere preiskave morajo bolniki opraviti pred posegom. Voditeljici tega sklopa predavanj prim. Hribar Habinc, dr. med., in Oroszy, dr. med., ter vabljeni predavatelj iz Velike Britanije Robins, dr. med., so poudarili, da je za uspešnost ambulantne anestezije zelo pomemben dober nadzor. Okrevanje bolnika moramo ocenjevati in natančno beležiti. Pomembna so jasno pisna navodila za nadaljnje okrevanje na domu. Dodatno pozornost in skrb pa zahtevajo otroci in odrasli s posebnimi potrebami.

Intenzivna medicina je pomemben del anesteziološke stroke. Intenzivno zdravljenje pri odpovedi posameznih organov in pri odpovedi več organov hkrati predstavlja velik izziv tako za anesteziologe kot za interniste, ki imajo na tem področju veliko znanja in izkušenj. Voditeljica okrogle mize doc. dr. Kremžar, dr. med., je k sodelovanju povabila ugledne slovenske strokovnjake in prof. dr. Gulla, dr. med., iz Italije, ki so kot strokovnjaki za posamezna področja posredovali svoje izkušnje in nove koncepte za smernice zdravljenja.

Oživljanje v bolnišnici in v urgenci mora potekati po navodilih in smernicah Evropskega reanimacijskega sveta. Pomembno je tudi beleženje poteka in postopkov, kajti le tako lahko ocenimo uspešnost in odpravimo morebitne napake. Prim. Hribar Habinc, dr. med., Vlahović, dr. med., in gost iz Nemčije Lott, dr. med., so skupaj z ostalimi predavatelji predstavili in objavili novosti osnovnih in dodatnih postopkov oživljanja odraslih in otrok.

Tako kot pri vsakem delu, so tudi pri našem delu možni zapleti. Nekatere je možno predvideti, nekaterim se je možno izogniti in prav zato jih je potrebno dobro poznati. Sodnomoedicinski odgovornosti anesteziologa smo posvetili zanimivo okroglo mizo z živahno diskusijo, kjer so sodelovali prof. dr. Paver Eržen, dr. med., prof. dr. Balazic, dr. med., in vabljeni predavatelj iz tujine.

Velikokrat se nam zdi, da smo bolniku odmerili majhno količino anestetičnih učinkovin, pa vseeno spi. Kako bi "izmerili" globino spanja? Ta vprašanja se pojavljajo ves čas razvoja anestezije. Tudi na tem področ-

ju je bilo v zadnjih letih veliko novega. V Sloveniji vedno bolj, zlasti pri operacijah, kjer je zares pomembno, da bolnik globoko spi, uporabljamo napravo, ki s pomočjo bispektralne analize EEG valov (BIS-nadzor), ocenjuje stopnjo budnosti med anestezijo. Tako nevro-mišični nadzor kot nadzor budnosti omogočata varnejše in varčnejše vodenje anestezije, saj omogočata natančnejše titriranje učinkovin. Voditeljica prim. Denič, dr. med., nevrofiziolog dr. Rodi, dr. med., in prof. dr. Gurman, dr. med., iz Izraela so skupaj z vsemi predavatelji pripomogli k živahnim in plodnim razpravi.

Transplantacija organov se je v zadnjih letih v Sloveniji zelo razvila in razmahnila. Anesteziologi smo tako razširili svojo dejavnost in znanje, prevzeli s tem nove izzive in obremenitve. Vključili smo se v Eurotransplant, ki nam in slovenskim bolnikom omogoča boljši pretok informacij, znanja in organov. Direktor Eurotransplanta dr. Cohen iz Nizozemske je prikazal reševanje problema pomanjkanja organov, direktorica Slovenija transplanta Letonja, dr. med., in voditeljica Pintar, dr. med., pa sta predstavili donorski program v Sloveniji, vzdrževanje dajalca v enoti intenzivne terapije in multiorganski odvzem.

Za področno anestezijo se za posege, pri



katerih je to možno, odloča vse več bolnikov. Kombinacijo področne in splošne anestezije rutinsko izvajamo pri pljučnih operacijah in obsežnih operacijah v trebuhu. Vse statistike pa kažejo, da anesteziologi premalo izvajamo blokade perifernih živcev za operacije zgornjih in zlasti spodnjih okončin. Na kongresu smo zato povabili strokovnjaka iz Švice in odgovornega za izobraževanje za področje vzhodne Evrope pri Evropskem združenju za regionalno anestezijo Gligori-

jevića, dr. med., ki je vodil tudi delavnico o praktičnem pristopu k blokadi spodnjih okončin. Prim. Krčevski Škvarč, dr. med., je pripravila pregledno predavanje o blokadah zgornje okončine, ostali predavatelji pa klinične izkušnje z anestezijo z blokadami zgornje okončine.

Poleg anesteziologov, veterinarskih anesteziologov in sester in tehnikov pri anesteziji so na kongresu sodelovali internisti, pediatri, fiziologi, nevrofiziologi in sodni medicinci, kar kaže, da je naša stroka odprta za širša sodelovanja. Na kongresu je dejavno sodelovalo 108 avtorjev iz domačih bolnišnic in iz tujine. Kar 31 jih je poslalo prispevke za proste teme. Prispevkov je bilo preveč, da bi lahko vse uvrstili v predstavitev v obliki predavanj. Tako smo nekatere avtorje prosili, da so svoje delo predstavili v obliki posterjev.

Razpisali smo tudi nagrado za najboljše specializantsko delo. Prof. dr. Manohin, dr. med., predstojnik Katedre za anesteziologijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani, in prof. dr. Paver Eržen, dr. med., predstojnica Kliničnega oddelka za anesteziologijo in intenzivno medicino operativnih strok Kliničnega centra v Ljubljani, sta izbrala delo specializantke Kalanove, dr. med., iz Splošne bolnišnice Trbovlje z naslovom Področna anestezija za kirurgijo roke na Kliničnem oddelku za plastično kirurgijo in opeklino v Ljubljani. Nagrada omogoča udeležbo na kongresu Evropskega združenja anesteziologov, ki bo spomladi leta 2002 v Nici.

Našega kongresa ne bi bilo brez pomoči in sodelovanja farmacevtske in druge industrije. Nova zdravila, izpopolnjena oprema in podpora raziskavam omogočajo razvoj medicine in s tem učinkovitejše zdravljenje.

Vsem sponzorjem in donatorjem se za finančno podporo iskreno zahvaljujemo.

V Sloveniji smo ponosni, da kakovost naše anestezije ne zaostaja za svetovno. To nam potrjujejo naši kolegi, ki se dodatno izobražujejo v tujini in to priznanje nam izrekajo številni tuji profesorji, ki na svojih predavanjih predstavljajo svoje izkušnje. Veliko dela je bilo vložnega v pripravo kongresa. Naučili smo se veliko novega, tako v strokovnem kot tudi v organizacijskem smislu. Pred nami je sedaj obdobje, ko bomo pridobljeno znanje uporabili in začrtali smernice za nov kongres. ■

Prva evropska konferenca PAIMM 2001

Programi skrbi za zdravnike in drugo medicinsko osebje
z duševnimi motnjami in/ ali boleznimi odvisnosti v Evropi

Dušan Senica

Osmega in devetega novembra letos je v Barceloni potekala konferenca o problemu odvisnosti (ter duševnih boleznih) pri zdravnikih, o prepoznavanju tega problema v različnih sredinah in o programih zdravljenja in rehabilitacije zdravnikov–odvisnikov oziroma duševnih bolnikov.

V Barceloni zato, ker tam že nekaj let uspešno živi PAIMM (Integralni program skrbi za zdravnike, ki zbolijo), ki sta ga septembra 1998 ustanovili skupaj katalonska vlada (približno 80-odstotno financiranje) in katalonska zdravniška združenja (20-odstotni prispevek) z namenom zagotoviti učinkovito pomoč zdravnikom, zbolelim za duševno boleznijo ali boleznimi odvisnosti, tako da so deležni vsega potrebnega zdravljenja in se kasneje vrnejo k svojemu delu v optimalni kondiciji.

Nameni konference so bili v grobem štirje: izpeljava delavnice na to temo s strokovnjaki iz vse Evrope, izmenjava in primerjava dosedanjih izkušenj na tem področju v Španiji in v Evropi, zasnova in pretehtanje mehanizmov sodelovanja, da bi se program (PAIMM) razširil po vsej Španiji in v Evropi ter objava Barcelonske izjave (deklaracije) o takih programih. Menim, da je bilo uvodno vabljen predavanje dr. Johna Stranga ključno za razumevanje problema, zato sem ga prevedel in je v celoti objavljeno v okviru.

Po tem odličnem uvodnem predavanju je sledila **prva okrogla miza** na temo Problem bolnega zdravnika. Najprej nam je domačin **dr. Eugeni Bruguera** predstavil anketo med barcelonskimi zdravniki o njihovem zdravju. Začel je z izsledki **članka Thompsona** in sodelavcev v reviji *British Medical Journal* 29. septembra 2001 z naslovom Kakšen izziv postavlja kultura, zavest in pogodba splošnim zdravnikom pri

skrbi za lastno zdravje: študija kakovosti, ki opisuje odnos splošnih zdravnikov do svojega zdravja in bolezni (na Severnem Irskem): zdravniki čutimo nujno (ali nalogo), da navzven kažemo (lažno?) sliko popolnega zdravja, kar predstavlja popolno bariero za kakršnokoli adekvatno zdravstveno skrb za nas. Naš čustven odgovor na lastno bolezen pogosto niha od panike do negacije. V glavnem pa gojimo navado popolnega ignoriranja svojih težav in težav svojih kolegov. Vse naše ravnanje izgleda, kot da smo sklenili nekakšno **neformalno pogodbo (v senci)**:

Obljubljam da bom zaščitil svoje sodelavce pred posledicami moje bolezni. To pomeni tako pokrivanje med mojo odsotnostjo kot tudi plačevanja nadomeščanja. Ščitil bom svoje sodelavce, tako da bom delal med vsemi svojimi boleznimi vse do trenutka, ko ne bom več sposoben hoditi. Če si bom moral vzeti malo počitka, se bom vrnil na delo ob prvi priložnosti. Od svojih sodelavcev pričakujem, da bodo ravnali enako in naj jim kar bo hudo in neprijetno, če bodo to pogodbo prekršili.

Da bi ta pogodba držala, bom še naprej predvideval, da so moji kolegi dovolj zdravi, da so vedno v službi. To pomeni da je povsem primerno ignorirati znake njihovih fizičnih in psihičnih težav in povsem spregledati nevarnosti za njihovo zdravje. Prav tako pričakujem, da me moji sodelavci ne opominjajo na moje težave, medtem ko bolan opravljam delo.

Anketa med barcelonskimi zdravniki je spraševala naslednje: na koga se obrneš, ko zbolíš, kdo je tvoj izbrani zdravnik, jemanje zdravil, ali upoštevaš navodila o kontrolnih pregledih, opravljanje preventivnih pregledov. **Zaključki** ankete pa so bili naslednji:

1. manj kot polovica zdravnikov ima svojega osebnega izbranega zdravnika (49,2 odstotka),
2. največ si jih izbere iz socialne zavarovalnice (29 odstotkov) ali kolega iz ordinacije

Sodoben pogled na vprašanje zdravnik–odvisnik

John Strang

Svoje zelo slikovito in izzivalno predavanje je začel z vprašanjem, kdo sploh sem in zakaj vam sploh solim pamet tu spredaj. Ob tem je na platno kazal diapozitiv, ki prikazuje ranjence, ki se oprijemajo se umikajo s fronte, očitno s poškodovanimi in povitimimi očmi z naslovom SLEPI VODI SLEPEGA. Povedal nam je, da je našel v knjigi znanega zdravnika Lorinsteina, ki opisuje dogajanja v bolnišnici v Berlinu, opisane tri primere bolezni odvisnosti. Eden izmed teh je bil primer zdravnika iz te bolnišnice v Berlinu, ki si je sam vbrizgal morfij, in to z namenom, da bi odpravil občutek stiske in nelagodja ob obtožbah, da je neadekvatno zdravil neke svoje paciente... Knjigo je ta gospod Lorinstein izdal leta 1877, torej bomo pravkar "praznovali" 125-letnico morfinske odvisnosti...

Zakaj je ukvarjanje z boleznimi odvisnosti pri zdravnikih danes tako zanimivo in terja mnogo naše pozornosti? Ker ljudje, o katerih govorimo, niso kar neki pacienti, uboge pare, ki niso imeli sreče, ampak so to nam najbližji prijatelji in kolegi, s katerimi se srečujemo in sodelujemo vsak dan ter je še toliko pomembneje, da bomo ravnali pravilno in ne po nekem nagonu, konspirativno, zarotniško in – narobe.

V zadnjem času smo priča nepričakovanemu strmemu porastu morbiditete na tem področju, prednjačita pa odvisnost od alkohola in opijatov.

Tip uporabe drog pri zdravnikih je neustrezno in neuspešno prilagajanje vedno novim in novim situacijam, stresom in problemom, ki jih nudi zdravniški poklic (maladaptive coping).

Tipi drog, ki se jih zdravniki poslužujejo: nikakor to niso droge s črnega trga, ampak so ponavadi farmacevtske droge, saj so zdravniki preponosni, da bi kupovali na črnem trgu, najbrž si odvisnik tudi misli, da je "boljši", če mamilo krade v službi.

Med splošnim prebivalstvom gre za čas od treh do petih let med prvo uporabo opijatov in časom, ko odvisnik popolno razvije odvisnost. Zdravnik pa odvisnost popolnoma razvije zelo hitro, v nekaj mesecih.

Poglejmo torej odvisnost zdravnikov kot "posebno entiteto"

a) kaj je posebnega pri razvoju odvisnosti pri zdravnikih?

b) kaj je problem pri boleznih odvisnosti zdravnikov?

c) kakšen je odgovor na to?

Pod **A: Geneza problema:** Nekaj je v tem, kaj sami pričakujemo od sebe, kako se vidimo v družbi, če si postavimo nerealne cilje in jih potem ne moremo doseči... Različni avtorji so opisovali tri faktorje, ki pomagajo nastanku problema:

1. neizpolnjevanje svojih ciljev (tako po količini ali po načinu izpolnjevanja)

2. posebna lahkotnost, kako na drogo pomislimo (se tega ne bojimo kot drugo prebivalstvo)

3. posebna (neznosna) lahkotnost priti do droge (npr. anesteziisti)

Po tej analogiji bi tretji faktor (vzrok) moral veljati tudi za zobozdravnike, farmacevte, medicinske sestre, veterinarje, dobavitelje zdravil, policijo, oddelke za boj proti mamilom, carino, pa vendar to zanje ne velja v taki veliki meri.

Pri zdravnikih gre za dolgotrajno erozijo in naposled **propad tabuja**

- mamil
- opijatov
- injiciranja

Laični (nezdravniški) svet se vsega tega ves čas zelo boji, medicinci pa se od prvih začetnih učnih let svojega poklica učimo ta strah odstranjevati (premagovati).

Specifična **potencialna nevarnost zdravnika odvisnika** vsekakor ni manjša od nevarnosti, ki jo predstavlja bolan ("nor") šofer javnega prevoza, pilot letala ali visoki oficir vojske na zelo izpostavljenem položaju s širokimi pooblastili. Zato je povsem nujno, da se ga mora odstraniti od dela in z delovnega mesta, kjer bi lahko povzročil škodo. (Če si je že priznal problem, mora za to poskrbeti delodajalec, če pa si problema še ni priznal, naj takoj pristopi k njemu kolega,

(15,5 odstotka), redkeje iz službe zdravja zaposlenih (1 – 2 odstotka),

3. skromna polovica zdravnikov (opredeljenih pacientov) ima odprte kartoteke (51,7 odstotka),

4. kar po telefonu ali slučajno med vrati se je o svojem zadnjem zdravstvenem problemu posvetovalo več kot 20 odstotkov zdravnikov,

5. le 47,7 odstotka upošteva navodila svojega zdravnika. Ostali le, če ustreza njihovim prepričanjem,

6. kar 98,4 odstotka jih niti pomisli ne, da bi šli na bolniško pri lažji bolezni,

7. kar 81,6 odstotka zdravnikov samemu sebi predpisuje zdravila,

8. vsi se smatrajo za strokovnjake (91,3 odstotka) in le izjemoma si priznajo da potrebujejo pomoč (2,2 odstotka),

9. kar dve tretjini zdravnikov še nikoli ni prišla na pregled na medicino dela (66,5 odstotka) in sicer zaradi naslednjih izgovorov:

- preveč imam dela (31,6 odstotka)

- ne verjamem preveč v te preventivne preglede (16,3 odstotka)

- to mi povzroča nelagodje (18,4 odstotka),

10. polovica barcelonskih zdravnikov si želi da bi specialisti medicine dela skrbeli za redne kontrole zdravja zdravnikov,

11. zdravnice same sebi predpisujejo manj zdravil kot zdravniki (77,4 odstotka v primerjavi z 86,1 odstotka) in se v primeru bolezni v večjem odstotku odločijo za pravi obisk pri zdravniku kot njihovi moški kolegi (47 odstotkov proti 34 odstotkom),

12. zdravniki starejši od 40 let se bolj pogosto odločijo za pravi obisk pri zdravniku, manj se le posvetujejo s kolegi po telefonu ali mimogrede na hodniku.

Zakaj zdravniki nismo dobri bolniki?

a) iz strahu pred boleznijo in trpljenjem,

b) negiramo, zanikamo simptome,

c) paradokсно nezaupanje zmožnostim mreže zdravstvenega sistema, katerega člen v verigi smo,

d) bojazen zaradi pomanjkanja zaupnosti,

e) nepripravljenost prevzeti vlogo pacienta.

Zdravniki torej ne sprejememo bolezni, ne hodimo na preglede, si sami predpisujemo zdravila, kasneje se neformalno posvetujemo s kolegi o zdravju nekega pacienta, nato moramo na pregled k zdravniku, ki nas od prej ne pozna in nima o nas nobene kartotke, navodila zdravnika jemljemo z rezervo, jih sploh ne upoštevamo, če se razlikujejo od naših prepričanj in vedenjskih vzorcev, ne

verjamemo v medicino dela niti se ne cepimo po predpisih in se vseeno postavljamo za vzgled drugim ljudem.

Naslednji prispevek okrogle mize je bila predstavitev dr. **Jonathana Chicka, profesorja psihiatrije z edinburške univerze z naslovom Kaj razumemo pod "bolan zdravnik?"**

Na začetku je povzel dve raziskavi iz osemdesetih in devetdesetih let o stvareh, ki pri zdravnikih predstavljajo največje duševne obremenitve in po drugi strani največje zadovoljstvo.

Začetniki so kot stres omenjali preveč dela, dolg delovnik, pogovor s prizadetimi svojci bolnikov, neuspešni izhodi zdravljenja ter predvsem premalo podpore in kritičen odnos starejših kolegov zdravnikov.

Splošni zdravniki so za najhujše stresse krivili nočne hišne obiske, nujne pozive med ordinacijskim časom, telefonske pozive ponoči in zgodaj zjutraj, časovno stisko, konfliktno prepletanje poklicnega in družinskega življenja, problematični pacienti ter spet, zanimivo – odnosi s kolegi.

Med stvarmi, ki jim pomenijo največ zadovoljstva, pa so našeli prevzemanje odgovornosti, svoboda pri odločanju o načinu dela, raznovrstnost dela, fizikalni pogoji dela in ponovno – kolegi – sodelavci.

Izsledki raziskave o pitju pri finskih zdravnikih govorijo, da je povečana poraba alkohola povezana z večjo starostjo, stresom in sindromu izgorevanja, splošno nezadovoljnostjo, delom v manjših zdravstvenih domovih, razočaranjem s kariero, hudim kajenjem in uporabo benzodiazepinov ter mislimi o samomoru.

Ko je povzel vzorce raziskav od medicinskih šol naprej preko stažistov, srednjeletnih in starejših zdravnikov, se je izkazalo, da je tudi pri zdravnikih najpomembnejši napovedni dejavnik tveganja za razvoj odvisnosti pozitivna družinska anamneza (npr. alkoholik v prvem kolenu pri zdravniku alkoholiku.)

Nato je govoril o "burn out-sidromu" izgorevanja pri zdravnikih, motnji, ki jo označujejo pretirana negativna pričakovanja, cinično pesimistično mišljenje in biološke motnje. Zdravnikom tožbam o prevelikih delovnih zahtevah, neadekvatnih sredstvih, prehudem ali prepogostem nadzoru ali pa premalo nadzora in preprosto ugotovitvi – ne zmorem – se pridružujejo simptomi, zelo ozko povezani ali pa se celo prekrivajo z depresivnimi simptomi: utrujen, slab spanec, razdražljiv, v konfliktu z ostalimi ter izguba

uživanja, potrnost, zmanjšan libido ter povečano tveganje za miokardni infarkt ali alkoholizem.

Ko se loteva premagovanja in zdravljenja "burn out-sindroma", začne z ukazom Ohladi se! Najprej si moraš priznati, da je to tvoji problem. Nato si zastavi, da je tvoja naloga premagati ga. (Ne pričakuj, da se bo sistem spremenil in tvojega problema ne bo več.) Nikar ne bodi perfekcionista – biti moraš ravnno tako dober kot drugi, ni nujno biti najboljši. In ne presočaj sebe ali drugih z jezo.

Pri premagovanju stresa je potrebno nekatere zadeve pač organizirati in administrirati:

- a) Na primer skupinski pristop za težavne in grozeče paciente.
- b) Od zgoraj naprtene spremembe je potrebno sprejeti, bojevati se spleča le tiste pomembne bitke, v katerih lahko zmagamo.
- c) Zelo pomembno je znati delegirati delo in dolžnosti tudi drugim.
- d) Časovni okvirji so neizogibni, zato si je potrebno izgraditi omejitve pri nalaganju delovnih obveznosti.
- e) Ne pestujte zamer in užaljenosti! Ponovno izgradite samospoštovanje z vsakodnevnimi (pa čeprav malimi) uspehi pri delu in se ne strašite z možnimi "napakami in aferami", ki bi se lahko zgodile.
- f) Pri upravljanju s časom je treba reči "ne" delom, ki niso naša in si postavljati realne roke za izvedbo.
- g) Ne pustite se prekinjati in motiti med svojim delom (bodi krut s časom in ljubezniv z ljudmi). Prispelo pošto preberi le enkrat: uredi takoj, balast takoj odvrzi, le malo si pusti za kasneje.
- h) Naredi si proste termine v dnevni programih za odmor in sprostitve, tu bo čas tudi za reševanje kakšnega nepredvidenega zapleta in problema.
- i) Popraviti nekatere stare (napačne) mišljenjske vzorce v sprejemljivejše:
 - napaka ne pomeni konca sveta,
 - ne pričakujejo od mene, da bom popoln,
 - sprejemam kritiko, imam lahko od tega koristi?
 - ne pričakujem in ne zahtevam priznanj,
 - življenje (v službi) ni vedno pravično in pošteno,
 - imam pravico postaviti meje,
 - imam pravico, da se ne počutim krivega,
 - če bom konstruktivno zagovarjal svoj prav, to ne bo izzvalo nekontrolirane jeze in napadov.

Komunikacija s kolegi: tukaj se da dosti narediti s pristopom: s **poudarjanjem po-**

zitivnega v odnosih bomo tiho (in neizrečeno) eliminirali negativnosti. Vedno začnimo s tem, kaj lahko in bomo storili in ne s tem, česar ne bomo ali nočemo. Ne zanašajmo se na telepatijo: sporočila naj bodo jasna, čvrsta in konstruktivna. Poslušajmo in pokažimo, da poslušamo, ko se pogovarjamo s kolegi ter uporabljamo pravilo "ostanimo v stikih".

Pomoč kolegu: 1. načela – pokazati sočutje, a ne prikrivati, ampak ga opogumljati (k zdravljenju); koristno ga je priganjati in mu pri tem pomagati; poskrbeti in nadzirati, da kolega ne bo samo obljubljal, da bo poskal pomoč, ampak da jo res poišče in sprejme obveze; predpostavljati (preveriti) pri izvajalcih terapije ali se jih udeležuje **2. pogovor s kolegom (intervju)** – dialog kot bi se pogovarjal z nezdravnikom (z inteligentnim laikom); začeti vedno s kolegovimi težavami, skrbmi, opažanji; kar se da izogibati se skrivnostnosti; pokazati empatijo in ne obsojati; takoj biti pripravljen postaviti omejitve in obenem poskrbeti, da se terapija ne bi prehitro končala.

Naslednji prispevek je z naslovom **Od bratstva med zdravniki do javnega zdravlja – etični temelji programa Paimm** pripravil **dr. Marius Morlan Molina**.

Razčlenil je najprej etimološko, kakšna je etika kot karakter in morala zdravnika kot skupek navad ustaljenih kulturnih norm za zdravnika v posameznih okoljih. Omenil je tri ključne momente, ki zdravnike opredeljujejo in sicer Hipokratovo zaprisego, osnivanje zdravniških združenj (kolegijev, kot jim rečejo v Španiji) ter odločitev družbe, da je zdravje splošna in neodtujljiva pravica vseh in vsakogar. Glavni sodnik pri našem odnosu do kolegov kot bratov je samo posameznikova vest. Deontološki kodeks je instrument kolektivnega uravnavanja teh odnosov. Ustavna pravica posameznika do zdravstvene pomoči pa je državi povrnila nekatere regulatorne pristojnosti na tem področju. Vrednote programa PAIMM se kažejo v brezpogojnem ravnanju z bolnim zdravnikom kot s sebi enakim (z bratom), s striktno strokovnim odnosom, ki bo zadržal vse lastnosti učinkovitega zdravljenja in obenem ohranil popolno zaupnost zdravljenja in ohranil kolegijski dogovor (kompromis) o prvi prioriteti, zaščiti javnega zdravlja.

