

Napaka v medicini

Vsak dan nas mediji bombardirajo z napakami: napaka na električni napeljavi smučarskega vlaka - tragično je preminulo 150 smučarjev; napaka voznika tovornjaka v predoru: 100 mrtvih; napake pri prometu v predorih se vrstijo in vsaka naslednja spet terja človeška življenja. Napaka pri izračunu izplutja ameriške podmornice, rezultat napake pri dvigovanju je potopljen ladja, na njej pa so izgubili življenja posadka ladje in japonski študenti, ki so opravljali raziskave morja. Napaka na treningu smuka, posledica - mlada smučarka je tri dni po nesreči umrla zaradi številnih poškodb, življenje trenerja, ki je po napaki stal na napačnem mestu, pa je tudi še v nevarnosti. In tako bi lahko našteval in napakam ne bi bilo ne konca ne kraja. Še posebej so zaznavne napake, kjer je posledica tragičen izid za udeležence. Kljub temu,



da obstajajo pravila, dogovori, predpisi, kodeksi in zakoni, prihaja do napak. Tudi v medicini tako zdravniki na eni strani kot bolniki na drugi strani žal nismo varni pred napakami, ki se dogajajo vsak dan. Delo zdravnika je vpeto v mrežo pravil, kodeksov, zakonov in navodil. Je pod stalnim in budnim očesom javnosti, še posebej pa bolnikov in njihovih svojcev. Noben drug poklic ni tako pod drobnogledom družbe, tako vpet v pravila, ki določajo, kaj je dobro, dovoljeno in kaj ni dopustno.

“Errare humanum est” - tako je razmišljal Plutarh 100 let pred Kristusom.

Hipokratu pripisujejo vsebino ali prvi zapis prisege za zdravnike, ki je postavljala že v tistih časih smernice za zdravniško delo in je postala etični kodeks za zdravnike. Nastala je že davnega leta 460 pred Kristusom.

Že v času nastanka Stare zaveze Svetega pisma je bil odnos družbe do zdravnika kritično postavljen: “Imej v časti zdravnika preden ga potrebuješ” in “Kdor greši zoper svojega stvarnika, pade zdravniku v roke,” berno v Svetem pismu stare zaveze, Sirahova knjiga 38,1 in 38,15.

V Bagdadu so v 10. stoletju že poznali komisijske izpite, potrebne za podelitev zdravniške licence.

V 15. stoletju je bila uvedena konziliarna služba.

Mrtvaški plesi tako v tujini (dominikanski samostan v Bernu) kot tudi doma (Hrastovlje) prikazujejo zdravnikovo nemoč v stalnem boju proti smrti.

Po II. svetovni vojni je leta 1947 nastal Nürnberški kodeks. V naslednjih desetletjih so nastale številne deklaracije, kodeksi in priporočila, ki še danes urejajo vsakodnevno delo in razmerje med bolnikom

in zdravnikom. Njihovo število je preveliko, da bi zdravniki lahko poznali vsebino vsaj tistih, ki jih potrebujemo za naše vsakodnevno delo.

Prve objave na temo strokovne napake pri zdravnikih so se v tisku in na sodišču pojavile leta 1976. Po kazenskem zakonu tedanje Nemčije je bila strokovna napaka uvrščena v kategorijo kot “Povzročitev telesne poškodbe ali smrti iz malomarnosti.” Prvič v zgodovini medicine se je število sodnih procesov proti zdravnikom zaradi malomarnosti pri delu z bolniki povečalo. Leta 1973 je pripravila Ameriška zveza bolnišnic tako imenovane “Pravice bolnikov v bolnišnicah”. V številnih kodeksih, deklaracijah in pravilnikih se tako pojavljajo navodila o pojasnilni dolžnosti zdravnika.

V osemdesetih letih so ustanovili etične komisije na področju medicine. Pojavila so se

zdravniška združenja, ki se načrtno ukvarjajo s področjem medicinskega prava. To skuša izravnati razlike med etiko, moralo in pravom.

Kdor dela, greši in dela napake. Ob tem pa se pojavlja vprašanje: “Kaj je napaka v medicini?”

Tudi medicinska napaka je samo napaka (ni del medicine in ne sodi v znanost, kot je medicina).

Ob napakah, ki imajo resne posledice, še posebej, če se končajo z neugodnim izidom, smo kritični in tudi tisti, ki je posredno vpleten oziroma soudeležen v dogodku samem, se zaveda polne odgovornosti. Pogosto pa prihaja do dogodkov, na katere nimamo neposrednega vpliva, ko brez moči stojimo zraven. Dogodki, ki se zgodijo zaradi višje sile, brez malomarnosti in brez opustitve pomoči bolnemu, niso redki. Težava je le v tem, da ob rekonstrukciji poteka dogodkov lažje najdemo še vse druge možne rešitve, na katere bi morali biti v dani situaciji pozorni, pa o njih nismo razmišljali. Presodili smo drugače in tudi ta presoja je bila lahko pravilna, nepredvidljiv pa je bil potek dogodkov.

Vemo, kaj je malomarnost in napaka. Kakšna pa je razlika med zmoto in naključno, nepredvidljivo, slučajno nesrečo?

Kaj je zmota? Nepristransko gledano je zmota neuspeh, ki nastane kot predvideno, namerno dejanje, za katerega smo se glede na okoliščine pravilno odločili in je bilo korektno izvedeno. S tega zornega kota se zmota pripeti samo, če je bil namen primeren, pravilen in če dejanje na koncu ni takšno, kot je bilo pričakovati.

Zmota ni opredeljena kot nasprotni izid od načrtovanega. Nasprotni izid se pripeti tudi brez zmote, če je predviden, primeren, če je bilo dejanje neoporečno izvedeno in je bil izid pričakovan.

Kaj pa je nesreča?

Nesreča je nenačrten, nepričakovan in nezaželen dogodek, običajno z nasprotnim izidom, kot smo pričakovali. Nasproten izid po nastali napaki moramo po tej definiciji tolmačiti kot nesrečo. Nihče ne načrtuje napake, nihče ne pričakuje napake in nihče si ne želi napake.

Ali se znamo pogovarjati o nastalih nesrečah, zmotah in napakah?

V zdravniških krogih se pogovarjamo o zmotah in napakah tako, da ugotavljamo, kaj je bilo storjeno narobe, ali pa se pogovarjamo o posledicah napak le takrat, ko je napaka imela za bolnika resne posledice ali celo smrt. Ne omenjamo pa napak, ki se pripetijo in jih pravočasno ugotovimo in popravimo, še preden so bile dokončno izvršene, in tako niso pustile posledic pri bolnikih.

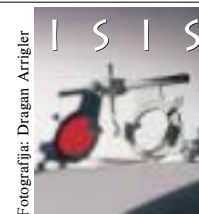
Vzroki za zmoto, nesrečo ali napako so lahko številni in različni:

- neurejen zdravstveni sistem,
- slaba organizacija v posameznih ustanovah v izvajanju procesa zdravljenja,
- nesporazumi, ki nastanejo v komunikaciji med člani delovne skupine,
- nepopolno poznavanje vseh dejstev o bolniku,
- zmotna presoja nastalega problema in neupoštevanje vseh podat-

kov o bolniku.

Kaj pa lahko storimo, ko ugotovimo, da je prišlo do zmote ali nesreče? Zmoto ali nesrečo lahko tudi sami prepoznamo in (včasih, a ne vedno) tudi pravočasno ukrepamo na katerem koli mestu celotnega poteka zdravljenja od nastanka napake pa do trenutka, ko bi prišlo do posledic napake. Končno moramo sprejeti dejstvo, da zmote in nesreče lahko nastanejo bolj pogosto, kot si želimo. Nastanejo na številne različne načine in kljub temu, da smo še tako pozorni in natančni, jih bomo le s težavo preprečevali. Pomembno je, da jih prepoznavamo in preprečimo, preden bi vodile naprej v napake. Nujno je, da se zavedamo šibkih točk v zdravstvenem sistemu in v delu zdravnika. Še posebej pomembno je harmonično delovanje celotne skupine, ki sodeluje v procesu zdravljenja bolnika. Tako mora po pravilu "Več glav več ve" in "Več oči več vidi" celotna delovna skupina opravljati sproti nadzor. Le tako bomo lahko kontrolirali, odkrivali in preprečevali zmote, nesreče in napake. Omogočiti moramo zbiranje podatkov o njih in jih analizirati. Na tak način bomo lahko preprečevali ponavljanje enakih ali podobnih napak v prihodnosti.

Žarko Pinter



Vsebina

uvodnik	Žarko Pinter	• Napaka v medicini	3
novice		•	8
fotoreportaža	Izidor Kern	• Pestro ob praznovanju 80-letnice bolnišnice Golnik	30
	Matjaž Vrtovec	• 43. Tavčarjevi dnevi v Portorožu	33
iz glasil evropskih zbornic	Marjan Kordaš	• Laboratorijska medicina kot klinična disciplina	36
	Marjan Kordaš	• Večina nasprotuje aktivni pomoči pri umiranju	36
	Boris Klun	• Avstrijska zdravniška zbornica zahteva v naslednjih petih letih 18 milijard šilingov	37
	Boris Klun	• Zdravje tudi za moške	37
intervju	Nenad Funduk	• Prof. dr. Rajko Sedej	38
aktualno	Jože Trontelj	• O etični ceni "terapevtskega" kloniranja človeka	44
	Marjan Pajntar, Branimir Leskošek	• Projekt "Kakovost v zdravstvu Slovenije"	49
	Mateja Bulc	• Zgodba o preventivi	53
	Eva Kosta	• Uvedba postopka za uveljavljanje pravic iz invalidskega zavarovanja	54
	Marjan Bilban	• Ocenjevanje vozniške zmožnosti	56
	Iztok Štötl	• Ali se lahko raziskovalna naloga napiše (skoraj) sama?	62
fides	Dušan Senica	• Poročilo XI. letne konference Fides, sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije	65
obletnice	Janko Kostnapfel	• 120 let slovenske psihiatrije	69
	Franc Štolfa	• Prim. prof. dr. Edvard Glaser - osemdesetletnik	72
zanimivo	David Neubauer	• Otroška nevrologija: 15 let strokovnih izkušenj in konzultantske službe v otroški bolnišnici Al-Sabah v Kuvajtu	73
	Sanja Grm, Marjana Grm	• Predtrško polje smo prehodili 615-krat	75
	Ksenija Tušek Bunc	• Hipertonija - bolezen vsakega petega Slovenca	78
	Mateja Bulc	• Preventiva in promocija zdravja	80
status artis medicae	Anja Jazbec, Vojka Gorjup, Marko Noč	• Prikaz primera z uporabo transtelefonskega EKG	81
	Irena Keber	• Zaščita srca z zdravljenjem s statini in antioksidantnimi vitamini	83
program strokovnih srečanj		•	87
strokovna srečanja	Marko Mlinarič	• II. zbor ambulantnih ginekologov	100
	Mateja Bulc	• Nova definicija bistva družinske/splošne medicine	103

Očesna klinika se je pred letom dni vselila v nove prostore, kjer ima sicer na voljo dovolj prostora, žal pa jim še vedno primanjkuje kadra in opreme. Zahtevnih operacij, s katerimi pacientom vračajo sončno luč, ne moremo predstaviti na naslovnici, zato smo se odločili, da oftalmologijo kot vedo simbolično predstavimo z značilnimi okviri, ki služijo kot pomoč pri določanju različnih nepravilnosti vida. Delež iz narave je tokrat prevzela igra ostrine in neostrine, senc in barv. Da bi nam še dolgo sijala sončna luč.

Tekst in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

	Uroš Skalerič	• 8. kongres Mednarodne akademije za parodontologijo in 50. srečanje Društva za parodontologijo Nove Zelandije	107
	Vilma Urbančič	• Oskrba diabetičnega stopala	109
	Ksenija Tušek Bunc	• 1. češko-slovenski dnevi hipertenzije	110
	Živa Novak Antolič	• Svetovni perinatalni kongres	112
	Miloš Vesel	• Poročilo z 20. štajersko-slovenskih travmatoloških dnevov in s 17. srečanja travmatologov treh sosednjih dežel	113
	Jurij Bon	• Na stičiščih psihiatrije in interne medicine, II. del	115
	Nataša Smrekar	• Simpozij o gastroezofagealni refluksni bolezni	118
	Tatja Kostnapfel Rihtar	• Medicina odvisnosti	119
	Jasna Čuk Rupnik	• Programi nadomeščanja - razvoj in izboljšave	120
	Dušan Nolimal	• Sodelovanje Republike Slovenije v Pompidoujevi skupini	121
	Jože Četina, Mitja Četina	• 17. srečanje zdravnikov gorskih reševalnih služb alpskih dežel	122
tako mislimo	Branko Zakotnik	• Pa naj stane, kolikor hoče!	125
	Rudi Škapin	• Spodletele zdravniške odločitve	126
	Janez Gregorič, Milica Kramberger	• Zdravnik in etika	126
	Jurij Zalokar	• Za ohranitev in razvoj našega porodništva	128
zadnja novica	Marko Bitenc	• V letu 2002 specializacije po starem	129
odmevi	Domen Vidmar	• Zadnji krog?	130
	Vida Košemlj Beravs	• Še enkrat o zdravnikih na sodiščih	131
recenzija	Marjan Kordaš	• Evidence-Based Medicine	132
nove publikacije	Vladimir Žura	• Priročnik za čeljustno-ortopedsko diagnostiko	133
	Elizabeta Bobnar Najžer	• Metadonske smernice	133
zdravniki v prostem času	Elizabeta Bobnar Najžer	• Amadej Lah, dr. med.	134
	Ljerka Glonar	• Zobobol	139
	Mojca Velikonja Vagner	• Nedelja, 14. oktober 2001	140
personalia		•	141
pisma uredništvu	Damijana Podkrajšek	• Spoštovana gospa urednica!	142
koledar zdravniških srečanj			143
misli in mnenja uredništva	Eldar M. Gadžijev	• Sodelovanje med Izido in Zdravniškim vestnikom	158

S srcem z vami in za vas tudi v leto 2002.

Ustanovitev koloproktološke sekcije pri Slovenskem združenju za gastroenterologijo in hepatologijo

16. in 17. novembra 2001 je bilo v Srebrni dvorani Zdravilišča Laško jesensko srečanje Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo.

Na sporedu je bil bogat strokovni program, ki je zapolnil petkov dopoldan in popoldan, vmes pa smo bili povabljeni na ogled Pivovarne Laško. Ob koncu prvega dne smo se zbrali vsi, ki že leta delamo na področju koloproktologije in ustanovili Koloproktološko sekcijo pri Slovenskem združenju za gastroenterologijo in hepatologijo ter sprejeli statut sekcije. Za predsednika je bil izvoljen prof. dr. Stane Repše, dr. med., za tajnika in nacionalnega delegata v mednarodnih koloproktoloških združenjih doc. dr. Pavle Košorok, dr. med., in za blagajnika mag. Zdravko Štor, dr. med.

Koloproktologija je v svetu že dalj časa priznana samostojna stroka, zato imajo koloproktološka združenja že v mnogih državah, še posebej je ta tradicija stara v anglosaških deželah. Organizacija koloproktologije je v različnih deželah različna: marsikje je to samostojno združenje, v manjših državah so običajno sekcije. Večinoma gre za združenja ali sekcije v okviru kirurgije, vendar niso redka tudi združenja, ki delujejo v okviru gastroenterologije kot širše stroke. Odločili smo se, da na ta način koloproktologijo organiziramo tudi pri nas, saj smo tako lahko pritegnili k sodelovanju tudi kolege interniste, patologe, radiologe, s katerimi v Slovenskem združenju za gastroenterologijo in hepatologijo sodelujemo že dolgo vrsto let.

Naša prizadevanja za vključitev v mednarodna združenja so trajala že več let. Sprva je šlo za osebne vezi z Evropskim združenjem za koloproktologijo, dejavni smo bili v mediteranskem združenju in na srečanjih srednjeevropskih koloproktologov v Brnu (Češka), lani (leta 2000) spomladi in jeseni smo organizirali odmevno proktološko de-



Udeleženci v Laškem

lavnico z vabljenimi predavatelji, ki so vsi vidni člani koloproktoloških združenj doma in v svetu: prof. Marc Claude Marti iz Ženeve (Švica), prof. Pfeifer iz Gradca (Avstrija), prof. Mario Pescatori iz Rima (Italija) in prof. Tomáš Skrička iz Brna (Češka), prof. Herbst Friderich z Dunaja (Avstrija), prof. H. Rohde iz Kölna (ZRN).

Slovenska koloproktološka sekcija je bila letos v Pragi predlagana za sprejem v Evropsko združenje za koloproktologijo in bila tudi sprejeta. Iniciativni odbor za koloproktologijo je aktivno sodeloval že prej, tudi v okviru Sredozemskega združenja za ga-

stroenterologijo, kjer imamo tudi svojega delegata. Na letošnjem srečanju Mediteranskega združenja za koloproktologijo v Antalyi v Turčiji je bil slovenski delegat doc. dr. Pavle Košorok, dr. med., izvoljen za podpredsednika Mediteranskega združenja za koloproktologijo.

Veseli smo, da smo s svojim delom in razvojem stroke tudi doma prišli do stopnje, ko sprejemamo koloproktologijo kot samostojno dejavnost, in upamo, da bosta včlanjevanje v mednarodne povezave in organizacija doma prispevala k nadaljnji rasti stroke. ■

Pavle Košorok

Nagrada v Slovenijo

V dneih od 8. do 11. oktobra 2001 je v St. Luisu, Missouri, ZDA, potekala konferenca American Methadone Treatment Association (AMTA), ki redno podeljuje nagrade "Marie Nyswander Award" najzaslužnejšim za razvoj in širitev programov zdravljenja odvisnosti. Letos je kot eden izmed sedmih strokovnjakov, edini iz Evrope, kjer je tovrstno nagrado prejelo do zdaj le šest strokovnjakov, priznanje prejel Andrej Kastelic, zdravnik psihiater s Kliničnega oddelka za mentalno zdravje v Ljubljani in predsednik Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pri Ministrstvu za zdravje RS, za dosežke pri vzpostavitvi programov tovrstnega zdravljenja v Sloveniji in zasluge pri širitvi programov v nekatere evropske in izvenevropske države. ■

Tatja Kostnapfel Rihtar



Mark Parrino, predsednik AMTA, Andrej Kastelic, predsednik Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, Tatja Kostnapfel Rihtar, predstavnica Ministrstva za zdravje, Icro Maremmanni, predsednik Evropskega združenja za zdravljenje odvisnosti od opiatov (EUROPAD) (z desne)

Pismo Oražnovcem

Spoštovani Oražnovci, drage kolegice in kolegi!