O položaju na tem področju v ZDA je poročal Šved Lars Hakan Nilsson, vrhunski strokovnjak psihiatrije odvisnosti z univerze v Uppsali, ki pa sedaj nekaj let deluje v

zdravnik, specialist – izurjen na tem področju, da ga v nujnost ukrepa prepriča.)

Značilno za zdravljenje boleznih odvisnosti zdravnikov pa je **nenavadno dobra prognoza** zdravljenja. Nekaj možnih vzrokov:

a) zdravnike po opravljenem zdravljenju ponavadi čaka zaposlitev, včasih celo vrnitev na isto delovno mesto v nasprotju z drugimi ozdravljenimi odvisniki

b) zdravniki odvisniki uživajo pri svojem zdravljenju veliko večjo podporo in empatijo kolegov in prijateljev ter seveda družine, ki jo je prej in jo bo bržkone še slej ozdravljeni zdravnik odvisnik preživljal

c) povečana pozornost in spremljanje (monitoring) ozdravljenih zdravnikov odvisnikov in preprečevanje ter takojšnje prepoznavanje možnega recidiva. Nadzor po zdravljenju traja ponavadi do osem let.

Delodajalci, ali se bolje šefi oddelkov, ki zaposlujejo ozdravljene zdravnike odvisnike, imajo velik interes zagotavljati redno in ustrezno spremljanje ozdravljenega bolnika in tudi sami preverjajo, ali se je zadevni res udeležil predvidenega srečanja terapevtske skupine. Zato dobijo nazaj (iz zdravljenja) ponavadi zelo delovne zdravnike, polne novega elana, garače in niso redki šefi oddelkov, ki po zaposlitvi enega ozdravljenega odvisnika zaradi dobrih delovnih izkušenj z njim zaposlijo še kakšnega, da si povečajo delovno uspešnost oddelka.

Pod B: Problemi pri zdravljenju zdravnikov odvisnikov: Ne morejo in ne morejo se odločiti za zdravljenje odvisnosti (vedno najdejo tisoč razlogov proti):

- po mnogih državah je zaradi neizdelanega sistema res slabši dostop do zdravljenja
- stigmatizacija psihičnih problemov in odvisnosti nasploh v družbi (samemu se mi ne zdi ugodno, da bi se šel zdraviti)
- zaskrbljenost zaradi govoric, ki bi lahko pričurljale v javnost kljub diskretnosti programov za zdravljenje zdravnikov odvisnikov
- negotovost, ali sem dolžan (zavezan) javiti naprej, da imam problem, (saj ga morda ni, če ni nihče opazil) in kakšne posledice bo to imelo zame
- ali se bom sedaj moral bati kolegov, ki me bodo videvali in nadzirali ob morebitnem recidivu in ali bom zato ob službo (ponovno?)

Iz vsega tega sledi **katastrofalno slabo prepoznavanje problema**, kar vsekakor še dodatno pogloblja krizo, vse je precej bolj komplicirano od "navadnih" moraliziranih pijancev – laikov.

Dodatne okoliščine, ki še zapletajo

proces pri zdravljenju zdravnikov od bolezni odvisnosti pa so predvsem

- anksioznost zdravnikov – terapevtov (premalno profesionalen pristop)
- ponavljajoča se faza zaničanja
- strah pred stigmatizacijo in razkrinkanje pred drugimi, posebej še drugimi duševnimi bolniki (da slučajno kdo ne izve, da sem jaz, ki se tudi tukaj zdravim, sicer zdravnik)
- pričakovanje (upravičeno s strahom) povečane kasnejše pozornosti in nadzora kolegov, ki “me” bodo po zdravljenju vseskozi z radarsko natančnostjo “skenirali” in “secirali moje delo” še osem let po zaključku zdravljenja.

Še ena **posebnost odvisnikov zdravnikov**: najpogostejša je uporaba drugih drog:

- petidin
- midazolam, apliciran intravenozno (izključno domena zdravnikov)
- anestetični plini

In pod C: kakšen bi lahko bil **odgovor na zastavljene probleme?**

Kje bi lahko poskusili s preprečevanjem, česa se je treba lotiti, kje lahko kaj naredimo, da vplivamo na dejavnike tveganja za razvoj odvisnosti pri zdravnikih?

- medicinske šole
- stažisti – mladi zdravniki – začetniki
- “kultura nedotakljivosti” zdravnikov
- izkrivljeno tovarištvo med zdravniki – “kameradarstvo” prepogosto raje kar krijemo kolega in ga iz zagate raje vlečemo na vse kriplje, namesto da bi se z njim odkrito pogovorili.

Kakšne elemente imamo v rokah, slabe ali dobre?

- Postaviti se je treba **v dejavno vlogo**: odvisnika je potrebno prepričati, **da vstopi v program** zdravljenja. (To stori strokovnjak, ki se s takim zdravljenjem ukvarja, ali neposredno predpostavljeni šef službe ali direktor ustanove, ali pa jaz sam – njegov najbližji kolega, vendar tudi sam dovolj trdno prepričan, da bom zastavljeno nalogo opravil). Vstop v program ne sme biti “prisilen”, ampak **prostovoljen** (seveda spet v navednicah), kajti alternativa je jasna – odvzem licence in izbris iz registra.
- **Pozorno spremljanje** – tudi to prevzame **dejavni sodelavec ali predpostavljeni**, ki diskretno (a zdravljeni ga mora opaziti), redno in striktno spremlja sodelovanje in napredovanje v programu
- **Nujen je nadzor tretje strani** (to so ponavadi starejši kolegi v matični ustanovi –

ZDA. Zdravnika odvisnika je označil kot “malpracticing” doktorja, ki bi ga slabšalno lahko označili kot oslabiljenega, škodljivega; ki se mu pogosto zgodijo medicinske napake; z nekoliko neurejeno osebnostjo; včasih popolnoma “burnt out”; “dobri” doktor z enim ali več neželenimi pojavi (dogodki). To stanje (oslabiljenost in škodljivost) se izraža z odsotnostjo z dela, obrati razpoloženja; pacienti in sodelavci se pritožujejo; drugi pokrivajo njegove napake; ustvari se **zarota molčečnosti** in kolega ni več sposoben opravljati dela kot zdravnik. Kako s takim kolegom – pacientom – odvisnikom ravnati? Najprej proces identifikacije, nato intervencija, potem zdravljenje ter sledenje po zdravljenju.

Strategije uspešnega zdravljenja bi bile naslednje: močna emocionalna podpora kolegov in prijateljev; skrben somatski in psihološki pregled bolnika, nujni so izdelani preventivni, vzgojni in terapevtski ter formalni postopki pri identifikaciji in naslavljanju problema; enotne in jasne smernice, ki nas bodo senzibilizirale za nevarnost samopredpisovanja snovi, ki lahko povzročajo odvisnost. **Program zdravljenja zasvojenih zdravnikov** mora imeti jasne in ostre postopke ocenjevanja z zakonskimi, medicinskimi, profesionalnimi in družinskimi merili in informacijami; program zdravljenja temelji na 12-stopenjskem programu odvajanja od odvisnosti: uporablja se tehnika Mirror Image Therapy; terapevtske skupine za samopomoč, sestavljene iz zdravnikov; pomembna faza nadziranja.

Prevalenca med zdravniki v ZDA? Po anketi samih zdravniških organizacij pri AMA kar 9.600 zdravnikov uživa v večji meri alkohol, benzodiazepine ter blažje opijate in v manjši meri cigarete in nelegalne droge.

Na **drugi okrogli mizi** naj bi predstavniki **evropskih držav** poročali o tem, kako so programi zdravljenja uvedeni in utečeni po državah Evrope.

Začel je predstavnik iz **Nemčije dr. Christian Haasen**, ki je povedal, da se v tako veliki in bogati državi z mnogo zdravniki na tem področju ne opravljajo raziskave, ni podatkov v (strokovni) javnosti, kako velik je problem odvisnosti med zdravniki v Nemčiji. Od te konference pričakuje, da bo na ravni Evrope pritisnila na vlade, da bodo za to zagotovile sredstva in podporo za raziskavo ter uvajanje programov, ki so se v nekaterih deželah že pokazale za uspešne.

Dr. Jolyon Oxley, častni sekretar (vod-

ja) National Counselling Service for Sick Doctors iz Velike Britanije je predstavil celo paleto raznih organizacij in združenj, ki so na voljo za pomoč bolnim in zasvojenim v Veliki Britaniji, najprej vsem, nato posebej zdravnikom, bodisi brezplačne, bodisi plačljive, ter navedel nekaj uspehov in neuspehov z različnimi potmi zdravljenja. Opisal je potreben pomik k bolj “neprostovoljnim” proceduram zdravljenja zdravnikov, ki se dogaja zadnja leta kot edino uspešen, in svetoval, naj se pri uvajanju novih programov za zdravnike – odvisnike ostane na čimbolj strokovni – profesionalni ravni. (V mislih je imel še mnoge druge oblike pomoči odvisnikom, ki so v Veliki Britaniji na voljo celotnemu prebivalstvu.)

Nato je **Šved Lars Hakan Nilsson poročal še o švedskih izkušnjah**. Švedska alkoholna kultura pravi, da kjer je pijača, je zabava, in če ni pijače, ni zabave (nikakršne). Raziskava pred 20 leti je pokazala, da pozitivna pričakovanja ob uživanju alkohola spremenijo obnašanje v bolj živahno, samozavestno in spolno privlačno. Velik odstotek je na Švedskem občasni krokarij (turneje pitja). Med 26.000 švedskimi zdravniki je četrtnina potrebovala pijačo po delu za sprostitev. 15 odstotkov jih je menilo, da bi morali zmanjšati pitje alkohola. 17 odstotkov jih pozna kolega, ki zlorablja droge in alkohol. Vsako leto je zaradi tega problema na “zasišanju” približno 50 zdravniških licenc in vsako leto jih zaradi problema odvisnosti od vzamejo 10 zdravnikom na Švedskem.

Svoje izkušnje pri zdravljenju zdravnikov–odvisnikov v svojih državah, za katere pa prav tako ni posebnih programov samo za zdravnike, so opisali še **dr. Icro Maremani** z univerze v Pisi (**Italija**), **dr. Marc Auriacombe** iz Bordeauxa (**Francija**) ter **dr. Gabriella Fisher** iz enote za odvisnosti od drog univerzitetnega oddelka za psihiatrijo **na Dunaju**.

Naslednjega dne smo na **tretji okrogli mizi** poslušali izkušnje in težave pri prenašanju in uvajanju programa PAIMM iz Katalonije, kjer je bil prvotno ustanovljen, še na nekatere ostale avtonomne pokrajine v Španiji: Valencia, Madrid, Navarra, Balearsko otočje, Cordoba. Sledil je še zanimiv prikaz programa RETORN za medicinske sestre (poseben program z identičnimi metodami in profesionalnostjo) in nazadnje tudi predstavitev same enote za hospitalizacijo programa PAIMM, kjer se zdravljenja vršijo.

Drugi del in **četrti okrogla miza** pa je bila

namenjena oblikam institucionalnega sodelovanja v Španiji in Evropi z namenom razvoja in razširjanja programa PAIMM. Govorili so o tem, kako naj zdravniška združenja po posameznih državah nadaljujejo s svojimi prizadevanji o raziskavah na tem področju in ustanavljanju programov. Druga tema je bila vloga lokalnih vlad (posameznih pokrajin ali držav), vloga posameznih evropskih zdravniških združenj (CP, UEMS, UEMO, AEMH, PWG, CIO) ter nazadnje načrt strategije za naprej z objavo Barcelonskega manifesta, ki ga tudi podajam v celoti:

Barcelonski manifest

Preambula

Pravica do zdravja je v zadnjem stoletju v Evropi postala realnost. Prav tako smo duševne motnje in odvisnosti v zadnjih desetletjih končno spoznali kot bolezni in smo jih kot take začeli obravnavati. Tako duševne motnje in bolezni odvisnosti postopno izgubljajo oznake družbene stigmatizacije iz preteklosti. Tudi zaradi teh sprememb je psihiatrična oskrba postala vse bolj vključena v zdravstvene sisteme. Splošna pravica do zdravstva in dostopnosti do zdravstvenega varstva je sedaj razširjena in uveljavljena po vsej Evropi.

Kljub temu dejstvu ostajajo, posebno zdravniki in tudi drugi zaposleni v zdravstvu, najslabše spremljana in preskrbljena skupina prebivalstva.

V zadnjih letih se je pokazalo, da se zaposleni v zdravstvu in še posebej zdravniki v večini primerov, ko zbolijo, ne obnašajo ustrezno – kot pacienti. Nasprotno, zavedati se moramo, da duševne motnje in bolezni odvisnosti še vedno spremlja močna družbena stigmatizacija, tudi v zdravstvenih kolektivih. Zaradi "kulturnih predsodkov" ponavadi zdravniki ne iščejo pomoči pri kolegih, da ne bi bila njihova bolezen razpoznavna kot slabotnost, šibkost. Zatorej so mnoge bolniške odsotnosti, oslabitve in oviranosti zdravnikov gotovo posledica motenj, ki bi se jih dalo uspešno zdraviti.

Zelo pomembno vlogo pri tem, da delavci v zdravstvu in še posebej zdravniki, ki trpijo zaradi duševnih motenj in bolezni odvisnosti, ne poiščejo ustrezne pomoči, ima strah pred tem, da jih sodelavci ali pacienti odkrijejo (in si jih kot take, stigmatizirane, zapomnijo). Močan občutek krivde, ki ga izkusijo zdravniki s temi boleznimi in prav tako močna težnja po skrivanju teh bolezni samo še oddaljita odločitev posameznika, da bo poi-

skal pomoč in slabšata prognozo. To sedaj ni samo posameznikov problem, ampak postane splošni zdravstveni problem.

Da bi zagotovili zdravnikom dostop do vseh zdravstvenih uslug in programov, posebej še psihiatričnih, je nujno, da ti in taki programi temeljijo na naslednjih načelih:

1. Zdravstveni sistem mora zagotavljati zdravnikom in delavcem ostalih zdravstvenih poklicev enako dostopnost do zdravstvenih storitev kot vsemu ostalemu prebivalstvu.
2. Dostop do zaupnega zdravljenja je zelo pomemben za vse paciente. Zaradi posebnega strahu pred stigmatizacijo in razkritjem pa bodo za zdravljenje zdravnikov potrebne še posebne prilagoditve teh programov.
3. Nujno je razviti manjkajoče (v posameznih državah Evrope) programe in oblike zdravljenja, da bodo lahko zdravniki in delavci ostalih zdravstvenih poklicev ustreznega zdravljenja v primernih pogojih.
4. Pristojna upravna (zdravstvene oblasti) in strokovna (zdravniška združenja, zbornice) telesa naj imajo pomembno vlogo pri organizaciji, vodenju in nadzoru kakovosti ustvarjenih teh programov zdravljenja. Prav tako morajo za to pristojne institucije poskrbeti za financiranje teh programov.
5. Namen in smoter teh programov ni le izboljšati in povrniti zdravje zdravnikov, vključenih v zdravljenje, ampak skozi to predvsem skrb za vzdrževanje dobrega sistema zdravstvenega varstva in varovanja celotnega prebivalstva.
6. Taki programi naj bi imeli tudi preventivne naloge. Skušali naj bi zagotoviti zdravnikom in delavcem ostalih zdravstvenih poklicev kar najugodnejše pogoje in možnosti za odkrivanje njihovih duševnih bolezni in bolezni odvisnosti v zgodnji fazi in kar se da uspešno zdravljenje.
7. Še naprej je treba spodbujati raziskave na tem področju s posebnim poudarkom na vplivih delovnih pogojev in ostalih dejavnikov tveganja na duševno zdravje.
8. Prav tako je potrebno spodbujati promocijo zdravja, še posebej duševnega, tako na organizacijski ravni kot na ravni posameznika. ■

V Barceloni, 8. novembra 2001

peer-review) in zaradi večplastne nuje po uspešnosti izhoda zdravljenja (skrb za vzdrževanje dobrega sistema zdravstvenega varstva in varovanja celotnega prebivalstva) **nadzor spraviti na najvišjo možno raven**. Zato je tudi legitimno, da v nekaterih fazah paciente – odvisnike ločujemo

	Zdravnik	Sestra odvisniki	Ostali bolniki	Duševni
Krizno ukrepanje / nujen sprejem				
Detoksikacija				
Rehabilitacija				
Monitoring				

- Zdravnika **ne moremo dati** na čakalno listo za sprejem na zdravljenje!
- Za **vstop** v zdravljenje **mora nujno biti** prostor za sprejem na zdravljenje takoj, ko se odloči.
- Skozi **usmerjanje nalog zdravljenja** (narrowing) ga je **potrebno pospešeno pripravljati** na obdobje nadziranja po zdravljenju!
- Ali mora biti hospitaliziran? **DA.**
- Ali mora biti **vsak dan čist**? **DA.**
- Ali je **dopustno**, da gre na metadon? **NE.**
- Kaj pa **človekove pravice** in toleranca do pacientove **osebne odločitve**? **Zdravniku se v procesu zdravljenja dopušča mnogo manj osebnih pravic!!**
- Zdravnikom je **potrebno diskretno, a vztrajno ponujati** možnost vstopa v sisteme zdravljenja odvisnosti. V Veliki Britaniji še vedno ni sistema, ki bi lahko nadzoroval **vse zdravnike**, še vedno je veliko samozaposlenih – posameznikov.
- **Plačevanje** teh programov mora **nujno** potekati in biti brezhibno urejeno (v Veliki Britaniji 100 odstotkov **država**, v Kataloniji 80 odstotkov država in 20 odstotkov **zdravniška združenja**).
- **Pogajanja** o ponovnih zaposlitvah ozdravljenih zdravnikov odvisnikov se **vedno** končajo v **prid zdravnika**.
- Nadzor in spremljanje, ki traja v Veliki Britaniji do 8 let, vedno poteka v stiku z delodajalcem in s podporo in sodelovanjem vseh kolegov v službi – le tako imamo možnosti za uspeh.

Dr. John Strang (National Addiction Center, The Maudsley & Institute of Psychiatry, London) je končal predavanje z istim diapozitivom, kot ga je začel: s fronte v zaledje SLEPEC VODI SLEPCA. ■

Kako komunicirati z bolnikom

Urška Lunder

Poročilo in razmišljanje ob javnem forumu, ki ga je Zavod za razvoj paliativne oskrbe organiziral 18. septembra v Štihovi dvorani Cankarjevega doma.

Izpovedim bolnikov in njihovih svojcev o njihovem doživljanju v zdravstveni oskrbi ob hudi bolezni v kratkem filmu na samem začetku foruma je prisluhnilo poslušalstvo v do zadnjega kotička zasedeni dvorani. Cilj je bil jasen: ponuditi možnost odkritega pogovora zdravstvenih delavcev vseh poklicev in javnosti o kakovosti komuniciranja z bolnikom, še posebej s hudo bolnim, in o možnih spremembah. Za odgovore in komentiranje so se odzvali vabljeni gosti: **doc. dr. Tone Pačnik, klin. psih., Darinka Klemenc, dipl. m. s., doc. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., prof. dr. Eldar Gadžijev, dr. med., Marina Velepčič, viš. med. ses., Metka Klevišar, dr. med., Darja Boben Bardutzky, dr. med., asist. dr. Janko Kersnik, dr. med., in doc. dr. Majda Pahor, univ. dipl. soc.**

Med potekom razprave smo ugotovili, da so se foruma udeležili številni strokovnjaki s področja medicine, v velikem številu s področja zdravstvene nege, psihologije, andragogike, predstavniki različnih nevladnih organizacij, klubov, društev in laična javnost ter novinarji. Pripeljali so se tudi iz najbolj oddaljenih krajev Slovenije.

S pogledom dr. Majde Pahor v uvodu smo se seznanili z začetkom predavanj pri sociologiji na Visoki zdravstveni šoli v Ljubljani: v zdravstvu ni pomembno le, kaj nekdo dela, ampak kdo kaj dela, za kar se je nenehno potrebno spraševati: "Kdo sem jaz?" To preprosto vprašanje nam razkriva, da smo enkratni, posebni, a obenem povezani z drugimi, pripadni. Za komuniciranje prebivalcev Srednje Evrope je še posebej značilno, da so prisotni izraziti hierarhični odnosi.

Naša povezanost z drugimi in izrazita hierarhičnost odnosov ne le v profesionalnem smislu, temveč tudi v medosebnih odnosih sta v zdravstvu nekakšna kritična točka, saj se večina pritožb na delo zdravnikov in medicinskih sester nanaša na odnose do bolnika in mnogo manj na strokovne napake. Ljudje smo bolj občutljivi na odnose kot pa na napako. Zanimivo je, da se ne pritožujejo bolniki, ki so bili obravnavani v zasebni praksi.

Raziskava medicinskih sester o nasilju v zdravstvu je pokazala, da je prisotno nasilje v zdravstvu tako med zdravstvenimi delavci samimi. Ob tem je Darinka Klemenc poudarila dejstvo, da moramo zdravstveni delavci najprej pomesti pred svojim pragom, v horizontalni vrsti nasilja med nami samimi.

Dobrega komuniciranja se je mogoče naučiti. Nekateri to počno z izkušnjami skozi lastne napake, kar je pogosto predraga šola predvsem za bolnika. Nujno bi bilo pouk komuniciranja predvideti že v zdravstvenih šolah in na medicinski fakulteti. Nekaj tega se že odvija v okviru nekaterih predmetov, kjer se na primer pri družinski medicini študenti učijo s pomočjo video posnetkov svojih igranih pogovorov s simuliranimi bolniki, oziroma na zdravstvenih šolah, kjer poučujejo komuniciranje, vendar je nujno še bolj poglobljeno izobraževanje.

Po raziskavi dr. Kersnika, ki je ocenjeval zadovoljstvo bolnikov s svojimi splošnimi zdravniki, smo v primerjavi s tistimi v ostali zahodni Evropi precej dobro primerljivi v različnih vidikih zadovoljstva bolnikov, predvsem na strokovni ravni, vendar pa manj v komuniciranju. Slovenski bolniki se v večji meri kot povprečno v Evropi pritožujejo predvsem, da zdravnik nima dovolj časa za čustvene probleme bolnika in da bi bilo potrebno več narediti za to, da se bolnik sprosti in odprto izrazi svoje težave. Za bolnika ni tako pomemben kronološki čas, ki ga zdravnik posveti bolniku, ampak kakovost tega časa, oziroma bolnikov občutek, da je dobro obravnavan. Internet, ki si počasi utira pot v komuniciranju med zdravnikom in bolnikom ni nadomestilo za dobro komuniciranje, temveč le skriti kotiček za razjasnitev problemov.

V svetu seveda obstajajo kulturološke razlike v komuniciranju, vsem kulturam pa je skupno, da bolnik pričakuje sočuten pogovor z zdravnikom. Dr. Zwitter je menil, da zdravstveni delavci hitro najdemo izgovor, da se z bolnikom ne pogovorimo oziroma mu ne povemo slabe novice. Slabo novice je potrebno sporočiti na primeren način, kajti vsak človek je svet zase. Pogosto se po prvem šoku, kot je pripomnila tudi dr.

Senčarjeva, zapre vase in šele po določenem času ter premisleku lahko nadaljuje komuniciranje.

V zdravstvu se pravzaprav kaže naš način komuniciranja iz vsakdanjega življenja. Metka Klevišarjeva je prepričana, da na dan prihajajo družbene tabu teme, kot je naš odnos bolezni, smrti in umiranja. Če nas je tega strah, se bomo tudi zdravstveni delavci o tem težko pogovarjali. Lahko se nam zgodi, da se kljub dobri poučenosti o dobrem komuniciranju nekoč znajdemo v situaciji, ko ne vemo, kako ravnati, ker se problem dotika naših strahov. Takih trenutkov se bojimo in se jim najraje izognemo.

Na način komuniciranja pa ne vpliva le družbena raven komuniciranja, temveč tudi vodstvo in odnosi v zdravstvenih ustanovah. Nujno bi potrebovali več vljudnosti in lepega vedenja, je dodala Marja Strojina, česar se je mogoče naučiti. Pogosteje kot nevljudnost pa je v zdravstvenih ustanovah prisoten problem spregledanosti.

Priznati si moramo, je menil dr. Tone Pačnik, da lahko gre strokovnjak pri hudih problemih, ki zadevajo zdravje, v komuniciranju samo tako daleč, kot si upa. Zgodi se, da zdravnik ne more sporočiti resnice. Dobro bi bilo v delovne skupine, ki skrbijo za umirajoče, vključiti tudi klinične psihologe.

Medicinska sestra, ki je bolnikova zagovornica in usklajevalka dela, je po mnenju Darinke Klemenc v sporočanju slabe novice omejena s svojimi pristojnostmi. Bolniku in svojcem lahko posreduje le informacije v zvezi z zdravstveno nego, čeprav je dr. Eldar Gadžijev dodal, da z njimi več in pogosto bolje komunicira kot zdravnik. Priča smo problemu komuniciranja znotraj zdravstvene delovne skupine, ko imamo na eni strani preveliko domačnost, na drugi pa premočno hierarhijo. To bi bilo dobro spremeniti. Študentje različnih šol bi se lahko že med študijem naučili dela v delovni skupini in sodelovanja. Dr. Pahorjeva je pripomnila, da trenutno obstaja ogromna socialna distanca med Medicinsko fakulteto in Visoko šolo za zdravstvo, ki se prenaša tudi v poklic.

Dogaja se, kot pravi dr. Gadžijev, da bolniku nihče ne pove resnice. Tako bolnik ostaja osamljen in doživlja hude stiske. Zdenka

Mörec je še dodala ugotovitev, da je bolnik prepuščen sam sebi in si zadeve razlaga po svoje. Veliko truda bo potrebno za zmanjšanje hierarhije v zdravstvu in pritegnitev bolnika v partnerski odnos. K sreči so bolniki vedno bolj seznanjeni s svojimi pravicami, kar nedvomno prispeva k spremembam na bolje. Darja Boben Bardutzky je dodala, da je treba bolnike spodbujati, da sprašujejo in sodelujejo. Da se odprejo, potrebujejo čas in zato je treba v odnosu z njimi vztrajati.

Včasih so zdravniki in tudi drugi zdravstveni delavci neprijazni zaradi strahu pred odgovornostjo. Ko pa si upamo priznati lastno neznanje, nam je lažje in komuniciranje se izboljša. Trenutno živimo v navideznem sistemu idealnega zdravstva, je menil dr. Zwitter, kjer je veliko možnosti, ki pa zaradi pomanjkanja denarja niso vsem dostopne. V takem položaju se zdravnik z bolnikom težko spusti v razpravo o vseh možnih oblikah zdravljenja.

Zavedati se moramo, da dobrega komuniciranja ni mogoče doseči samo z informiranjem, ampak predvsem skozi izkustveno učenje. V to je potrebno vključiti tudi učenje kultiviranega sproščanja nasilja, ki se kopiči

v ljudeh, ki se dnevno srečujejo s trpljenjem, je menila zdravnica iz Murske Sobote ob svojem delu s starejšimi v domu upokoencev.

Zase moramo poskrbeti tako, da gojimo dobre odnose na delovnem mestu. Težko je odpraviti strahove in se pogovarjati. Podpirati bolnika v njegovi samozavesti in v njegovih pravicah, pa je delo, ki ga je v zdravstvu še potrebno izpeljati.

Z namenom ustvariti bolj humano zdravstvo, naj se zdravstvene šole in druge odgovorne ustanove pozove k vključitvi teme foruma v predmetnike teh šol. K reševanju teh problemov je nujno pritegniti tudi medije.

Sodelavci Zavoda za razvoj paliativne oskrbe se vsem obiskovalkam in obiskovalcem foruma prisrčno zahvaljujemo za sodelovanje in za spodbudne odzive in predloge še dolgo po forumu v Cankarjevem domu.

Dodajamo pa še zgovoren povzetek nedavno izvedene raziskave med študenti Visoke zdravstvene šole v Ljubljani, ki jo je izvedla dr. Majda Pahor in jo z njenim dovoljenjem v stavkih, ki se dotikajo zdravnikov, povzemamo: na vprašanje, kdo so medicinske sestre v Sloveniji, so študenti med drugim odgovarjali tudi z opisom odnosa do

zdravnika.

“Zdravniki so bili v tekstih skoraj tako pogosto omenjeni kot bolniki. Nobena izjava teh odnosov ne opisuje kot sodelovalnih, kolegialnih ali odnosov medsebojnega spoštovanja. Izjave poudarjajo neupravičeno podrejenost in nesamostojnost medicinskih sester ter njihovo zatiranje.” Avtorico je presenetila jakost negativnega odnosa do profesije v zdravstvu, s katero medicinske sestre najpogosteje sodelujejo.

Težko bi presodili utemeljenost izjav študentov, a gotovo se skozi njih kanalizira globoka grenkoba celotne poklicne skupine medicinskih sester. Če so dobili takšno sliko o svojem prihodnjem poklicu študenti Visoke zdravstvene šole že med svojo obvezno prakso, si težko predstavljamo vidnejše premike v odnosih v zdravstvu v bližnji prihodnosti in samo učenje komuniciranja v šolah ne bo pomagalo.

Resnične spremembe so v nas samih, pa naj se sistem obrača tako ali drugače. Gre ne le za bolnika, temveč tudi za nas zdravnike, ki večino svojega dne preživimo v svojem poklicu, ki je lahko napolnjen s sočutnimi odnosi ali pa ne. Kakor izberemo. ■

Učna delavnica o prenatalni diagnostiki strukturnih srčnih napak

Samo Vesel

Od 15. do 16. novembra je v dvorani predstavništva Krke d.d. v Ljubljani potekala učna delavnica “Ultrazvočna ocena plodovega srca”. Sto dvajset slovenskih ginekologov je obnovilo in izboljšalo svoje znanje o prenatalnem odkrivanju strukturnih srčnih napak in motenj srčnega ritma.

Sestavni del presejalnega ultrazvočnega pregleda ploda za ugotavljanje prirojenih anomalij, ki se izvaja v dvajsetem tednu nosečnosti in ki je v večini razvitih držav in tudi v Sloveniji del rednega programa prenatal-

nega varstva žena, je ocena plodovega srca v projekciji štirih votlin. Čeprav je preiskava navidez enostavna in bi pričakovali da z njo odkrijemo večino pomembnih strukturnih srčnih napak, to ni tako. Deloma so “zgrešene diagnoze” posledica slabe ultrazvočne preglednosti pri nekaterih nosečnicah, del jih gre na račun napak, ki nastanejo proti koncu nosečnosti, v večini primerov pa gre za neustrezno subjektivno oceno preiskovalca pri presejanju.

V okviru Službe za kardiologijo Pediatrične klinike v Ljubljani že vrsto let deluje



Center za prenatalno diagnostiko prirojenih srčnih napak. V okviru Centra zagotavljamo natančno morfološko diagnostiko in svetovanje nosečnicam, pri katerih ginekologi pri presejanju posumijo na strukturno srčno napako ali pa je tveganje za prisotnost srčne napake pri plodu zaradi različnih vzrokov večje. Ustaljena je tudi diagnostika in zdravljenje fetalnih motenj srčnega ritma. Pri svojem delu tesno in dobro sodelujemo z zdravniki Kliničnega oddelka za perinatologijo Ginekološke klinike v Ljubljani, od koder je napotenih večina nosečnic na fetalni kardiološki pregled in kjer kasneje večino prizadetih nosečnosti do poroda tudi vodijo. Poldoben center se razvija tudi v Mariboru v okviru otroškega dispanzerja Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca. Slednji deluje kot drugostopenjski center, namenjen pa je nosečnicam iz severovzhodne Slovenije.

Slovenski perinatologi in pediatri kardiologi nismo bili zadovoljni z deležem prenatalno ugotovljenih srčnih napak, zato smo pred dvema letoma sklenili pripraviti program dodatnega izobraževanja za morfološko oceno plodovega srca za ginekologe, ki izvajajo presejalne ultrazvočne preglede. Učna delavnica je potekala pod krovnim organizatorstvom Združenja za perinatalno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu. Za predavatelja smo uspeli pridobiti dva vrhunska strokovnjaka z Enote za fetalno kardiologijo iz Guy's Hospital iz Londona, vodilne institucije na svetu za omenjeno področje. Udeleženci so to znali ceniti in so napolnili predavalnico predstavništva Krka d.d. v Ljubljani do zadnjega kotička.

Po pozdravnih besedah strokovne direktorice Ginekološke klinike prof. dr. Helene Meden Vrtovec je v uvodnem predavanju predsednica organizacijskega odbora učne delavnice asist. prim. Tončka Završnik podala pregled presejalnih testov v porodništvu. Poudarila je, da čeprav so srčne napake med prirojenimi anomalijami najpogostejše, je njihovo odkrivanje pri presejanju najslabše. Čeprav je mogoče z natančno oceno projekcije štirih votlin ugotoviti 50 do 60 odstotkov pomembnih srčnih napak, je delež dejansko odkritih v večini evropskih držav pod 30 odstotki. Predstavila je tudi merjenje vratne svetline, ki se izvaja pri plodu med 10. in 14. tednom nosečnosti in ki je pri plodovih s pomembno srčno napako širša kar v 56 odstotkih. Sledil je prispevek Sama Vesela iz Pediatrične klinike, ki je orisal področje dela fetalne oz. perinatalne kardiologije,



Učitelj skrivnosti ultrazvoka generacijam slovenskih zdravnikov prim. Igor Japelj v pogovoru s predsednico organizacijskega odbora asist. prim. Tončko Završnik.

ter predstavil rezultate dela Centra za prenatalno diagnostiko prirojenih srčnih napak v minulih dveh letih. Poudaril je, da se bo število odkritih srčnih napak povečalo šele, ko se bo spremenila struktura napotenih nosečnic glede na napotno diagnozo. Več kot 70 odstotkov napotitev predstavljajo nosečnice z družinsko obremenitvijo oz. z minimalno povečano vratno svetlino pri plodu, kjer lahko srčno napako pričakujemo največ v dveh odstotkih. Predavanja prvega dne je zaključil asist. Tomaž Podnar, ki je predstavil obravnavo novorojenca, pri katerem sumimo, da ima srčno napako. Sledila je okrogla miza, za katero sta izhodišča predstavila prim. Igor Japelj, učitelj perinatalne ultrazvočne diagnostike generacijam slovenskih ginekologov in njegov sodelavec, mag. Jernej Završnik iz otroškega dispanzerja Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca v Mariboru. Udeleženci so razpravljali o obsegu pregleda srca pri plodu, ki ga bodo predlagali ginekologom, ki izvajajo ultrazvočne presejalne preglede, in o stopenjski organizaciji prenatalne diagnostike srčnih napak. Sklepi in priporočila bodo objavljeni naknadno.

Predavanja in demonstracije drugega dne srečanja sta v celoti izvedla gosta iz Velike Britanije dr. Gurleen Sharland in dr. Andrew Cook. Skupaj sta s področja fetalne kardiologije objavila več kot 70 člankov v strokov-

nih revijah in sta redno vabljena predavatelja na najodmevnejših svetovnih srečanjih na omenjenem področju. Predavanja sta razdelila v tri tematske sklope. V prvem sklopu sta predstavila normalno morfolologijo plodovega srca, v drugem srčne napake z anomalno projekcijo štirih votlin in v tretjem srčne napake z anomalijami iztoka velikih arterij. Predstavitvi teorije in ultrazvočnih posnetkov je v vsakem sklopu sledila še predstavitev patomorfoloških preparatov, pripravljenih na osnovi tipičnih ultrazvočnih projekcij. Med prvim in drugim tematskim sklopom je dr. Gurleen Sharland preko projekcije ultrazvočne slike na platno, udeležencem demonstrirala ultrazvočno preiskavo plodovega srca pri plodovih treh različnih gestacijskih starosti. Ob koncu predavanj je sledil niz demonstracijskih ultrazvočnih posnetkov in posnetkov patomorfoloških preparatov, ob katerih so udeleženci v sproščenem vzdušju lahko preverjali pridobljeno znanje.

Učno delavnico, pri organizaciji katere gre zahvala za pomoč podjetju Krka d.d. in predstavništvu Alope, smo sklenili s prepričanjem, da bodo tovrstna srečanja med perinatologi, neonatologi in pediatri kardiologi v prihodnje postala stalnica in da bomo ob naslednjem srečanju že lahko poročali o izboljšanju ravni prenatalne diagnostike in obravnave otrok z bolnim srcem. ■

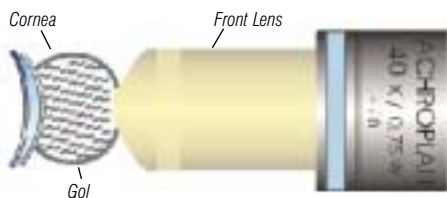
“Histološki” pregled roženice in vivo

Kristina Mikek

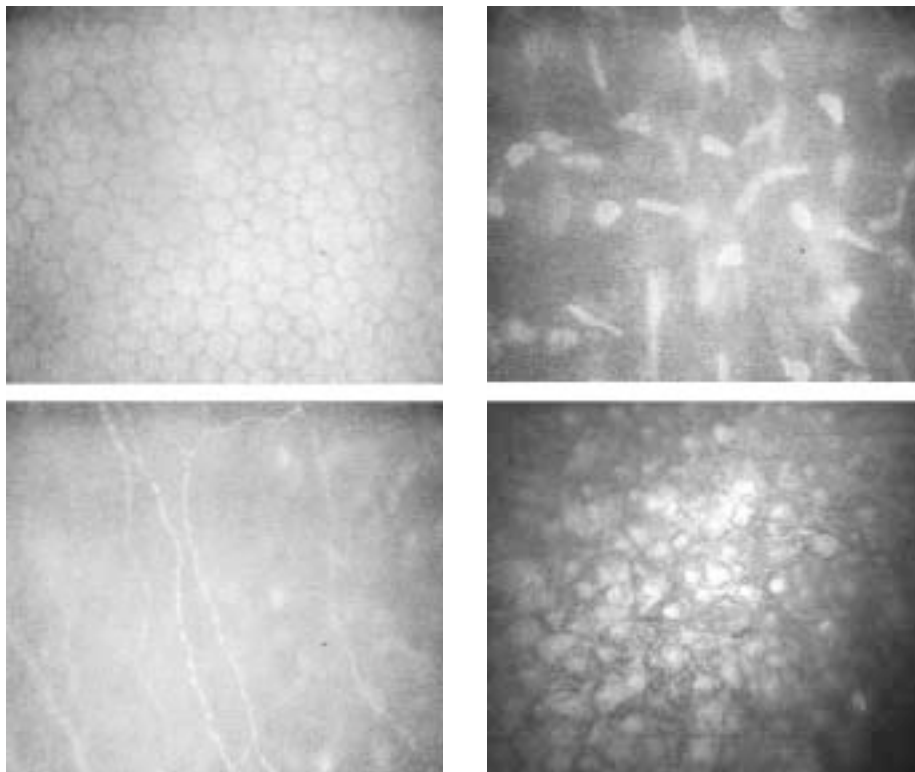
V novembru 2001 sem se udeležila strokovnega izpopolnjevanja s področja konfokalne mikroskopije. Gre za diagnostično preiskovalno metodo, s katero je mogoče pregledati plasti roženice in vivo ter analizirati morfološke spremembe na ravni celice. Na kratko: histološki pregled roženice in vivo. S konfokalnim mikroskopom smo na Očesni kliniki v Ljubljani začeli bolnike pregledovati letos po preselitvi na novo lokacijo.

V Italiji sem obiskala Očesno kliniko v Padovi in sicer prof. Mídeno, ki se ukvarja predvsem s patologijo ter kirurgijo roženice. Imajo konfokalni mikroskop, s katerim pregledujejo roženico pred operacijami in po njih za korekcijo dioptrije (refraktivnih operacijah). Rutinsko pa pregledujejo ljudi, ki nosijo kontaktne leče po določenem časovnem obdobju. S pomočjo konfokalnega mikroskopa je namreč poleg morfoloških sprememb roženice mogoče meriti in slediti tudi debelino roženice.

Danes v svetu opravljajo več vrst operacij za korekcijo dioptrije odvisno od refrakcijskega stanja očesa: poleg PRK-ja (photo-refractive keratectomy), LASIK-a (laser in situ keratomileusis), vstavljanja intraokularnih leč v sprednji ali zadnji prekat pri zelo visoki kratkovidnosti se že uveljavlja nova metoda LASEK (laser subepithelial keratomileusis). Prvi dan sem sodelovala pri operaciji LASEK, kjer se dvigne epitel roženice, sledi stanjšanje roženice z Eximer laserjem, nato pa se z epitelom ponovno prekrije defekt roženice. Rezultati te metode so po časovnem obdobju dveh let dobri, enakovredni LASIK-u, ki je bolj invazivna metoda, ker zahteva rez v stromo roženice. Nova metoda napoveduje manj komplikacij med samim posegom in tudi po operaciji. Na tem oddelku enkrat na teden v enem dnevu na-



Princip preiskovalne metode



Plasti zdrave roženice (od leve proti desni): notranja endotelna plast, stroma s keratociti, Bowmanova membrana z živčnimi končiči ter zunanja epitelna plast.

redijo tudi do 40 tovrstnih operacij, 1.500 operacij na leto. Pacienti so vključeni v raziskovalni projekt s konfokalnim mikroskopom. Po prvih ugotovitvah po pregledu vseh plasti roženice s konfokalnim mikroskopom ugotavljajo, da je LASEK zelo neinvaziven poseg, ki praktično ne pušča patoloških sprememb v globokih plasteh roženice.

Naslednji dan sem se odpravila na Očesno kliniko v Descenzano, ki najdlje uporablja konfokalni mikroskop in je dober referenčni center s področja raziskav roženice. Dr. Spedalo mi je ob dejavnem sodelovanju pomagal izboljšati moje znanje v morfologiji roženice (možne artefakte, možnost določanja gostote vseh celic od epitelne plasti, strome in endotelne plasti roženice) in mi prikazal roženično patologijo. Po pregledu roženice s konfokalnim mikroskopom lahko postavimo točnejšo diagnozo in s tem pravilno usmerimo terapijo: konservativno

ali vrsto kirurškega zdravljenja. Diagnostična preiskava se še zelo dopolnjuje in ima možnost še dodatnih preiskovalnih metod, ki so še v razvoju. Firma Nidek z Očesno kliniko iz Descenzana in Padove tesno sodeluje in skupaj rešujejo dodatne probleme in možnosti raziskav. Vzporedno z uporabo te metode nastaja na več referenčnih mestih v Evropi nov z morfološkimi spremembami močno izpopolnjen atlas roženice.

Skonfokalnim mikroskopom je Očesna klinika v Ljubljani in s tem tudi slovenska oftalmologija veliko pridobila. Preiskava omogoča natančen pregled roženice in vivo, po drugi strani pa je mogoče z raziskovalnimi študijami doprinesiti tudi k razvoju stroke pri nas.

Na koncu bi se rada iskreno zahvalila vsem, ki so me spodbujali, da sem začela pregledovati roženico in se s tem podala na področje konfokalne mikroskopije, ki je postalo ta trenutek moje prvo interesno področje. ■

Poročilo o Šoli intenzivne medicine

Slovensko združenje za intenzivno medicino (SZIM) je od 22. do 25. novembra 2001 ponovno organiziralo Šolo intenzivne medicine v Novem mestu.

Rafael Kapš

V SZIM že dalj časa ugotavljamo, da je našim zdravnikom v intenzivnih enotah, poleg kongresov doma in v tujini, potrebno in nujno ponuditi še drugačno obliko izpopolnjevanja strokovnega znanja. Oblikovali smo šolo za intenzivno medicino. Namen šole naj bi bil predvsem neprekinjeno izpopolnjevanje strokovnega znanja iz celotne intenzivne medicine, jasen in enoten diagnostični in terapevtski pristop in koncept dela pri kritično bolnem človeku. V šoli naj bi zdravniki, ki redno delajo na intenzivnih oddelkih, pa tudi tisti, ki morajo v sklopu osnovne specializacije obvladati celotno intenzivno medicino, pridobili znanje, do katerega bi se sicer prebijali samo preko tuje literature, kongresov in tujih izkušenj. Zdravnikom smo želeli ponuditi vsaj okvirno enoten slovenski pristop pri diagnostiki in terapiji in s tem naj bi postopno dosegli in nato zagotavljali ustrezno kakovostno znanje in delo vseh zdravnikov v vseh intenzivnih enotah v Sloveniji. S prvim ciklusom šole smo začeli leta 1995, z drugim pa leta 1998. Do sedaj smo celotno snov intenzivne medicine razdelili v tri letnike po štiri dni, v letošnjem letu pa smo zaradi prenatrpanosti posameznih letnikov spremenili organizacijo šole, tako da so sedaj predvideni štirje letniki po štiri dni. Poleg teoretičnih predavanj pa smo uvedli sedaj več praktičnega učenja, obravnave kliničnih primerov in razprave za okroglimi mizami.

Pod pokroviteljstvom Krke, tovarne zdravil, smo poslušali, delali in se učili ter jedli in spali v Učnem centru hotela Krka v Novem mestu, kjer smo imeli na voljo v celoti ravno prav velik poslovni hotel za vse udeležence šole. Celodnevna predavanja smo skupaj zaključevali zvečer ob okusno pripravljani hrani in primerne izbrani dolenjski kapljici, kjer smo dodatno izmenjali mnenja in vtise o medicinskih, pa tudi manj strokovnih problemih.

Vsa predavanja sta, ob pomoči izvršilnega in organizacijskega odbora, zbrala in uredila dr. Ana Špec Marn in dr. Gorazd Voga v knjigi Slovenskega združenja za intenzivno medicino Šola intenzivne medicine 2001, ki sta jo tehnično uredila dr. Ognjen Cerovič in dr. Dušan Štajer.

Tako kot vsako leto so slušatelji tudi letos na koncu šole pisali test.

Letošnji prvi letnik Šole intenzivne medicine je bil vsebinsko razdeljen v dva velika sklopa predavanj. Prvi del je bil namenjen obravnavi fiziologije in patofiziologije respiracije, dihalne stiske in mehanske ventilacije. Drugi del je bil v celoti posvečen hemodinamskemu nadzoru kritično bolnega. Novost letošnje šole so bile okrogle mize in prikazi kliničnih primerov, ki so sledili predavanjem. Omenjeni novosti sta udeležencem omogočili dejavno sodelovanje in razpravljanje o obravnavanih temah.

V prvem sklopu predavanj smo obravnavali patogenezo ARDS, način ventilacije bolnika z ARDS, novosti pri zdravljenju in uporabi kortikosteroidov ter obračanju bolnika na trebuh, napake pri opredelitvi KOPB, akutnih poslabšanj in acidobaznih motenj, ki spremljajo to bolezen. Spoznali smo konvencionalne in nekonvencionalne oblike mehanske ventilacije, vpliv mehanske ventilacije na srčno funkcijo, neinvazivne oblike mehanske ventilacije. Predstavljen je bil monitoring oksigenacije umetno ventiliranega bolnika, kapnometrija in metode za odklop bolnika od ventilatorja. Opozorili so nas na možne zaplete mehanske ventilacije. Spoznali smo posebnosti dihalne stiske pri otrocih, uporabo surfaktanta, NO, načine ventilacije otroka in preprečevanje nastanka pljučnice. Prvi sklop predavanj smo zaključili s praktičnim delom na ventilatorjih.

Uvodna predavanja hemodinamskega nadzora so bila posvečena fiziologiji in patofiziologiji kardiovaskularnega sistema. Sledili so prikazi neinvazivnih in invazivnih metod hemodinamskega nadzora: merjenje tlakov, pretokov, saturacije, izračunavanje kazalcev transporta kisika. V okroglih mizah smo spoznali zmogljivosti in pomanjkljivosti posameznih metod. S prikazom zelo poučnih kliničnih primerov je bila predstavljena uporaba teh metod v klinični praksi. Spoznali smo, da hemodinamski nadzor potrebujejo različni bolniki, s prizadetostjo srca, večorgansko prizadetostjo, potreben je med operacijo nekaterih bolnikov. Predstavljene so bile posebnosti kardiovaskularnega sistema pri nedonošenčkih, novorojenčkih in otrocih ter možnostih hemodinamskega nadzora.

Nasvidenje v Novem mestu konec novembra 2002 v drugem letniku tretjega ciklusa Šole intenzivne medicine! ■



Prvi kongres stomatologov Bosne in Hercegovine z mednarodno udeležbo

Sarajevo kot univerzitetno in evropsko mesto je bilo v lepih oktobrskih dneh gostitelj 1. kongresa stomatologov BiH z mednarodno udeležbo.

Vesna Džubur

Kongres je imel še poseben pomen, ker je hkrati Stomatološka fakulteta Univerze v Sarajevu praznovala 40. obletnico. Slovesnost se je začela 17. oktobra 2001 v večernih urah v svečani dvorani Doma armije v središču mesta. Kongresa so se udeležili tuji in domači gosti, med njimi tudi župan Sarajeva prof. dr. Hamamdžić, dr. vet., minister za zdravstvo prim. dr. Ž. Mišanović, spec. fiziater, profesorji in doktorji – predstavniki medicinskih fakultet večine evropskih držav, pa tudi širše (npr. Kanada, Kuvajt). Zbor akademije za glasbo iz Sarajeva je zapel Gaudeamus, pridružili smo se mu tudi udeleženci in to me je spomnilo na čas, ko sem bila maturantka 1. klasične gimnazije v Sarajevu.

Na pomen obletnice, razvoj stomatološke fakultete ter na dosežene uspehe pred vojno in po njej sta v nagovorih opozorila prof. dr. H. Raščić, predstojnica katedre za dentalno morfologijo, in dekan Stomatološke fakultete prof. dr. H. Sulejmanagić, spec. oral. kirurg. Prof. dr. H. Raščić sodi v prvo generacijo študentov Stomatološke fakultete. V nagovoru je poudarila veliko število generacij doktorjev stomatologije, ki so študirali na sarajevski univerzi po naj sodobnejših svetovnih in evropskih metodah. Stomatološka klinika je bila pred vojno ena izmed naj sodobnejših klinik v Evropi z vso sodobno opremo (ordinacije, operacijske dvorane, reanimacijske dvorane, sodobno urejene čakalnice s TV...).

V nadaljevanju so se zvrstili slovesni govori doktorjev in profesorjev iz drugih evropskih držav, ki so z izbranimi besedami pozdravljali 1. kongres stomatologov BiH. Za dosežke v znanstvenoraziskovalnem in izobraževalnem delu so podelili zlate plakete najzaslužnejšim profesorjem in doktorjem. Nagrade je podelila prof. dr. M. Filipović, spec. ortodontije, predstojnica katedre za klinično ortodontijo. Sledil je nagovor de-

kana prof. dr. H. Sulejmanagića. Začetne besede je namenil razvoju univerze in znanstvenoraziskovalnim dosežkom ter obstoju fakultete. Obudil je spomine na prezgodaj umrle profesorje in ostale delavce Stomatološke klinike v času vojne. V spomin na umrle je prof. dr. H. Tahmiščija odkril spominsko ploščo, gostitelji in svojci umrlih pa so nanjo položili vence in cvetje.