Minila so že tri leta od našega srečanja in prijetnega druženja v Kostanjevici ob 130-letnici rojstva našega dobrotnika dr. Ivana Oražna. Takrat ste številni nekdanji in sedanjji Oražnovci izrazili željo po ponovnem srečanju. Mislili smo, da bi bila 135-letnica rojstva dr. Ivana Oražna primeren razlog za naše ponovno snidenje v Kostanjevici. Dr. Ivan Oražen je bil rojen 8. februarja 1869, zato naj bi bilo srečanje jeseni leta 2004. Sklenili smo tudi, da bomo do prvega ponovnega srečanja izdali knjigo "Oražnovci". Prek revije Isis in osebnih pogovorov smo vas nagovarjali za prispevke o življenju v Oražnovem domu, opise upravnikov, hišnikov, stanovalcev in doživetij. Nekateri ste to tudi obljubili in kot pravi Oražnovci tudi začasno odložili.

Dr. Zvonka Zupanič Slavec, predstojnica Inštituta za zgodovino medicine MF, ki smo jo Oražnovci zaradi njene izjemno lepe in dokumentirane knjige "Dr. Ivan Oražen - dobrotnik Medicinske fakultete" (soavtor prim. dr. Franc Štolfa) kar posvojili, nam je ljubezno obljubila vso podporo pri tem projektu.

Osnova za knjigo "Oražnovci" naj bi bila doživetja iz življenja v Oražnovem domu v Wolfovi ulici in na Rudniku. Na večkrat ponovljena vabila za prispevke v reviji Isis se je do sedaj odzval samo dr. Jože Kokovnik s prispevkom "Prehrana Oražnovcev" (Isis, 1998;7:64).

Nekaj gradiva smo zbrali že na srečanju v Kostanjevici, kjer smo med kosilom v gostilni "Pri Žolnirju" posneli pripovedovanja nekaterih starejših kolegov. Prim. dr. Košuta, sedaj eden najstarejših Oražnovcev, je držal obljubo in poslal nekaj dragocenih podatkov in zanimivih doživetij iz Oražnovega doma pred drugo svetovno vojno. Radi bi dobili kakšen prispevek od Oražnovcev v prvih letih po drugi svetovni vojni, pa tudi od sedanjih Oražnovcev in Oražnovk iz doma na Rudniku. Že zdavnaj ste vsi dobili tudi vprašalnik, ki ga je razposlala dr. Zvonka Zupanič Slavec. Upam, da ste nanj odgovorili. Žal je zgodb posameznikov zaenkrat še premalo, da bi jih lahko povezali v celoto, ki bi predstavila Oražnovce skozi čas.



"Študirmašina"

Še vedno upam, da se bodo odzvali Oražnovci s pisateljsko žilico in poslali zapise o posameznih zanimivih doživetjih, o stanovalcih, o stalnih in naključnih obiskovalcih itd. Vse to bo gradivo za knjigo. Znani mojster fotografije Joco Žnidaršič, nekdanji stanovalec Oražnovskega doma, ima zelo veliko fotografij, ki jih je pripravljen prispevati za knjigo. Poskrbljeno je za oblikovni, dokumentarni in celo za finančni del tega projekta, manjka pa snovi za bistveni vsebinski del, da bi lahko čim bolj verodostojno predstavili podobo Oražnovskega doma in njegovih stanovalcev skozi čas.

Oražnovci, izkažimo hvaležnost spomenu dr. Ivana Oražna, saj smo prav zaradi njega lažje, ali pa sploh lahko, študirali medicino in postali zdravniki. Vzemimo si čas za krajši ali daljši zapis svojih doživetij iz časov bivanja v Oražnovem domu.

Zelo sem se razveselil dveh prispevkov, ki sem ju pred nekaj dnevi dobil od dveh nekdanjih Oražnovcev. Za vzpodbudo drugim Oražnovcem k pisanju sestavkov za našo knjigo "Oražnovci" objavljamo prispevek prim. dr. Antona Židanika, za pisateljski navdih pa fotografijo študijskega pripomoč-

ka - "studirmašine", ki ga je dr. Jože Kokovnik prinesel na naše srečanje v Kostanjevici. Ta izum je bil pomemben pripomoček Oražnovca za toplejši študij v mrzlih časih, ko v Oražnovem domu še ni bilo centralnega ogrevanja. Obdobje občasnega kurjenja s premogom, kadar je žep prenesel nakup vedra premoga pri hišniku g. Rostoharju, kar vabi k obujanju spominov in pisanju.

Veselim se našega ponovnega srečanja v oktobru leta 2004. Spominjam vas na pogoj za organizacijo ponovnega srečanja v Kostanjevici - našo skupno knjigo "Oražnovci", zato pohitite s prispevki.

Želim Vam srečno novo leto in Vas lepo pozdravljam,

Vaš

Stane Repše, sedanji predsednik Kuratorija Oražnovskega doma

P. S.: Prispevke pošljite na naslov: Dr. Zvonka Zupanič Slavec, Inštitut za zgodovino medicine MF, Vrazov trg 2, 1125 Ljubljana ali prof. dr. Stane Repše, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Klinični center, Zaloška 7, 1225 Ljubljana

Utrinki iz Oražnovega doma

Ko se oziram 40 let nazaj in podoživljam obdobje, ko sem prebival v Oražnovem domu, skušam izločiti tisto, kar nam je bilo v teh letih vsem skupno - mladost, ljubezen, zdravje.

Pa vendar smo imeli Oražnovci nekaj več. Združevalo nas je neverjetno prijateljstvo ter pripadnost cehu.

V 60. letih so bili namreč Ljubljancani razred zase - meščani vis á vis pretežno delavske in kmečke periferije. Posledično se je študentarija organizirala v klube primorskih študentov, Prekmurcev, Dolenjcev, Štajercev, pri čemer smo predvsem zadnji vzdrževali imidž pivcev in prepečev.

Oražnovci smo bili Slovenija v malem (razen Ljubljane), zapisani bodočemu poklicu, otroci manj premožnih družin, študentje, ki smo si vsak po svoje s priložnostnimi zaposlitvami iskali možnosti, da razbremenimo svoje starše.

Med nami ga ni bilo, ki bi materialno izstopal, zavist ni bila naš sopotnik. Svoje mesto v skupini smo si izborili na različne načine: nekdo s fotografskim spominom in desetkami na izpitih, drugi spet z dolžino absolventskega staža ter anekdotičnim polaganjem izpitov. Tretji je znal vseh sto kitic pesmi "Oštarija št. 1" na pamet, četrti je bil neprekosljiv ljubimec, peti je držal rekord v številu osvojitve v eni noči, šestega je mučil "priapizem", sedmi je najdalj časa zdržal za mizo, osmi je bil profesor za tarok, deveti za poker in preferanso, deseti se je ukvarjal s športom, enajsti s fotografijo, dvanajsti je bil navdušen kitarist, trinajsti je imel tarčo na sobnih vratih, orožje za vadbo pa je bila pištola, nož ali pikado (razumljivo, da smo svoj vstop v njegovo sobo že od daleč in zelo glasno najavljali).

Imeli smo neverjeten sistem lobiranja, saj ni bilo zdravstvenih težav, ki jih ne bi znali s pomočjo najiminentnejših profesorjev razreševati v okviru vaj po predhodni temeljiti konziliarni pripravi starejših Oražnovcev. Ti so ob študiju kliničnih predmetov širokogrudno delili svoje nasvete hvaležnim poslušalcem in obiskovalcem Oražnovega doma.

Spominjam se kolegov, ki so prebolevali vse možne bolezni v času priprave na izpit, po izpitu so čudežno ozdraveli, nato pa se je njihova kalvarija ponovno začela z novo štu-

dijsko vsebino. Opazoval sem kolege, ki so v času študija mikrobiologije zapirali in odpirali vrata s komolci, po uporabi stranišča pa se za dalj časa zapirali v kopalnico in si "kirurško" umivali roke.

Spominjam se starih bajt, ki so leta 1963, ko je bila Medicinski fakulteti odvzeta pravica dodeljevanja doktorskega naziva, v nekaj mesecih diplomirali in so jim prej strah zbujujoči profesorji poklanjali šestice na besedo, da se bodo kasneje naučili in prišli k njim na razgovor.

Spominjam se neprekosljivega mojstra fotografije Joca Žnidaršiča in njegove stalne razstave slik v naših skromno opremljenih sobicah, ki je sredi študija zajadral v profesionalne fotoreporterske vode.

Spominjam se stomatologa Frangeža, ki je na našem zobovju izpopolnjeval svoje ročne spretnosti in pridobival na praksi. Roka

se mu je sicer včasih po prečuti noči nekoliko tresla, zato pa ni poznal čakalnih dob.

Spominjam se nepozabnih in v anale zapisanih brucovanj ter neverjetno tolerantne policije, ki je znala tudi spregledati v postelji najdeno izložbeno lutko, ki se je po ne vem kakšnem čudežu znašla v Oražnovem domu.

Spominjam se neverjetne kondicije pri študiju ter izjemne koncentracije, ko te iz tira ni mogla spraviti niti "telovadba" na sosednjem pogradu, da ne omenjam še večje kondicije pri kartah ter jutranjega iskanja koščka presušenega črnega kruha.

In nenazadnje: spominjam se najlepšega silvestrovanja v mojem ne tako kratkem življenju. Sama z bodočo soprogo v napol praznem Oražnovem domu ter v družbi radia. In če sem pošten - bila je ljubezen in bila je mladost.

Anton Židanik

Vabilo zdravnikom sekundarijem

Drage kolegice in kolegi!

Radi bi vas povabili, da se поблиže spoznamo. Zdravnice in zdravniki Oddelka za radioterapijo na Onkološkem inštitutu v Ljubljani smo dinamičen in prijazen kolektiv. Ne manjka nam zanimivega dela in novosti je toliko, da jim težko sledimo. Vsak bolnik je nov izziv, pa naj gre za ozdravljivo bolezen ali za dobro in čimbolj človeško lajšanje težav.

Vabimo vas, da se med izbirnimi vsebinami sekundarijata odločite za radioterapijo in onkologijo. Veseli bomo vašega sporočila na mzwitter@onko-i.si.

Izobraževanje iz preventivne medicine

Zavod za zdravstveno varstvo Celje kot osrednja preventivna zdravstvena ustanova v regiji že desetletje izvaja seminarje za pripravnike. Poleg pripravnikov zdravnikov in zobozdravnikov se jih udeležujejo tudi pripravniki profesorji zdravstvene vzgoje, diplomirane ter višje medicinske sestre, diplomirane babice in fizioterapevti. Zavod na ta način izobražuje bodoče sodelavce, jih seznanja s področji svojega delovanja in utrjuje vezi z mladimi strokovnjaki, ki se kasneje zaposlijo večinoma v bolnišnicah, zdravstvenih domovih ter domovih oskrbovancev v regiji. Večina med njimi sodeluje z zavodom vsaj posredno - med delom zbrani zdravstveno-statistični podatki se zbirajo in urejajo na zavodu. Nekateri izmed nekdanjih udeležencev seminarja za pripravnike se kasneje aktivno vključijo v katerega izmed projektov primarne ali sekundarne preventive, ki se izvajajo v regiji.

Seminar izvajamo dvakrat letno, v pomladnem in jesenskem terminu. Vsakič sprejmemo okrog 20 slušateljev. Prijave zberemo preko kadrovskih služb javnih zdravstvenih zavodov. Seminar zajema 40 ur vsebin s področja socialne medicine, higijene, epidemiologije ter mikrobiologije. V petih dneh se zvrsti 15 predavateljev različnih specialnosti s področja medicine (zdravniki, specialisti epidemiologije, higijene, mikrobiologije, socialne medicine, šolske medicine, pediatrije, splošne/družinske medicine in zobozdravnica, specialistka otroškega in mladinskega zobozdravstva). Pet predavateljev ima nemedicinsko izobrazbo (biolog, ekonomist, organizator dela, novinar, farmacevt). Vsi imajo dolgoletne delovne izkušnje na področju preventivne medicine in predajo slušateljem del svojega znanja s področja organizacije zdravstva, baz podatkov zdravstvene statistike, sanitarne kemije, komuniciranja z mediji ter medicinske ekologije.

Že prvi dan seminarja prejmejo slušatelji pisna gradiva s prispevki vseh predavateljev v obsegu sto tiskanih strani. Pouk se le delno izvaja v obliki predavanj. Večina predavateljev se poslužuje problemsko usmerje-



Udeleženci seminarja

nega pouka in dela v skupinah, ki ga slušatelji zelo dobro sprejemajo. Še pred leti smo opazili, da so se zdravniki težko vključevali v skupine z diplomanti drugih fakultet. Zdaj to ni več problem, kar pripisujemo dejstvu, da se mladi zdravniki zavedajo, da od diplome dalje težko karkoli naredijo brez pomoči zdravstvenih sodelavcev.

Pouk popestrimo z uporabo sodobnih avdiovizualnih pripomočkov ter z ogledom laboratorijev za sanitarno kemijo in mikrobiologijo. Slušatelji spoznajo delo v ambulanti za epidemiološko dejavnost in se odpeljejo na ogled komunalne čistilne naprave ali odlagališča odpadkov. V okviru higijene prehrane slušateljem ponudimo malico, ki je s pestro ponudbo zelenjave, polnozrnatih vrst kruha, svežega sadja in manj mast-

nih mlečnih izdelkov vzor zdravega obroka na delovnem mestu.

Zadnji dan izvedemo ustno in pisno ocenjevanje, ki nam je dragoceno pomagalo za izboljšanje naslednjih seminarjev. Slušatelji so nad aktivnimi oblikami dela navdušeni in predlagajo, da bi še zadnja "enosmerna" predavanja popolnoma ukinili. Nekateri med njimi priznajo, da smo jih navdušili za preventivno delo. Na zadnjem seminarju, ki je potekal od 26. do 30. novembra letos, se je kar nekaj slušateljev odločilo za nadaljnje sodelovanje z nami. Prijavili so se na izobraževanje v projektu Cindi, ki je namenjen preprečevanju kroničnih nenalezljivih bolezni, prevladujočemu zdravstvenemu problemu pri nas. ■

Damjana Podkrajšek

Prvi skupni sestanek revmatologov in revmatičnih bolnikov Slovenije

Dne 13. oktobra 2001 smo Revmatološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva in Društvo za ankilozirajoči spondilitis Slovenije (DASS) organizirali Prvi skupni sestanek revmatologov in revmatičnih bolnikov Slovenije. Sestanek, ki je potekal v Poslovni stavbi Krke v Ljubljani, je obeležil svetovni dan revmatikov (12. oktober) in petnajsto obletnico ljubljanske podružnice DASS. Hkrati je bil del dejavnosti, ki smo jih pripravili v okviru tedna, posvečenega mednarodnemu projektu Desetletje gibal (Bone and Joint Decade, skrajšano BJD) Svetovne zdravstvene organizacije (SZO).

Program sestanka je vseboval naslednje prispevke:

- Nacionalni koordinator projekta SZO Desetletje gibal doc. dr. Radko Komadina, dr. med., travmatolog iz Splošne in učne bolnišnice Celje, je predstavil cilje, namen in organizacijo projekta Desetletje gibal ter konstituiranje in dejavnosti nacionalne slovenske mreže v njegovem okviru.
- Prof. dr. Blaž Rozman, dr. med., predstojnik Kliničnega oddelka za revmatologijo Kliničnega centra v Ljubljani, je orisal družbeno-ekonomsko problematiko revmatičnih bolezni. Podatki o neposrednih medicinskih in posrednih stroških revmatičnih bolezni, zlasti osteoartroze in revmatoidnega artritisa, so pomembni za utemeljeno strokovno podporo novim, navidežno dragim načinom zdravljenja.
- Mag. Marjan Hudomalj, dipl. ing. fizike, je kot predsednik DASS govoril o revmatičnih boleznih z vidika bolnikov.
- Prof. dr. Monika Ostensen, dr. med., revmatologinja, ki vodi Oddelek za matere - revmatike na Univerzitetni kliniki za revmatologijo v Bernu, je predavala o nosečnosti in porodu pri ženskah z revmatičnimi boleznimi. Podrobneje je predstavila podatke iz literature in lastne izkušnje o vplivu nosečnosti na naravni potek treh bolezni - sistemskega lupusa eritematozusa, revmatoidnega artritisa in an-

kilozirajočega spondilitisa - ter o vplivu teh bolezni na reproduktivno zdravje žensk. Razpravljali smo tudi o medikamentoznem zdravljenju revmatičnih bolnic v dobi nosečnosti.

- Dr. Matija Tomšič, dr. med., revmatolog s Kliničnega oddelka za revmatologijo Kliničnega centra v Ljubljani, je kritično ovrednotil rabo COX-2 selektivnih in neselektivnih nesteroidnih antirevmatikov v zdravljenju revmatičnih bolezni.
- Dr. Maja Hojnik, dr. med., revmatologinja s Kliničnega oddelka za revmatologijo Kliničnega centra v Ljubljani, je predstavila nova - biološka ali citokinska zdravila za zdravljenje revmatoidnega artritisa. Citokinska zdravila, uperjena proti tumor nekrotizirajočemu faktorju alfa (TNF-a), so učinkovita tudi v zdravljenju seronegativnih spondiloartritov.
- Života Lovrenov, dr. med., z Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je predstavil indikacije, kontraindikacije in omejitve za zdraviliško zdravljenje rev-

matičnih bolnikov. Prikazal je tudi mrežo slovenskih zdravilišč ter njihovo individualne prednosti za obravnavo posameznih vrst revmatičnih bolnikov.

- Tanja Koderman, dipl. univ. pravnica, ki pogodbeno sodeluje z DASS, je obravnavala pravne probleme, s katerimi se srečujejo revmatični bolniki, delovno zakonodajo, pravice do medicinske rehabilitacije in pripomočkov, napotitev na invalidske komisije in obravnavo na njih. Družabni del na koncu sestanka je omogočil še neformalno izmenjavo mnenj in izkušenj med zdravniki revmatologi in našimi "uporabniki" - ljudmi z revmatičnimi boleznimi. Pogrešali smo vabljenе predstavnike Ministrstva za zdravje, ki sooblikujejo naše pogoje in možnosti za delo ter s tem vplivajo na uspešnost in učinkovitost zdravljenja. Prav tako se vabilu niso odzvali predstavniki tiska, ki naj bi informacije in sporočila s tega sestanka prenesli v širšo javnost.

Maja Hojnik

Zdravstveni dom Ljubljana objavlja prosto delovno mesto
zobozdravnika
za delo v nočni zobni medicinski pomoči.

Pogoji:

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

Prijave z dokazili pošljite na naslov:
 Zdravstveni dom Ljubljana, Kadrovska služba, Kotnikova 28, 1000 Ljubljana.