Z vljudnimi besedami se je zahvalil vsem tujim in domačim gostom, vsem evropskim donatorjem, med njimi tudi Republiki Sloveniji, za finančno, materialno in moralno podporo pri prenavljanju in obnovi Stomatološke klinike, da bi lahko nadaljevala delo in sodelovanje s klinikami po svetu. Vsem gostom in udeležencem kongresa je zaželel lepo druženje in dobro počutje v svetovljanskem Sarajevu. Po odprtju kongresa so bili gostje povabljeni na zakusko. Srečanje s številnimi profesorji in kolegi prvič po vojni je potekalo v dobrem razpoloženju in v prijateljskem vzdušju.

Močan pečat je 1. kongresu po vojni vsekar dal organizacijski odbor. Njegovi člani so se izkazali kot sposobni, strokovni ljudje, ki so pokazali veliko zavzetosti in vložili veliko truda, da bi kongres potekal brez napak. Njihov cilj je bil uspešno izveden kongres in zadovoljstvo udeležencev.

V četrtek 18. oktobra 2001 se je začel delovni del kongresa. Vzporedna predavanja so potekala v treh predavalnicah, in sicer v dveh na medicinski fakulteti in v veliki predavalnici stomatološke klinike. Predavatelji so bili ugledni strokovnjaki iz Nemčije, Avstrije, Švice, Liechtensteina, Švedske, Slovenije, Hrvaške, Jugoslavije (Beograd, Novi Sad), Kanade (Ontario), Kuvajta in domači strokovnjaki. Slovenski prispevek h kongresu sta bila nastopa profesorjev doc. dr. F. Klemenca, spec. dent. patologa, endodonta, in prof. dr. M. Rodeta. Teme kongresa so bile zelo raznolike in

zanimive. Pokrivale so vse veje stomatologije. Čas predavanj je bil omejen na osem minut, predstavljena so bila večinoma preko računalnika. Preko slušalk je bilo predavanja mogoče spremljati tudi v angleščini in nemščini. Kot pedontolog sem poslušala večinoma predavanja iz preventivne otroške stomatologije, tudi oralne patologije itn. Omenila bi nekatera zanimiva predavanja:

- Preprečevanje kariesa pri otrocih (Mattson L., Švedska),
- Retrospektivne študije zdravljenja pulpitisa primarnih zob z železovim sulfatom in formkrezolom v zasebni pediatrični praksi in specialistični ambulanti (Koffman S., Kanada),
- Adhezivi in tehnike – šesta generacija (Richter R., Nemčija),
- Analiza modificirane metode zalitja fisur s pomočjo SEM-a (elektronski mikroskop) in CLSM-a (laserski mikroskop) (Pirch T., Selimović M., Kobašlija S., Nemčija, Bosna in Hercegovina),
- Klinične študije učinkovitosti odstranjevanja kariesa s CARISOLV-om (Način čiščenja kariesa s CARISOLV-om je zelo dober kot alternativna metoda v otroški stomatologiji s hipersenzibilnimi otroki) (Kobašlija S., Bosna in Hercegovina).

Po dopoldanskih predavanjih je sledil odmor za kosilo. Na Stomatološki kliniki je bila ves čas na ogled razstava stomatološke opreme in materialov. Na prodaj so bile tudi knjige zagrebških in sarajevskih profesorjev. Predavanja so se nadaljevala v popoldanskih urah. Začel je doc. dr. F. Klemenc s predavanjem Zapleti v endodontiji in kako se jim izogniti.

Kongres se je končal v petek zvečer. Ob zaključku so profesorji poudarili, da se bomo spet dobili v Sarajevu v pričakovanju novejših in sodobnejših načinov dela v stomatologiji.

Sarajevo je kot mesto multikulturnega sloga z izrednim občutkom za gostoljubnost gostilo tudi festivale ter slikarske in kiparske razstave. Potekal je MESS – 41. mednarodni gledališki festival, v okviru katerega sem si ogledala več predstav. Uprizorjene so bile predstave mladih sarajevskih režiserjev, ki so bile odlično ocenjene. Posebej bi izpostavila predstavi “Košmar o Bosni” F. Lon-

čarevića in “Natan mudri” G. Prohića. Ljubljanska Drama je uprizorila predstavo “Čakajoč Godota”, ki je tudi dobila odlično oceno. Pred kongresom smo se vsi gostje udeležili izjemnega dogodka – retrospektivne razstave slikarskih in kiparskih del akademika prof. dr. Boška Kučanskega, dr. med., dr. stom., spec. oralne kirurgije, nekoč predstavnika katedre za oralno kirurgijo. Z raz-

stavo v Umetniški galeriji MAK je bila sočasno obeležena štiridesetletnica njegovega raziskovalnega dela na Stomatološki kliniki.

V tistem tednu se mi je zdelo, da je cela Evropa v Sarajevu in Sarajevo v Evropi. Ko sem se vrnila v Slovenijo, sem v Delu prebrala, da je zlati lovorov venec za najboljšo dramo dobila Drama SNG Ljubljana. Iskrene čestitke. ■

Jesensko srečanje gastroenterologov v Laškem

Franci Gril

16. in 17. novembra 2001 smo se v skoraj zadnjih sončnih dnevih letošnje jeseni v Zdravilišču Laško srečali gastroenterologi iz vse Slovenije. Vsako jesen organizira Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo po rednem pomladanskem srečanju v Zdravilišču Rogaska Slatina, kjer je naš stalni sedež, dvodnevni strokovni sestanek v eni od slovenskih regij. Tokrat smo bili gostitelji gastroenterologi iz celjske regije.

Za Laško se ni bilo težko odločiti, saj je to prijetno mestece južno od Celja s svojim zdraviliščem, našo največjo pivovarno in s pomembnimi kulturnimi in zgodovinskimi obeležji kot nalašč za prijetno bivanje in uspešno izvedbo simpozija.

Po tisti najljepši, še jutranji urici veselih pozdravov prihajajočih udeležencev, smo se ob prvi kavi ogreli in nato pričeli s programom. Slednji je bil pester, saj so se menjavale internistične, kirurške, radiološke, pediatrične, mikrobiološke in patohistološke

teme. Ponovno smo posvetili nekaj časa novim problemom pri zdravljenju bolezni, povezanih z okužbo s H. pylori, predvsem s pojavom rezistence na vse več antibiotikov.

Sledil je prikaz novih tehnik v preprečevanju krvavitev po polipektomijah in nato novosti pri zdravljenju kroničnih vnetnih črevesnih bolezni. Osvetlili smo tudi dimenzije problema zastrtih oz. neprepoznanih celiakij pri odraslih in se seznanili z novimi UZ kontrastnimi preiskavami pri žariščnih spremembah na jetrih.

Živahno diskusijo so prekinila opozorila, da je kosilo pripravljeno in prijazni gostitelji v zdravilišču so nas z dobro hrano več kot odlično pripravili za popoldanski obisk pivovarne Laško, kjer smo po ogledu sodobno opremljene in povsem avtomatizirane proizvodnje lahko seveda tudi poskusili različne vrste piva.

Čas nas je priganjal, a še bolj naša neumorna Saša, za popoldanski del strokovnega srečanja.

Ta je bil posvečen predvsem hepatokirurgiji in novostim v zdravljenju zgodnjega raka želodca.

Kljub dvakratni hudi poplavi zdravilišča v zadnjem desetletju je salon

Biedermeier prečudovit prostor in ustrezen ambient, kjer smo dan zaključili s podaljšano večerjo.

Prav gotovo interna in kirurgija nikjer nista tako povezani kot ravno pri gastroenterologih in temu ustrezen je bil tudi utrip in razpoloženje v pozne nočne ure.

Večerno srečanje smo izkoristili tudi za načrtovanje dela gastroenterološke sekcije v bližnji in nekoliko odmaknjeni prihodnosti. Že pred tem ustanovljena proktološka sekcija znotraj združenja je vključitev novih članov obeležila s skupinsko fotografijo.

Naslednji, sobotni dan, se je pričel z lesketanjem sončnih žarkov na belem ivju, ko smo se zopet zbrali v predavalnici. Videli in slišali smo zanimive prispevke s področja familiarne polipoze, funkcijskih rtg-preiskav v gastroenterologiji, vse bolj pogostih endoskopskih gastrostomij in tudi redkih bezoarjev.

V nadaljevanju so sledili prikazi intestinalne psevdoobstrukcije, novi odločilni napredek diagnostičnega in terapevtskega ERCP na GE-oddelku v Celju in za tem poročila s kongresov s področja gastroenterologije – od pediatrije do Eurotransplanta.

Zopet je bil čas tisti, ki nas je prehitel, pa tudi utrujenost je napravila svoje, da si za konec nismo mogli ogledati še gastroenterološkega oddelka v Celju.

Dvig rok v pozdrav je potrdil, da odhajamo z lepimi vtisi in da bo naše naslednje srečanje spomladi v Rogaske Slatini zopet prijetno. ■



Predprotetična kirurgija in implantologija

Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije je 30. novembra in 1. decembra 2001 organiziralo tretje strokovno srečanje, ki je potekalo v veliki predavalnici MF v Ljubljani.

Željko Jakelič

Srečanje je bilo namenjeno implantološki kirurgiji in implantologiji. Zaradi izredno zanimivih tem je srečanje privabilo izredno veliko poslušalcev.

V uvodnem delu so nastopili predavatelji, ki so orisali razvoj predprotetične kirurgije v Sloveniji in možnosti ambulantnih posegov. Le te je večkrat možno narediti že v splošnih ambulantah brez velikih materialnih stroškov, strokovnih kadrov in drage kirurške opreme, ki je zelo pomembna pri implantološki kirurgiji. V nadaljevanju so bili opisani tudi predprotetični posegi, ki jih je nemogoče opraviti brez specialnih operacijskih prostorov, ustreznih kadrov in inštrumentarija.

Predavatelj je na začetku opozoril na indikacije in možnosti predprotetičnih posegov v zgornji kot tudi v spodnji čeljusti. V prispevku so bili orisani pogosti predprotetični posegi, brez katerih je večkrat nemogoče izdelati primerno protetično konstrukcijo, in sicer: zgornja vestibularna plastika, tuber-plastika (po Čelesniku), poglobitev ustnega dna (Trauner, 1948) in spodnja vestibularna plastika.

Po kratkem oddihu je naslednji predavatelj nadaljeval s temo, ki je bila namenjena ortodontski in protetični oskrbi pacientov z orofacialnimi shizami. Orisani so bili kirurški posegi, ki se zaradi lahkote posega lahko naredijo že v otroštvu (kratek jezični frenulum, pomen fenestracije, pomen diasteme in način oskrbe le-te ter načrtna ekstrakcije). Sledilo je predavanje o uspehu in uporabnosti primarne in sekundarne osteoplastike v predelu alveolarnega grebena pri palatoshizah.

V naslednjem predavanju je predavatelj predstavil uporabnost laserja v predprotetični kirurgiji. Opisal je vrste laserjev, nast-

nek in uporabnost laserske energije in različnih vrst laserjev pri reševanju nekaterih sprememb (hemangiomi), ki lahko nastanejo v ustni votlini in ki jih je treba zaradi primerne protetične oskrbe tudi odstraniti.

Pri vstavljanju implantata je nujno potrebno poznati tudi številne anatomske posebnosti, ki poseg omogočajo. Temu je bilo namenjeno naslednje predavanje. Anatomske strukture, na katere je predavatelj opozoril, in na katere je treba biti izredno pozoren pri vstavitvi implantata, so:

- mandibularni kanal in živčno-žilni snop, maksilarni sinus, nosno dno ter icizivalni kanal. Predstavljeni so tudi zapleti, na katere je treba biti izredno pozoren in katere je treba večkrat tudi pričakovati. Najbolj pogosti operativni zapleti so: krvavitev, poškodbe živcev, perforacija mandibularnega kanala in zlom čeljusti.

V naslednjem predavanju je predavatelj zelo nazorno predstavil lastnosti implantatov in njihove izboljšave. Znano je namreč, da se pri določenih postopkih izboljšajo tudi lastnosti implantatov. Opisane so bile prednosti in načini izboljšanja implantatov pri njihovi vstavitvi. Predstavljeni so tudi implantati iz različnih materialov kot so titanij, keramični implantati ter pomembnost bioaktivnega fosfata in steklokeramike (ki sproščajo kalcijeve in fosforne ione v okolico). Razen teh lastnosti so bile opisane tudi biološke vrednosti materialov, ki se glede na njihove lastnosti delijo na bioreaktivne (HA, TCF, steklokeramika), bioinertne (Al₂O₃ keramika, titanij, tantal) ter biotolerantne materiale (jeklo, CrCoMo). Orisani so bili implantati po njihovi obliki (z navojem – vijaki, brez navoja – cilindrični) in načini njihove obdelave.

Naslednje predavanje je bilo po vsebini, ki je bila namenjena implantološki diagnostiki in načrtovanju, izredno zanimivo. Opisani so bili pomen prvega pregleda (anamneza, stomatološki klinični pregled, rtg-diagnostika) in pripravljani postopki (kot so zdravljenje vnetij, korekcija okluzije, ortodontsko zdravljenje), brez katerih je nesmiselno nadaljevati s kirurškim posegom. Tem pripravljanim postopkom sledijo I. kirurška faza, protetična faza, vrednotenje posega in na koncu kontrolni in vzdrževalni pregledi, brez katerih je nemogoče oceniti uspešnost samega posega.

Sledil je prispevek, ki je bil namenjen predstavitvi protetičnih in drugih diagnostičnih postopkov, ki omogočijo implantološki delovni skupini dokončno potrditve načrtovanja protetične konstrukcije in kirurškega posega.

Pri vstavitvi implantata je za dolgoročnost tega večkrat zelo pomembno zagotoviti zadostno količino kosti. Predavatelj sta opisala možnosti osteoplastičnih postopkov (preimplantacijski in intraimplantacijski postopki) ter možnosti in uspeh kirurškega dviga sinusnega dna kot priprava za implantat.

Na koncu so sledila predavanja o posebnosti implantološke oskrbe čeljusti v transkaninem področju zgornje in spodnje čeljusti, o oskrbi brezzobe spodnje in zgornje čeljusti ter o obveznem spremljanju bolnikov z vstavljenimi implantati.

Na podlagi izkušenj in pričujočih prispevkov (uspehov in možnosti implantološke oskrbe brezzobih čeljustnic) lahko zaključimo, da je nastopil čas, v katerem mora (zobo)zdravnik seznaniti bolnika z načini, z možnostmi in (ne)uspehi sodobne implantološke oskrbe. ■

Poročilo z drugega letnega srečanja Sekcije za otroško nevrologijo

V prostorih Grand hotela Union v Ljubljani je 23. novembra 2001 potekalo drugo letno strokovno srečanje Sekcije za otroško nevrologijo pri Slovenskem zdravniškem društvu.

Barbara Gnidovec Stražišar

Tokratno srečanje je bilo v celoti posvečeno področju živčno-mišičnih bolezni. Strokovni del programa je potekal v okviru drugega podiplomskega tečaja iz otroške nevrologije, ki se je v organizaciji KO za razvojno, otroško in adolescentno nevrologijo pričel oktobra lani.

Prek 50 udeležencev srečanja je najprej prisluhnilo kratkemu pozdravnemu govoru predstavnice pokrovitelja Glaxo Smith Klina, ki je tudi tokrat poskrbel za finančno plat sekcijskega sestanka in tudi pogostitev ob koncu srečanja. Po kratkih uvodnih besedah dosedanje predsednice N. Župančič je D. Neubauer odprl strokovni del srečanja. V svojem prispevku je podal kratek pregled in razvrstitev kongenitalnih mišičnih bolezni. Opozoril je na stalne novosti, ki se razkrivajo na tem področju in kar nekako v tolažbo nam je, da se tudi drugod po svetu srečujejo z nemalo težavami pri diagnosticiranju teh obolenj, saj je moč zaslediti številne raziskave, pri katerih so v diagnostičnem postopku opravili veliko preiskav z relativno slabim rezultatom, kar nedvomno dodatno potrjuje kompleksnost področja. V nadaljevanju je D. Paro Panjan predstavila klinični primer deklice, ki je bila obravnavana na neonatalnem oddelku Pediatrične klinike v Ljubljani in pri kateri je bila potrjena diagnoza kongenitalne mišične distrofije. B. Šušteršič je z video prikazom pokazala primer ustrezne nevrofizioterapevtske obravnave pri dečku s centronuklearno miopatijo. V naslednjem sklopu predavanj sta predavateljici govorili o klinični sliki pri različnih živčno-mišičnih boleznih. J. Frelih je poudarila predvsem značilno klinično sliko, ki je prisotna pri različnih tipih spinalne mišične atrofije. N. Kranjc pa je v svojem pris-

pevku podala kratek pregled mišičnih distrofij ter poudarila glavne simptome in znake, ki se pojavljajo pri najpogostejših oblikah mišičnih distrofij.

Po odmoru je B. Peterlin govoril o možnostih genetskih preiskav pri različnih živčno-mišičnih boleznih. Trenutno v okviru dejavnosti Službe za medicinsko genetiko v Ljubljani obstaja možnost rutinske genetske diagnostike spinalne mišične atrofije, miotonične distrofije in drugih mišičnih distrofij, medtem ko diagnostika večine ramensko-medeničnih mišičnih distrofij še vedno temelji na histopatološki potrditvi odsotnosti odgovarjajočega proteina. B. Peterlin je opozoril predvsem na možnost predimplantacijske prenatalne diagnostike pri postopku zunajtelesne oploditve, ki ga vse bolj uspešno izvajajo že tudi pri nas in nedvomno predstavlja nov korak tudi k zgodnjemu odkrivanju živčno-mišičnih bolezni. M. Meznarič je v svojem prispevku predstavila morfološko diagnostiko živčno-mišičnih bolezni, ki ima še vedno zelo pomembno mesto. Prikazala je primere imunohistokemičnih preiskav in preiskave imunskega blotinga pri različnih motnjah v distrofin-glikoproteinskem kompleksu. V nadaljevanju je J. Zidar podal zanimiv pregled medenično-ramenskih mišičnih distrofij, pri čemer je poudaril predvsem klinično sliko različnih bolezni s tega kompleksnega področja. Predstavil je tudi zadnje razvrstitev medenično-ramenskih mišičnih distrofij, ki je bila od leta 1954 postavljenih temeljev ob stalnih novih odkritjih predmet številnih objav. Strokovni del sekcijskega sestanka je zaključil M. Kržan, ki je govoril o anatomskih in fizioloških osnovah, pomembnih za nevrofiziološko diagnostiko živčno-mišičnih bolezni.

Strokovnemu delu srečanja je sledila še redna letna skupščina sekcije. Dosedanja predsednica N. Župančič je podala poročilo o strokovni dejavnosti Sekcije za otroško nevrologijo v minulem letu, pri čemer je N. Kranjc prispevala tudi finančni del poročila. Po manjših proceduralnih zapletih so sledile volitve novih organov sekcije za prihodnje štiriletno obdobje. Tako je bila za novo predsednico sekcije izvoljena J. Frelih, dosedanja predsednica N. Župančič pa je prevzela mesto podpredsednice sekcije. Za tajnika je bil ponovno izvoljen D. Neubauer, za blagajničarko pa N. Kranjc. V upravni odbor sekcije so bili poleg predsednice, podpredsednice, tajnika in blagajničarke izvoljeni še H. Veličkov, H. Damjan, M. Semič, I. M. Ravnik in P. Gradišnik. Nadzorni odbor sekcije pa bo v prihodnjem štiriletnem obdobju deloval v sestavi: Z. Rener Primec, Š. Kopač in D. Majstorovič. Na koncu svojega zasedanja je skupščina enotno potrdila predlog I. M. Ravnika, da se M. J. Challamel iz Lyona za njen prispevek k razvoju slovenske nevropediatrije podeli častno članstvo v slovenski Sekciji za otroško nevrologijo. ■



Prikaz primera z uporabo transtelefonskega EKG-ja

(ISIS, januar 2002)

Andrej Žmavc

Avtorji Anja Jazbec, Vojka Gorjup in Marko Noč so v januar-ski številki predstavili zanimiv primer bolnika z akutnim miokardnim infarktom (AMI) pripeljanega iz več kot 40 km oddaljenega zdravstvenega doma (ZD), pri katerem je bila reperfuzija (kateterska rekanalizacija koronarne arterije) v Kliničnem centru (KC) vzpostavljena že 2 uri in 24 minut po nastanku bolečine. Zanimiv predvsem zato, ker je k uspehu pomembno prispevala uporaba transtelefonskega EKG-ja. Pozornemu in s problematiko seznanjenemu bralcu pa med vrsticami ne bi smelo uiti pomembnejše sporočilo – sporočilo, ki govori o delovanju predbolnišnične službe nujne medicinske pomoči. Če povzamem, je dogodek v grobem potekal takole: ob 13.00 dobi 67-letni bolnik nenadno tiščočo bolečino za prsnico, spremljano s potenjem; pokliče reševalce, ki ga odpeljejo v ZD; ob 14.05 iz ZD pošljejo transtelefonski EKG v Center za intenzivno interno medicino (CIIM), kjer ugotovijo AMI spodnje stene in svetujejo terapijo (acetilsalicilna kislina, morfij, nitroglicer in kisik) in spremstvo zdravnika do internistične prve pomoči (IPP) v KC; zaplet z nenadnim zastojem srca zaradi ventrikularne fibrilacije (VF), uspešna kardiopulmonalna reanimacija (KPR), bolnik v stabilnem hemodinamskem stanju prispe na IPP ob 14.45; ob 14.55 je bolnik v kateterizacijskem laboratoriju; ob 15.24 je napravljena rekanalizacija okludirane desne koronarne arterije (čas od nastanka bolečine do reperfuzije – 2uri 24min).

Zamislimo si opisani primer malo drugače: ob 13.00 dobi 67-letni bolnik nenadno tiščočo bolečino za prsnico, spremljano s potenjem; po približno 20 minutah pokliče službo nujne medicinske pomoči (SNMP), ki na podlagi podatkov oceni, da gre z veliko verjetnostjo za akutni koronarni sindrom in k bolniku pošlje ekipo NMP; ob 13.30 je ekipa pri bolniku, posname EKG, ugotovi AMI spodnje stene, bolnik dobi morfij, nitroglicer in acetilsalicilno kislino in kisik; bolnika odpeljejo v bolnišnico; med prevozom pride do VF, ki je uspešno razrešena in bolnik v stabilnem hemodinamskem stanju prispe ob 14.20 na IPP v KC; ob 14.30 je bolnik v kateterizacijskem laboratoriju; ob 14.59 je napravljena rekanalizacija okludirane desne koronarne arterije (čas od nastanka bolečine do reperfuzije – 1ura 59min).

Zamislimo si enak primer še enkrat, le da tokrat regionalna bolnišnica nima kateterizacijskega laboratorija (ali pa ima pokvarjen koronarograf): ob 13.00 dobi 67-letni bolnik nenadno tiščočo bolečino za prsnico, spremljano s potenjem; po približno 20 minutah pokliče SNMP, ki na podlagi podatkov oceni, da gre z veliko verjetnostjo za akutni koronarni sindrom in k bolniku pošlje ekipo NMP; ob 13.30 je ekipa pri bolniku, posname EKG, ugotovi AMI spodnje

stene, bolnik dobi morfij, nitroglicer in acetilsalicilno kislino in kisik; ekipa ugotovi, da bolnik nima kontraindikacij za trombolitično zdravljenje (bolnik ima sicer ulkusno anamnezo, a dopustimo, da gre za kronično, sanirano stanje) zato da bolniku trombolitično zdravilo ter ga odpelje v bolnišnico; bolnik v stabilnem hemodinamskem stanju prispe na IPP ob 14.15; ob 14.30 je bolnik sprejet na oddelek za intenzivno interno medicino, kjer s preiskavami potrdijo uspešno reperfuzijo miokarda (čas od nastanka bolečine do reperfuzije – 1ura 30min).

Res je, da sta drugi in tretji primer hipotetična, vendar lahko kar nekaj zadnjemu podobnih (ne sicer s tako idealnimi časi) dokumentiram. Takšno ukrepanje bi moralo biti pravilo, če bi predbolnišnična SNMP povsod delovala tako, kot je zamišljeno! Žal je še vedno vsaj v polovici držav to prej izjema. Trditev avtorjev, da *“transtelefonski EKG skrajšuje čas od pojava simptomov in znakov akutnega koronarnega sindroma do ustreznega zdravljenja”* velja torej samo pogojno – če SNMP ne deluje ustrezno! Ustreznost ukrepanja pri opisanem dogodku je namreč kar v nekaj točkah sporna. Bolnik je po nastanku bolečine poklical “reševalce”? V Sloveniji že peto leto teče Projekt NMP, ki ne pozna “reševalcev”. Bolnika so reševalci prepepljali v ZD. Brez spremstva zdravnika ob urgentnem stanju? Brez terapije? Brez možnosti učinkovitega ukrepanja, če bi do zastoja srca prišlo v tem času? Iz ZD so 1 uro in 5 minut po nastanku bolečine poslali transtelefonski EKG v CIIM. Bolnik še vedno ni dobil nikakršne terapije? Zdravnik ni prepoznal očitnih, celo šolskih znakov AMI v EKG posnetku? Ni podatka o tem, koliko traja celotna procedura transtelefonskega EKG, a če traja več kot 0 minut, je to v danem primeru nepotrebna izguba časa.