Knjižnica Zdravniške zbornice Slovenije

Kot verjetno veste, ima Zdravniška zbornica Slovenije tudi svojo knjižnico, v kateri se je od njenega nastanka nabralo že kar nekaj knjig in publikacij, predvsem v slovenskem in angleškem jeziku. Evidentiranih je okoli 800 enot, večina s področja medicine, nekaj je tudi splošnega gradiva.

Tako so od gradiva v slovenščini na voljo strokovna dela z različnih področij medicine, precej knjig obravnava posamezne bolezni, nekaj jih obravnava prednosti zdravega načina življenja, nadalje imamo dela, ki posredujejo izsledke medicinskih raziskovalnih projektov v Sloveniji, zbornike nekaterih medicinskih simpozijev in kongresov ter gradivo za tečaje in seminarje. Omeniti moram tudi strokovna poročila in letopise, dela s področja zgodovine medicine, biografska in avtobiografska dela ter leposlovje.

Precejšen del tujejezičnega gradiva predstavljajo publikacije SZO, med katerimi so predvsem letna poročila in gradivo, ki se nanaša na posamezne projekte pod okriljem SZO, npr. boj proti kajenju, uživanju alkohola in jemanju drog, aids, nalezljive bolezni... Imamo tudi številna poročila in publikacije raznih mednarodnih zdravniških organizacij, kot so UEMO, UEMS, CP, AEMH itd. Če vam bolj ustreza elektronska oblika, so dokumenti mednarodnih organizacij na vpogled tudi na spletnih straneh:

CP: www.cpme.be

UEMS: <http://www.uems.be/>

UEMO: <http://www.uemo.org/index.htm>

AEMH: <http://www.imsn.nl/aemh/index.html>

SZO - evropske regije: <http://www.who.dk/>

SZO: <http://www.who.int/home-page/>

Med najnovejšimi pridobitvami naše knjižnice je izbor knjig o izobraževanju odraslih, o učnih metodah in o pravilnem pristopu k poučevanju, ki smo jih naročili iz ZDA in jih boste težko našli v kateri drugi knjižnici. Izbirate lahko med naslednjimi deli:

- Mel Silberman, Carol Auerbach: Active Training: A Handbook of Techniques, Designs, Case Examples, and Tips
- Robert W. Pike, Philip Jones (Preface):

Creative Training Techniques Handbook: Tips, Tactics, and How - To's for Delivering Effective Training

- Tom W. Goad, Tom A. Goad: The First-Time Trainer: A Step-By-Step Quick Guide for Managers, Supervisors, and New Training Professionals
- Mel Silberman, Karen Lawson: 101 Ways to Make Training Active
- Eileen K. Van Kavelaar: Conducting Training Workshops: A Crash Course for Beginners
- Bob Pike (Introduction), Chris Busse (Contributor): 101 Games for Trainers: A Collection of the Best Activities from Creative Training Techniques Newsletter
- Bob Pike, Lynn Solem: 50 Creative Training Openers and Energizers
- Dave Arch: All New Tricks for Trainers: 57 Tricks and Techniques to Grab and Hold the Attention of Any Audience...and Get Magical Results
- Marlene Caroselli: Great Session Openers, Closers, and Energizers: Quick Activities for Warming Up Your Audience and Ending on a High Note
- John W. Newstrom, Edward Scannell (Contributor): The Big Book of Presentation Games: Wake-Em-Up Tricks, Icebreakers, & Other Fun Stuff
- Edie West: 201 Icebreakers: Group Mixers, Warm-Ups, Energizers, and Playful Activities
- Edward Scannell (Contributor), John W. Newstrom: The Big Book of Team Building Games: Trust-Building Activities, Team Spirit Exercises, and Other Fun Things to Do
- Bruce Klatt: The Ultimate Training Workshop Handbook: A Comprehensive Guide to Leading Successful Workshops & Training Programs
- C. Leslie Charles, Chris Clarke-Epstein: The Instant Trainer: Quick Tips on How to Teach Others What You Know
- Cyril Charney, Kathy Conway (Contributor), Cy Charney: The Trainer's Tool Kit
- George M. Piskurich (Editor), Peter Beckschi (Editor), Brandon Hall (Editor):

The Astd Handbook of Training Design and Delivery: A Comprehensive Guide to Creating and Delivering Training Programs-Instructor-Led, Computer-Based

- Michael Milano, Diane Ullius: Designing Powerful Training: The Sequential-Iterative Model
 - Rives Hassell-Corbiell: Developing Training Courses: A Technical Writer's Guide to Instructional Design and Development
 - William K. Horton: Designing Web-Based Training: How to Teach Anyone Anything Anywhere Anytime
 - Sandy Stewart Christian (Editor), L. Tobin, Nancy Loving Tubising: Instant Icebreakers: 50 Powerful Catalysts for Group Interaction and High-Impact Learning
 - Edward L. Gubman: The Talent Solution: Aligning Strategy and People to Achieve Extraordinary Results
 - Malcolm S. Knowles, Elwood F. Holton, Richard A. Swanson: The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development
 - Stephen D. Brookfield: Understanding and Facilitating Adult Learning: A Comprehensive Analysis of Principles and Effective Practices (Jossey-Bass Higher Education Series)
 - Stephen D. Brookfield: Developing Critical Thinkers: Challenging Adults to Explore Alternative Ways of Thinking and Acting (Jossey-Bass Higher Education Series)
 - Raymond J. Wlodkowski: Enhancing Adult Motivation to Learn: A Comprehensive Guide for Teaching All Adults (Jossey-Bass Higher and Adult Education Series)
 - Della Fish (Editor), Colin, Ph. D. Coles (Editor): Developing Professional Judgment in Health Care: Learning Through the Critical Appreciation of Practice
- V zbornični knjižnici je na voljo tudi precej domačih in tujih strokovnih revij. Ker domače gotovo vsi dobro poznate, naj

naštem samo nekaj tujih, ki jih redno prejemamo na podlagi izmenjave z revijo Isis: Bayerisches Arzteblatt, doktorinwien, Evidence-Based Medicine, Evidence-Based Mental Health, Kärntner Arztezeitung, OÖ Ärzte, Österreichische Arztezeitung, Quality in Health Care, Quality Management in Health Care, Lječničke novine in češko re-

vijo Tempus medicorum.

In še vabilo: ko boste iskali kakšno knjigo ali revijo, poskusite tudi v zbornični knjižnici. Za morebitna vprašanja sem vam na voljo na elektronskem naslovu: marta.brecko@zss-mcs.si. ■

Marta Brečko Vrhovnik

Brezplačni elektronski dostopi do medicinskih revij

Duška Meh z Inštituta RS za rehabilitacijo nam je prijazno posredovala elektronski naslov, na katerem so brezplačno dostopne številne medicinske revije. Zajadrajte na medmrežje in poiščite naslov: <http://www.amedeo.com>

Srečanje zobozdravnikov ljubljanske regije, november 2001

V mesecu novembru smo se srečali ljubljanski zobozdravniki v prostorih Zdravniške zbornice Slovenije. Srečanje je organiziral odbor za zobozdravstvo ZZS, ki ga vodi prof. dr. Farčnik, dr. stom.

Zobozdravniki smo z zanimanjem prisluhnili njegovi **predstavitvi odbora za zobozdravstvo ZZS**, ki deluje sedaj avtonomno v Zdravniški zbornici Slovenije. Odbor ima 13 članov in tri stalne komisije: komisijo za strokovno-medicinska vprašanja, ki jo vodi prof. dr. Nenad Funduk, dr. stom., komisijo za izobraževanje in komisijo za zasebno dejavnost, kateri predseduje Gordan Čok, dr. stom. Odbor je tesno povezan tudi z ostalimi komisijami in službami v Zdravniški zbornici.

V preteklem obdobju je odbor realiziral več zahtevnih projektov: Enotna zobozdravstvena kartoteka, Standardizacija opremljenosti zobnih ordinacij, Zobozdravstveni normativi - bela knjiga, Perspektive zobozdravnikov do leta 2010, in bo sedaj z večjo avtonomijo in hierarhično organiziranostjo še bolj učinkovit.

Srečanje je prijetno popestril priznani nizozemski zobozdravnik Gerard Drese, dr. stom., ki je diplomiral na Univerzi Groningen, več let delal v nizozemski vojski, kasneje pa kot zasebni zobozdravnik. Kljub poklicnim obveznostim je bil tudi izjemno aktiven član v Zvezi nizozemskih zobozdravnikov in je prejel odlikovanje Oranie-Nasseu nizozemske kraljice. V svojem kratkem govoru je predstavil značilnosti nizozemskega zobozdravstva ter svoja spoznanja in izkušnje, ki

jih je pridobil na svoji res aktivni življenjski poti.

Ob koncu srečanja se je razvila živahna razprava o **problemih ljubljanskih zobozdravnikov**.

Podpredsednik odbora Evgenij Komljanec, dr. stom., je odgovarjal na vprašanja o **specializacijah**, ki so jih postavljali predvsem mladi zobozdravniki, in razložil novosti in probleme pri organizaciji in financiranju specializacij.

Generalni sekretar Zbornice Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je odgovarjal na vprašanja o **problemih nepodeljevanja koncesij** v Ljubljani, ki so zaradi nerazumevanja mestne politike zašla v slepo ulico. Kljub trenutno kritični situaciji, ki eksistenčno ogroža kandidate, je pozval k vztrajnemu in

strpnemu dogovarjanje z mestnimi oblastmi ter obljubil pomoč in podporo ZZS.

Dr. Gerard Drese se je vključil tudi v razpravo o problemu **pomanjkanja zobnih asistentk**, ki je prisoten v Ljubljani. Zobne asistentke na Nizozemskem izobražujejo stomatologi sami. Pojasnil je, da velja v stomatologiji načelo kapitana ladje in zato odgovarja za delo zobne asistentke zobozdravnik. Na Nizozemskem imajo tudi šole za zobne asistentke. Komentiral je tudi razpravo o **dežurstvu** zobozdravnikov in bil mnenja, da je zobozdravnik dolžan nuditi **nujno** zobozdravniško pomoč **svojim** pacientom ob vsakem času. Dežurstva so na nizozemskem obvezna in jih zobozdravniki organizirajo sami. ■

Rok Šušterčič



Prof. dr. Franc Farčnik nagovarja zbrane zobozdravnike v premajbni sejni sobi Zdravniške zbornice Slovenije. (Foto: Amadej Lab)

Seminar za glavne mentorje specializantom

Oktober je Zdravniška zbornica Slovenije organizirala že drugi seminar za glavne mentorje specializantov. Odziv je bil izjemen, saj se je v rdeči dvorani nove Pravne fakultete, od vabljenih 333 glavnih mentorjev, zbralo kar 174 udeležencev. Zbrane je najprej pozdravil predsednik Zdravniške zbornice asist. mag. Marko Bitenc, ki je na kratko pojasnil vlogo Zdravniške zbornice v procesu usposabljanja

zdravnikov. Natančneje je vse novosti pri izvajanju specializacij ter vloge, naloge in pooblastila mentorjev v procesu izvajanja specializacije in preverjanja znanja pojasnil prof. Matija Horvat. Mag. Zlatko Fras je predstavil pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacije zdravnikov ter vlogo sveta za izobraževanje in komisije za specializacije pri Zdravniški zbornici. Organizacijo in tehnični potek specializacije je natančne-

je predstavila v. d. vodje oddelka za usposabljanje in strokovni nadzor pri Zdravniški zbornici Staša Favai, ing. Sledila je usmerjena razprava ob hipotetičnih praktičnih primerih, ki sta jo vodila mag. Fras in ga. Favai. Seminar je zaključilo predavanje prof. Davida B. Voduška o zagotavljanju in nadzoru kakovosti izvajanja specializacij. ■

ebn

Foto: Amadej Lah



Prof. Matija Horvat med predavanjem, v ozadju ga. Staša Favai



Številni udeleženci seminarja za glavne mentorje

Zaradi selitve ordinacije spreminjamo naslov in telefonsko številko.

Od 29. januarja 2002 dalje smo dosegljivi na naslednjem naslovu:

FMR PLUS, d. o. o. (Fizikalna in rehabilitacijska medicina), Dunajska 186, Ljubljana
Specialistična fiziatrična ordinacija, Ida Brežigar Burmaz, dr. med., spec. fiziatriinja
Tel.: 01 56 92 300, Faks: 01 56 92 305, E-pošta: fmr.plus@siol.net

Nova ordinacija je v občini Bežigrad - Stožice, naselje BS-4 (Bus št. 6, 8 - postajališče Mala vas)

Ordinacijski čas v fiziatrični ordinaciji za bolnike z napotnico:

- ob torkih in sredah od 12.00 do 18.30
- ob ponedeljkih, četrtek in petkih od 7.00 do 13.30

Preostali ordinacijski čas smo na voljo samoplačnikom po dogovoru.

Odslej možnost preverjeno varnega e-zdravstva v Sloveniji

Varna elektronska pošta in varne zbirke podatkov o bolnikih

Pojavila se je prva splošna javna možnost pridobitve digitalnih potrdil (*Digital Certificate*) za strokovne potrebe slovenskega zdravnika in zobozdravnika, kar predstavlja veliko pridobitev za e-zdravstvo v Sloveniji. Omogočen je enostaven in varen način varovanja zdravniške skrivnosti v digitalni obliki na računalniških medijih in pri elektronskem pošiljanju medicinske dokumentacije z elektronskim podpisom, saj uporaba faksa tega ne zagotavlja. Digitalna potrdila temeljijo na asimetrični kriptografski metodi (*Public key cryptography*).

Odslej si lahko zdravnik in zobozdravnik pridobita spletno in osebno digitalno potrdilo za fizične ter pravne osebe, ki jih nudi Center vlade za informatiko Republike Slovenije. Pri njem deluje SIGEN-CA (*Slovenian General Certification Authority*), ki izdaja digitalna potrdila. Za njih velja najvišja stopnja varovanja v skladu z Zakonom o elektronskem poslovanju in elektronskem podpisovanju (ZEPEP).

SIGEN-CA kot služba na visokem državnem nivoju ob najnovejših tehnološki rešitvah in ob upoštevanju vseh mednarodnih standardov za overovatelje javnih ključev nudi za uporabnika prijazne organizacijske rešitve in predstavlja zaupanja vredno in dostopno rešitev za sodobno in varno sporazumevanje preko interneta ter varno shranjevanje enkriptiranih bolnikovih podatkov. SIGEN-CA vzdržuje javni imenik veljavnih in preklicanih digitalnih potrdil in omogoča njihovo preverjanje.

Spletna digitalna potrdila se lahko uporabljajo za:

- varno spletno komuniciranje po protokolih SSL in TLS,
- varno pošiljanje elektronske pošte po protokolu S/MIME,
- storitve in aplikacije, za katere se zahteva uporaba spletnih digitalnih potrdil overitelja na CVI.

Osebna digitalna potrdila se uporabljajo za varno shranjevanje podatkovnih zbirk, zlasti o bolnikih.

SIGEN-CA določa upravljanje (izdajanje, overovljanje, preklicavanje, hranjenje in objavljanje) digitalnih potrdil za:

- fizične osebe (brezplačno),
- pravne in fizične osebe, registrirane za opravljanje dejavnosti (po ceniku).

Digitalno potrdilo se izda na osnovi pravilno izpolnjene in podpisane vloge na ustrezem obrazcu, ki ga je mogoče prenesti s spletne strani www.sigenc-ca.si skupaj s pojasnili o vseh potrebnih postopkih in politiki SIGEN-CA-ja.

Zelo je pomembno, da si zdravnik in zobozdravnik v predvidenem postopku na lastnem računalniku sama izdelata svoj par digitalnih ključev, tako da zasebni ključ os-

tane znan le njima ter izključno v njuni lasti in hrambi. Javni ključ se pošlje v overovitev SIGEN-CA-ju in ostane dostopen v njegovem javnem imeniku zaradi uporabe in možnosti njegovega preverjanja ostalim uporabnikom. Zasebni ključ lahko lastnik hrani na "pametni" kartici (najbolj priporočljivo), trdem disku, zgoščenci ali disketi in ga mora skrbno varovati.

Zobozdravnica in avtor tega prispevka sva si pridobila digitalni potrdili pri SIGEN-CA-ju in si z njuno uporabo izmenjala enkriptirano in elektronsko podpisano elektronsko pošto s pripnki. Ugotovila sva, da so postopki enostavni in uporabniku prijazni ter preverjeno varni.

Podrobnejše informacije so na spletni strani SIGEN-CA: www.sigenc-ca.si ■

Darko D. Lavrenčič

mag. Darko D. Lavrenčič, dr. med.

MED zasebna splošna ambulanta

Cesta 6. maja 11, 1360 Vrhnika

tel: 050 642-240

OBVESTILO

Moj spletni overovljen javni ključ (*public key*) je dostopen v imeniku javnih ključev pri SIGEN-CA-ju (*Slovenian General Certification Authority*) in vsebuje ime:

Darko Lavrencic

Elektronsko pošto, enkriptirano z mojim javnim ključem, sprejemam na elektronskem naslov:

darko.lavrencic@guest.arnes.si

Spletna stran za iskanje potrdil: <http://www.sigenc-ca.si>: Iskanje potrdil

Veselje za oko in uho

V sredo 21. 11. 2001 je bila v Kliničnem centru kulturna prireditev, na kateri smo odprli razstavo slikarke Marije Gomsí, članice Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher.

P ester glasbeni program so prispevali glasbeniki dixieland skupine Ljubljanske korenine. Gledalcev - poslušalcev je bilo zelo veliko in prireditev jih ni razočarala.

Marija Gomsí slika šele deset let. Rojena je bila leta 1945 v Jurovskem Dolu v družini, kjer zaradi težkih razmer ni mogla slediti svoji želji, da bi postala slikarka. Ko je bila že dalj časa zaposlena v Kliničnem centru in je delala tudi kot blagajničarka KUD-a, so jo kolegi slikarji vzpodbujali, naj tudi sama začne. Njeni začetki so bili zadržani, toda talent ji je omogočil hiter napredek. Na tečajih in likovnih kolonijah ob vodstvu skrbnih mentorjev Janeza Kovačiča, Marjana Zaletela, Leona Koporca in slikarskih kolegov je dosegala lepe uspehe in postopoma razvila svoj razpoznaven slog. Večkrat je že razstavila svoja dela na skupinskih razstavah (Hotel Terme Zreče, Kavarna Veronika Kamnik, Škofja Loka, Ekstempore Izola, Narni v Italiji, Galerija Krvina, Vojašnica generala Maistra Maribor, Bolnišnica Sežana, Klinični center Ljubljana), sedaj pa se je njenih slik nabralo kar za samostojno predstavitev.