O nujnosti enotno organizirane kakovostne predbolnišnične službe NMP po vsej državi se pogovarjamo že več kot desetletje. Projekt službe NMP sicer teče že peto leto, a mnogo prepočasi in s praktično nikakršno državno podporo, razen financiranja dejavnosti s strani ZZZS, ki pa močno zaostaja za načrti in seveda potrebami. Razumemo, pač ni denarja, stara pesem. Je pa to vendarle malo čudno ob številnih državnih projektih vprašljivega nacionalnega pomena (zadnji na primer je lepljenje nekakšnih registracijskih nalepk na avtomobilske šipe, kar naj bi stalo prav toliko, kolikor še manjka denarja za ureditev predbolnišnične službe NMP – 1,3 milijarde SIT!). Gre torej za prodornost ali vplivnost različnih resorjev v vladi, pri čemer Ministrstvo za zdravje očitno ni v ospredju.

Kakor koli že, transtelefonski EKG je vsekakor koristna dopolnilna diagnostična možnost v splošnih/družinskih ambulantah, dvomim pa v njegovo uporabnost v urgentni medicini. ■

Rušilne teze ministra Kebra

Drago Petrič

V predzadnji številki je bil objavljen obsežen intervju z ministrom za zdravje prof. dr. Dušanom Kebrom. Na mnoga stališča, misli in napovedi bi mu z veseljem pritrtil, če ne bi bilo hkrati v intervjuju množice zgrešenih ugotovitev in nevarnih tez za bodoči razvoj sistema zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Seveda ni mogoče navesti vseh, moram pa strokovno javnost opozoriti na določena sporna razmišljanja ministra, saj bi udejanjanje nekaterih idej lahko ogrozilo funkcioniranje zdravstvenega sistema, če slovensko zdravstvo ne bo pravočasno zavrnilo nesmislov. Nepopravljiva škoda lahko nastane, če minister pol svojega mandata porabi za kritiko določenih, v svetu že priznanih in v realnosti že preizkušenih uspešnih razvojnih rešitev, skratka ruši že doseženo, hkrati pa objavlja ideje in zamisli, ki jih ne uresniči, z vsem skupaj pa napravi strahovito zmedo. Ker sem v vodilni ekipi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju Zavod) z ostalimi partnerji v sistemu 9 let soustvarjal na podlagi veljavne zakonodaje sedanji sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ter glede na zadnja ravnanja predstavnikov ministrstva za zdravje ob imenovanju generalnega direktorja Zavoda, stejem pred vsem za svojo dolžnost, da zdravniško javnost opozorim in polemiziram z najbolj spornimi stališči in mnenji ministra.

Naj najprej izpostavim izjavo prof. dr. Dušana Kebra, da "...vsebinsko ministrstvo za zdravje želi upravljati s sredstvi zdravstvene blagajne..." Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju jasno določa, da s sredstvi Zavoda upravlja demokratično izvoljena skupščina, ki jo sestavljajo predstavniki delodajalcev in zavarovancev kot interesnih skupin plačnikov obveznih prispevkov. Hkrati pa je v 63. členu tega zakona določena vloga partnerjev, ki se pogajajo za skupen obseg programov zdravstvenih storitev in potrebnih sredstev za plačilo programov na državni ravni. Zavod v procesih partnerstva predstavlja oziroma zastopa interese zavarovancev, delodajalcev in drugih zavezancev za plačilo prispevkov. Smisel pogajanj je v odgovornem določanju mej javnih sredstev za zdravstvo, ki so solidarno zbrana na osnovi obveznih prispevkov vseh zavarovancev v Sloveniji in pregledni porabi le-teh. Ali gre v izjavi ministra za zavestno neupoštevanje določb veljavne zakonodaje ali za očitno nepoznavanje le-te? Ali gre tudi za željo po rušenju avtonomnega sistema zdravstvenega zavarovanja in kar bi bilo še huje, željo po avtokratskem odločanju o sredstvih?

Da stvar ni preprosta, dokazuje minister z naslednjo trditvijo, ko pravi, da "...ministrstvo upravlja s 300 milijardami tolarjev... Zavod je zgolj distributer, nima pooblastil, da bi vplival na delitev denarja...". Obe izjavi odrekata Zavodu z zakonodajo že dane pristojnosti in pooblastila, temeljne postulate sistema zdravstvenega zavarovanja, avtonomnost in legitimnost upravljanja Zavoda ter tudi njegovo vlogo v partnerskem dogovarjanju. Minister enostavno proglasi Zavod za distributerja sredstev in pri tem zavestno negira legitimno

pravico plačnikov prispevkov za zdravstveno zavarovanje, ki prek svojih predstavnikov v skupščini in upravnem odboru upravljajo s sredstvi. Poleg tega pa imajo tudi zakonsko dolžnost in pristojnost, da v skladu s statutom in pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja določajo natančnejši obseg pravic in postopke za njihovo uveljavljanje. Teh pristojnosti na primer davčna uprava kot zbiralec sredstev nima! Gre torej za osnovne demokratične principe in pravila delovanja t. i. socialnega ("Bismarckovega") modela zdravstvenega zavarovanja, kar minister očitno ruši! Ali gre res zgolj za nepoznavanje sistema, ali pa bi minister v nasprotju z veljavnimi predpisi rad obšel sistemsko vlogo Zavoda in njegovih organov upravljanja, predstavnike izvajalcev v partnerskih pogajanjih ter druge z zakonodajo predvidene postopke razporejanja javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja in vse te pristojnosti preselil kar na ministrstvo oziroma državo? Ali nismo takega (državno vodenelega) sistema že doživeli (1990-1992) in je v najkrajšem možnem času vodil do največje finančne krize v zdravstvu, ko se ni vedelo niti, koliko denarja je namenjenega, niti koliko potrošenega za zdravstvo v okviru t. i. integralnega proračuna? Ali ni bila največja žrtev takšnega upravljanja sistema zdravstvenega varstva prav zdravstvena služba, ki je potrebovala nekaj let, da si je opomogla od takih "rešitev"?

Naj omenim še nekatera na videz obrobna, vendar z vidika zagotavljanja stabilnega izvajanja sistema financiranja zelo problematična stališča. Pri navajanju potrebnih sprememb financiranja na primarni ravni prof. dr. Dušan Keber izrazi potrebo po spremembah in novem sistemu "...za čim večje število iskalcev zdravstvenega varstva..." Ali gre pri tem za usmeritev, da bo v prihodnje pomembno le, koliko različnih oseb bo "defiliralo" mimo zdravnika, ne pa, ali bodo ti bolni ali ne? Kaj se bo zgodilo, če bo nekdo zbolel dvakrat? Ali bo njegov zdravnik ugotovil, da je že dobil plačilo in bo tako postal "nerentabilen" pacient? Ali bodo zdravniki res stimulirani po številu pregledanih v letu in ne po številu pregledanih zaradi bolezni. Ali to pomeni, da bodo posljeni zdravi prebivalci z vabljenjem k zdravniku, da bi mu zagotovili primeren prihodek? Ali bodo kronični bolniki postali breme zdravnikov? Osebo sem za preventivo in ugotavljanje dejavnikov tveganja, vendar s primernim poudarkom in sočasnim zdravljenjem bolnih, potrebnih diagnostike in zdravljenja!

Minister v zvezi s financiranjem izbranih zdravnikov postreže tudi z drugimi trditvami in stališči, na primer, da je Zavod zameglil glavarino s storitvami, določil 40 pregledov na dan in da imamo zato večje število ponovnih pregledov, tudi do 80 odstotkov pri nekaterih zdravnikih, da se je podvojilo število napotitev k specialistom idr. Gre ponovno za povsem nejasna stališča. Potrebno je ugotoviti, da je bil kombiniran sistem obračuna glavarin in storitev predlagan na osnovi obsežnih analiz in primerjalnih študij, pa tudi da so predlogi nastajali v okviru in v soglasju s partnerji. Projektna skupina je

bila sestavljena iz predstavnikov partnerjev, imena so znana. Strokovna služba Zavoda si takega sistema torej ni sama izmislila. Naj za primer navedem ugotovitve vrednotenja sistemov obračunavanja za izbrane zdravnike na Danskem. Primerjava sistema glavarine in sistema kombiniranega plačevanja storitev in glavarine v enoletnem testu je pokazala, da ima mnogo več slabosti čisti glavarinski sistem. Osnovna ugotovitev študije je bila namreč, da se je razmišljanje, da bodo zdravniki sami od sebe delali več, ker naj bi imeli zaradi plačevanja "per capita" več časa, izkazalo za idealistično. Normalno je, da zdravniki pričnejo delati manj in pošiljati k specialistu, saj imajo za to isto plačilo, kot če bi delo opravili sami in si naprtili dodatne stroške. Prav tako ne drži trditev ministra, da je bila postavljena norma 40 pregledov na dan, ker je bila postavljena v odvisnosti od števila količnikov, kasneje v dograjevanju sistema pa je bila sploh nepomembna. Res pa je, da je bilo normo težko doseči, če je pregledu sledila le napotnica k specialistu, ne pa tudi potrebna obravnava pacienta. Razmerje prvih in ponovnih pregledov se je močno zmanjšalo in ne zvečalo z uvedbo tega sistema (podatki so na voljo), zato je izjavo ministra moč oceniti za "izjavo na pamet". Število poslanih k specialistu se je povečalo le po podatkih statistike o delu splošnih ambulant, zaradi natančnejšega evidentiranja, o čemer sem ministra podrobno obvestil in na argumente ni imel ugovora.

Minister k temu dodaja tudi, da so se sedaj pojavile čakalne dobe tudi v osnovnem zdravstvu. Res predstavlja povečana zahtevnost dodaten pritisk zavarovancev po storitvah problem, vendar gre za druge vzroke. Analize, ki jih opravlja Zavod, ko preverja določila pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti na osnovni ravni, pojava čakalnih dob (razen v znanih primerih, kot je zobozdravstvo) ne potrjujejo. Nasprotno, praviloma jih ni, ko ali če pa se pojavijo, se med partnerji obravnavajo kot pogodbeni kršitev. Ker sistem obračuna ni osnovni (ali edini) razlog za povečane pritiske bolnikov na ambulate, se z morebitno odpravo potrebnega števila storitev (to seveda po zakonu ni mogoče, ker potem ni potrebnih osnov za obračun plačil za prostovoljno zavarovanje, kar bi moral minister vedeti), tudi stanje ne bo v ničemer spremenilo. Pač pa je velika verjetnost, da se bo zagotavljanje zdravstvenega varstva prebivalcem na primarni ravni na ta način le poslabšalo. Zakaj ministrstvo ne opravi podobnega vrednotenja in primerjalne študije, kot so ga izvedli na Danskem, preden predlaga "revolucionarne" rešitve, ki pa lahko bistveno zamajajo stabilnost celotnega sistema – predvsem tudi v škodo zavarovancev in zdravnikov.

Spreminjamo tudi model financiranja bolnišnične dejavnosti. Minister pravi, da uvajamo sistem DRG. Veliko se govori o tem modelu, javne predstavitve pa še ni doživel. Začel naj bi veljati z novim letom, vendar ga nihče od izvajalcev zaenkrat še ne pozna. Ali gre za model, ki se je uporabil za razdelitev sredstev za Klinični center na osnovi sprejetega Aneksa k Področnemu dogovoru za leto 2001? Če je odgovor pozitiven, bi bilo potrebno ugotoviti, da z modelom predstavniki izvajalcev niso bili seznanjeni, s čimer je minister kršil neposredno 63. člen zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki določa, da se partnerji dogovorijo o izhodiščih za oblikovanje cen storitev. Elemente zato določa zakon v 66. členu (plače in drugi prejemki, materialni stroški, amortizacija, druge zakonske obveznosti). Sicer pa ima model, ki naj bi začel veljati v januarju 2002, po doslej znanih informacijah (z načeli sta me seznanila oseb-

no minister in državni sekretar) več nedopustnih napak. Gre za "prepisano" razmerja cen diagnoz, kar seveda ne more odgovarjati dejanskim razmerjem v Sloveniji. Tako "prepisovanje" pa je po mnenju tujih zdravstvenih ekonomistov popolnoma napačen pristop (avstralski strokovnjaki se le prizanesljivo nasmihajo). Plan delitve sredstev je bil pripravljen na osnovi ankete, pri pripravi je sodelovala le ena bolnišnica (Klinični center). Predlagan sistem je nepopoln, izbrane so samo storitve, ki jih v visokem odstotku opravlja le Klinični center in delno SB Maribor. Sistem je parcialen – morda za 25.000 primerov, ostalih 285.000 pa se bo še vedno obračunavalo po starem načinu primerov. Sistem se uvaja brez predhodnega testiranja, izobraževanja kadrov in informacijske podpore. Prav tako ni proučeno, kako se bo sistem nadziral, beleženje "teže" primera je nedefinirano. Sistem bo "prinašal koristi" le eni bolnišnici, za druge se bo spremenila le začetna osnova, kjer se bodo cene izenačile (kar Zavod predlaga že vrsto let). In nazadnje, najboljšo ilustracijo o tem, kakšen izvedbeni zalogaj pomeni uvedba DRG (v strokovno tehničnem, administrativnem oz. informacijskem smislu) v slovenskih bolnišnicah, dajejo rezultati novejših analiz, ki kažejo, da bodo potrebni izredni naporji za vzpostavljanje pogojev za uvajanje novega modela. (Npr. prek četrte odpuštnih diagnoz je nepravilno kodiranih, kot ugotavlja dr. T. Albreht v svojem prispevku v Zdravniškem vestniku 11/2000).

Prof. dr. Dušan Keber nas seznanja tudi z ukrepom ministrstva za zdravje za izboljšanje plačila materialnih stroškov in se pohvali, da padanja cen v zdravstvu ne bo več. To bi bilo hvalevredno dejanje, vendar je resnici na ljubo potrebno povedati, da doslej padanja cen zdravstvenih storitev v državi še nismo doživeli. Nasprotno, valorizacije cen so bile priznane celo po dejanski inflaciji in ne po planirani, kot posluje na primer proračun. Kako pa je ukrep ministrstva za izboljšanje plačila materialnih stroškov izvajalcem (vse značilnosti ukrepa kaže decembrska arbitraža) usklajen s konkretnimi možnostmi makroekonomskega okolja v državi in ali bo vplival na dolgoročno stabilnost ne le sistema kot celote, temveč tudi konkretnih izvajalcev zdravstvenih storitev, pa je povsem drugo vprašanje. Podobno je moč oceniti tudi trditev ministra glede dodatnega denarja ob 40-urnem delavniku zdravnikov. Ta trditev bi bila lahko točna, če vseh dodatnih del Zavod ne bi plačeval, kajti manjkajočih 600 zdravnikov je že danes vračunanih (in plačanih) iz opravljenih ur dela. Ob tem pa je jasno, da v Evropski uniji dežurstva ne štejejo za redno delo, ker je plačano samo po učinkovitih urah v času pripravljenosti. Pri nas pa je učinkovito delo šteto kar 40-odstotno. Število zdravnikov na 1.000 prebivalcev je odvisno od politike zaposlovanja zdravnikov. V našem sistemu upokojevanja z upokojitvijo zdravnik ni več uradno aktiven, čeprav lahko še vedno dela po pogodbi. V večini evropskih držav pa še naprej opravlja svoje delo in ga štejejo med aktivne zdravnike v sistemu zdravstvenega varstva.

Minister ob tem seznanja bralce Izide še z mnogimi drugimi pogledi in stališči, ki se dotikajo kartice zdravstvenega zavarovanja (projekt, ki ga minister v prispevku vzame "dobesedno za svojega" in Zavodu odreka vlogo ali pristojnosti pri njegovem nadaljnjem razvoju), prostovoljnega zavarovanja (s katerim je zelo nezadovoljen in išče načine, kako bi se odpovedal približno 18 odstotkom vseh prihodkov izvajalcev) in mnogih drugih tem. Zanimivo pri tem je, da se temam, ki so povezane s pristojnostmi, dejavnostmi ali dosežki

ministrstva za zdravje, ki so izjemnega pomena za uspešno financiranje in siceršnje stabilnost sistema, nekako spretno izogne. Tako na primer pove, da so (na ministrstvu za zdravje, op.p.) začeli s priravo mreže. Vendar, kot mi je znano, sedanje ministrstvo še ni naredilo koraka naprej od stanja, ki je bilo znano pred letom dni. Prirave mreže se je resno lotil dr. F. Cukjati v svojem kratkem mandatu državnega sekretarja. Mreže brez podatkov in sodelovanja Zavoda in brez ustreznih zamisli ter metodologije ni moč postaviti. Potrebno je namreč ugotoviti gravitacijska območja, kar pa ni enostavno, ker le-ta seveda niso enaka geografskim območjem. Prav tako bi kot seznanjen bralec pričakoval podrobnih pojasnil o dosežkih na področju zdravil (ukrepov ministrstva pri nadzoru cen zdravil, učinkov pravilnika o cenah zdravil idr.), posodabljanju informacijskega sistema, načrtovanju medicinskih tehnologij ali/ in drugih problemih pri procesu upravljanja javnih zdravstvenih kapacitet, razlogih za kasno sprejemanje letošnjega dogovora med partnerji in podpisovanja pogodb in drugih "velikih" temah, ki predstavljajo največje grožnje za sistem, njegovo kakovost in finančno stabilnost.

Vendar je bil moj osnovni namen komentirati le tiste za nadaljnji razvoj zdravstvenega varstva neustrezne izjave in teze, ki napovedujejo spremembe in poteze, ki bodo v škodo zdravstvu. Upam, da bodo to nevarnost zaznale čimprej tudi druge stanovske organizacije in strokovnjaki v zdravstvu. ■



Impotenca in viagra

Rudi Škapin

Bolnik je po operaciji na prostati postal impotenten. Kljub 75 letom starosti mu odpoved te funkcije povzroča deprimiranost, toliko bolj, ker poleg tega še komaj kaj vidi. Po posvetu pri urologu je dobil viagro. Veliko je bilo že zapisanega o viagri, tudi svarilne besede. Ali bi ta bolnik lahko uporabljal viagro? Osnovna motnja njegovega zdravja je nagnjenje k trombozi, ki se je najbolj pojavila v očesnem žilju. Pri pregledu je bil utrip značilno napet in raskav, jezik je bil modrikast in bolj debel, vene na spodnji strani jezika so bile izrazitejšje in modrikaste. Tudi ustnice so bile modrikaste. Po daljšem ležanju je bila koža prsi in vratu modrikasta. Po vsem telesu je bilo podkožje zelo slabega tonusa. Skratka znaki zastoja krvi, iz katerega nastaja tudi tromboza.

Impotenca ima pri moškem več vzrokov. Eden je oslABLJENA ledvična funkcija, zraven spada tudi nadledvična žleza. Bolnik je v takem primeru opazno bled, zebe ga, posebno v noge, je splošno oslABLJEN, izpadajo zobje in lasje, fizični naporji so zelo utrujajoči. Take-mu bolniku bo viagra dobrodošla. Veliko moških brez znakov oslABLJENOSTI odpove nenadoma. Nekaj v "aranžmaju" ljubezni sproži hipno blokado v pretoku energije, čemur sicer pravimo tudi psihični vzroki. Takemu bolniku viagra ne more pomagati. Delovanje viagre – pomoč pri polnjenju kaveroznih celic s krvjo – tako lahko izkoristimo le v primeru, ko je ta funkcija oslABLJENA. Učinkujejo tudi klasični afrodoizaki, ki sprožijo burno cirkulacijo krvi – naval krvi v penis.

Zgoraj omenjeni bolnik ima upočasnen obtok krvi. Potrebuje zdravilo, ki bo to stanje polagoma sprostilo, viagra bi povzročila nekaj takega, kot da bi se v zajezeno vodo vsul plaz zemlje. ■

RECENZIJA

Živimo s srcem

Kako spoznati in zdraviti srčni infarkt, možgansko kap in druge bolezni ožilja?
Kako jih preprečiti?

Marjan Kordaš

Razni avtorji;
Za srce, društvo za zdravje srca in ožilja
Slovenije, Ljubljana, 2001, 275 strani.

Knjižica (žepni format) je razdeljena na približno 25 sklopov (npr.

Vzroki za bolezni srca in ožilja, Visok krvni tlak, Ateroskleroza in dejavniki tveganja itn.), vsak sklop pa na več poglavij (npr. prvi sklop na poglavja Okužbe, Revmatična vročina, Avtoimunske bolezni, Bolezni žlez z notranjim izločanjem, Duševne obremenitve, Poškodbe). Zadnja sklopa imata naslov *Oživiljanje* ter *Ukrepi v trenutkih, ko*

je življenje ogroženo. Poleg drugačnega tiska so sklopi označeni tako, da jih bralec opazi ob zgornjem in desnem robu knjige. Na koncu je seznam avtorjev ter kazalo.

V zvezi s kazalom se mi zdi pomembno omeniti naslednje:

Ko sem prebral navodilo, kako si izmeriti arterijski tlak, me je popadla radovednost, da bi si izmeril svojega. To sem tudi storil, se ga – skladno s klasifikacijo na str. 40 – razveselil in v svoji okolici začel delati reklamo, češ da doslej **še nisem bral tako dobro napisane navodila**. Med reklamo bi svojemu poslušalcu moral povedati, v katerem poglavju je to navodilo. Torej sem pograbil knjižico, v kazalu poiskal geslo *Krvni tlak - merjenje*, ki me je – napačno – napotilo na str. 22. Na tej strani namreč tega poglavja ni. Zato sem prelistal celo knjižico, v besedilu našel ustrezno poglavje ter tako v kazalu geslo *Merjenje krvnega tlaka*, ki me je – pravilno – napotilo na str. 162. Na srečo je ta napaka v kazalu edina, ki sem jo našel.

Pripombe:

str. 22: "...lasnice... so zelo tanke. Njihov premer je 0,08 mm...". Verjetno tipkarska napaka, pravilno 0,008 mm.

str. 45: "Samomerjenje krvnega tlaka." Nepotrebna, samozadovoljevanju podobna spakedranka?

str. 99: "Zato desna stran srca opravlja občutno manjše delo kot leva..." Pravzaprav gre bolj za **moč**, manj pa za **delo** srca.

str. 105: "A takšni dražljaji se lahko porajajo tudi drugje v srcu." Ne gre za **dražljaje**, temveč za **vzburljenja**. Vzburljenje se ne rodi, temveč **nastane**. **Dražljaji** v istem smislu se pojavljajo tudi drugod v knjigi.

str. 122: "Tranzitorne ishemične atake" bi avtor morda prevedel kot **prehodni napadi ishemijske možganov** ali celo **prehodni napadi zmanjšane prekrvljenosti možganov**. Če bi uporabil kratico TIA, bi hkrati navedel angleški, ne pa ta spakedrano slovenski izraz.

str. 123: "Možganskožilne bolezni v Sloveniji" bi avtor morda prevedel kot **bolezni (o)žil(ja) v možganih**. Prav ta izraz uporabi avtor v drugi vrstici pod naslovom!

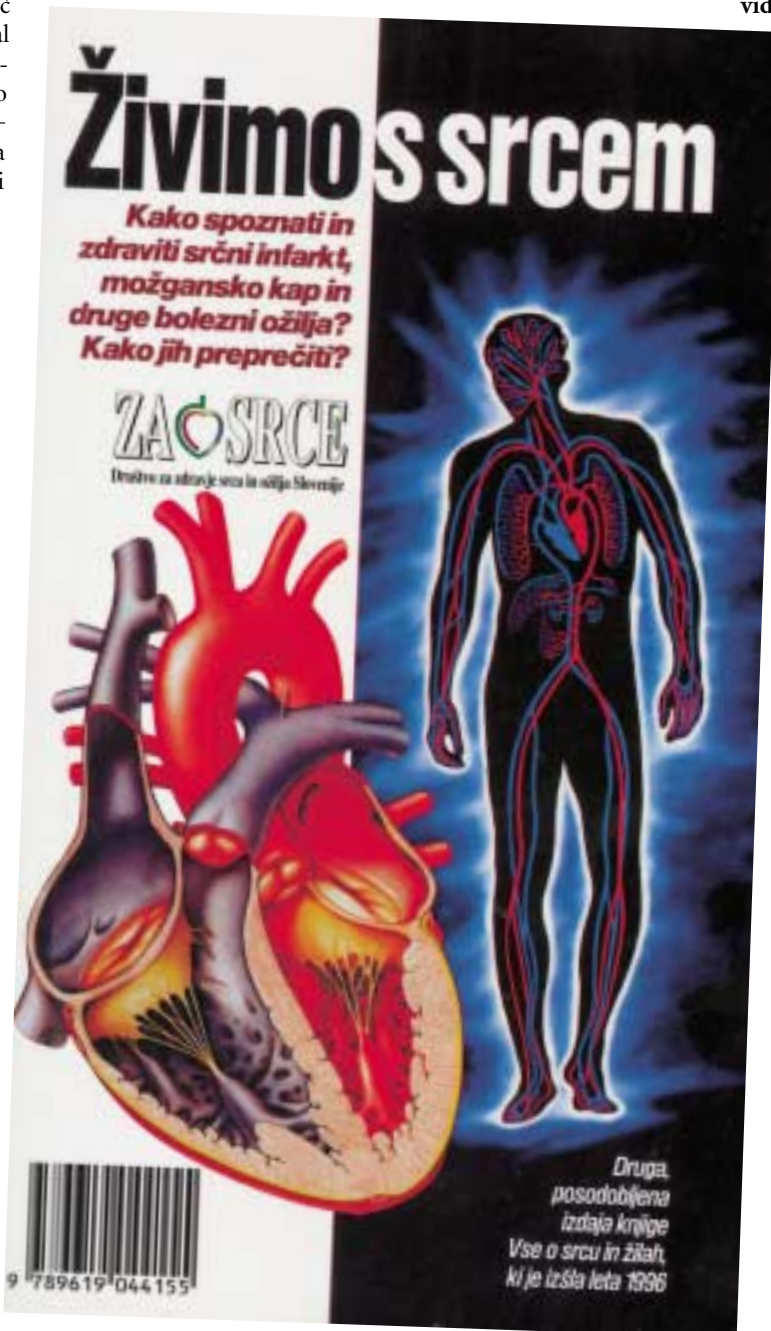
str. 169: "Magnetnoresonančno slikanje srca in ožilja" bi

avtor morda prevedel kot **slikanje srca in ožilja z magnetno resonanco**.

str. 170: "Nuklearnomedicinsko slikanje" bi avtor morda prevedel – kar razloži tudi sam – kot **slikanje z radioaktivnimi izotopi**.

str. 174: "Ultrazvočna preiskava srca in žil" bi avtor morda prevedel – kar razloži sam že v prvi vrstici – kot **Preiskava srca in žil z ultrazvokom**.

str. 256: "Dihanje je prisotno..."; namesto tega bi se slišalo lepše "Omedleli diha." Sicer pa smo bili vojaki v JLA **prisotni** (prisutni), v SV so vojaki **navzoči**. Tudi ponekod drugod v knjižici so znaki **prisotni**. Menim, da znaki niso **prisotni**, temveč temveč jih opazovalec **vidi**, če zna ustrezno **gledati**.



Kar zadeva stroko in uporabnost, so moje pripombe nepomembne. Knjižica se bere gladko. Pripombe sem zapisal v prvi vrsti zase. V drugi vrsti pa se mi zdi pomembno poudariti, da v slovenski medicinski terminologiji ne smemo uvajati nepotrebnih spakedrank.

Knjige te vrste se mi zdijo pomembne iz dveh razlogov:

Če so napisane v lepi slovenščini, so lahko bistven prispevek k razvoju slovenskega medicinskega izražanja ter terminologije.

Če so napisane dovolj strokovno, so lahko bistven prispevek za izboljševanje zdravja našega prebivalstva.

Knjižica *Živimo s srcem* se je temu cilju približala, celo me nekako spominja na Merckov *Veliki zdravstveni priročnik*. Se pravi, da se mi zdi zelo uporabna. Za zdravega in bolnega laika. Pravzaprav bi morala biti knjižica na voljo v čalkarnicah pri splošnih zdravnikih ter nekaterih specialistih. In če bo prihodnje izdaje pregledal lektor, ki za slovenščino ne bo prehud čistun, bo knjižica še boljša oziroma če se izrazim sodobno spakedranko – **ful fajn!**

Zimska pravljica

Foto: Tomaž Rott



Ko sonce pogleda v skrite koticke...



Barje



Ljubljana, Tivoli



Galetovec

*Jalovec s Triglava**Sevnica**Tamar**Z Rogle proti zabodu*

Zimske počitnice

Ljerka Glonar

Začelo se je prav prozaično. Telefonirala sem svoji hčerki Ivi, da povprašam, kako se imajo, če so zdravi, in sploh zato, ker ne pišem in že dalj časa nisem klicala. Da, imajo se povsem v redu, zdravi so, le David je bil malo bolan, no, in mimogrede, ali bi hotela k njim za en teden v času Davidovih zimskih počitnic, da bi pazila na enoletnega Gregorja. Malo sem premišljevala. Dela imam sicer ogromno, dopusta pa tudi neizkoriščenega kar precej.

Mogoče bi se pa dalo, saj sicer Iva ne bo mogla na smučanje in bosta šla njen mož in njen sin sama. Negotovo sem rekla, da bi morda prišla. Čez nekaj dni bom telefonirala ponovno, če si bom lahko uredila dežurstva in druge nujne obveznosti.

V službi sem pričela urejati v to smer, saj je bilo do takrat še en mesec časa. Ko sem možu povedala, da bom šla za en teden, se je odločil, da se mi bo pridružil za nekaj dni. V službi so nastopile nepredvidene zapreke. Toda če pomisliš, da se dajo vse zapreke prestopiti ali preplezati, se je prav zares tako tudi uredilo.

Telefonirala sem ponovno, da sporočim, da zanesljivo pridem. Draga Iva se je razveselila in zato hotela razveseliti tudi mene. Ne bi ostala z malim Gregorjem pri njih doma, ampak bi se z njimi podala v belo omamo predalpskega sveta. (V trenutku me je zmrazilo. Odkar pomnim ne obožujem niti snega niti zimskih dopustov. Ko sem bila majhna, sem sicer rada drsala in smučala. Ko sem odrasčala, je bila vojna in takrat pozneje, po vojni, ko sem študirala, imam na zimo samo slabe spomine. Soba mrzla, peč še bolj, na meni trije puloverji, voda v kozarcu je zmrznila, zunaj brezupno sneži. Ta slika mi je samo za hip preletela možgane. Kasneje sem hodila na zimske počitnice zaradi svojih otrok, pa tudi smučala in drsala sem. Vendar sem se kar razveselila, ko so odrasli in so s tem tudi zimske počitnice prenehale. No, ob vnukih so občasno zopet oživele. Vendar sem pripravljena poleti čuvati vse vnuke hkrati na morju, zimo pustim pa raje ljubiteljem snega.)

Ta vest me ni posebno razveselila. No, pravi hčerka, njim je seveda vseeno. Kakor

se bom odločila. Prav, bom premislila. Vendar vem že vnaprej, da se ne bom odločila za odhod v sneg, saj k nam prihaja že pomlad.

In zopet so minili dnevi. Ostala sem neomajna v mislih, da ostanem z malim Gregorjem v mestu. Neomajna, do telefonskega razgovora. Zopet telefoniram, da končno javim, kdaj pridem. Seveda, naslednji dan odpotujemo. Samo jaz ne. Tudi ti. Boljše je. Gregor bo z nami, ne moremo ga pogrešati ves teden. In zelo lepo bo. Krasno! Sam sneg (sovražim sneg), popolnoma samotno (sovražim samoto), daleč od ljudi (rada imam vrvež okrog sebe). S seboj naj prinesem seveda tudi drsalke in kopalke za mojo rekreacijo.

Prišel je dan odhoda. Dan se je nagibal v večer in še vedno se nisem odpeljala. Šele ob pol osmih sem sedla v avto in oddrvela po zmurnjeni cesti. Vožnja v redu, brez zaprek. Šla sem celo preko Šentilja, kjer so na meji nekateri precejšnji grobjani, verjetno mislijo, da je vsak, ki potuje v tujino, hudoben, goljuf, državni škodljivec, predvsem pa, da tihotapi neznanske količine nečesa, česarkoli že. K hčerki sem prispela ob enajstih zvečer. Ob prihodu v sobo sem si komaj priborila pot skozi množico velikih in majhnih paketov, torb, kovčkov vseh vrst, smučarskih čevljev itd. Zet je napovedal odhod točno ob 8.45. Napočilo je lepo jutro, dišalo je po pomladi. Zjutraj me je spreletel še zadnji srh ob misli na sneg. Noč me je spominjala na dežurno, ker je moj najmlajši vnuk, pri katerem sem spala, vsako uro jokal. Da ni, je bil dokaz njegov ljubeč obraz, nasmejan, ko se je zbudil in grozen jok, ko me je opazil. Tik preden smo se odpeljali, me je hčerka mimogrede vprašala, če sem videla kje njeno torbico. Ne, nisem. Verjetno jo je zet že odnesel v avto. Nič hudega. Vsi smo že bili pripravljene na odhod, ko je zazvonil telefon. Iz razgovora je bilo sklepati in to je bilo tudi potrjeno, ko je hčerka odložila slušalko: nekdo je nekje našel njeno torbico, je to povedal in odložil slušalko. Kar je sledilo sedaj, je težko opisati.

Seveda, že sama misel, da zgubim torbico z vsemi dragocenostmi poleg denarja (nož, odpirac za steklenice, meter, zločljiv

kozarec, plastičen klobuk za dež, fotografije vseh vnukov, osebni dokument, ogledalce itd.) je grozovita. In takšna je bila tudi reakcija pri moji hčerki.

Ivina odločitev: ne gre zraven na dopust, ostane doma, gre takoj nekaj delat, da za služi, kar je izgubila, ker je njen mož trdo delal, da lahko gredo na dopust. Pri tem zadnjem sem se zamislila. Človek se vse življenje uči. Potem, ko je minilo najhujše razburjenje je vendar počasi premislila, kaj je bilo v torbici: denarja nič, dobropis (ki ga je pa pozneje našla), vozniško dovoljenje in ključki. Komaj smo se pogovarjali o tem, je telefon znova zazvonil. Možakar se je ponovno javil in povedal, da je torbico našel njegov sin v trgovini. Ker ne želi imeti sitnosti, jo bo oddal v isti trgovini (to se seveda ni nikoli zgodilo). Medtem so tekle priprave za znamenjavo ključavnice, pot v trgovino, ki je bila medtem že zaprta, torbica, pa ni visela na nobeni kljuki pred trgovino.

Ura je že daleč čez poldne, stanje se je nekoliko pomirilo, vsi poskusimo Ivo pomiriti in revici dokazati, da se to lahko dogodi vsakomur. Sedemo v avto, naložen s smučmi in s preklopljeno prikolicco. Brzimo po suhih cestah snegu nasproti. Po treh urah vožnje pade odločitev. Ustavili se bomo v majhnem motelu in popili kavo. Odcep za prvi motel. Pripeljemo se z glavne ceste in vozimo nekaj časa po stranski, kar pri zetu že zbudi nejevoljo. Ustavimo se ob motelu. Tu je brez števila avtomobilov, neskončen vrvež in občutek, da od tu nikoli ne prideš ven. Motel pa - to je velika moderna stavba, prijetna z neštevili prostori, na stenah pa so slike vseh prominentnih gostov, ki so tu že bili. Meni je zelo všeč. Veliko ljudi, nasmejanih, polno otrok pod nogami, katerim se pridruži seveda tudi Gregor. Strežno osebje brzi sem in tja, ljubeznivo (prešine me misel nase gostinske obrate). Hitro popijemo kavo, malo poklepetamo in gremo naprej. Ob 10. zvečer je zet še vedno dobre volje za volanom, vendar natakne verige. Pričnemo se vzpenjati na strm hrib. Z gotovostjo indijanskega stezosledca zavije pri nekem odcepu na desno in kljub našim utemeljenim

sumom pripelje do prave hiše.

Prične se raztovarjanje. Ropotamo v mrzlo stanovanje. Ljubeznivi lastnik je takoj prižgal centralno kurjavo (kakšno razkošje). Gregor je dobre volje. Dan se za nas končuje. Smo v zasneženi pokrajini v rahlo hladnem stanovanju, med samimi gorami, nikjer ni videti hiše, osamljeni v gorah, kot smo želeli.

Nedelja. Prekrasen dan, gore bi lahko prijela, če bi iztegnila roke, sneg se iskri, mraz, da je kaj, vendar ga ob soncu niti ne čutiš. Prvi dan preživimo skupaj. Ogledamo si kraj, majhno gorsko vasico, doživimo sprevod pustnih šem. Maske so pomešane med smučarje, neki možak za šalo tepe z metlo, na vozu so pisano oblečene pustne šeme, ki točijo vroče žganje. Mimo cingljajo sani, v katere so vpreženi konji. Dan je hitro minil.

Ves nadaljnji teden pa je bil v znamenju smučanja vse družine, brez najmlajšega člana. Odhajali so dopoldne in prihajali pozno popoldne. Dnevi so bili prekrasni, sonce je spreminjalo sneg v nešteto kristalov, ki so se lesketali v sončni svetlobi. Z Gregorjem sva

se spoprijateljila, saj druge možnosti ni imel. Medtem ko je spal, sem kuhala kosilo, nato pa sva šla s sanmi tudi za več ur na sneg. Svoje kopalke sem položila na dno kovčka, drsalke pa so ostale kar v avtu. Gregor je bil prsrčen otrok, vedno nasmejan in ljubeč, s svojimi modrimi očmi in plavimi kodri. Prvi dan je bilo najhuje samo to, da je potegnil prt z mize hkrati z vso posodo. Medtem ko sem lovila skledice in krožnike, je zakorakal proti vratom, se spotaknil in udaril ob vrata. Stekla sem k otroku, ročka s kavo in sladkorna doza pa sta s treskom pristali na tleh. Sladkor je škripal pod nogami kot suh sneg. Nič hudega, sem si mislila, le da potolažim ljubelega otroka, sobo bom že pospravila. Naslednji dan se je Gregor odločil, da ne gre z mano ven. Legel je na tla in se drl. Z zadnjim naporom je ležal na tleh in samo še divje hlipal, v roki je držal izpuljeno kljuko iz predalnika, meni je v kuhinji nekaj teklo iz lonca, vendar nisem utegnila pomisliti kaj, ko je po stopnicah prikorakal lastnik. Gregor je v hipu prenehal tuliti.

Pešačila sem toliko, kar že dolgo ne. Priznati moram, da je bil dopust izredno lep. Zraka sem se naužila, da bom še nekaj časa izdihovala verjetno plemenitejši ogljikov dioksid.

Tako sem videla dneve jaz. Ivo pa je motilo, da nismo v tišini. Stanovali smo namreč skoraj sredi gradbišča ceste, kjer je več kot deset kamionov in bagrov prevažalo zemljo, trušč pa je bil ob času dela enak kot na letališču. Iva se je po dveh dneh izselila iz spalnice, ker je imel angelček Gregor ponoči samogovore in je občasno jokal. Da ne bi bil sam, so ga dali v mojo sobo za poizkus. Dnevi so minevali in čez teden dni smo se odpravili. Bila sem vesela, ker je teden uspešno minil, upala sem, da so bili zadovoljni, ker so se smučali in vendar imeli zvečer tudi najmlajšega ob sebi. Prišel je čas, ko smo posedli v avto z vsemi kovčki, torbami in smučmi in že smo hiteli proti mestnemu vrvežu. Sredi poti se je Iva ljubeznivo obrnila k meni: ah, mama, že dolgo sem si želela, da bi dopust preživela družina sama, pa izgleda, da je to res nemogoče. ■

PISMA UREDNIŠTVU

Pismo iz New Yorka

Spoštovani profesor Kordaš,

po daljšem premoru se vam spet oglašam. Kako ste? Meni se je življenje po napornih prvih tednih umirilo in stvari tečejo po ustaljenih tirnicah. Imam se dobro in z delom sem zadovoljna. Sodelujem pri več projektih, katerih cilj je ugotavljanje patoloških motoričnih vzorcev v možganih pri različnih ekstrapiramidnih sindromih. Poleg tega se učim čisto praktičnih stvari, kot je npr. pisanje izvidov slikanj pozitronske emisijske tomografije (PET).

Na našem oddelku je zaposlenih deset ljudi: trije nevrologi, trije fiziki, računalniški inženir, psihologinja (skrbi za organizacijo in

nemoten potek projektov), matematični tehnik (opravlja bolj zamudna računalniška dela v zvezi z obdelavo podatkov) in tajnica.

Večina mojega dela, pa tudi dela na oddelku je posvečenega zelo zapleteni računalniški in statistični obdelavi PET-slik. Bolj ko se poglobljam v delo bolj ugotavljam, kako široko je področje PET-slikanj v nevrologiji. Samo delu na tem področju bi bilo mogoče posvetiti vso poklicno kariero.

Vzdušje na oddelku je zelo delovno, a prijetno in sproščeno. Nepredvidljivi delovni urnik je pri prof. Eidelbergu zabaven, vsaj zame, ki tu nimam veliko obveznosti, povezanih z osebnim življenjem. Zelo pa občudujem sodelavce, ki so z nasmeški na obra-

zih v službi dokler prof. Eidelbergu srce požel. Njemu čas ne predstavlja posebne vrednote v življenju. Živi sam, brez obveznosti...

Bivanje v New Yorku mi kar ugaja. Dogaja se povsem neobvladljivo dosti zanimivih reči, ob vsej pisani množici ljudi z vseh koncev sveta. V začetku sem zelo pogrešala naravo, zdaj pa se mi zdi, da sem se že privadila in mi občasni sprehodi po Centralnem parku kar dobro pomagajo.

Sicer pa je življenje tu dosti bolj kruto in naporno kot doma. Ljudje v povprečju delajo bistveno več kot v Sloveniji in družba je na splošno zelo agresivna. Da o socialnem in zdravstvenem varstvu, ki je še najbolj kruto od vsega, sploh ne govorim.

Nasprotno se mi zdi, da imajo Američani izjemen smisel za organizacijo. To je bilo občutiti tudi ob terorističnem napadu 11. septembra. V tem ogromnem mestu ni bilo nobene zmede ali nepotrebne panike, čeprav se jim je kaj takega zgodilo prvič v zgodovini. Običajno ne najbolj prijazni Newyorčani so bili takrat presenetljivo in izjemno solidarni. Po več ur so čakali po cestah, da so lahko darovali kri. Prostovoljcev za reševalne akcije je bilo toliko, da so po medijih obveščali ljudi, da naj ne prihajajo več. Ko so ljudje dolge ure čakali v vrstah pred uradi, kjer so prijavljali pogrešane svojce, so nekateri Newyorčani stopili v vrsto namesto njih, da so se lahko spočili, šli kaj pojest....

Na splošno se je moje mnenje o Američanih spremenilo na bolje in mislim, da imamo Evropejci v glavnem izkrivljeno predsta-

vo o njih. Eno prijetnejših doživetij tu je tudi, da se še nikjer po svetu, kjer sem bila doslej, nisem počutila tako domače kot tu. Kar nekaj časa sem premišljevala, zakaj. In ugotavljam, da zato, ker je tu povsem nepomembno od kod si – če si le bele polti. In nihče te ne gleda ošabno in malo zviška, kar je pravilo odnosa zahodnih Evropejcev do nas z vzhoda.

Nekatere stvari pa me tudi motijo: kot sem že omenila so ljudje tu v povprečju precej arogantni in neprijazni. In zdi se mi, da tudi na nižji kulturni ravni kot Evropejci. Ne vem, če bi to znala prav dobro argumentirati. A zdi se mi skrajno nekulturno in nehumano, da si tako bogata država, kot je Amerika, drzne privoščiti 30 milijonov ljudi brez zdravstvenega zavarovanja (ker si zavarovanja ne morejo plačati). Verjetno se jim pozna, da sta njihova družba in kultura še

zelo mladi, brez kakšne omembe vredne tradicije. Tako se mi zdi, da so v primerjavi z nami "modrimi in kulturnimi" Evropejci nekakšni zaletavi, neobrzdani adolescenti, ki imajo zaradi izjemne delavnosti veliko materialno bogatstvo in posledično moč, vendar menim, da svoje energije ne znajo uravnoteženo usmeriti v vse sfere svojega življenja. Seveda pa so to le moji vtisi.

Lepe pozdrave!

Maja Trošt, *nevrologinja, Nevrološka klinika, Klinični center, Ljubljana.*

Trenutno na strokovnem izpolnjevanju na *Center for Neurosciences, North Shore-LIJ Research Institute, New York University School of Medicine.*

Opomba: Pismo je avtorizirano. Objavljeno je na predlog naslovnika.

Pismo uredništvu

Dragi in spoštovani gospod urednik, dragi Eldar,

iz razlogov, ki se bodo razjasnili spodaj, ti tole pismo pošiljam z zamikom enega meseca. Zadeva seveda našo revijo. Sicer se sprašujem ali kot član uredniškega odbora (ne smem pisati o njej, a tokrat bom tvegala):

Branje je zame fascinantna reč. Značilno je, da nikoli ne jem, če berem. A skoraj vedno berem, ko jem. Slednji pristop je užitek s pozitivno povratno zvezo. Prav zato knjige posojam le, če mi bodoči bralec priseže, da "ne bo bral, če bo medtem jedel kuhano kranjsko klobaso" (iz katere, kot je znano, brizga).

Skladno s tem temeljnim pristopom sem vso literaturo razvrstil v dve kategoriji. Tu bom na kratko omenil le drugo. Prototip iz slednje med knjigami je Haškov *Švejk* (s kranjsko klobaso, dobrim kruhom in – če je le mogoče – s pivom), med revijami pa *Isis*. V nasprotju s *Švejkom* ima *Isis* še dodatno prednost, da jo je mogoče brati od zadaj.

Lahko si torej, dragi Eldar, predstavljaš,

kako sem se lotil branja (ter ustrezne brizgalne zaščite) predzadnje številke (št. 12, 10: 2001). Od strani 149 do strani 128 je vse potekalo običajno prijetno. Na tej strani sem se pa ustavil in začel tako smejati, da so mi tekle solze. Skoraj bi bil *Zbegane živali iz baskni gospoda Brunčka* ponesnažil – sicer ne s sokom klobase, temveč zrezka. Končno sem ga odrinil, saj sicer med branjem ne bi mogel dojeti vseh iskric ter duhovitosti opisa zbeganih živali (med katere sem se zaradi sivih las nekaj časa prišteval tudi jaz). Pravzaprav sem na zrezek kar pozabil in šele potem, ko sem zgodbo prebral večkrat, sem se zavedal, da jo ocenjujem. Po kratkem oklevanju sem jo uvrstil prav v vrh vseh prispevkov za *Isis* in končal z ugotovitvijo "tale Gregorič pa je skoraj tako pismen in duhovit kot naš Klun" (1).

Skladno s sporočilom *Zbeganih živali* sem torej napeto pričakoval naslednjo številko (št. 1, 11: 2002), ki sem jo bral – ob kavi in kosu potice – izjemoma od spredaj. V njej sicer ni bilo odgovora na vprašanje iz prejšnje številke, kljub temu sem pa odkril po-

membno sporočilo:

V primerjavi z meni znanimi revijami, ki jih izdajajo različne zdravniške zbornice, je *Isis* precej drugačna. Morda zato, ker se slovenski zdravniki skoraj vsi poznamo. Na srečo ne toliko, da bi se prepoznali kot *Zbegane živali*, vendar dovolj, da se lahko vsaj praskamo po glavi, ko ugibamo, kdo bi bil lahko kdo ali kaj. A hkrati – ali kljub temu – se lahko smejemo. Zdravniki – pripadniki drugih zdravniških zbornic – pa se še praskati ne morejo, kaj šele smejati. Se pravi, medtem ko so tuje revije morda strokovno dobre, so pa do kraja odtujene.

Sklep I: Slovenski zdravniki so *Isis* že posvojili.

Sklep II: Mar ni to že več kot dovolj?

Lep pozdrav, tvoj
Marjan

1. Nomina sunt odiosa, a da ne bi povečal zmedenosti med morebitnimi živalmi v našem uredništvu, sem se odločil za eksplcitnost.

Pes in moj prijatelj

Ljerkica Glonar

*Živel je mož,
imel je psa,
lepo ga je redil,
požrl pes je kos mesa,
zato ga je ubil.*

Te pesmice, ki sem jo slišala kot otrok nisem marala in strašno sem sovražila moža, ki je ubil svojega psa. Vendar sem se je spomnila nehote, ko sem slišala spodaj napisano zgodbo. No, seveda ni nihče pomislil, da bi psa ubil, ampak neko onemoglo jezo je pa najbrž le včasih povzročil.

Moj prijatelj zdravnik ima psa. Ne – pes ima mojega prijatelja. Torej šel sem na obisk k prijatelju, ki me je povabil. Družina me je pristrčno sprejela. Takoj so mi povedali, da so povečali število družinskih članov. Kupili so psa. Ne kar takega navadnega, takega z rodovnikom. Nikakor ne morem reči, da sovražim živali, ali pa morda prav posebno pse. Nikakor pa tudi ne morem trditi, da ga v življenju ne bi mogel pogrešati. Sodim k tistemu občestvu, ki trdi, da so psi za ljudi z dosti prostora in časa za živali. Sploh pa se nisem dosti ubadal z mislimi na pse.

Ali ni lep? Ali ni krasen, pameten! Pogledaj, kako te prijazno gleda! Nisem si mogel kaj, da sem ga sicer nerad, malo potrepljal. Pes ni pokazal ne znaka ljubeznivosti, pa tudi nelagodja ne. Glej, kako te ljubeznivo pozdravlja, pravi prijatelj. No, tega res nisem opazil. Veš, to je pravi lovski pes, nadaljuje njegova žena. Pes se je umaknil in posedli smo k večerji. Prijetno smo klepetali in veselili smo se, da bomo kakšne dni preživeli skupaj.

“Jutri,” pravim, “bom šel zgodaj zjutraj na sprehod”. “Oh, veš kaj, vzal boš na-

šega psa s seboj. On se silno rad spreha-ja,” pravi njegova žena. No, sem si mislil, končno nič hudega, bo šel pač pes z menoj. Mogoče bi raje šel sam, ampak nič hudega. Čisto potihoma se mi priplazi v glavo hudobna misel: kaj pa če bo spal in bom jaz smuknil skozi vrata.