Na svoji tokratni (prvi samostojni) razstavi se je slikarka predstavila s 27 slikami. Živahnost motivov in preizkušanje v različnih slikarskih tehnikah ji odpirata vedno več

možnosti v izražanju. Že od nekdaj je bila tesno povezana z naravo, zato ni nikakršno naključje, da je večina del posvečena ravno krajinam. Neprestana igra svetlobe in sence skozi letne čase jo vodi v doživljanje, spoznavanje in iskanje trenutkov, ki jih želi upodobiti. Motivi, ki jih največkrat slika, so vezani predvsem na podeželske vedute in pokrajino - pretežno gorski svet, čestokrat pa se s čopičem odlično počuti tudi v gozdu in ob rekah. Barvna paleta je široka in dinamična, od melanholičnih in umirjenih barv - predvsem v akvarelih, pa vse tja do zelo živahnih in celo kontrastnih barv, ki jih pogosto najdemo na platnih. Rada poseže po akvarelnih barvah, pa tudi po oljnih in akrilnih. En sam izbrani krajinski motiv lahko upodablja v več različicah, kar predstavlja nekakšen samopreizkus in hkrati napredovanje. V nekaterih krajinah je s spontanim prelivanjem tonov uspela ujeti svojstveno atmosfero in zračnost. Vedno se rada vrača v Kamniško Bistrico, v doline pod dvatisočaki, v gričevnate dežele, vse tja do morja in kamnitih obal. Njena druga privlačna tematika so tihožitja. Večinoma cvetne in druge kompozicije so barvno igrive in polne drobnih detajlov, v izboru barv sledi svetlobi in občutjem. Poleg harmonije v barvah želi doделati tudi perspektivo in kompozicijo. "Ma-



Marija Gomsí: Nežno drobno poljsko cvetje

rijo Gomsí skozi slikarstvo vodi veselje, vztrajnost in ljubezen do ustvarjalnosti. V kratkem času je kot ljubiteljska slikarka že uresničila svoje navdušenje in pokazala znanje - tokrat na pričujoči razstavi, ki prinaša slikovit sprehod skozi njeno dosedanje delo." (Polona Škodič)

Ko je izbirala slike, ki naj bi jih razstavila, je vprašala Polono Škodič, likovno kritičarko, ali so dela dovolj dobra za javno predstavitev. Na odprtju razstave ji je kritičarka odgovorila tudi javno: "Da, dovolj dobra so!"

Po uvodni predstavitvi slikarke je srca in dlani obiskovalcev prireditev v Kliničnem centru ogrel dixieland ansambel *Ljubljanske korenine*. Vrnili smo se v leta svojih babic, ko je dixieland odmeval v naših plesnih dvoranah, ko so na radiu naše mame poslušale izraziti glas Luisa Armstronga. V tiste čase so nas pospremili glasbeniki, ki so se po glasbenih začetkih v študentskih letih, po končanih uspešnih poklicnih karierah, v kasnih letih ponovno vrnili k svojemu mladostnemu veselju, h glasbi. Dixieland igrajo: *Rudi Bužga*, trobenta, *Mitja Kajfež*, klarinet, *Rado Tišel*, vokal, *Jože Završnik*, banjo, *Miklavž Dobovišek*, pozavna, *Hugo Weber*, kontrabas, *Zenon Umiastowski*, bobni, in *Črtomir Kristan*, klavir. S programom dixielanda, soula in bluesa so se nekoč mladi glasbeniki vrnili



Marija Gomsí: Jesenski gozd



Marija Gomsí: Stari mlin

k svojim glasbenim in osebnim koreninam, k svojim začetkom, toda z veliko mero osebnih in glasbenih izkušenj. Nekoč študenti so danes zdravniki, direktorji, inženirji, finančni strokovnjaki, očetje ponosnih sinov in hčera, predvsem pa še vedno z vsem srcem predani svoji največji ljubezni - glasbi. (*Primož Hieng*). Poleg tradicionalne ameriške črnske glasbe (Some of these days, Hello Dolly, What a wonderful world) so nam za konec zaigrali tudi Sepetovo skladbo Zemlja pleše. Vendar ne čisto za konec. Predsednica KUD-a dr. Zvonka Zupanič Slavec je na prireditvi, ki jo je vodila, prvič pozdravila tudi svojo mamo. In prav cenjeni gostji so Ljubljanske korenine zaigrali pesem Z modrim trakom v laseh, ki jo je v petdesetih letih prepevala Jelka Cvetežar.

Njihove "mladostne" improvizacije z veliko mero občutenosti in dinamike prevzamejo poslušalstvo vseh generacij. (prof. *Ilija Šurev*)

Primož Hieng je na njihovi zgoščenki zapisal: Prav gotovo so Ljubljanske korenine svojevrsten fenomen v slovenskem glasbenem prostoru, saj podobne zasedbe zagotovo ni v tem sicer majhnem, toda glasbeno polnem svetu. Ljubljanske korenine so bogat mozaik vseh tistih, ki z dušo in srcem stopajo na slovenske glasbene odre in če so se v vseh svojih letih tudi člani Ljubljanskih korenin vsaj malo postarali, to niti ni tak greh, saj so v svojem glasbenem poslanstvu ostali večno mladi.

Besede strokovnjakov so veliko in cenjeno priznanje umetnikom, nagrada poslušalcev pa je bil bučen aplavz. Prireditve, kot je bila ta, so možne samo s pomočjo donatorjev in sponzorjev, ki podpirajo poslanstvo kulture in umetnosti v zdravstvenih ustanovah. Tokrat se iskreno zahvaljujemo Vzemjni, zdravstveni zavarovalnici, Onkološkemu inštitutu, Gostilni Štorklja, Bonifer Grafiki, Fotokopirnici Lampič ter naslednjim podjetjem: Transglob, Sintal, Peri Teks, Benton in Bar Sodček.

Tatjana Praprotnik
Foto: *Tatjana Praprotnik*

21. memorial Toma Krasnova

2. državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v košarki

V nedeljo 21. 10. 2001 se je v lepem jesenskem jutru pred športno dvorano "Tri lilije" v Laškem zbrala skupina približno stotih umetnikov igre pod koši ter njihovih spremljevalcev. Prisotni zdravniki so bili povezani v sedem ekip, ki so se med seboj pomerile v viteškem boju za slavo in čast zmage na 21. memorialu Toma Krasnova, ki je bil letos organiziran v Celju, v sklopu XI. dnevov športne medicine z mednarodno udeležbo.

Ekipe so bile razdeljene v dve skupini. V skupini A so si prizadevale čim bolj napolniti koš nasprotnika naslednje ekipe: Radiologi, Kirurgi, Psihatri in Zdravniki Celje. V skupini B pa so jim nasproti stale ekipe: Zdravniki prijatelji, Medicinska fakulteta in Zdravniki Maribor. Po napetih in izenačenih predtekmovalnih tekmah sta si vstop v polfi-

nale izborili prvi dve ekipe iz vsake skupine.

Pred obračuni za najvišja mesta so se zvrstili boji za razvrstitev od 5. do 7. mesta. Sedmo mesto je zasedla ekipa Psihatri. V napeti tekmi za 5. mesto so bili Radiologi, ki so imeli v svojih vrstah najboljšega strelca turnirja Cveticanina, le za dve točki slabši od ekipe Medicinske fakultete. V prvem polfinalnem obračunu so Mariborčani premagali Kirurge, ki so bili nekoliko utrujeni, saj je šest članov njihove borbene ekipe imelo za seboj že tri tekme. V drugi polfinalni tekmi so Celjani uspeli natresti v koš Prijateljev 30 točk, kar pa je bilo žal vsaj 8 točk premalo za zmago.

Preden so na parket stopili letos najboljši košarkarji iz zdravniških vrst in se pomerili za medalje, so si v viteškem boju stali nasproti zdravniki, ki so pred dvajset in več leti ustanovili memorial Toma Krasnova. V tekmi,



Zdravniki prijatelji so se dobro borili in prikazali lepo igro, a so na koncu morali priznati premoč Mariborčanov, ki so jih na letošnjem memorialu premagali dvakrat.





Zdravniki Celje so v napeti in izenačeni tekmi osvojili bronasto medaljo in s tem ponovili lanski uspeh iz Tolmina.



Maloštevilna ekipa Kirurgov je dolgo ključovala nasprotnikom in utrujenosti. Na koncu so se morali zadovoljiti s 4. mestom.

ki so jo poimenovali tekma veteranov, so se pomerili košarkarji v svojih najboljših letih. Nasproti so si stali "veterani" iz Maribora (beri: vzhodne Slovenije) in njihovi vrstniki iz Ljubljane (beri: zahodne Slovenije). Tekma je bila letos prvič na sporedu memoriala in glede na odziv udeležencev in gledalcev je pričakovati, da bo postala tradicionalna. Zmaga je v obračunu dolgoletnih tekmecev

in prijateljev odšla v Ljubljano.

Medtem ko so se zunaj klopotci v popoldanskem vetrcu veselo vrteli in klicali k sončnemu nedeljskemu izletu, so se na parketu na odločilne boje pripravljali najboljši zdravniki košarkarji, kar jih premore Slovenija. V zanimivi tekmi za tretje mesto so Celjani tesno premagali Kirurge in se veselili zmage, saj je osvojen 3. mesto pomenilo, da so po-

novili lanski uspeh iz Tolmina. Napetost pred finalnim obračunom je naraščala in sedem ur po začetku tekmovanja, ob 16. uri, so na parket pritekli člani dveh najboljših zdravniških košarkarskih ekip, trdno odločeni, da priborijo zmago svoji ekipi. Med udeleženci finalne tekme je bilo tudi sedem članov letošnje zmagovite ekipe zdravniških svetovnih prvakov, tako da so si gledalci lahko obetali dobro košarkarsko predstavo. Igralci obeh moštev jih niso razočarali in lahko so spremljali zanimive poteze umetnikov oranžne žoge z osmimi polji. Ob polčasu so Mariborčani vodili za 5 točk. V prvem polčasu se je med Prijatelji posebej izkazal Macura, ki je med držigranimi, nesebičnimi in borbenimi Mariborčani. V drugem polčasu, po odhodu Macure na klop, so Mariborčani povedli tudi za 10 točk in več. Prijatelji so razliko v zadnjih minutah zmanjšali na 4, vendar so potem ponovno popustili in tekmo izgubili za več kot 10 točk. Vodja ekipe Zdravniki Maribor, Vlado Daneu, dr. stom., brat legende slovenske košarke in svetovnega košarkarskega prvaka iz leta 1970, Iva Daneua, je igro svoje ekipe na 21. memorialu Toma Krasnova ocenil takole: "Naša ekipa je turnir odigrala fantastično. Kljub temu, da smo igrali proti ekipi, ki ima v svojih vrstah kar šest članov ekipe svetovnih prvakov, so naši igralci zaupali v svoje košarkarsko znanje in igrali pametno. V ekipi imamo veliko število kakovostnih igralcev, tako da smo tekom turnirja lahko razporedili moči. Svojo pravo moč smo pokazali takrat, ko je bilo to najbolj potrebno, v finalu. Fantje so se borili in igrali kolektivno košarko. Zaslužno so osvojili naslov državnih prvakov in zmagovalno loroviko 21. memoriala Toma Krasnova."

Skrbni organizatorji iz Zdravniškega športnega društva Celje so po koncu športnega dela tekmovanja organizirali tudi družabni del, kjer so najboljšim podelili priznanja in priložnostne nagrade. V prijetnem in sproščenem pogovoru smo se ob dobri hrani, ki jo je pripravilo osebje celjske bolnišnične kuhinje, zadržali do večernih ur. Družbo so nam, tako kot vedno, delali tudi starši pokojnega Toma Krasnova, ki se vsako leto z veseljem odzovejo vabilu organizacijskega odbora ter nagradijo najboljšega posameznika in zmagovalno ekipo z izbranimi nagradami.

Ob koncu dneva smo se ljubitelji košarke razšli. Kljub temu si za zmeraj ostajamo malo bližje. Druži nas tudi misel, da se



Ekipa Radiologov je imela v svoji sredini najboljšega strelca turnirja, Cvetičanina, in edino aktivno udeleženko na letošnjem memorialu.



Kot novinka med ekipami je letos Medicinska fakulteta pod vodstvom Alibegovića s 5. mestom dosegla lep uspeh.

srečamo najkasneje naslednje leto, tretjo soboto v oktobru, in sicer v Ljubljani.

Ob koncu **velika** zahvala organizatorju, Zdravniškemu športnemu društvu Celje, predvsem pa Boštjanu Drevu, Miranu Kolarju, Jožetu Cerovšku in Rudiju Čajevcu, ki so vzorno organizirali vse potrebno za nemoteno športno tekmovanje (sodniki, zapisnikarji, časomerilci in športna dvorana z vso potrebno opremo). Vsi udeleženci se zavedamo, kako veliko truda je bilo za to potrebno. Zahvala tudi sponzorjem, brez katerih bi bila organizacija turnirja še mnogo težja: Splošna bolnišnica Celje, Zdravstveni dom Celje, Sindikat FIDES, Zdravniško društvo Celje, Zdravniška zbornica Slovenije, Mestna občina Celje, Lek, d. d., Krka, d. d., Kili Liboje, Mollier, Pivovarna Laško, d. d., Terme Zreče, Zdravilišče Laško, Celjski sejem, d. d., Glaxo Wellcome, Zavarovalnica Triglav, d. d., Foto Zoom, Etol in Zdravilišče Atomske toplice.

Rezultati:

Skupina A

SKUPINA A		REZULTATI	
RADIOLOGI	KIRURGI	28	33
PSIHIATRI	ZDRAVNIKI CELJE	7	34
ZDRAVNIKI CELJE	KIRURGI	23	18
PSIHIATRI	RADIOLOGI	9	23
RADIOLOGI	ZDRAVNIKI CELJE	21	32
PSIHIATRI	KIRURGI	10	26

Lestvica skupine A:

MESTO	EKIPA	ŠT. TEKEM	ŠT. ZMAG	ŠT. PORAZOV	ŠT. TOČK
1.	ZDRAVNIKI CELJE	3	3	0	6
2.	KIRURGI	3	2	1	4
3.	RADIOLOGI	3	1	2	2
4.	PSIHIATRI	3	0	3	0

Rezultati:

SKUPINA B		REZULTATI	
ZDRAVNIKI MARIBOR	MEDICINSKA FAKULTETA	33	6
ZDRAVNIKI PRIJATELJI	ZDRAVNIKI MARIBOR	34	29
MEDICINSKA FAKULTETA	ZDRAVNIKI PRIJATELJI	13	21



Nekoliko presenetljivo, a povsem zaslužen so Zdravniki Maribor postali zmagovalci 21. memoriala Toma Krasnova. Stojijo od leve proti desni: Kanlič, Bajec, Jager, Lobnik, Košir in vodja ekipe Daneu; čepitjo od leve proti desni: Bevc, Movrin, Špička, Žebeljan

Lestvica skupine B:

MESTO	EKIPA	ŠT. TEKEM	ŠT. ZMAG	ŠT. PORAZOV	ŠT. TOČK
1.	ZDRAVNIKI MARIBOR	2	2	0	4
2.	ZDRAVNIKI PRIJATELJI	2	1	1	2
3.	MEDICINSKA FAKULTETA	2	0	2	0

TEKMA ZA 5. MESTO

MEDICINSKA FAKULTETA	RADIOLOGI	26	24
Alibegović 7, Bajrović 5, Fidler in Kompara 4, Zupanc in Debič 3, Petrovič, Matos, Jug	Cvetičanin 15, Stankovič 4, Marušič 2, Begoli, Jerkovič, Klučevšek 1, Bohnec		

POLFINALE

ZDRAVNIKI MARIBOR	KIRURGI	43	18
Košir 11, Žebeljan 10, Movrin, Špička 6, Bajec 5, Jager 3, Bevc 2, Kanlič, Lobnik	Oblak 7, Iskra 5, Lovšin 4, Prapotnik 2, Juvan, Škorjanc		

POLFINALE

ZDRAVNIKI CELJE	ZDRAVNIKI PRIJATELJI	30	38
Kramer 14, Drev 7, Povhe 6, Drobnič 2, Krušič 1, Kolar, Štolfa, Ladovič, Mlakar, Bukovnik	Kovač 14, Macura 11, Bunc 7, Novak 4, Zupanc 2, Možina, Mis, Stritar, Anderluh		

TEKMA "VETERANOV"

MARIBOR - VZHODNA SLOVENIJA	LJUBLJANA - ZAHODNA SLOVENIJA	30	20
Košir 11, Lobnik 5, Drofenik 3, Pišec 1, Pušelja, Danev	Tatalovič 10, Lovšin 6, Možina 5, Mis in Špiler 4, Prapotnik 1, Oblak		

Najboljši strelec: Branko Cvetičanin 73 točk - Radiologi

KONČNI VRSTNI RED

1. ZDRAVNIKI MARIBOR
2. ZDRAVNIKI PRIJATELJI
3. ZDRAVNIKI CELJE
4. KIRURGI
5. MEDICINSKA FAKULTETA
6. RADIOLOGI
7. PSIHIATRI



Ponosni in nasmejani nosilci zlatih medalj, člani ekipe Zdravniki Maribor, pozirajo z zmagovalnim pokalom. Stojijo od leve proti desni: Bevc, Kanlič, Lobnik, Bajec, Jager, Košir; čepijo od leve proti desni: Špička, Žebeljan, Movrin, manjka vodja ekipe Daneu.



Skupinska slika udeležencev tekme veteranov. Dolgoletni prijatelji in tekmeči so se pomerili med seboj v košarkarskih spretnostih.

TEKMA ZA 3. MESTO

ZDRAVNIKI CELJE	KIRURGI	28	23
Kramer 9, Drev 7, Povhe 5, Drobnič 4, Krušič 3, Kolar, Štolfa, Ladovič, Mlakar, Bukovnik	Prapotnik 6, Škorjanc 5, Iskra in Lovšin 4, Juvan in Oblak 2		

FINALE TEKMA ZA 1. MESTO

ZDRAVNIKI MARIBOR	ZDRAVNIKI PRIJATELJI	43	32
Jager 12, Kanlič in Špička 8, Žebeljan 7, Bajec 6, Movrin 2, Košir, Lobnik, Bevc	Macura 12, Bunc 9, Kovač 6, Novak in Anderluh 2, Špiler 1, Mis, Možina, Stritar		

Veterani kot legende

Na letošnjem memorialu dr. Toma Krasnova oziroma prvenstvu zdravnikov in zobozdravnikov v košarki, ki je potekalo v mesecu oktobru, so prizadevni prireditelji, kolegi iz Celja, organizirali tudi lansko leto odpadlo tekmo veteranov. Tako je bila pred finalnimi tekmami rednega dela v prelepi dvorani "Tri lilije" v Laškem odigrana tudi tekma med veterani Maribora in Ljubljane. V obeh moštvih je bilo največ prav tistih igralcev, ki so sodelovali na prvih memorialnih srečanjih, takrat kar 20 let mlajši. Kot študentje so "drslali in škripali" parket v telovadnicah na Taboru

in v študentskem naselju, bili udeleženci na mediciniadah 76 in 77, ustanovili ligo UKC v Dolskem in bili viceprvaki v košarki Univerze od 1976 do 1979.

Organizacija je bila več kot brezhibna, seveda pa je vsako leto težja, predvsem pri rezervacijah in najemu telovadnic, saj takšna tekmovanja za upravnike še zdaleč niso tržno zanimiva.

Tudi po 20 letih je bila košarka med seniorji borbeno, z nekaj "bananami", trojkami in bolokadami. Zmaga je šla proti Ljubljani, vendar to ni pomembno. Tekmo smo posvetili spomenu kolega, po katerem se

imenuje srečanje.

Ob spominjanju in spremljanju igre pri zapisnikarski mizi me je ogovoril mlajši kolega, sekundarij iz Celja, ki se je proti koncu tekme že ogreval za finalni obračun. Priponimil je: "Vi niste veterani, ampak že kar legende."

Na razglasitvi se je kapetan ekipe Maribora Vlado Daneu, dr. stom., še uradno zahvalil za organizacijo in povabilo, skupna odločitev "old boysov" pa je bila, da bomo radi prišli na tekmo, seveda, če nas bo organizator povabil.

Albin Stritar



Skupinska slika "old boysov"



Hudi in težki boji centrov pod košem

Socialna medicina in/ali ljubiteljska medicina

"S preventivo se bolj ali manj ukvarjamo ljubiteljsko"

Dobro zdravje je prvina kakovosti življenja, ki je povezana z najširšim človekovim okoljem. Posameznikovega zdravja ni mogoče ločiti od družbenega zdravja, ki ga ocenjujemo tudi s stališča tele-

sne, duševne in socialne blaginje. Zdravje, dobro ali slabo, je hkrati kazalec in tudi rezultat ekonomskega in socialnega razvoja. To področje pokriva predvsem socialna medicina.

Socialna medicina je teorija in praksa, ki

se ukvarja z zdravjem in boleznijo kot funkcija življenja v skupini. Ukvarja se z zdravjem ljudi v povezavi z njihovim vedenjem v družbeni skupnosti in kot taka vključuje skrb za posameznike kot člane družine in člane

drugih značilnih skupin oziroma skupnosti v vsakdanjem življenju. Ob koncu leta 2000 je bilo v Sloveniji 95 specialistov javnega zdravja, od tega 39 iz socialne medicine, 25 iz higijene in 31 iz epidemiologije, ki se vsi poklicno, bolj ali manj, ukvarjajo s socialno medicino ali javnim zdravjem.

Ljubiteljska medicina bi lahko bila, če bi se npr. kardiolog ukvarjal s socialno medicino. Pravzaprav je že oče jugoslovanske in kasneje slovenske preventivne medicine Andrija Štampar iz zagrebške Šole javnega zdravja trdil, da mora socialna medicina združevati preventivno in kurativno medicino v enotno medicino. **Vedenjska medicina**, kot del socialne medicine, lahko in celo mora združevati številne specialiste s področja preventivne in kurativne medicine v profesionalni in/ali ljubiteljski medicini.

Bolezni srca in ožilja, rak in številne druge so znane socialne bolezni. Nastanejo kot posledica življenja in dejavnosti v družbi. So

zelo razširjene ali pa se lahko v kratkem času zelo razširijo. Socialni dejavniki vplivajo na začetek in/ali na potek bolezni, večajo umrljivost prebivalstva v produktivni dobi in jih je mogoče preprečiti z družbenimi ukrepi, to je zmanjšati njihovo pogostnost.

Za vsako izmed socialnih bolezni poskušamo ugotoviti, kateri družbeni ukrepi zavirajo njihovo nastajanje in širjenje oziroma bi mogli izboljšati sedanje stanje in njihove posledice. V preprečevanju socialnih bolezni je zlasti pomembna metoda promocije zdravja, ki ne vključuje samo informiranja ljudi o zdravem načinu življenja, temveč se ukvarja tudi z možnostjo uresničevanja zdravega načina življenja pri prebivalcih. Prav zaradi tega so se v večini zahodnih držav že pred desetletji lotili sistematičnega preprečevanja kroničnih, neinfekcijskih (socialnih) bolezni z metodami socialne medicine, ki je učinkovita le v primeru, da z istim ciljem združijo vse mogoče zmogljivosti in

vire, vladnih in nevladnih ustanov, organizacij in društev, specialistov in laikov, dejansko prav vseh, s ciljem zmanjšati prezgodnjo obolevnost in umrljivost.

Starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja v Sloveniji že več let pada, prav gotovo zaradi učinkovite klinične medicine ali uspešne sekundarne in terciarne preventive, ne moremo pa tega povsem trditi za zbolelost, ki verjetno še narašča, in sicer zaradi še premalo učinkovite primarne preventive, ali pa zato, ker je pretežno še vedno v rokah ljubiteljske medicine. ■

Viri:

Fras, Z.: Delo nacionalnega Forumu za preventivo koronarne bolezni. *Novice, združenja kardiologov Slovenije* 2001;8:4-6.

Pirc, B.: *Socialna medicina*, MF, Ljubljana 1981.

Premik, M.: *School of Public Health. Simpozij v okviru projekta HSMP*, Ljubljana 2001.

Turk, J.: *Partnerstvo v preprečevanju bolezni srca in ožilja*. *Novice, združenja kardiologov Slovenije* 2001;8:3-4.

Dražigost Pokorn

Lek podaril sredstva za nakup medicinske opreme

Splošni bolnišnici dr. Jožeta Potrča Ptuj

Slovenska farmacevtska družba Lek, d. d., je v prostorih Splošne bolnišnice dr. Jožeta Potrča Ptuj direktorju bolnišnice Lojzetu Arku, dr. stom. izročila donacijo v vrednosti milijon tolarjev za nakup medicinske opreme. Podarjena sredstva bodo zdravstveni delavci uporabili za izboljšanje kakovosti zdravstvenih uslug v tej regiji.

“Skrb za zdravje in boljšo kakovost življenja ter prijazno in zdravo družbo nas žene, da z ustvarjalnostjo pristopimo k dejavnostim, ki zagotavljajo razvoj družbe in prispevajo k izboljšanju kakovosti zdravstva v Sloveniji,” je ob izročitvi donacije povedala Tatjana Klančnik Breznikar, direktorica prodaje farmacevtike za področje Slovenije.

S kampanjo “Prava pot do znižanega krvnega tlaka” je Lek želel spodbuditi zdravstvene delavce Slovenije, da storijo nekaj zase,

za svoje zdravje ter da postanejo zgled svoji okolici. Znano je, da telesna dejavnost zmanjšuje možnost nastanka visokega krvnega tlaka, zato so jih povabili k hoji v gore in osvajanju vrhov, obenem pa obljubili, da bodo za vsak osvojeni vrh prispevali po tisoč tolarjev za izboljšanje razmer v slovenskem zdravstvu.

Sadovi sodelovanja v letu 2001 so znani. 2000 osvojenih vrhov in dva milijona tolarjev (v skladu Olivin). Prvi milijon tolarjev je šel na Ptuj, drugega bo Lek podaril Zdravstvenemu domu Tolmin.

Ob prejemu donacije se je Leku še posebej zahvalil direktor Splošne bolnišnice dr. Jožeta Potrča Ptuj Lojze Arko, ki je poudaril, da dolgoletno dobro sodelovanje ter podobne akcije kažejo, da farmacevtska družba Lek skrbi za zdravje v Sloveniji in ima posluš za potrebe slovenskega zdravstva.



Predstavnica Leka, d. d., Tatjana Klančnik Breznikar, direktorica prodaje za področje Slovenije, in Lojze Arko, direktor Splošne bolnišnice Ptuj (foto: Langerholc)

Pestro ob praznovanju 80-letnice bolnišnice Golnik

Izidor Kern



Andreja Peternej, glavna medicinska sestra in duša kulturnih dogodkov, skupaj s Tofom na uspeli avkciji likovnih del (Foto: Janez Misson)

Prof. dr. Jurij Šorli, direktor Bolnišnice Golnik, slavnostni govornik na svečani akademiji (Foto: Janez Misson)

“*Ars longa, vita brevis*” (Hipokratov izrek) so bile besede, s katerimi je prof. dr. Jurij Šorli, direktor Bolnišnice Golnik - Kliničnega oddelka za pljučne bolezni in alergijo nagovoril goste svečane akademije v Cankarjevem domu. Letos je bolnišnica na Golniku praznovala visok jubilej. Spoštljiva starost zdravstvene ustanove, priznane doma in v svetu, izraža v svojem delovanju visoko vitalnost in ustvarjalnost. Takšno je bilo tudi praznovanje. Preplet umetniškega in strokovnega dela med zaposlenimi in prijatelji Golnika je bil usmerjen v prihodnost. Številni kulturni dogodki, ki so se vrstili od

pomladi naprej, so bili med bolniki, zaposlenimi in v širši slovenski javnosti zelo tople sprejeti.

V začetku junija je potekala v zelenem okolju bolniških stavb tridnevna *Slikarska kolonija*. Zbralo se je več kot dvajset znanih akademskih slikarjev in uveljavljenih samorastnikov. Vsa nastala likovna dela so ustvarjalci poklonili bolnišnici.

Na razstavi likovnih del *Golnik skozi oči slikarjev* v galeriji Mestne občine Kranj so se avtorjem del s kolonije pridružili še zaposleni, ki prosti čas preživljajo s čopičem in platnom, in umetniki, ki se niso uspeli ude-

ležiti kolonije. Čez poletne mesece je galerijski prostor pred županovo pisarno obiskala množica radovednih opazovalcev. Ob tem je izšel razstavni katalog sodelujočih ustvarjalcev z oceno likovnega kritika.

Razstavo je zaključila zelo uspela *avkcija likovnih del*, ki jo je vodil Tone Fornezzi Tof. Od skupno 62 likovnih del je bilo prodanih 59. Iztržek avkcije, sponzorska in donatorska sredstva ter prostovoljni prispevki so omogočili nakup dolgo zelenega in težko pričakovanega računalniškega tomografa, namenjenega diagnostiki pljučnih bolezni.

Rojstni dan bolnišnice, 1. oktober - na ta dan leta 1921 je bilo uradno odprto državno Zdravilišče za tuberkulozo - je zaznamovalo odprtje pregledne razstave *Bolnišnica Golnik skozi čas*. Razstava bo v Stebriščni dvorani Gorenjskega muzeja v Kranju na ogled do konca leta. Nastala muzejska zbirka je plod sodelovanja z Inštitutom za zgodovino medicine MF in Gorenjskim muzejem. Svoje stalno mesto bo dobila v bolnišničnih

prostorih.

Vedrina in toplina barv in mehkih oblik del na papirju in slik akademskega slikarja Klavdija Tutte je vnesla optimizem v bolnišnično okolje. *Donacija*, ki jo je spremljal krajši koncertni nastop učencev Glasbene šole iz Kranja, je bila zelo naklonjeno sprejeta. Likovna oprema naredi hladne in bele prostore bolj prijetne.

Bolnišnica je za dva dni odprla svoje prostore laični in strokovni javnosti. *Dnevi odprtih vrat* so se začeli s sprejemom v avli, ogledom krajšega filma in direktorjevim pozdravom. Sledil je voden ogled diagnostičnih enot, laboratorijev in oddelkov. Pri tem nismo pozabili pokazati imenitnega parka, grajske stavbe in arhitekturnih dosežkov Vurnika, Khama in Plečnika. Gostili smo tudi predstavnike slovenskih medijev.



Z odprtja pregledne razstave v Stebriščni dvorani Gorenjskega muzeja v Kranju (Foto: Janez Misson)

V okviru tradicionalnih Golniških dnevov sta bila organizirana strokovna sestanka za medicinske sestre na Brdu pri Kranju in za zdravnike v Cankarjevem domu. Medicinske sestre so usmerile pozornost k zdravstveni negi bolnika s pljučno boleznijo. Zdravniški sestanek je potekal pod naslovom *Pulmologija in alergologija v Sloveniji v 21. stoletju*. Teme so bile aktualne: tuberkuloza, alergijske bolezni in astma ter pljučnice. Predstavniki Svetovne zdravstvene organizacije Mario Raviglione je predstavil globalne trende tuberkuloze in napore za premagovanje ovir pri uspešnem zdravljenju. Golniška delovna skupina, ki obravnava problem tuberkuloze pri nas, je prikazala razmere v Sloveniji in predvidena gibanja, katerim naj bi sledila tudi stroka. O prilaganju ukrepov ob stalnem padanju incidence tuberkuloze v Sloveniji je spregovoril prof. dr. Jurij Šorli. Izpostavil je epidemiološki vidik nacionalnega programa za tuberkulozo. O kliničnem in ekonomskem vidiku prihodnje obravnave tuberkuloze je govoril asist. Damjan Eržen. Vodja referenčnega



Klavdij Tutta, donator slik na papirju in slik, ki poživljajo Zdravniško posvetovalnico (Foto: Janez Misson)



V Štibovi dvorani Cankarjevega doma je potekal strokovni sestanek za zdravnike *Pulmologija in alergologija v Sloveniji v 21. stoletju* (Foto: Janez Misson)



Vita Mavrič in Mojmir Sepe (Foto: Janez Misson)



Aktualna svetovna prvaka v latinskoameriških plesih sta navdušila publiko z etno priredbo cha-cha (Foto: Janez Misson)

laboratorija za mikobakterije, mag. Manca Žolnir Dovč, je predstavila pomen, ki ga ima sodoben laboratorij za mikobakterije v nacionalnem programu. Pri naslednji temi je doc. dr. Mitja Košnik predstavil nove izzive alergološke in imunološke laboratorijske diagnostike. O vnetju v pljučih in njegovih številnih posebnostih je govoril prof. dr. Alojz Ihan. Epidemiološki podatki o astmi, uspešnost zdravljenja in rezultati vzgojno-izobraževalnih programov so bili predmet predavanja prof. dr. Stanislava Šuškoviča. Delovna skupina, ki se ukvarja z respiratornimi okužbami, je predstavila smer bodoče bolnišnične obravnave bolnika s pljučnico. Asist. Peter Kecelj je poudaril pomen kliničnega ocenjevanja teže pljučnice. O napredku in vlogi mikrobiološke diagnostike za sodobno antibiotično zdravljenje, tudi empirično, je govorila Viktorija Tomič. Renato Eržen je analiziral uspešnost obravnave pljučnic v preteklem letu, prof. dr. Ema Mušič pa je predstavila smernice zdravljenja pljučnic.

Na strokovnem sestanku sta bili podeljeni plaketi za življenjski prispevek in dosežke v razvoju Bolnišnice Golnik profesorjema B. Fortiču in B. Štanglu.

Sklepno dejanje je bila *svečana akademija* v Cankarjevem domu. S kulturnim programom so povabljeni v dvorani razvedrili igralca Gašper Tič, ki je nastopal z odlomkom iz monokomedije Z. Sokoloviča. Kako sem prišel na svet, pevka Vita Mavrič s šansonom ob spremljavi mojstra Mojmirja Sepe ter plesni par Katarina Venturini in Andrej Škufca, ki sta zaplesala rumbo in cha-cha. Slavnostni govor je imel direktor bolnišnice prof. dr. Jurij Šorli. Voditeljica Eva

Longyka je prebrala pozdravne besede predsednika republike Milana Kučana, ki je bil spričo aktualnih svetovnih dogodkov in državnih obveznosti nepričakovano v tujini. Navzoče je pozdravil minister za zdravje prof. dr. Dušan Keber. V sproščenem in prijateljskem vzdušju je potekal sprejem v predverju Cankarjevega doma.

V prazničnem letu se v bolnišnici nadaljuje obnova in posodabljanje. Laboratorij za klinično biokemijo in hematologijo je v

celoti obnovljen. Zaključujejo se obsežna prenovitvena dela v bolnišnični kuhinji. Do konca leta bo začel obratovati računalniški tomograf. Med pomembne projekte sodi sprejem Strateškega poslovnega načrta in oddaja prošnje za nagrado za poslovno odličnost.

Včasih naporno rutinsko delo smo s kulturnimi in strokovnimi dejavnostmi popestrili in oplemenitili naše poslanstvo. V praznovanju smo našli nove izzive in ideje za prihodnja leta. ■



Prof. dr. Dušan Keber, minister za zdravje, Franc Košir, direktor ZZZS, in prof. dr. Jurij Šorli na sprejemu po svečani akademiji (Foto: Janez Misson)

43. Tavčarjevi dnevi v Portorožu

Matjaž Vrtovec
Foto: Amadej Lah



43. Tavčarjeve dneve je odprla predsednica organizacijskega odbora in predstojnica katedre za interno medicino prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med., višja svetnica.



Kongresni center Bernardin postaja premajhen za vedno več udeležencev Tavčarjevih dnevov.



Ugledni gostje Tavčarjevih dnevov. Z leve proti desni: namestnik dekana Medicinske fakultete prof. dr. Janez Sketelj, generalni direktor Kliničnega centra prof. dr. Primož Rode, predstojnik Kliničnega oddelka za pljučne bolezni in alergijo in avtor letošnjega memorialnega predavanja prof. dr. Jurij Šorli, strokovni direktor SPS Interne klinike in predstojnik Kliničnega Oddelka za hematologijo prof. dr. Peter Černelč.



Z otvoritve Tavčarjevih dnevov. V prvi vrsti z leve proti desni: predsednik Zdravniške zbornice Slovenije asist. mag. Marko Bitenc, predavateljica in moderatorka teme "Okužbe v domovih za ostarele" prof. dr. Ema Mušič Mivšek, strokovni direktor Kliničnega centra prof. dr. Zoran Arnež, prorektorica ljubljanske univerze prof. dr. Katja Breskvar, predsednik Slovenskega zdravniškega društva prof. dr. Pavle Poredoš.



Prof. dr. Jurij Šorli: "Kakovost v medicini - stalnica ali utrinek" - 2. memorialno predavanje. Zelo aktualna tema v sedanjih časih.



Doc. dr. Marko Noč v vlogi moderatorja sklopa "Zmote pri zdravljenju srčnega popuščanja" in pomenju občinstva avtor najbolje pripravljenega pogovora s strokovnjakom. ("Akutni koronarni sindrom"). Za mizo delovnega predsedstva še preostali predavatelji iz Centra za intenzivno interno medicino (z leve proti desni) asist. mag. Hugon Možina, predsednik programskega odbora, in Marjan Fortuna, dr. med., soavtorja predavanja "Zmote pri izbiri zdravil za zdravlje-

nje srčnega popuščanja", Vojka Gorjup, dr. med., avtorica predavanja "Zmote zaradi napačne diferencialne diagnoze akutne dibalne stiske", doc. dr. Dušan Štajer, avtor predavanja "Pomen patoanatomske osnove srčnega popuščanja pri zdravljenju bolnikov".