Neumna misel. Zjutraj stojiva nared pred vrati in se zgledujeva v hladno jesensko jutro. pes in jaz. Zna hoditi ob meni. Prava plemenita žival. Zavijeva skozi vas proti gozdu. Pes hodi nekaj časa ob meni, nekaj časa pa teka okrog. Zdi se mi še kar simpatičen. Skozi sivo nebo posije sonce. Dan postaja prijeten. Zakorakava v neko bližnje naselje. Pes steče proti naselju in se izgubi v gošči. Hm, zares je lep tale lovski pes. Hodim počasi sam naprej, zatopljen v svoje misli. Že sem iz naselja, nenadoma zaslišim neki šum, pred mano je spet pes mojega prijatelja, toda o groza – ne sam. V gobcu ima kokoš, že mrtvo, ki jo ponosno položi pred mene. Lovski pes. Zagomazi mi po hrbtu. Pogledam okrog, kot bi pravkar v samopostrežni nekaj ukradel. Nikjer nikogar. Primem mrtvo kokoš in jo zalučam daleč v grmovje. Psu pripnem vrvico in ga le s silo spravim naprej. Nekaj časa se upira, potem pa gre lepo mirno ob meni. Zopet ga odpnem. Glej ga, mrho – v sekundi se izgubi v goščavi. Obide me zla slutnja. Ne zaman. V izredno kratkem času stoji pes pred menoj. Čutim, kako se mi postavljajo lasje pokonci. V gobcu ima plemenita žival mrtvo kokoš. V sekundi sem ves prepoten. Pred menoj na desno je hiša. Za okni sicer ne vidim nikogar, vendar mislim, da tudi vidim ne dobro v tej sekundi. Pametna žival me gleda, jaz pa hitro primem kuro in – ne vem, kam bi z njo. Nikjer človeka. Vprašal bi, komu jo lahko plačam. Stlačim kokoš v vrečko, kakšna sreča, da jo imam s seboj. Psa privežem na usnjeno vrvico. Z vaščanom bo uredil moj prijatelj.

Z jezo se obrnem in se s hitrimi koraki vracam domov. Pes hodi ob meni ponosno, kot se spodobi. Pred nama je še travnik in goščava, za njo pa hiša. Pes se ustavi. Želi, da ga spustim. Sedaj ga menda res lahko. Pes se zapodi proti travniku, zavije proti goščavi, nenadoma pa zaslišim divje kodakanje. Spustim se v tek, kolikor me noge neso. Od kar sem bil pobič, nisem tako tekel. Do hiše, kjer naju pričakujejo, dospem istočasno. Jaz z vrečko s kokošjo, pes pa z mrtvo kokošjo v gobcu. Za nama pa prikoraka nek možak. Zla slutnja mi govori pravilno.

Moj prijatelj je odprl denarnico, se opravičil in plačal. No, pa ne samo ta dan. Zadeva se je nerodno ponavljala in kakor so prihajali bolniki, tako so se vrstili vaščani bližnjih naselij z mrtvimi kokošmi. Nekdo je svetoval mojemu prijatelju, naj zaveže kokoš in psa v isto vrečo, ju zavrti in spusti. To naj bi bilo primerno zdravilo proti takšnemu obnašanju. Kljub oporekanju ostalih prisotnih, sva to opravila. V vrečo sva stlačila psa in kokoš, jo zavrtela v zraku, nato pa odvezala. Jojmene! Obe živali sta skočili iz vreče, pes pa je že v prvem skoku zgrabil kokoš. S plačevanjem pa tudi ni bilo čisto v redu. Ljudje so že pri drugi mrtvi kokoši godrnjali, da oni ne gojijo kokoši za prodajo, ampak da žele svojo kokoš živo in ne plačano mrtvo.

Moj prijatelj je uvidel, da se bo moral od psa poloviti. Ob tem pa se je njegovi ženi porodila imenitna misel. Pričela je gojiti kokoši in je v kratkem postala lastnica imenitnega kokošnjaka. Ko se je nekdo zdaj pojavil s kokošjo, je nemudoma prijazno opravila zamenjavo.

Ne vem več, kako se je stvar končala. Gotovo pa je, da pes ni bil nikdar kaznovan in da je ostal pri hiši. ■

Psihiatrična bolnišnica Idrija

Mag. **Viktorija Gorjup**, univ. dipl. soc.,
direktorica

Prim. **Jože Felc**, dr. med., specialist
nevropsihiater, predstojnik – strokovni
direktor bolnišnice

Mag. **Marko Pišljar**, dr. med., specialist
psihiater, namestnik predstojnika in vodja
gerontopsihiatričnega oddelka

Liljana Markočič, dr. med., specialistka
psihiatrinja, vodja sprejemnega ženskega
oddelka

Erika Mitrovič, dr. med., specialistka
psihiatrinja, vodja sprejemnega
moškega oddelka

Anka Lazar, dr. med., specialistka
psihiatrinja, vodja oddelka za
bolezni odvisnosti

Mag. **Milada Mujabašič**, dr. med.,
specialistka psihiatrinja, vodja
psihoterapevtskega oddelka

Patricija Logar, dr. med., specialistka
psihiatrinja, vodja oddelka za podaljšano
zdravljenje

Danica Menard, dr. med., specialistka
psihiatrinja, vodja izvenbolnišnične
psihiatrične dejavnosti

Branka Režun, univ. dipl. psih.,
specialistka klinične psihologije,
vodja psihološke službe

Vesna Čuk, prof. zdr. vzg., glavna
medicinska sestra

Nande Rupnik, višji delovni terapevt,
univ. dipl. org., vodja aktivacijske terapije

Dr. **Bojana Krizaj**, univ. dipl. biolog,
vodja biokemičnega laboratorija

Aleksander Može, socialni delavec,
vodja socialne službe

Srečko Kogoj, univ. dipl. ekon., vodja
splošnega sektorja

Janez Razložnik, ekonomist, vodja
računovodskega sektorja

Ines Bevk, poslovni sekretar, vodja
zdravstvene administracije

Izvolitve v učiteljske nazive na Medicinski fakulteti

Na seji senata Medicinske fakultete 19. 11. 2001 so bili izvoljeni v nove nazive spodaj naštetih sodelavci

Izr. prof. dr. **Miloš Šurlan**, dr. med.,
ponovno izvoljen v naziv izrednega
profesorja za predmet radiologija

Doc. dr. **Mirna Koželj**, dr. med.,
izvoljena v naziv izredne profesorice
za predmet interna medicina

Doc. dr. **Janez Zidar**, dr. med.,
izvoljen v naziv izrednega profesorja
za predmet nevrologija

Asist. dr. **Primož Strojan**, dr. med.,
izvoljen v naziv docenta za predmet
onkologija in radioterapija

Doc. dr. **Marko Medvešček**, dr. med.,
ponovno izvoljen v naziv docenta za
predmet interna medicina

Doc. dr. **Miran Vrabl**, dr. med.,
ponovno izvoljen v naziv docenta
za predmet kirurgija

Asist. mag. **Matija Barbič**, dr. med.,
ponovno izvoljen v naziv asistenta za
predmet ginekologija in porodništvo

Asist. dr. **Margareta Fležar**, dr. med.,
ponovno izvoljena v naziv asistentke
za predmet patologija

Asist. dr. **Boštjan Salobir**, dr. med.,
ponovno izvoljen v naziv asistenta
za predmet interna medicina

Dr. **Tomaž Šiler**, dr. stom., ponovno
izvoljen v naziv asistenta za predmet
maksilofacialna in oralna kirurgija

Asist. mag. **Marjeta Terčelj Zorman**,
dr. med., ponovno izvoljena v naziv
asistentke za predmet interna medicina

Mag. **Aleš Vesnaver**, dr. med., izvoljen
v naziv asistenta za predmet
maksilofacialna in oralna kirurgija

Na seji senata Medicinske fakultete 17. 12. 2001 so bili izvoljeni v nove nazive spodaj naštetih sodelavci

Doc. dr. **Marko Noč**, dr. med.,
izvoljen v naziv izrednega profesorja za
predmet interna medicina

Doc. dr. **Martin Tonin**, dr. med.,
izvoljen v naziv izrednega profesorja za
predmet kirurgija

Doc. dr. **Jože Vračko**, dr. med.,
izvoljen v naziv izrednega profesorja za
predmet kirurgija

Asist. dr. **Fajko Bajrovič**, dr. med.,
izvoljen v naziv docenta za predmet
patološka fiziologija

Asist. dr. **Janko Kersnik**, dr. med.,
izvoljen v naziv docenta za predmet
družinska medicina

Asist. dr. **Mirela Rode**, dr. stom.,
izvoljena v naziv docentke za predmet
zobne bolezni in normalna morfologija
zobnega organa

Asist. dr. **Katja Seme**, dr. med.,
izvoljena v naziv docentke za predmet
mikrobiologija in imunologija

Asist. dr. **Andreja Sinkovič**, dr. med.,
izvoljena v naziv docentke za predmet
interna medicina

Asist. dr. **Dušica Pahor**, dr. med.,
izvoljena v naziv docentke za predmet
oftalmologija

Doc. dr. **Pavle Košorok**, dr. med.,
ponovno izvoljen v naziv docenta za
predmet kirurgija

Doc. dr. **Maja Ravnik Oblak**, dr. med.,
ponovno izvoljena v naziv docentke za
predmet interna medicina

Asist. **Tomaž Janežič**, dr. med.,
ponovno izvoljen v naziv
asistenta za predmet kirurgija

Asist. **Nada Kecelj Leskovec**, dr. med.,
ponovno izvoljena v naziv asistentke za
predmet dermatovenerologija

Asist. mag. **Borut Kirn**, univ. dipl. fiz.,
ponovno izvoljen v naziv asistenta za
predmet fiziologija

Asist. **Metoda Košiček**, dr. med.,
ponovno izvoljena v naziv asistentke za
predmet dermatovenerologija

Asist. **Rok Kosem**, dr. stom.,
ponovno izvoljen v naziv asistenta
za predmet otroško in
preventivno zobozdravstvo

Asist. mag. **Virginija Novak Grubič**, dr.
med., ponovno izvoljena v naziv
asistentke za predmet psihiatrija

Asist. dr. **Maja Rus Makovec**, dr. med.,
ponovno izvoljena v naziv asistentke za
predmet psihiatrija

Asist. **Tomaž Šeruga**, dr. med.,
ponovno izvoljen v naziv asistenta za
predmet radiologija

Asist. dr. **Majda Zorec Karlovšek**, univ.
dipl. kem., ponovno izvoljena v naziv
asistentke za predmet sodna medicina in
medicinska deontologija

Mag. **Drago Dolinar**, dr. med., izvoljen v
naziv asistenta za predmet ortopedija

Mag. **Štefek Grmec**, dr. med.,
izvoljen v naziv asistenta za predmet
družinska medicina

Novi doktorji in magistri znanosti s področja medicine

Doktorski naziv so dosegli:

Asist. dr. **Gabriela Ivanovski**,
univ. dipl. kem.
naslov: "Študij encimskega in
toksičnega delovanja
amoditoksinov"
mentor: prof. dr. Jože Pungerčar
področje: biokemija in molekularna
biologija
zagovor: 26. 10. 2001

Asist. dr. **Jerica Maver**, dr. med.
naslov: "Vpliv centralnih in
lokalnih dejavnikov na
odzivnost drobnega žilja
kože pri normotonikih,
družinsko obremenjenih s
hipertenzijo"
mentor: prof. dr. Martin Štruel
somentor: doc. dr. Rok Accetto
področje: medicinske vede
zagovor: 5. 11. 2001

Asist. dr. **Pavel Skok**, dr. med.
naslov: "Vpliv izkoreninjenja
bakterije *Helicobacter*
pylori na pojav refluksne
bolezni požiralnika pri
bolnikih s krvavečo
peptično razjedo"
mentor: prof. dr. Igor Križman
področje: medicinske vede
zagovor: 9. 11. 2001

Dr. **Marija Pfeifer**, dr. med.
naslov: "Pomanjkanje ravnega
hormona pri odraslih -
vpliv nadomestnega
zdravljenja z
rekombinantnim
humanim rastnim
hormonom na
aterogenezo"
mentor: prof. dr. Andreja Kocijančič
somentor: prof. dr. Pavel Poredoš
področje: medicinske vede
zagovor: 11. 12. 2001

Dr. **Mojca Škoberne**, univ. dipl.
biol.
naslov: "Vpliv interferona gama na
predstavitev antigenov
bakterije *Listeria*
monocytogenes in
nastanek citotoksičnih
limfocitov T"
mentor: prof. dr. Vladimir Kotnik
področje: mikrobiologija
zagovor: 11. 12. 2001

Asist. dr. **Tomaž Podnar**, dr. med.
naslov: "Izbira najprimernejšega
zapirala pri perkutanem
zapiranju odprtega
Botallovega voda"
mentor: prof. dr. Mirta Koželj
somentor: prof. dr. Marjan Kordaš
področje: medicinske vede
zagovor: 10. 12. 2001

Dr. **Nataša Levičar**, univ. dipl. kem.
naslov: "Vloga cisteinskega proteoliznega encima katepsina L pri invaziji celic neuroepiteljskih tumorjev"
mentor: prof. dr. Tamara Lah
somentor: prof. dr. Geoffrey J. Pilkington
področje: biokemija in molekularna biologija
zagovor: 14. 12. 2001

Dr. **Marjan Peršuh**, univ. dipl. mikrobiol.
naslov: "Struktura in vloga adaptorske molekule MecA pri Bacillus subtilis"
mentor: prof. dr. Ines Mandič Mulec
somentor: prof. dr. David Dubnau
področje: biokemija in molekularna biologija
zagovor: 19. 12. 2001

Asist. dr. **Marijan Bervar**, dr. med.
naslov: "Vpliv nizkofrekvenčnega elektromagnetnega sevanja na funkcijsko obnovo po poškodbah ishadičnega živca podgane"
mentor: prof. dr. Janez Sketelj
področje: medicinske vede
zagovor: 20. 12. 2001

Dr. **Raja Gošnak Dahmane**, dr. med.
naslov: "Histokemična, morfometrična in biomehanska primerjava mišic zgornjega in spodnjega uda"
mentor: znanst. svet. dr. Ida Eržen
somentor: prof. dr. Vojko Valenčič
področje: medicinske vede
zagovor: 8. 1. 2002

Naziv magistra so dosegli:

Mag. **Dušanka Rozman Perko**, dr. med.
naslov: "Ocena stanja prehranjenosti delavcev v Emoni MIZ in Papirnici Vevče"
smer: socialno medicinske vede
mentor: prof. dr. Dražigost Pokorn
področje: medicinske vede
zagovor: 18. 10. 2001

Asist. mag. **Uroš Rot**, dr. med.
naslov: "Bolniki z multiplo sklerozo z neobičajnimi spremembami v likvorju"
smer: klinične medicinske vede
mentor: prof. dr. Tomaž Pogačnik
somentor: prof. dr. Anton Mesec
področje: medicinske vede
zagovor: 6. 11. 2001

Asist. mag. **Lidija Nemeth**, dr. stom.
naslov: "Zgodnji odziv zobne pulpe na preparacijo in jedkanje kavitete pri poskusnih živalih"
smer: temeljne medicinske vede
mentor: prof. dr. Draga Štiblar Martinčič
področje: stomatološke vede
zagovor: 21. 11. 2001

Asist. mag. **Mateja Dolenc Voljč**, dr. med.
naslov: "Odnos med povzročitelji in nekaterimi epidemiološkimi dejavniki pri bolnikih z onihomikozo"
smer: socialno medicinske vede
mentor: prof. dr. Majda Lunder
področje: medicinske vede
zagovor: 6. 12. 2001

Mag. **Alenka Horvat Ledinek**, dr. med.
naslov: "Primerjava uspešnosti zdravljenja bolnikov z multiplo sklerozo z interferonom β -1B in glatiramer acetatom"
smer: klinične medicinske vede
mentor: prof. dr. Anton Mesec
področje: nevrologija
zagovor: 12. 12. 2001

Mag. **Marinka Nose Čerkez**, dr. med.
naslov: "Ocena uporabnosti COOP vprašalnika v ambulanti splošne medicine"
smer: socialno medicinske vede
mentor: prof. dr. Igor Švab
področje: medicinske vede
zagovor: 20. 12. 2001

Interfakultetni magistrski študij biokemija in molekularna biologija

Mag. **Katarina Trebušak**, univ. dipl. kem.
naslov: "Preiskave gena AIRE pri bolnikih z avtoimunskim poliglandularnim sindromom tipa 1 (APS - 1)"
smer: biokemija in molekularna biologija
mentor: doc. dr. Tadej Battelino
zagovor: 21. 12. 2001

Interfakultetni magistrski študij mikrobiologija

Mag. **Marta Šabec Paradiž**, univ. dipl. ing. agr.
naslov: "Določanje okuženosti vinske trte (Vitis vinifera L.) s povzročitelji bakterijskega raka koreninskega vratu"
smer: mikrobiologija
mentor: prof. dr. Maja Ravnikar
področje: mikrobiologija
zagovor: 26. 10. 2001

Nova sestava zdravstvenega sveta

Predsednik:
 prof. dr. Rajko Kenda, dr. med.

Člani:
 prof. dr. Zoran Arnež, dr. med.
 prof. dr. Pavle Poredoš, dr. med.
 prof. dr. Veljko Vlajsavljevič, dr. med.
 prim. Janez Romih, dr. med.
 asist. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med.
 prof. dr. Borut Štrukelj, mag. farm.
 mag. Bojana Filej, univ. dipl. org.
 mag. Tit Albreht, dr. med.
 Dušan Kidrič, univ. dipl. ekon.
 mag. Martin Toth, dr. stom.
 dr. Janko Kersnik, dr. med.
 Lidija Apohal Vučkovič, univ. dipl. prav.
 mag. Helena Kamnar, univ. dipl. ekon.
 mag. Franc Bohinc, univ. dipl. ekon.

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)

Prosim informacije o možnostih nočitve

 da ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal/a

 s položnico ob registraciji

kot udeleženec

na praktičnem usposabljanju

Datum

Podpis

Datum Pričetek Kraj			Tema	Število kandidatov	Vsebina
FEBRUAR 2002					
1.	9.30	Maribor	40 LET DEJAVNOSTI ZA ZDRAVLJENJE NEPLODNOSTI V MARIBORU	***	strokovno srečanje
2.	9.00	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	XXXVIII. PODIPLOMSKI TEČAJ KIRURGIJE	***	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine
13.	19.00	Ljubljana, hotel Lev	NOVE MOŽNOSTI ZDRAVLJENJA ALERGIJSKIH OBOLENIJ	ni omejeno	strokovni simpozij za vse zdravnike
14.	19.00	Maribor, hotel Habakuk	NOVE MOŽNOSTI ZDRAVLJENJA ALERGIJSKIH OBOLENIJ	ni omejeno	strokovni simpozij za vse zdravnike
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

1.–2.	16.30	Ljubljana, Srebrni salon, Grand hotel Union	FROM CLUMSINESS TO CEREBRAL PALSY	60	simpozij za pediatrie, otroške nevrologe, nevrologe, fiziatre, nevrofiziologe
2.	9.00	Ljubljana, rdeča predavalnica Pravne fakultete	3. REDNO LETNO PLENARNO ZASEDANJE SLOVENSKEGA FORUMA O PREVENTIVI BOLEZNI SRCA IN ŽILJA	omejeno	plenarno zasedanje
3.–7.	17.00	Ljubljana, Cankarjev dom	13. MEDNARODNA KONFERENCA O ZMANJŠEVANJU ŠKODE ZARADI DROG IN 2. MEDNARODNI KONGRES ŽENSKESKE IN DROGE	ni omejeno	mednarodna konferenca za vse, ki se pri delu srečujejo s problemi odvisnosti
8.–9.	12.00	Ljubljana, Klinični center	XIII. PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE: SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2	30	podiplomska šola z učnimi delavnicami za zdravnike splošne medicine, specializante interne medicine
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
15.–16.	8.30	Ljubljana, predavalnica v 4. nadstropju, Inštitut RS za rehabilitacijo	XIII. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: AMPUTACIJE IN PROTETIKA	ni omejeno	strokovno srečanje za specializante kirurgije, ortopedije, fizikalne in rehabilitacijske medicine ter ostale zdravstvene delavce, ki delajo z bolniki po amputaciji
15.–16.	9.00	Ljubljana, predavalnica Pediatrične klinike	3. MEDNARODNA DELAVNICA: TRDOVRATNE EPILEPSIJE Z ZGODNJIM ZAČETKOM	***	mednarodna delavnica

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Služba za ginekologijo in perinatologijo, SB Maribor	ga. Andreja Šlag, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Splošna bolnišnica Maribor, tel.: 02 32 12 178, e-pošta: gin.perinat@sb-mb.si	kotizacije ni	***	9	Isis 2/2002
Medicinska fakulteta, Katedra za kirurgijo, prof. dr. Vladimir Smrkolj, dr. med.	Katedra za kirurgijo, Medicinska fakulteta, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, tel.: 01 247 384, 52 22 525	glej rumene strani	50103-603-41175, sklic na št. 230-10	v postopku	Isis 12/2001
Alergološka in imunološka sekcija SZD	ga. Maja Žen, Medis d.o.o., Brnčičeva 1, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 96 963, e-pošta: maja.zen@medis.si	kotizacije ni	***	***	Isis 2/2002
Alergološka in imunološka sekcija SZD	ga. Maja Žen, Medis d.o.o., Brnčičeva 1, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 96 963, e-pošta: maja.zen@medis.si	kotizacije ni	***	***	Isis 2/2002
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	Isis 1/2002
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	4	Isis 12/2001
Sekcija za otroško nevrologijo SZD in Sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD, prof. dr. David Neubauer, dr. med.	prof. dr. David Neubauer, dr. med., Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 1000 Ljubljana, tel.: 01 30 03 273, faks: 01 23 10 246	15.000,00 SIT	50103-603-41175, sklic na št. 230-29	***	Isis 1/2002
Združenje kardiologov Slovenije	ga. Saša Radelj, Združenje kardiologov Slovenije, Klinika za kardiologijo, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7/VII, 1000 Ljubljana, tel.: 01 52 22 934, faks: 01 52 24 599	kotizacije ni	***	***	Isis 2/2002
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
Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, SPS Interna klinika, prim. Miha Koselj, dr. med.	prim. Miha Koselj, dr. med., Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 43 30 288, 01 41 17 224, faks: 01 41 17 224	kotizacije ni	***	***	Isis 2/2002
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	***	Isis 2/2002
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	***	***	Isis 2/2002
Inštitut RS za rehabilitacijo in Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino MF, doc. dr. Helena Burger, dr. med.	doc. dr. Helena Burger, dr. med., ga. Ela Loparič, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, tel.: 04 47 58 443, 01 47 58 441, faks: 01 43 76 589, e-pošta: ela.loparic@mail.ir-rs.si	30.000,00 SIT	50102-603-48428	16	Isis 1/2002
Center za epilepsije otrok in mladostnikov, Klinični oddelek za nevrologijo, SPS Pediatrična klinika ter društvo Liga proti epilepsiji in Epileptološka sekcija SZD	Albina Bobnar, prof. defekt., Center za epilepsije otrok in mladostnikov, Klinični oddelek za nevrologijo, SPS Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 236, 52 23 377, faks: 01 23 10 246	15.000,00 SIT	***	***	Isis 2/2002

Datum Pričetek Kraj		Tema	Število kandidatov	Vsebina
MAREC 2002				
18.–19.	9.00	Ljubljana, predavalnica Pediatrične klinike	3. MEDNARODNA DELAVNICA: TRDOVRATNE EPILEPSIJE Z ZGODNJIM ZAČETKOM	*** mednarodna delavnica
22.–23.	8.00	Maribor, Rektorat Univerze	XII. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU	ni omejeno simpozij za pediatre, šolske zdravnike, splošne zdravnike in druge
22.–23.	9.00	Ljubljana, velika predavalnica Kliničnega centra	INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2002	150 simpozij za zdravnike specialiste splošne medicine, infektologe, pediatre, interniste, mikrobiologe in farmacevte
23.	9.00	Ljubljana, velika predavalnica Medicinske fakultete	NUTRITIVNA ALERGIJA – SKUPNI SESTANEK ALERGOLOŠKE IN GASTROENTEROLOŠKE SEKCIJE SZD	*** strokovno srečanje
APRIL 2002				
4.–6.	9.00– 17.30	Ljubljana, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Gotska 18	VEDENJSKA IN KOGNITIVNA TERAPIJA – 1. STOPNJA	do 30 50-urni osnovni tečaj iz vedenjsko kognitivne terapije – VKT izvajata mag. Nada Anič in dr. Ivanka Živčič-Bečirevič (16 ur predavanj in 34 ur delavnic v skupinah do 15), zajema pregled teoretičnih modelov in terapevtskih tehnik VKT ter prikaze primerov. Slušatelji lahko pridobljena znanja vgradijo v svoje terapevtsko delo, lahko pa nadaljujejo usposabljanje za izvajanje VKT na višjih stopnjah, za zdravnike, psihologe
5.–6.	9.00	Toplice Dobrna	“NEFROLOGIJA 2002”	*** strokovno srečanje
5.–6.	15.00	Čatež, velika dvorana Terme Čatež	12. SLOVENSKI PARODONTOLOŠKI DNEVI	ni omejeno strokovno srečanje za vse zobozdravstvene delavce in sodelavce
5.–6.	16.00	Otočec, hotel Šport	13. ZBOR ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE	ni omejeno zbor za zasebne zdravnike in zobozdravnike
5.–6.	8.00	Maribor, Univerza Maribor, Slomškov trg 15	MEDICINA IN PRAVO: ODNOS BOLNIK - ZDRAVNIK	ni omejeno posvetovanje za zdravnike in pravnike, ki jih to področje zanima
8.–11.	8.00	Maribor, SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo	UČNA DELAVNICA: EMBRIONALNA IN FETALNA ANATOMIJA	5 učna delavnica za ehologe, ki že obvladajo osnove ultrazvočne diagnostike