Primarij Boris Cibic - 80 let. Med večerjo nam je predstavil svojo razgibano življenjsko pot iz časov, ki niso bili ravno naklonjeni vedoželjnim mladim Slovincem na Primorskem.



Po predavanjih se je večkrat razvnela živabna razprava.



Kava in prigrizki so nas čakali v predverju Kongresnega centra.

*In kdo je organiziral
43. Tavčarjeve dneve?*

*Katedra za interno
medicino in organizacij-
ski odbor. Z desne: prim.
mag. Miba Koselj,
Marjeta Tomažič, dr.
med., prim. Franc
Mrevlje, prof. dr. Andre-
ja Kocijančič, višja
svetnica, predstojnica
Katedre za interno
medicino in predsednica
organizacijskega
odbora, doc. dr. Maja
Ravnik Oblak, asist.
mag. Hugon Možina,
predsednik programske-
ga odbora, mag. Vilma
Urbančič in prim. mag.
Matjaž Vrtovec.*



Avstrija

Laboratorijska medicina kot klinična disciplina

V prihodnosti se bo profil dejavnosti medicinsko-diagnostičnih laboratorijev spremenil. Celo molekularna diagnostika se bo pocenila in postala bolj učinko-

vita. Sedanje stanje kaže, da je pri približno 64 odstotkih vseh kliničnih primerov za eksplisitno diagnozo nujna laboratorijska analiza. Značilno je, da znašajo stroški za laboratorij-



sko delo komaj od 2 do 3 odstotke vseh medicinskih stroškov. Kljub temu pa se povečujejo pritiski na vodje laboratorijev, naj kljub povečevanju števila analiz bistveno zmanjšajo stroške.

Delež laboratorijske diagnostike se je v zadnjih 30 letih v vseh kliničnih disciplinah zelo povečal. V Združenih državah se je med leti 1970 in 1990 vsako leto povečal za 12 odstotkov. Vzroki za to so bili tehnični razvoj, avtomatizacija ter biomedicinska raziskovanja. Nove metode se osredotočajo na imunologijo, biologijo celice in molekularno diagnostiko.

To zahteva bolj učinkovito, kritično uporabo rutinskih parametrov. Zdravnik specialist za laboratorijsko medicino se bo v prihodnosti moral vključiti med lečeče bolnišnične zdravnike. Tako se bo zmanjšalo število nepotrebnih laboratorijskih preiskav. Primer: V pediatrični intenzivni medicini se s citokinsko analizo lahko postavi natančna diagnoza neonatalne sepse; tako si lahko prihranimo velikanski izdatek za zdravljenje z antibiotiki. Podobne reči se dogajajo tudi v kliničnem vsakdanjiku. Pa ne zaradi nevednosti, temveč zaradi zdravnikove negotovosti, preobremenjenosti ter pomanjkljive informiranosti.

Zdravnik specialist za laboratorijsko medicino se bo torej vključil v klinično delo. Njegovo znanje bo usmerjeno klinično-pragmatično.

Centralni laboratorij se bo torej decentraliziral in preoblikoval v manjše enote, POCT (Point of Care Testing). V njem bo delovalo malo ljudi, vendar s povečano odgovornostjo. ■

Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 18, 25. september 2001
Marjan Kordaš

Večina nasprotuje aktivni pomoči pri umiranju

V javni razpravi se je doslej poudarjalo, da se je skoraj polovica Avstrijcev (49 odstotkov) opredelila za aktivno pomoč pri umiranju, se pravi za usmrtitev bolnika na njegovo prošnjo. V resnici se je za aktivno pomoč pri umiranju opredelila

le dobra četrtina. To se je pokazalo v anketi, ki jo je na zahtevo Avstrijske zdravniške zbornice izvedel inštitut Spectra iz Linza.

Dr. Otto Pjeta, predsednik ÖÄK, je ob tem opozoril na pojem *pomoč pri umiranju*, na *indirektno ter pasivno pomoč pri umira-*

nju ter ju jasno ločil od *aktivne* pomoči pri umiranju.

Zdravnice in zdravniki *aktivno* pomoč pri umiranju odklanjajo, saj je to nepremostljivo nasprotje zdravnikovi nalogi pomagati bolniku. Kar je pa nujno, je izboljšanje celotne strukture oskrbe bolnika, "tako da nikomur več ne bo padlo v glavo, da je **usmrtitev na zahtevo** rešitev za hudo bolne in umirajoče". ■

Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 19, 10. oktober 2001
Marjan Kordaš

Avstrijska zdravniška zbornica zahteva v naslednjih petih letih 18 milijard šilingov

Za izboljšanje zdravstvene oskrbe prebivalstva zahteva Zdravniška zbornica Avstrije dodatnih 18 milijard šilingov v naslednjih petih letih, je povedal njen predsednik dr. Otto Pjeta. Denar bo porabljen predvsem za izvenbolnišnično oskrbo. Tako naj bi šlo vsako leto po 1,5 milijarde šilingov za postavitev skupinskih ordinacij, 1 milijarda za inovacije, 600 milijonov za zagotavljanje kakovosti in nadaljnjih 500 milijonov za izgradnjo zdravstvene mreže, saj se v nekaterih predelih kaže pomanjkanje specialistov, na primer psihiatrov in psihoterapevtov.

Predvideno je, da bi poliklinični zdravniki in zdravniki v zasebnih ordinacijah s koncesijo predstavljali terapevtsko enoto, kar naj bi bila protiutež bolnišničnemu zdravljenju, to pa naj bi pripomoglo k boljšemu izkoriščanju obstoječih zmogljivosti. Predvsem bi zasebne ordinacije dobile več denarja, saj različna zdravstvena zavarovanja sedaj raje plačujejo storitve polikliničnim ustanovam, ker so večinoma cenejše.

Dalje zahteva predsednik Zbornice, da različne bolniške blagajne in zavarovalnice predstavijo jasne razvojne načrte. Dosedanji upravni odbori naj bi po njegovem mnenju le varčevali in

skrbeli, da se ohrani obstoječi sistem. Po novem naj bi se v naslednjem petletnem obdobju pozornost usmerila predvsem na kakovost zdravstvene oskrbe prebivalstva. Če omenjenih 18 milijard ne bo zagotovljenih, bo morala politika jasno povedati, katere zdravstvene storitve v bodoče zavarovancem ne bodo več dostopne. ■

Vir: doktorinwien 11/2001

Boris Klun

Zdravje tudi za moške

Medtem ko ima ginekologija svoje mesto v medicini že kakšnih sto let, se deset ali morda nekaj več let počasi prebija medicina za moške, ki še nima imena, morda jo bodo imenovali andrologija.

Na Dunaju je bil prvi svetovni kongres za "moško zdravje" (1st World Congress on Men's Health WCMH 2001) in ustanovljena International Society on Men's Health, izhajati pa je začel tudi International Journal on Men's Health.

Podpredsednica kongresa prof. dr. Anita Rieder: "Moški in ženske mislijo, da so moški bolj zdravi, čeprav je resnica obratna. Moški zbolevajo pogosteje."

Nezdrav način življenja, neupoštevanje preventivnih ukrepov in ignoriranje opozorilnih kliničnih znakov so slabo zaveznitvo.

Dokazano je, da:

- moški umirajo dvakrat pogosteje zaradi raka na debelem črevesu,
- imajo trikrat večjo verjetnost, da umrejo zaradi jetrne ciroze,
- nevarnost raka na prostati se z leti povečuje,
- 40 odstotkov razlike med moško in žensko umrljivostjo je treba pripisati visoki smrtnosti zaradi moške koronarne bolezni,
- 20 odstotkov moških boleha za kroničnimi boleznimi, predvsem za arterialno hipertenzijo in revmatizmom,
- 40 odstotkov moških je izpostavljenih stresu, kar vodi pogosto v kajenje, alkoholizem in pretirano uživanje hrane,
- 70 odstotkov moških med 30. in 50. letom ima previsoko telesno težo,
- v Nemčiji se preventivnih pregledov udeležuje 16 odstotkov moških (39 odstotkov žensk), v Avstriji le 7, čeprav so brezplačni.

Po mnenju dunajske strokovnjakinje ima pričakovana življenjska doba moških ogromne možnosti, da se povečuje še naprej. ■

Vir: doktorinwien 11/2001

Boris Klun



Prof. dr. Rajko Sedej

75. življenjski jubilej in 41 let urednikovanja Zobozdravstvenega vestnika

Nenad Funduk

Intervju z dvojnimi jubilarantom je prijetna dolžnost, še posebej zame, saj sem bil vaš študent, specializiral sem stomatološko protetiko in opravil izpit pri vas. Zato vas poznam z več plati: kot predavatelja, eksaminatorja, delovnega mentorja in predstojnika. Znane so mi tudi ključne točke vaše biografije:

Leta 1949 ste se vpisali na stomatologijo. 12. junija 1954 ste diplomirali in takoj nastopili službo kliničnega zobozdravnika na oddelku za fiksno protetiko. Leta 1955 ste postali asistent, leta 1960 pa docent. V letih od 1960 do 1970 ste ob vseh osnovnih obveznostih prevzeli odgovornost profesorja za predklinično protetiko na Višji stomatološki šoli v Mariboru. Leta 1961 ste bili imenovani za urednika Zobozdravstvenega vestnika, 1966. ste postali izredni profesor, v letih od 1967 do 1969 ste bili prodekan Medicinske fakultete, za rednega profesorja stomatološke protetike pa ste bili izvoljeni leta 1972. Predstojnik katedre za stomatološko protetiko MF ste bili od leta 1968 do upokojitve 1991., predstojnik fiksne protetike pa v obdobju od 1972 do 1987. Leta 1972 ste izdelali programsko zasnovano specializacijo stomatološke protetike. Vzgojili ste okoli 40 specialistov protetikov. Bili ste tudi 30 let sodni izvedenec za stomatologijo.

Mnoge stvari niso zapisane v strokovnih biografijah in ravno te bi me zanimale, prav tako pa tudi bralce. Vaši biografski podatki kažejo strm vzpon osebnega razvoja, ničesar pa ne povedo o naporih, vztrajanju in vloženi energiji za doseganje ciljev na prehojeni poti. Kot prvo bi me zanimalo doživljanje mladosti in zakaj ste se sorazmerno pozno vpisali na stomatološki študij, saj ste imeli tedaj že skoraj 23 let?

Sem tretji otrok delavske družine, rojen 1. 1. 1927 v Vrbljenju pod Krimom. Odraščal sem v Spodnji Šiški (Ljubljana), kjer sem se, tako kot drugi, spopadal z mulci iz Zgornje Šiške. Središče vsega dogajanja je bil Šišenski hrib. Sebe sem se začel zavedati na realki. Spočetka sem bil soliden dijak, kmalu pa sem se izpridil. Komaj sem izdeloval razrede, toda zase sem imel utemeljene razloge. Razen obveznega "žogobrcanja" po pouku, so mi več kot učenje pomenile obrtniške dejavnosti. Redno sem obiskoval mizarско delavnico, lesostrugarstvo, knjigoveznicu in kleparsko-ključavničarsko delavnico, kjer so mi pustili prijete v roke tudi kakšno orodje. Z velikim zanimanjem sem se naučil prenekaterih veščin in spretnosti, dokler me ni prevzelo radioamaterstvo.

Čeprav mi je bilo v največje veselje ročno delo, sem se preizkušal tudi v "poeziji". Svoje umotvore sem dajal v oceno Ivu Minattiju. Od njih ni ostalo nič, vse se je razgubilo, najbrž brez škode. Ostal mi je droben spomin iz njegove ocene: na pomensko zvezo "srca globin" mi je zapisal, da je globin za loščenje čevljev, sicer pa me je pozitivno usmerjal. Vsekakor sem bil prenaiven in nezrel za pisanje, zato sem se lotil intarzije in linorezne tehnike, ki mi je dobro uspevala in



Prof. dr. Rajko Sedej kot urednik Zobozdravstvenega vestnika v svojem delovnem okolju (2001)

mi kasneje tudi pomagala iz denarnih stisk v še težjih časih, kajti začela se je II. svetovna vojna. Z veliko težavo sem končal 4. razred gimnazije (sedanja osemletka). V času šolanja nisem spoznal pomena učenja, privzgojil sem si le delovno disciplino.

Ob vzpodbudi nekega tržaškega novinarja, kateremu sem napravil manjše obrtniške usluge, sem se v 3. razredu gimnazije iz podarjenih knjig in ob njegovi pomoči začel učiti italijanščino. Bil sem zelo uspešen, ker mi je bil jezik všeč. Takrat nisem slutil, da bo to kasneje zame življenjskega pomena. Ker sem bil na realki slab dijak, med najslabšimi, zame so bili takrat pomembnejši hobiji, sem se jeseni vpisal na učiteljsko. Začuda, kako je name vplivala sprememba okolja: tu sem postal odličnjak, vendar ne za dolgo. Že decembra istega leta je bil celotni razred izključen za eno leto, ker smo se kolektivno uprli fašističnemu pozdravu.

Začel sem z obrtniškim delom pri črkoslikarju, priložnostno pri lesostrugarju in v knjigoveznicu, gimnazijce sem poučeval slovensko slovnico in italijanski jezik, potem pa delal kot biljeter v kinu Matiča. Tam sem spoznal urednika revije "Naš kino", s katerim sva se pogodila za linorezne portrete filmskih igralcev in igralk. Redno mi jih je objavljal in to je bil prvi resen zaslužek.

Jeseni leta 1942 sem se ponovno vpisal v 1. letnik učiteljskega. Razen tega, da sem zablestel kot odličnjak, sem se kot neizkušen 15-letnik zapletel v aktivnosti OF. Tiskal sem propagandne lističe in simbole z linorezno tehniko za raztros po ulicah, vendar me v tej dejavnosti niso odkrili, pač pa v drugi, bolj drzni akciji, ki smo jo izvedli štirje dijaki. Ko se je začel postopek za izključitev, sem takoj uničil

tiskalnik, svoj lastnoročni izdelek, in pospravil tudi radioamatersko opremo. 2. februarja 1943 smo bili vsi štirje trajno izključeni iz vseh srednjih šol. Čez dva dni sem imel hišno preiskavo in sledil je zapor. Oče je bil takrat politični zapornik v Padovi, sam pa sem tedaj spoznal zloglasno policijsko "podmornico". Tu se je izkazala prednost znanja italijanščine, ki sem jo že nekaj let pridno izpopolnjeval. Zagovarjal sem se lahko brez tolmača in ker ga niso imeli, sem bil tolmač tudi drugim. Verjetno je prav ta okoliščina pripomogla, da so nas po enem tednu izpustili.

Že drugi dan sem šel k stavbnemu podjetniku, ki me je zaposlil kot pomožnega zidarskega delavca. Tedaj sem že imel 16 let. Zgodba bi bila predolga, če bi hotel opisati, kako sem se rešil tega garaškega dela. Linorezni odtisi filmskih zvezd, ki sem jih hranil, so bili najpomembnejši, da sem dobil mesto zobotehničnega praktikanta pri dobrem mojstru dentistu. 1. aprila 1943 sem vstopil v krog zobozdravstvenih delavcev.

Kakšna je bila pot do fakultete? Najbrž dolga in povezana še z mnogimi težavami, saj ste imeli priznane le štiri razrede gimnazije, to je danes osemletka?

Kot se spominjam, sem se zobotehnične obrti dobro učil. Najprej sem obvladal ulivanje žlahtnih kovin. Kmalu sem se naučil izdelovati tudi prstane pri nekem starem zlatarju, kar je postalo trajen dodatni vir dohodkov. Predvsem "pečatniki" so šli dobro v promet. Takrat sem se preizkušal tudi v modeliranju. Spoznal sem nove materiale: različne mavce, voske, odtisne mase, pojavile so se tudi prve plastične mase. Oblikoval sem miniaturne kipe in reliefe. Posebno me je veselilo ulivati svoje izdelke v srebrno kovino, ker je to posebna tehnika. Še zdaj rad naredim kakšno reliefno plastiko, vendar s to razliko, da so današnje bolj prefinjene in zlate.

Kljub vojni in ilegalnim aktivnostim, pomanjkanju in težkim življenjskim razmeram, ali prav zato, se teh časov spominjam kot obdobja osebnostnega dozorevanja. Konec vojne in svobodo sem dočkal v ilegali in se priključil KNOJ-u. Najprej sem opravil sanitetni tečaj. Sledili sta dve leti fizično napornega in hkrati sproščajočega



Prvi absolventi stomatologije leta 1954, levo R. Sedej



Trije profesorji stomatološke protetike na delovnem sestanku v Polidentu - Volčja Draga, 1990. Z leve proti desni dr. N. Funduk (snemna protetika), avtor prispevka, dr. L. Marion (fiksna protetika) in dr. R. Sedej (predklinična protetika).

življenja ob demarkacijski črti cone A na Primorskem. Kot sanitejec sem prehodil maratonske etape od postojanke do postojanke prek hribov, kajti ceste so zasedali Angleži, zato smo hodili po gozdnih in gorskih poteh in opravljali svoje dolžnosti. Moje naloge so bile zdravstveni in higienski nadzori po karavlah, cepljenje vojakov, higienska vzgoja in zaščita proti bojnimstrupom, zdravljenje srbečice in vse drugo po navodilih iz divizije. V ambulanti smo imeli nekaj postelj za zbolele vojake. Nekateri so potrebovali le nekaj dni počitka, ker so bili od naporov "dotrajani", drugi so prehladno zbolevali, še največ pa je bilo kožnih infekcij po neozdravljeni srbečici. V ambulanti so bili še trije bolničarji, med katerimi je bil nepogrešljiv prijatelj in tovariš Uroš Tršan, gimnazijec tik pred maturo. Kasneje je postal uspešen kirurg, ki pa je kot vneti alpinist tragično končal v severozahodni steni Travnika v navezi skupaj s kolegom dr. B. Pretnarjem. Zgodilo se je 22. julija 1969, star je bil 43 let. To sem moral omeniti, ker je bil spomin na to nesrečo zame enkrat skoraj usoden.

Povedal bom prijetnejši dogodek, ki me še danes spravlja v dobro voljo. Sredi zime leta 1945 je prišel v ambulanto komandant in mi potožil, da že več kot tri leta ni videl svojega očeta. Kako naj bi iz teh zakotnih krajev prišel v Ljubljano? Predložil sem mu svoj načrt: "Ti boš 'srčni bolnik' in moraš na pregled v vojaško bolnišnico v Ljubljano, ker pa si 'bolnik', potrebuješ spremstvo. Jaz ti bom napisal napotnico, ti pa meni prepustnico in vozno karto." Tako sva oba prišla za štiri dni domov. Bila je koristna potegavščina, v najino zadovoljstvo ni bila zadnja.

Največkrat sem prehodil pot iz Bače prek Tolmina v vas Krn, kjer je bil komandir karavle Tone Svetina, s katerim sva postala velika prijatelja, dalje v Drežnico, Čezsočo in Sočo v Trenti. Dobesedno gor in dol v obe smeri. Svetina je tu zasnoval zgodbo za roman *Ukana* in jo tudi umestil v te kraje. Na samotnih poteh sem se spominjal očetovih pripovedi o soški fronti iz I. svetovne vojne. Prav tu nekje je koráčil pred 28 leti. Osamljenost vzbuja nenavadna in tesnobna čustva.

Drugič sem jo ubral v jugozahodno smer prek Čepovana, Grgarja, Ajševice in Šempasa do Ajdovščine. Ob neki priložnosti mi je ko-



Predsednik Republike Slovenije Milan Kučan podeljuje odlikovanje prof. dr. Rajku Sedeju v Cankarjevem domu 11. 9. 1995, ob 50-letnici DZDS.

mandant odstopil svojega konja za ta pohod. Zgodila sta se dva tragikomična dogodka, ki ju ne bom pozabil. Prijahal sem do Grgarja, potem sem konja z veseljem ponudil kurirju, da je odjahal nazaj v Bačo, sam pa še drugi dan nisem bil sposoben nadaljevati niti pešačenja. Ko sem opravil svoje obveznosti, sem se iz Ajdovščine podal po cesti proti Colu v pričakovanju, da bo morda mimo pripeljal kak tovornjak, kar je bilo takrat iluzorno pričakovati. Pa vendar se je zgodilo. Za seboj sem zaslišal hrup tovornjaka, ki sem ga ustavil. "Kam?" "V Idrijo," je odvrnil voznik. "Jaz tudi." "Potem pa kar gor." Ko sem plezal zadaj na tovornjak, je zapihala burja, kar ni tu nič nenavadnega, vtem je potegnil tudi šofer, meni pa je odneslo kapo. Brez razmišljanja sem skočil dol in se zapodil za njo. Tovornjak je odpeljal, pred menoj pa se je vijugala, vzpenjala in spuščala 37 km dolga pešpot, toda ohranil sem zavest pravilnega ravnanja.

Bile so velike psihofizične preizkušnje, vendar se je živelo počasi, v miru in zadovoljno, saj je bila svoboda. Ostajalo je tudi dovolj časa za branje ob večerih in prostih dnevih. Vse sem prebral, kar mi je prišlo pod roko, ne le sanitetne brošure, tudi leposlovje. Precej sem pisal, ne samo sanitetna poročila in za stencas, kar je bila dolžnost pišočih, marveč tudi zase. Bral sem Engelsa in se poglobljajal v dialektiko. Nepozabni so bili večeri, ko sva z Urošem vadila mnemotehniko, vaje za urjenje spomina po asociativni metodi. To mi je kasneje še kako koristilo. Začutil sem, da sem se razvil v zrelo osebnost, čeprav sem definicijo sintagme spoznal šele mnogo pozneje, pri študiju socialne medicine. SZO je postavila zapleteno opredelitev, ki obsega deset točk. Prva je: "Zrela osebnost je stabilna in vlaga svoje maksimalne sposobnosti v delo, ki ga opravlja, in stori več, kot družba od nje pričakuje." Že takrat sem v ambulanti obesil ročno izdelan letak z dvema verzoma Gregorčičeve pesmi *Življenje ni praznik*:

*Dolžan ni samo, kar veleva mu stan,
kar more, to mož je storiti dolžan!*

Vsekakor sem moral biti dovolj dejaven, ali se je tako videlo, da me je partijski sekretar povabil v stranko. Izmaknil sem se z uteme-

ljitvijo, da ne prenesem razlik med člani in nečlani, kar sem podprl s primeri. Člani so bili daleč bolj odgovorni. Kljub odklonitvi sem uspešno nadaljeval.

Pred zimo leta 1946 so se vojaške enote zamenjale. Prevzeli smo nadzor demarkacijske meje od Štanjela do Pirana s sedežem štaba in ambulante v Divači. Prejšnja vedrina, zadovoljstvo in sproščenost se niso vrnili. Verjetno se je v nas razraščalo domotožje, želja po civilnem življenju, študiju in normalnih razmerah. Preživljati zimo na Krasu že samo po sebi ni prijetno. Za vznemirljiv dogodek je poskrbel nadzorni pregled postojank v Kopru in Piranu. S komandantom in politkomisarjem smo se z nekakšnim poltovornjakom odpeljali na ogled. Prvič v življenju sem pri 20 letih videl morje in spoznal sem stenice v opusteli karabinjerski postaji v Kopru, kjer so bivali naši vojaki. Spali so obuti in oblečeni ob luči, dežurni pa je požigal stenice po stenah z lotalnim gorilnikom.

Prišel je dan, ko smo bili dijaki po ukazu vrhovnega poveljnika vojske odpuščeni. Pred odhodom so me ponovno vabili v KP in v oficirsko šolo, kar sem odločno zavrnil. Ob odhodu so se mi razumske in čustvene reakcije prepletale v neopredeljenih občutkih tesnobe. Ni mi bilo žal niti enega dneva, ki sem ga preživel v vojski. Veliko časa sem sicer izgubil, toda bistveno več pridobil: odhajal sem s knojevskim ponosom, samozavestno in z izjemno željo po znanju, ne da bi vedel, kaj me pravzaprav čaka.

Povedal sem le nekaj utrinkov iz pestrega, trdega in hkrati sproščenega življenja v prvih dveh letih svobode.

Ker je bila pripoved zanimiva, vas, gospod profesor, nisem želel prekiniti, vendar mi niste odgovorili na vprašanje, kako ste "preskočili" na študij stomatologije?

Maja leta 1947 sem nadaljeval učenje za zobotehnika. Jeseni sem se vpisal na večerno gimnazijo (ob delu) in jo končal v dveh letih z odličnim uspehom. Kot sem priznal, da sem bil v nižji gimnaziji najslabši dijak, moram povedati, da sem bil zdaj daleč najuspešnejši. Pokojni F. Tonin, profesor matematike, oče našega docenta dr. M.



Skupina specializantov doktorjev stomatologije na Triglavu pod vodstvom R. Sedeja 16. 9. 1976

Tonina, me je prepričeval, naj se vpišem na matematiko in fiziko, češ da mi smer "leži". Odločil sem se za stomatologijo, vendar še danes ne vem, če sem se pravilno.

Študij stomatologije vam najbrž ni delal preglavic, saj ste vse izpite opravljali v prvem roku z odličnimi ocenami in tudi absolvent ste bili samo 12 dni, do imenovanja za doktorja stomatologije. Kako je to mogoče, ali ste bili tako motivirani, ali so vzroki drugje?

Stomatologijo sem študiral redno in resno. Pravzaprav mi je način zelo ustrežal, svoje znanje si moral prinesiti naenkrat in ne naključno. To sem si privzgojil že na večerni gimnaziji. Bil sem po svoje poseben, kajti nikoli si nisem na predavanjih ničesar zapisal, vse sem skušal razumeti in si asociativno zapomniti. Ko sem študiral iz knjig, sem se predavanjih stvari res spomnil. Bil sem individualist in osamljen kot na Krnu. Izdelal sem si svoj sistem, evidenca in sistematika sta bili moje načelo.

Študij je bil kljub zahtevnosti in disciplini prijetna obveznost, medtem ko je življenje terjalo garanje. Vsak prosti dan, sobote in nedelje in vsake počitnice sem delal kot zobotehnik, da sem lahko preživel sebe in družino. To je bila življenjska nuja. Zato se ni čuditi, da je žena mene in tudi otroka zapustila, ko je končala svoj študij. Vsakdo ni sposoben osmisлити življenja brez gledališča, kina, izletov, zabave, razvedrila, počitnic ipd.

Z vprašanjem nisem mislil poseči v vašo zasebnost. Mogoče bi povedali kaj o svojem nadaljnjem strokovnem delu?

Brez resnice ni mogoč natančen odgovor. Kar se tiče strokovnega dela, sva se dogovorila, da se bova izogibala vsemu, kar je zapisano v biografijah, razen tega ste že uvodoma navedli vse ključne točke mojega strokovnega razvoja. So pa neke stvari, ki bolje opišejo osebnost, značaj in življenjski slog.

Mesec dni pred izvolitvijo za docenta (1960) me je partijski sekretar povabil na razgovor. Bil je zadolžen, da me sprejme v stranko, češ da izpolnjujem pogoje. To je bil že tretji poizkus. Moj odgovor je bil, da si nikoli ne bi oprostil, če bi kdo samo namignil, da sem stopil v partijo zaradi docenture. Potem sem imel mir.

Ko sem bil v letih od 1967 do 1969 prodekan Medicinske fakultete, sem hodil kot njen delegat na seje Zdravstvenega odbora SZDL. Tu se je ure in ure sedelo in govorilo in govorilo. Spominjam se dveh svojih izjav: *Tako govorijo branjevke na tržnici ter Delaj se, kakor da delaš!* To sem povedal v latinščini: *Ut aliquid fieri videtur*. Od takrat me MF ni več poslala na te seje.

Velik delež vaše bibliografije obravnava tehnologijo dentalnih zlitin, nekovinskih gradiv in tehnoloških postopkov. Kako ste zašli na to področje?

Na študij metalurgije me je napolnil moj predstojnik doc. B. Palčič, dr. med., pri katerem sem nastopil službo in bil njegov prvi asistent. Najbolj so me zanimale kemična analiza kovin, metalografija in barvaste kovine, med katere sodijo tudi zlahtne kovine. Na tem področju sem opravil pionirsko delo, saj se niti katedra za barvaste kovine niti metalurški inštitut nista ukvarjali z njimi, ker niso strateške kovine. Izvirne raziskave je materialno podpiral metalurški inštitut. Bil sem prvi slovenski zobozdravnik in ostal tudi zadnji, ki sem se posvetil tehnološkim problemom dentalnih zlitin in koroziji. Sicer sta dva specialista protetika pod mojim mentorstvom opravila magisterij s tega področja (eden je bil s sarajevske fakultete), ven-



Smučarski tek na Vršič 4. aprila 1982

dar je pri tem tudi ostalo. Z Zlatarno Celje in z Inštitutom za kovinske materiale in tehnologije sem sodeloval do svoje upokojitve. V tem času smo objavili veliko raziskovalnih in strokovnih člankov ter poročil prijavljenih raziskav.

Zakaj s tega področja niste delali doktorata znanosti?

Predmet, ki sem ga predaval, vključuje tudi poglavje "estetika in stomatološki protetiki". Vedno so me zanimale prostorninske umetnosti, zato sem izbiral prijatelje med slikarji in kiparji, tudi sineasti in arhitekti so sodili zraven, prav tako pesniki in pisatelji. Veliko smo se družili in razpravljali. Vsi so potrebovali moje profesionalne usluge in hkrati nabirali ideje s področja psihologije in medicine, jaz pa sem se bogatil z njihovimi filozofskimi in praktičnimi doktrinami.

Res je, da sem se intenzivno usmeril v tehnologijo in metalografijo zlahtnih kovin, vendar je zame ostala na prvem mestu stomatologija, zlasti protetika. Zato sem izbral za doktorsko tezo *Postavitve načel estetske rehabilitacije protetičnih bolnikov z metodami eksperimentalne estetike* (1969). Novost je bila z normativnimi in eksperimentalnimi metodami podprta induktivna metoda, ki razrešuje estetske

probleme in dopušča postavitev načel in zakonitosti.

Za strokovno-znanstveno delo in delo v Društvu zobozdravnih delavcev Slovenije ste prejeli dve odlikovanji: leta 1985 red dela z zlatim vencem, leta 1995 pa častni znak svobode Republike Slovenije. Kaj boste povedali o tem?

To je vsekakor res. Član Izvršilnega odbora DZDS sem že od leta 1959. Takrat je bilo Društvo pomembna institucija za razvoj slovenskega zobozdravstva. Bil sem vsestransko dejaven. Leta 1961 sem prevzel odgovornost urednika Zobozdravstvenega vestnika. Enako sem bil vesel priznanja za izjemna predavanja, ki sem ga prejel dvakrat. Podelil mi ga je Študentski svet MF. Zame je to pomenilo ovrednotenje prizadevanj za vsebinsko sistematiko in uglajeno slovensko besedo. Med mojimi predavanji je bil avditorij vedno poln.

Kot vemo, ste se deset let vozili v Maribor na Višjo stomatološko šolo, kjer ste tedensko predavali svoj predmet in nadzirali praktične vaje (od 1960 do 1970). Kako ste zmogli opraviti vse za-dolžitve?

Bil sem mlad, poln energije in zagnanosti, časi so bili drugačni, bolj prijazni in strpni, enako tudi ljudje. Takrat sem bil izrazit "nočni ustvarjalec". Brez težav sem zdržal do dveh ali treh zjutraj ob knjigi ali pisanju. Danes je povsem drugače. Ko sem pisal knjigo, sem ob 5. uri sedel za delovno mizo, ob 21. uri sem že spal.

Profesor Sedej, poznamo vas kot zagrizenega športnega rekreativca. Ali ste tudi to vključili v svoj življenjski slog?

Ko sem prišel iz vojske, sem 20 let fizično miroval. Na stotine napornih kilometrov, ki sem jih prehodil ob demarkacijski črti cone A, so mi pregnali sleherno željo po fizični dejavnosti, dokler me niso telesne obline, mlahavost mišic in prevelika teža opozorili na življenjsko napako. Spremeniti je bilo treba življenjski ritem. Začel sem alpsko smučati, naslednje leto sem nadaljeval s skromnimi pohodi v naravo s ciljem, da še isto leto pridem na Kamniško sedlo. Načrtno sem stopnjeval razdalje in višine. Uspehi so bili vidni: do jeseni sem zmanjšal težo na normalno in dosegel vrh Triglava. Srečnemu naključju se imam zahvaliti, da sva bila z drugo ženo usklajena. Gorništvu nama je spremenilo življenjski slog. Od 2. 9. 1970 do 3. 9. 1977 sva prehodila tri Slovenske planinske transverzale in Razširjeno slovensko pot, medtem ko sva v zimskih sezonah alpsko smučala. Vzporedno s transverzalo sva se po večkrat v sezoni povzpela na priljubljene vršace, kot so Storžič,

Stol, Grintavec in Triglav. Vsako sezono sva začela in končala z Ratitovcem. Posebno zadovoljstvo mi je bilo voditi posameznike ali skupine, ki so se želele prvič povzpeti na Triglav (slika). Posebnost teh vzponov je bila v tem, da smo jih iz Ljubljane in nazaj opravili v enem dnevu. Tako sem bil v eni sezoni tudi štirikrat na slovenskem očaku, skupaj 27-krat. Tudi strokovne goste našega oddelka, če so se pri nas zadrževali dalj časa, sem pospremil na kak vrh.

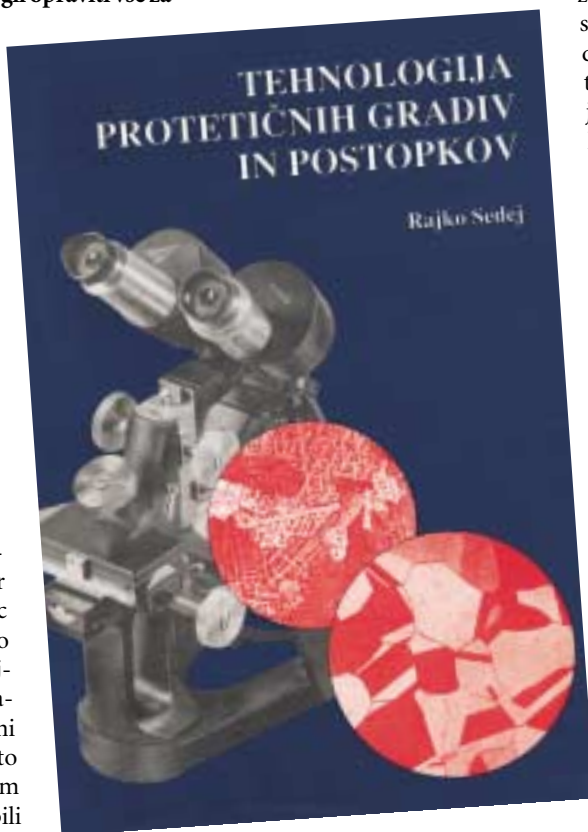
Če dovolite, bi vas prekinil z vprašanjem, kakšna je povezava s tragičnim padcem dr. U. Tršana in vašim skorajda usodnim dogodkom?

Z ženo sva se povzpela na Mangart po slovenski poti 6. 8. 1977. Bil je prekrasen dan z izjemno čistim razgledom. Zazrl sem se v severozahodno steno Travnika, ki se mi je zdel na dosegu roke. Spomin na dogodek pred osmimi leti me je vznemiril, nemo sem strmel v steno. V mislih sem prijateljeval z Urošem, vrnila so se knojevski leta, razmišljal sem o smislu življenja in njegovi minljivosti. Bil sem zamaknjen in pretresen. Dosti predolgo sem se zadrževal na vrhu, kar ni bila moja nava-da. Manjkala mi je zbranost za sestop, kljub temu sva krenila po italijanski smeri, kjer je bilo med skalovjem in kamenjem še veliko snežnih zaplat, ki jih je bilo treba prečiti. Na eni od teh sem zdrsnil, neustavljivo zgrmel navzdol med skale, se prekucnil prek ploščatega balvana in obležal na hrbtu na drugi strani en meter pod njim. Na srečo sem imel poln nahrbtnik oblacič. Zlomil sem si dva prsta na roki, dobil udarec na glavo in na kolk. Takrat sem jo dobro odnesel, treba je bilo še sestopiti do kočice in se odpeljati do Ljubljane. Bolečin zaradi šoka sploh nisem čutil, te so se pojavile šele drugi dan.

In kakšne so bile psihične posledice te nesreče za vaše gorniško življenje? Ali ste še tvegali takšne vzpone?

Že tretji dan sem začel hoditi po gozdnatih hribečkih, kot je npr. Lisca, kjer ni potrebno uporabljati rok. Čez 14 dni sem že bil na Špiku, nato na Škratici in na Triglavu, za zaključek pa še na Ratitovcu. Moral sem preprečiti pojav strahu, kar mi je tudi uspelo.