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Center za epilepsije otrok in mladostnikov, Klinični oddelek za nevrologijo, SPS Pediatrična klinika ter društvo Liga proti epilepsiji in Epileptološka sekcija SZD	Albina Bobnar, prof. defekt., Center za epilepsije otrok in mladostnikov, Klinični oddelek za nevrologijo, SPS Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 236, 52 23 377, faks: 01 23 10 246	15.000,00 SIT	***	***	Isis 2/2002
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	35.000,00 SIT (z DDV), 20.000,00 SIT (z DDV) za en dan	51800-743-47228, s pripisom "za XII. srečanje pediatrov v Mariboru"	***	Isis 2/2002
Sekcija za kemoterapijo SZD, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Milan Čižman, dr. med., prof. dr. Franc Strle, dr. med.	ga. Andreja Sorman, Tajništvo, Klinika za infektivne 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 1/2002
Alergološka sekcija in gastroenterološka sekcija SZD	doc. dr. Mitja Košnik, dr. med., e-pošta: mitja.kosnik@klinika-golnik.si	kotizacije ni	***	v postopku	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije in Kolaborativni center SZO za duševno zdravje otrok in mladostnikov – Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani, Vera Slodnjak	Vera Slodnjak, Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije (skrajšno Društvo za VKT), Gotska 18, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 37 522, 55 91 120, e-pošta: vera.slodnjak@guest.arnes.si	70.000,00 SIT	50100-620-133-05-1010115-2728389, sklic na št. 1/02	***	***
Klinični oddelek za nefrologijo, SPS Interna klinika	ga. M. Kandus, Tajništvo KO za nefrologijo, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 23 121, faks: 01 52 22 282, prof. dr. J. Buturovič Ponikvar, dr. med., tel.: 01 52 23 112, e-pošta: jadranka.buturovic@mf.uni-lj.si	30.000,00 SIT	020-14-000017223187, s pripisom "Nefrologija 2002"	***	Isis 2/2002
Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo SZD, prof. dr. Uroš Skalerič, dr. stom.	ga. Martina Kajzer, Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo, Stomatološka klinika, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, tel.: 01 30 02 110, faks: 01 43 22 148, e-pošta: martina.kajzer@kclj.si, erika.cvetko@mf.uni-lj.si	32.000,00 SIT za zobozdravnike, 20.000,00 SIT za ostale zobozdravstvene delavce	50101-678-48620, sklic na št. 20200	***	Isis 1/2002
Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, asist. Dean Klančič, dr. med.	Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 38 535, faks: 01 43 38 535, e-pošta: zdruzenje.zzzs@s-net.net, Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, tel.: 01 30 72 123	***	***	***	***
Zdravniško društvo Maribor, Pravniško društvo Maribor, Univerza Maribor, prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med., Vojko Flis, dr. med.	prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med., Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 657, faks: 02 33 12 393	22.000,00 SIT	04 515-0000124280	***	Isis 2/2002
SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo, prim. Igor Japelj, dr. med.	prim. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med., tel.: 02 32 12 408, ga. Dragica Polajner, tel.: 02 32 12 450, faks: 02 33 12 393, SB Maribor, Oddelek za perinatologijo, Ljubljanska 5, 2000 Maribor	60.000,00 SIT	51800-743-47228, sklic na št. 30-20, s pripisom "Za učno delavnico Embrionalna in fetalna anatomija"	20	***

Datum Pričetek Kraj		Tema	Število kandidatov	Vsebina
APRIL 2002				
12.–13.	9.00	Ljubljana, Klinični center	SEMINAR IZ MEDICINE ŠPORTA ZA SPECIALISTE ŠOLSKE MEDICINE	*** seminar za specialiste šolske medicine, specialiste medicine dela, prometa in športa in športne trenerje
13.	10.00	Topolšica, Naravno zdravilišče Topolšica	REDNI SPOMLADANSKI SESTANEK ZDRUŽENJA ZA FRM	ni omejeno posvetovanje: preventivni programi v slovenskih naravnih zdraviliščih za fiziatre, ortopede, nevrologe, revmatologe, družinske zdravnike
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.–20.	9.00–17.30	Ljubljana, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Gotska 18	VEDENJSKA IN KOGNITIVNA TERAPIJA – 1. STOPNJA	do 30 50-urni osnovni tečaj iz vedenjsko-kognitivne terapije – VKT izvajata mag. Nada Anič in dr. Ivanka Živčič-Bečirevič (16 ur predavanj in 34 ur delavnic v skupinah do 15), zajema pregled teoretičnih modelov in terapevtskih tehnik VKT ter prikaze primerov. Slušatelji lahko pridobljena znanja vgradijo v svoje terapevtsko delo, lahko pa nadaljujejo usposabljanje za izvajanje VKT na višjih stopnjah, za zdravnike, psihologe
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 krepitvijo zdravja
19.–20.	***	Bled, Festivalna dvorana	14. STOMATOPROTETIČNI SEMINAR	*** strokovno srečanje
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
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
10.	13.00	Maribor, Kazinska dvorana SNG Maribor, Slovenska 27	“IZ PRAKSE ZA PRAKSO”	ni omejeno podiplomsko izobraževanje oz. mednarodno srečanje za splošne zdravnike, sekundarje, specializante in specialiste interne medicine, druge zainteresirane

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Klinični inštitut z medicino dela, prometa in športa, Center za medicino športa	ga. Darinka Štingel, Center za medicino Športa, KIMDPŠ, Klinični center Ljubljana, Metelkova 9, 1000 Ljubljana, tel.: 01 30 08 290, faks: 01 30 08 294	***	***	***	Isis 2/2002
Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD in Naravno zdravilišče Topolšica, prim. mag. Aleš Demšar, dr. med.	Jadwiga Hajewska Kosi, dr. med., Naravno zdravilišče Topolšica, Topolšica 77, 3326 Topolšica, tel.: 03 89 63 116	kotizacije ni	***	***	***
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	***	***	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije in Kolaborativni center SZO za duševno zdravje otrok in mladostnikov – Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani, Vera Slodnjak	Vera Slodnjak, Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije (skrajšno Društvo za VKT), Gotska 18, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 37 522, 55 91 120, e-pošta: vera.slodnjak@guest.arnes.si	70.000,00 SIT	50100-620-133-05-1010115-2728389, sklic na št. 1/02	***	***
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, http://www.cindi-slovenija.net 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
Sekcija za stomatološko protetiko SZD	asist. dr. Igor Kopač, dr. stom., e-pošta: igor.kopac@mf.uni-lj.si	***	***	***	Isis 2/2002
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"	***	***	***	***
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
Klinični oddelek za interno medicino Maribor, Združenje internistov Slovenije, doc. dr. Radovan Hojs, dr. med.	ga. Zdenka Kodrin, Tajništvo, Klinični oddelek za interno medicino, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 871, faks: 02 33 12 393	12.000,00 SIT do 1. 4. 2002, potem 15.000,00 SIT	04515-0000-12-4280, šifra 1009, Zdravniško društvo Maribor	***	***

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
MAJ 2002					
10.–11.	15.00	Bled, Višja strokovna šola za gostinstvo in turizem, Prešernova 32	10. AŽMANOVA DNEVA	ni omejeno	strokovno izobraževanje za zdravnike GRS, zdravnike v urgentni službi, druge zainteresirane zdravnike, sekundarije, študente
16.–18.	***	Radenci, hotel Radin	20. JUBILEJNI RADENSKI DNEVI	100-150	tradicionalno srečanje Združenja kardiologov Slovenije z mednarodno udeležbo: namenjeno kardiologom, internistom, zdravnikom splošne/ družinske medicine, ostalim specialistom
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					
1.	10.00	Brdo pri Kranju	VIII. MEDNARODNI MEDICINSKI DUATLON IN MEDNARODNI STROKOVNI SIMPOZIJ	ni omejeno	udeleženci v konkurenci
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
Zdravniška podkomisija Gorske reševalne službe Slovenije, Martina Zupančič, dr. med., Eva Pogačar, dr. med., Jurij Gorjanc, dr. med.	Eva Pogačar, dr. med., Oddelek za anesteziologijo in reanimacijo, Splošna bolnišnica Jesenice, Cesta maršala Tita 112, 4270 Jesenice, GSM: 041 710 703	***	***	***	***
Združenje kardiologov Slovenije	ga. Saša Radelj, Združenje kardiologov Slovenije, Klinika za kardiologijo, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7/VII, 1000 Ljubljana, tel.: 01 52 22 934, faks: 01 52 24 599	***	***	***	Isis 2/2002
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 Komadin, 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	***	***	***
zdravniki, veterinarji in farmacevti, izven konkurence: študentje navedenih poklicev in prijatelji, Milivoj Veličkovič Perat, dr. med.	Milivoj Veličkovič Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 24 297, faks: 01 23 24 293, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si	***	***	***	***
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, http://www.kclj.si/vas2002lj	glej rumene strani	***	***	Isis 1/2002
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.woncaeurope2002.com/index.html	568,13 GBP do 6. 3. 2002	RCGP Conferences Limited Barclays Bank plc, Knightsbridge Business Centre, P.O. 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, aks: 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
14.–15.	9.00	Ljubljana, hotel Lev Intercontinental	X. DNEVI ORALNEGA ZDRAVJA SLOVENIJE	350	simpozij, učna delavnica, okrogla miza, predavanja iz zobne preventive za zobozdravnike, stom. sestre, prof. zdr. vzgoje, prev. sestre, učitelje
19.–22	15.00	Portorož, Kongresni center Bernardin	9. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTI MEDICINI	700	mednarodni simpozij za zdravnike vseh specialnosti in zobozdravnike
20.–22	***	Varšava, Poljska	3. EVROPSKA KONFERENCA "TOBAK ALI ZDRAVJE"	***	konferenca
27.–28	***	Ljubljana, Cankarjev dom	PSIHIATRIČNA IN SOCIALNA REHABILITACIJA V SKUPNOSTI	ni omejeno	drugi slovenski kongres o psihosocialni rehabilitaciji z mednarodno udeležbo za psihiatre, psihologe, zdravnike v osnovnem zdravstvu, medicinske tehnike, patronažne službe, socialne delavce
SEPTEMBER 2002					
4.–7.	10.00	Ljubljana, Medicinska fakulteta	INTERNATIONAL CONFERENCE ON RICKETTSIAE AND RICKETTSIAL DISEASES	200	mednarodna konferenca za vse zdravnike, mikrobiologe in biologe
13.–14.	***	Portorož, Konferenčni center Bernardin	2. SLOVENSKI ENDOKRINOLOŠKI KONGRES	ni omejeno	kongres z mednarodno udeležbo za interniste in druge zdravnike
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 endoskopiiste
10.–12.	12.00	Čatež ob Savi	3. SLOVENSKI PEDIATRIČNI KONGRES	ni omejeno	kongres s tremi glavnimi in prostimi temami za pediatre in zdravnike šolske medicine
10.–12.	***	Radenci, hotel Radin	MEDNARODNO SREČANJE SLOVENSkih ZDRAVNIKOV PO SVETU	150	srečanje slovenskih zdravnikov iz domovine in sveta

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	***	Isis 2/2002
Društvo za oralno zdravje Slovenije, prim. Danica Homa, dr. stom.	ga. Melita Trop, ga. Brigita Jureš, ZD Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj, tel.: 02 771 251 ali 031 695 131	35.000,00 SIT	50700-678-80737	***	***
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	***	***	***	***
Društvo za promocijo in vzgojo za zdravje Slovenije	ga. Viktorija Rehar, tel./ faks: 03 57 19 039, e-pošta: drustvo.pvzs@guest.arnes.si, http://www.drustvo-pvzs.si	***	***	***	***
Slovensko združenje za duševno zdravje Šent, asist. dr. Vesna Švab, dr. med.	Šent, Volharjeva 22, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 19 408, faks: 01 43 19 418, e-pošta: sent@siol.net	kotizacije ni	***	***	Isis 1/2002
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 tolarški protivrednosti	***	***	***
Združenje endokrinologov Slovenije, doc. dr. Marko Medvešček, dr. med.	doc. dr. Marko Medvešček, dr. med., tel.: 01 52 22 837	***	***	***	***
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	***	***	***	***
Svetovni slovenski kongres, spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med.	g. Andrej Zakotnik, g. Franci Feltrin, Svetovni slovenski kongres, Cankarjeva 1/IV, 1000 Ljubljana, tel.: 00 386 1 42 52 440, faks: 00 386 1 42 52 440, e-pošta: ssk.up@eunet.si	15.000,00 SIT	51800-620-336, sklic na št. 05 1200119-20257	***	***

Datum Pričetek Kraj			Tema	Število kandidatov	Vsebina
NOVEMBER 2002					
14.–17.	13.00	Portorož, Grand hotel Emona	8. BREGANTOVI DNEVI – AGRESIVNOST	ni omejeno	bienale – simpozij za zdravnike psihiatre, psihologe, sorodne stroke
29.–30.	9.00	Maribor, Zavarovalnica Maribor, Cankarjeva 3	2. MARIBORSKO SREČANJE DRUŽINSKE MEDICINE, FIZIKALNA MEDICINA	150	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine
29.–30.	***	Ljubljana	IV. STROKOVNI SEMINAR: POŠKODBE ZOB IN OBRAZA	omejeno	strokovno srečanje za zobozdravnike in zdravnike
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	***	
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
Združenje za psihoterapijo Slovenije, Vlasta Meden Klavara, dr. med.	Nataša Potočnik Dajčman, dr. med., tel.: 02 22 86 354, ga. Fani Zorec, KOMZ, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, "za Bregantove dneve", tel.: 01 540 20 30	***	***	***	***
ZD dr. Adolfa Drolca Maribor in društvo 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	***	***	***
Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, asist. mag. Andrej A. Kansky, dr. stom.	ga. Milena Žajdela, Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo, Klinični center Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, tel.: 041 573 791, e-pošta: maxfac.oral@kclj.si	***	***	***	***
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 , home 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



Glasiilo Zdravniške zbornice Slovenije
Strokovna revija Isis

Impressum

LETO XI, ŠT. 2, 1. februar 2002
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
Ziro račun št.: 50101-637-58629

UREDNIŠTVO • EDITORIAL OFFICE

Dalmatinova 10, p. p. 1630,

1001 Ljubljana

tel.: 01/30 72 152

faks: 01/30 72 159

E-pošta: isis@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 Najzer, prof. sl., ru.

E-pošta: eb.najzer@zss-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR

EDITORIAL BOARD

prof. dr. Zoran Arnež, dr. med.

Martin Bigec, dr. med.

prof. dr. Nenad Funduk, dr. stom.

prof. dr. Anton Grad, dr. med.

prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.

prof. dr. Boris Klun, dr. med.

prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.

prof. dr. Črt Marinček, dr. med.

mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med.

prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.

prof. dr. David B. Vodusek, dr. med.

doc. dr. Matjaž Zwitter

LEKTORICI • REVISION

Marta Brečko Vrhovnik

Aleksandra Šarman

TAJNICA UREDNIŠTVA • SECRETARY

Marija Cimperman

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN

PRIPRAVA ZA TISK • DTP

Camera d.o.o.

Ob Dolenjski železnici 182, Ljubljana

tel.: 01/420 12 00

TRŽENJE • MARKETING

Atelier IM d.o.o.,

Design-Promocija-Komunikacije

Breg 22, Ljubljana,

tel.: 01/24 11 930

faks: 01/24 11 939

E-pošta: atelier-im@siol.net

TISK • PRINTED BY

Tiskarna Povše, Povšetova 36 a,

Ljubljana

tel.: 01/230 15 42

Isis

Glasiilo 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

Akad. prof. dr. Lidija Andolšek Jeras, dr. med., upokojena zdravnica, Slovenska akademija znanosti in umetnosti • Asist. Mateja Bulc, dr. med., zdravnica, Zdravstveni dom Ljubljana Šiška • Mateja Cep, študentka medicine, Ljubljana • Vesna Džubur, dr. stom., zobozdravnica, Zdravstveni dom Ivančna Gorica • Prim. mag. Jurij Fürst, dr. med., zdravnik, Oddelek za zdravila, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije • Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Prof. dr. Ljerka Glonar, dr. med., upokojena zdravnica, Ljubljana • Mag. Barbara Gnidovec Stražišar, dr. med., zdravnica, SPS Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana • Marta

Grgič Vitek, dr. med., zdravnica, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

• Franci Gril, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica Celje • Andrej Gruden, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za gastroenterologijo, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana • Rafael Kapš, dr. med., zdravnik, Odsek za intenzivno medicino, Interni oddelek, Splošna bolnišnica Novo mesto • Mag. Željko Jakelič, dr. stom., zasebni zobozdravnik, Zasebna ordinacija Jakelič, Jesenice • Mateja Ježovnik, študentka medicine, Ljubljana • Darinka Klemenc, dipl. m. s., predsednica, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prim. dr. Alfred B. Kopal, dr. med., zdravnik, Zdravstveni dom Idrija • Prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prof. Pavle Kornhauser, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Asist. Matjaž Koželj, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za gastroenterologijo, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana • Mateja Krajc, dr. med., zdravnica sekundarinja, Ljubljana • Andrej Kveder, Inštitut za medicinske vede, Znanstveno raziskovalni center SAZU • Asist. Mateja Lopuh, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana • Urška Lunder, dr. med., zdravnica, Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana • Tina Marolt, študentka medicine, Ljubljana • Mag. Nina Mazi, dr. med., zdravnica, Ljubljana • Kristina Mikec, dr. med., zdravnica specializantka, Ljubljana • Prim. Gorazd V. Mrevlje, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za mentalno zdravje, Psihiatrična klinika Ljubljana • Prof. dr. Ema Mušič, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Prof. dr. David Neubauer, dr. med., svetnik, zdravnik, SPS Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana • Mag. Dunja Obersnel Kveder, dr. med., zdravnica, Oddelek za zdravstvo in socialno varstvo, Mestna občina Ljubljana • Drago Petrič, dr. med., upokojeni zdravnik, Sp. Vrsnik • Sonja Pogačnik, univ. dipl. bibl., Centralna medicinska knjižnica, Medicinska fakulteta Ljubljana • Tatjana Praprotnik, KUD dr. Lojz Kraigher, Klinični center, Ljubljana • Prim. doc. dr. Anton Prijatelj, dr. med., upokojeni zdravnik, Nova Gorica • Prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom., zobozdravnik, Zdravstveni dom Ljubljana Šiška • Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., zdravnik, Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta Ljubljana • Asist. mag. Anamarija Rožič

Hristovski, dr. med., zdravnica, Centralna medicinska knjižnica, Medicinska fakulteta Ljubljana • Prim. Marjeta Sedmak, dr. med., zdravnica, SPS Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana • Dušan Senica, dr. med., zdravnik, Zdravstveni dom Sevnica • Mag. Karin Serneč, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za mentalno zdravje, Psihiatrična klinika Ljubljana • Aleksandra Šarman, Zdravniška zbornica Slovenije • Rudi Škapin, dr. med., upokojeni zdravnik, Celje • Asist. mag. Maja Trošt, dr. med., zdravnica, SPS Nevrološka klinika, Klinični center Ljubljana • Samo Vesel, dr. med., zdravnik, SPS Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana • Asist. mag. Neli Vintar, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana • Prof. dr. Metka Zorc, dr. med., zdravnica, Medicinska fakulteta Ljubljana • Prim. Andrej Žmavc, dr. med., zdravnik, Zdravstveni dom Celje • Prim. Milan Žuntar, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica Celje

Navodila avtorjem

Rok za oddajo vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 10. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članki naj bodo natipkani ali računalniško izpisani tako, da je 30 vrst na stran in 60 znakov v vrsti. Članki naj ne presegajo šest tipkanih strani. Prispevek lahko vsebuje tudi angleški povzete (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. Poštnina plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

The President of the Medical Chamber

Marko Bitenc, M.D., M.Sc.

E-mail: marko.bitenc@zzs-mcs.si

The vice-president of the Medical Chamber

Andrej Možina, M.D.

The vice-president of the Medical Chamber

Prof. **Franc Farčnik**, M.S., Ph.D.

The President of the Assembly

Prim. **Anton Židanik**, M.D.

The vice-president of the Assembly
Živo Bobič, S.D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Prof. **Matija Horvat**, M.D., Ph. D.

The president of the Professional medical committee

Prof. **Vladislav Pegan**, M.D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

Gordana Živčec Kalan, M. D.

The president of the Hospital health care committee

Prim. **Andrej Možina**, M.D.

The president of the Dentistry health care committee

Prof. **Franc Farčnik**, M.S., Ph.D.

The president of the Legal-ethical committee

Žarko Pinter, M.D., M.Sc.

The president of the Social-economic committee

Jani DERNIČ, M.D.

The president of the Private practice committee

Igor Praznik, M. D.

The Secretary General

Brane Dobnikar, L.L.B.

Public Relations Department

Elizabeta Bobnar Najžer, B.A.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjčić, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Jožica Osolnik, Econ.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Training and Professional Supervision Department

Mojca Vrečar, M. B. A.



The Medical Chamber of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province.

The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings and other types of professional 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.



Jezik, jezika

Zelo me je mikalo, da bi se poigrala z besedami in namesto rodilnika samostalnika jezik v naslov vključila tretjo osebo glagola jezikati. Jezik jeziká. Kar je lahko dobro, lahko slabo. Če z jezikanjem dosežemo pozitivno pozornost, je dobro. Če jezikamo neumnosti, je slabo. Vendar bi se oddaljila od obravnavane teme. Tokratni zapis je nastal v klasičnem novinarskem slogu, najprej osnovno besedilo, nato naslov in šele nazadnje uvod. Med pisanjem so me nenehno mikali prehodi med slovnimi podpomeni, socialno noto sporazumevanja in žurnalističnimi žanri. Tri veje, tri različne fakultete, trije popolnoma samostojni študiji, ki bi se med seboj lahko mnogo bolje oplajali in prepletali, kot opazimo danes. Sedaj, na koncu, sem prepričana, da je bil zagotovo tudi to eden od namenov "Evropskega leta jezikov 2001".

Široka evropska družina narodov je leto 2001 razglasila za evropsko leto jezikov (rodilnik množine, koga ali česa ni?!). Organizirala sta ga Evropska komisija in Svet Evrope, evropski organizaciji, ki sta znani po energičnem zagovarjanju lastnih stališč in ostajanju na svojih bregovih, sta našli **skupni jezik**. Še bolj zanimivo je bilo geslo: "Jeziki odpirajo vrata". Vse v množini. Z množinskostjo so poudarjali skupno izhodišče milijonskih evropskih množic, da je jezikovno znanje pomembno za medsebojno razumevanje, demokratično stabilnost, zaposlovanje in mobilnost. Akcija je bila uspešna, saj se ji je pridružilo vseh 41 držav članic Sveta Evrope (med njimi vse države članice Evropske unije), ter še šest držav, ki so ratificirale evropsko kulturno konvencijo Sveta Evrope.

Leto jezikov je ministrski svet januarja 1999 svečano razglasil na podlagi odločitve, sprejete leta 1997 na drugem vrhu držav članic Sveta Evrope: kako zelo je potrebno poudarjati pomembnost državljanstva Evrope in ščititi evropsko jezikovno raznolikost. Navedli so dve temeljni izhodišči, najprej, "da je Evropa bila, je in bo jezikovno raznolika, kar je ena njenih največjih prednosti", nato, "da mora imeti vsak državljan Evrope vse svoje življenje možnost, da se uči jezikov. S tem mora biti vsakomur dana



Elizabeta Bobnar Najžer varno pod krili boginje Izide (na zgornji strani portala skrajno desno) v madžarskem Szombathelyju (Foto: Amadej Lab)

možnost, da bogati svoje življenje s kulturnimi in ekonomskimi možnostmi, ki jih nudi učenje jezikov. Učenje jezikov pomaga tudi pri razvoju tolerance in razumevanja med ljudmi iz različnih jezikovnih in kulturnih okolij." Razmišljanje o ciljnih in dobrih namenih razglašenega leta mi je slovenistična diploma otežila do onemoglosti. Popolnoma razumem pomembnost ohranjanja jezikovne raznolikosti. Motil me je drugi del, povezovanje evropskega državljanstva in ekonomskih ugodnosti, nekako implicitno izražena želja po iskanju znosnega sobivanja, razumevanja, toda na račun (ekonomskega) zlivanja. Na dan sem izbežala svoje svetovljanstvo in se prepričevala, da ekonomija vlada svetu vedno in povsod. Morda je celo jezik nastal zgolj kot pripomoček za trgovanje (zagotovo so iz te potrebe nastale številke, kot je zgodovinsko dokazano).

Želela sem priti stvari do dna in se napolnila po nove informacije. Za moderno sporazumevanje in širjenje informacij sta Svet Evrope in Evropska komisija vzpostavila skupno spletno stran www.euro-lang2001.org. Na naslovni strani nas pozdravi (še vedno) prijazen kameleon Poliglot, z neznansko dolgim jezikom. Podrobnejše iskanje pa me je spravljalo v osuplost. Poliglot je namreč znal samo jezike članic Evropske unije. Obvladam vsaj tri od njih, zato nisem obupala. Iskala sem slovenščino v kakršni koli povezavi, pa je ni bilo. Preko gesla povezave sem skušala najti nacionalnega koordinatorja. Naletela sem na nepregledno množico komercialnih povezav v zvezi s prevajanji, poučevanji, jezikovnimi tečaji, iskanjem zaposlitve... Iz obupa sem pokukala v originalni dokument, ki je razglasil leto 2001 za leto jezikov, in prebrala uradniško suhoparno zabeležko, da je original zapisan in shranjen v angleškem in francoskem jeziku!!

Kako naj torej razumem maskoto kameleona? Da menja barve po meri nekaterih, druge pa pušča z dolgim jezikom. Moram reči, da me je postalo strah vključevanja v to družbo. Sem namreč Slovenka. Pa bodo moji vnuki še znali slovensko?

Elizabeta Bobnar Najžer