Gorništvu nisem opustil, alpsko smučati pa sem prenehal zaradi vedno večjega navala na smučiščih, zato sva se z ženo odločila za tek in tek na smučeh. Vključila sva se v aerobni program telesne vadbe po Cooperju in ko sva pridobila še dovolj tehnike, sva se udeleževala praktično vseh smučarskih tekaških prireditev po Sloveniji. Sam sem se udeleževal tudi letnih in zimskih športnih iger zdravstvenih delavcev KC in zdravniških tekov na Po-



Odlomek iz knjige (1996): Stomatoprotetično ustvarjanje je harmonija estetike in oblikovanja protetičnih gradiv. Tako kot je estetika znanost, ki izbaja iz človeške čutnosti in ustvarja lepoto, tako je tehnologija logična znanost, ki posreduje resnico. Oboje je treba obvladati, da dobiš samozavest ustvarjanja. S spoštovanjem kovine in tehnoloških postopkov, na katere se kovine odzivajo dinamično, boste storili nadaljnji korak v strokovnem razvoju.

horju. Poleg tega sem tudi kolesaril, ker sem se pripravljaj na vršiški tris (trojni tek na Vršič: smučarski tek, tek in kolesarjenje), ki sem ga uspešno opravil leta 1982. Tako sem si v sprostivni nabiral moči za opravljanje službenih dolžnosti.

Nepričakovano zgodaj ste se odločili za upokožitev. Zakaj?

Imel sem preveč službenih let, delati sem začel s 16, upokojil sem se pa s 65 leti. Skoraj 50 let, praktično ves čas z dvojno obremenitvijo, to je vendar življenjski uspeh. Ostal sem urednik Zobozdravstvenega vestnika in napisati je bilo treba tudi knjigo.

Po nekem izreku se moški uveljavi, ko naredi otroka, posadi drevo in napiše knjigo. Kako ste vi izpolnili to načelo?

Imam hčer, vnuka in vnukinjo, v rodni vasi sem posadil oreh ter leta 1996 napisal knjigo *Tehnologija protetičnih gradiv in postopkov* (slika). Učna knjiga je namenjena trem nivojem: za zobotehnično šolo, za študente stomatologije pri predmetu "predklinična protetika" in za inženirje zobne protetike. *Srednja šola za farmacijo, kozmetiko in zdravstvo* jo je za zobotehnično smer sprejela kot obvezno učno knjigo.

Ostalo nama je samo še vprašanje urednikovanja Zobozdravstvenega vestnika. Znano je, da imate za seboj 41-letno delo glavnega, odgovornega in tehničnega urednika in s svojim opusom dokazujete vztrajnost, strokovnost in ljubiteljstvo oblike in besede. Odlikujejo vas tri osnovne lastnosti uspešnega urednika: polihistorstvo znanje stomatoloških strok, obvladanje grafičnih in oblikovalskih načel ter poznavanje slovenskega strokovnega jezika in terminologije, kar spretno in harmonično udejanjate v vsaki izdani številki revije.

Vsebinsko se je vestnik vedno prilagajal razvoju slovenskega zobozdravstva. Današnja znanstveno-raziskovalna raven specialističnih strok se odraža tudi v našem glasilu. Objavljamo posamezne izvirne teme iz magistrskih nalog in doktorskih disertacij ter samostojne raziskave, čeprav imajo bralci raje strokovne prispevke, ki jim za praktično delo tudi neposredno koristijo.

Vsebinsko ustrezne članke je treba pogosto "prepsniti" zaradi slabega sloga pisanja ali "posloveniti", kadar so zamreženi s tujkami. V času, ko slabi slovenska jezikovna zavest, tujke najbolj onesnažujejo slovensko jezikovno kulturo.

Prispevek, napisan kot

"članek zaradi članka", se razkazuje s pretirano rabo tujk, povezanih z dvema ali tremi glagoli, vse drugo prepredajo pomožniki, ki zahtevajo obilico glagolnikov. Zanj je značilen skromen besedni zaklad in beden slog pisnega izražanja. Pisec takega članka si domišlja, da je strokovna, terminološka, leksikološka in slovnična obdelava sestavka delo, ki naj ga opravijo urednik, recenzenti in lektor.

Jezikovni čut, bogat besedni zaklad, domače strokovno izražanje brez nepotrebnih tujk in dober slog pisanja bodo v Zobozdravstvenem vestniku še naprej ohranjali slovensko besedno ustvarjalnost in samobitnost ter gradili in utemeljevali slovensko jezikovno kulturo.

Vem, da imate s pisci člankov, korekcijami, urejanjem in s tiskarno zadosti dela. Zanima me, ali ste ohranili še kakšne druge dejavnosti?

Če mislite s tem na športno rekreacijo, priznam, da je že lep uspeh priti na Ratitovec, sicer pa sem še vedno sposoben dve uri hitre hoje po gozdu vsak drugi dan. Tudi plavanje v toplicah je tedenska obveznost. Sicer pa berem vse, kar je berljivo, sledim tudi strokovnim novostim. Med drugim napišem kak esej (včasih tudi za objavo) in beležim aforizme (zaenkrat za predal).

Bi nam zaupali kak svoj aforizem?

Samozavest raste iz znanja, domišljavost pa iz neznanja.

Zoon politikon je biopsihosocialni proizvod časa, brez čustvene inteligence.

Zlato je plemenita kovina - tudi v neplemenitem socialnem okolju.

Dragi profesor Sedej, zaključujeva najin razgovor. Ob vašem vidnem delovnem uspehu in 75. življenjskem jubileju se pisci in bralci Zobozdravstvenega vestnika prisrčno zahvaljujemo za nesebično opravljeno delo, ki ste ga posvetili slovenskemu zobozdravstvu, in iskreno želimo, da 41. jubilej ne bi bil zadnji na uspešni poti urednikovanja.

Magneto-gramski izpis je korigiran.



Trije primeri naslovnice Zobozdravstvenega vestnika

O etični ceni “terapevtskega” kloniranja človeka

Državna komisija za medicinsko etiko je pod vodstvom prof. Trontlja, ki je tudi delegat Republike Slovenije v Usmerjevalnem odboru za bioetiko pri Svetu Evrope, avgusta 2000 sprejela in objavila mnenje o etični ceni terapevtskega kloniranja človeka. Zaradi aktualnosti problematike je komisija ponovno spregovorila o tej temi 11. septembra 2001. V nadaljevanju sta objavljeni obe mnenji.

Pred dnevi je svetovno javnost vznemirila novica, da v Veliki Britaniji pripravljajo zakon, ki naj bi dovolil tako imenovano terapevtsko kloniranje človeka. Ta nova dejavnost naj bi omogočila velik napredek v medicini, predvsem v zdravljenju nekaterih danes še neozdravljivih bolezni. Mnogi se spominjamo vročih razprav iz leta 1997, ki sta jih izzvali objava uspešnega kloniranja ovčke Dolly in izjava enega od avtorjev dosežka, škotskega znanstvenika Iana Wilmuta, da bo kmalu nekaj podobnega mogoče narediti tudi na človeku. Javnost in številni forumi so to namero zaradi resnih etičnih ugovorov obsodili. Januarja 1998 je Svet Evrope državam članicam ponudil v podpis tako imenovani protokol o prepovedi kloniranja človeških bitij (podpisala in ratificirala ga je tudi naša država). Kloniranje človeka s prenosom jedra je v ZDA s posebnim dekretom prepovedal predsednik Clinton.

Naj na kratko spomnimo: Kloniranje človeka pomeni ustvarjanje genetsko istovetnih ljudi. Pri kloniranju s prenosom jedra bi osebi, ki jo želijo klonirati, odvzeli somatsko (ne spolno) celico (npr. celico iz ustne sluznice), iz nje izločili jedro in ga vsadili v jajčno celico ženske darovalke; iz te celice bi prej odstranili njeno lastno jedro. S posebnim postopkom bi jajčno celico pripravili do delitve in razvoja v zarodek, kot da gre za normalno oplojeno jajčno celico. Zarodek bi vseboval samo jedrne gene človeka, ki je dal jedro, zato bi bilo novo bitje po svojem genomu enako temu človeku. Če bi želeli opraviti “reproduktivno kloniranje”, bi zarodek vsadili v maternico ženske, da bi ga ta donosila in rodila. Pri “terapevtskem kloniranju” bi razvoj zarodka ustavili že v epruveti, ga usmrtili in porabili njegove celice za proizvodnjo novih celic, tkiv in organov.

Reproduktivno kloniranje je torej skoraj povsod ocenjeno kot nesprejemljivo in prepoved podpirajo tudi britanski znanstveniki in svetovalec britanske vlade za medicino, ki se zdaj zavzemajo za legalizacijo terapevtskega kloniranja. Terapevtsko kloniranje naj bi rabilo za medicinske namene - kot vir matičnih celic, iz katerih bi lahko pridobivali tkiva in organe za presajanje brez nevarnosti zavrnitvenih reakcij, za znanstvene raziskave, mogoče pa tudi za pridobivanje zdravil in drugih pripravkov.

Ključno etično vprašanje terapevtskega kloniranja torej ni dopustnost ali nedopustnost kloniranja človeka. Namen britanskih znanstvenikov namreč ni ustvariti rojenega otroka, ki bo genetska kopija drugega človeka. Vprašanje je drugačno in se glasi takole: Ali naj bo dopustno ustvarjati človeške zarodke zato, da jih bomo potem usmrtili in porabili kot vir celic za nova tkiva in organe, s katerimi bomo zdravili druge ljudi? (Tu je še najmanj pomembna bizarna podrob-

nost, da so ti drugi ljudje njihovi lastni roditelji, obenem pa tudi njihovi starejši bratje dvojčki oziroma sestre dvojčice.) Ne smemo pozabiti, da so človeški zarodki človeška bitja, čeprav so šele na začetku svojega razvoja in čeprav njihovega življenja in nedotakljivosti danes žal še ne varuje noben zakon. Zakoni v veliki večini držav varujejo človeka šele po rojstvu, ko pridobi status osebe.

Zagovorniki svobodnega ustvarjanja človeških zarodkov in razpolaganja z njimi menijo, da zarodek pred 14. dnevom razvoja ne more čutiti ničesar, niti se ne more zavedati, saj še nima zrelih živčnih celic. To sicer najbrž drži, težko pa je izpodbijati stališče, da gre vendarle za človeško bitje. Kdaj v predrojstnem razvoju zarodku priznati status človeškega bitja, je resda predmet še nedokončanih razprav. Zdi se, da biologija in medicina še najbolj dajeta prav tistim, ki ta trenutek istovetijo s trenutkom združitve kromosomov jajčeca in semenčice, torej še pred prvo delitvijo oplojene jajčne celice. Drugi predlagani časovni mejniki so na šibkejših znanstvenih temeljih. Mnogim bi bilo udobno in prikladno privoliti v trditev, da je zarodek do 14. dneva samo neke vrste nezrelo tkivo, s katerim je dovoljeno poljubno razpolagati. Začasna nesposobnost čutenja in zavedanja je vprašljiv argument za takšno svobodo, saj si je ne dovolimo npr. pri nezavestnem bolniku. Pravna definicija pojma človeško bitje je žal tudi v besedilih Usmerjevalnega odbora za bioetiko Sveta Evrope za sedaj ostala nedorečena oziroma je zaradi razhajanj stališč prepuščena zakonodajalcem držav članic.

Kakor koli se že v različnih državah opredeljuje pravo, z etičnega in znanstvenega vidika bi tako naravno spočetemu kot kloniranemu zarodku težko odrekli status človeškega bitja. Oba imata biološke zmožnosti, da se rodita kot otroka in dozorita v odrasla človeka. Zato po našem prepričanju v obeh primerih enako veljajo etični ugovori proti “pridelovanju” zarodkov za pridobivanje materiala za vsajanje v bolnike, za znanstveno, farmacevtsko, kozmetično ali drugo uporabo. V tem prepričanju nas podpira tri leta stara Ovijska konvencija Sveta Evrope (k njej je pristopila tudi Slovenija), ki med drugim izrecno prepoveduje ustvarjanje človeških zarodkov za namene znanstvenih raziskav.

Uporaba delov splavljenega zarodka za medicinske namene resda ni nekaj novega. Vendar je (zaenkrat še) podrejena strogim pravilom. Ni dovoljeno na primer niti to, da bi čas ali kake druge okoliščine umetno izzvanega splava prilagajali tako, da bi bilo bolj primerno za posmrtni odvzem in uporabo zarodkovih tkiv. Še manj je bilo doslej mogoče resno pomisliti na to, da bi zarodke spočenjali in splavljali z namenom, da bodo za “rezervne dele” že rojenim otrokom ali odraslim.

Kakšne so predvidljive etične posledice, če bi privolili v tako početje? Res je mogoče uvideti, da bi s tem omogočili medicini, da razvije nove, morda zelo učinkovite metode zdravljenja. Ni mogoče zanikati, da bi tako odvrnili ali olajšali trpljenje zaradi nekaterih doslej slabo zdravljivih ali neozdravljivih bolezni, čeprav najbrž le izbranim, privilegiranim in bogatim bolnikom. Cena bi bila precejšnja in je ni mogoče izraziti samo v denarju. Takšna uporaba biomedicin-

ske znanosti bi bila dejanje proti spoštovanju človeškega življenja in dostojanstva človeškega bitja. Pomenila bi popredmetenje človeka, saj bi privolili v to, da je človeško bitje dopustno žrtvovati in uporabiti kot sredstvo za koristi drugega človeka. Gotovo bi pomenila odmik meje med dovoljenim in prepovedanim daleč naprej v nevarno smer, v smer ogrožanja osnovnih človekovih pravic. Za takšno in nekatere druge problematične rabe biologije in medicine je lahko predvideti, da bi polagoma načele dva bistvena temelja človeške civilizacije: koncept o pravici vsakega človeškega bitja do dostojanstva in koncept o posebni vrednosti in nedotakljivosti človeškega življenja.

Postavljati etične omejitve razvoju znanosti je nevhvaležno prizadevanje in njegov uspeh se zdi vprašljiv. Mnogi menijo, da je nemogoče preprediti, da bi se v znanosti ne naredilo vse, kar se lahko naredi, ne glede na kakršne koli prepovedi. Vendar se v tem primeru do istega cilja kaže druga, čeprav morda težja pot: napovedujejo, da bo matične celice mogoče pridobiti tudi neposredno, z dediferenciacijo odraslih somatskih celic, torej brez ustvarjanja zarodka. Ta pot etično ni sporna in v svoji končni obliki bo metoda prav verjetno celo preprostejša in cenejša. Vztrajanje pri etični nesprejemljivosti pridelovanja kloniranih zarodkov bi znanstvenike lahko preusmerilo v raziskave te vrste.

Prav bo, če se bo do sprejemljivosti terapevtskega kloniranja človeka opredelila tudi kritična slovenska strokovna in laična javnost. Lahko pričakujemo, da bo na prvem prihodnjem zasedanju o tem razpravljala Usmerjevalni odbor za bioetiko Sveta Evrope; zagotovo bo želel slišati tudi stališče naše države.

Mnenje komisije po letu dni

Po letu dni je izjava KME o etični ceni kloniranja človeka iz avgusta 2000 še enako veljavna in aktualna. Avgusta letos (2001) smo po CNN lahko v živo spremljali razpravo o dopustnosti ali nesprejemljivosti kloniranja človeških bitij na ameriški akademiji za znanost. Razprava je bila zelo neposredna in razgreta, pokazala pa je naravnost osupljivo oholost in etično neobčutljivost nekaterih zdravnikov in znanstvenikov: znanega italijanskega ginekologa Antinorija in ameriškega zdravnika grškega rodu Zavosa. Oba sta se odkrito zavzemala za legalizacijo "reproduktivnega" kloniranja, torej "izdelovanja" otrok za neplodne pare. Eden od navzočih znanstvenikov je roteče svaril, da znanost preprosto še ni prišla dovolj daleč, da bi to lahko počela na varen način: odstotek živorojenih otrok bi bil zelo majhen, med njimi bi bilo zelo veliko spačkov, preostali otroci bi se pogosto razvijali nenormalno in bi verjetno tudi zelo zgodaj umirali. Omenjena zagovornika človeškega razmnoževanja s kloniranjem sta posmehljivo zavrnila pomisleke kot nepomembne, češ, napredka znanosti in medicine ni mogoče ustaviti, neplodni ljudje pa imajo pravico do otrok, ki jim je nihče ne sme odrekati.

Danes reproduktivno kloniranje ni dovoljeno v nobeni državi, kjer je področje zakonsko urejeno. V Evropi je 20 držav podpisalo protokol o prepovedi kloniranja človeških bitij kot dopolnilni zakonski akt k Ovijski konvenciji, med njimi je tudi Slovenija. Ta protokol ima enako kot konvencija veljavo zakona, ki ga morajo podpisati tudi kazensko sankcionirati.

Komaj kaj manj je sporno kloniranje zarodkov za namene zdravljenja ("terapevtsko kloniranje").

Ovijska konvencija o varstvu človekovih pravic v zvezi z biomedicino prepoveduje ustvarjanje človeških zarodkov za raziskave. Brez odprave te prepovedi medicinska znanost ne more razviti tera-

pevtskega kloniranja kot praktične metode zdravljenja. Ustvarjanje zarodkov za namene raziskav ali za presajanje v druge ljudi prepoveduje tudi veljavni slovenski zakon o oplodjevanju z biomedicinsko pomočjo, ki je v tem skladen z Ovijsko konvencijo (dovoljeno je raziskovanje zgodnjih zarodkov, ki po dognanjih in izkušnjah biomedicinske znanosti niso primerni za vnos v telo ženske ali shranjevanje, ter tistih shranjenih zarodkov, ki bi jih bilo sicer treba pustiti umreti). Sicer pa se sme zarodek, pridobljen v postopku OBMP, uporabiti samo za oploditev ženske z namenom, da se rodi otrok. Zakon prepoveduje tudi kloniranje, tako za potrebe medicine in znanosti kot za reprodukcijo.

Treba je imeti pred očmi, da naglo napreduje znanje o matičnih celicah, ki ostanejo še iz embrionalne dobe v organih in tkivih odraslih organizmov. (Te celice so med drugim odgovorne za nekatere vrste raka, kadar se nenadoma začno nebrzdano razmnoževati.) Odrasle matične celice obetajo enake, če ne celo boljše možnosti za nove metode zdravljenja bolezni, popravo okvarjenih organov, za presaditve. Prav zdaj so na Dunaju začeli raziskavo, v kateri bodo bolnikom takoj po srčnem infarktu vbrizgali v odmrli del srčne mišice matične celice kostnega mozga, ki jih bodo istemu bolniku odvzeli iz medenične kosti. Raziskovalci upajo, da se bodo te celice namesto v krvne spremenile v mišične celice srca in nadomestile odmrle. Poskusi na živalih so bili 100-odstotno uspešni. Za rezultate pri ljudeh bomo izvedeli v približno dveh letih. Uporaba teh celic seveda ne bo povzročila zavržitvene reakcije, etično pa ni prav nič sporna. Druga etično sprejemljiva pot je zbiranje matičnih celic iz popkovnic novorojencev, ki se sicer zavržejo. Take banke že nastajajo in lahko predvidimo čas, ko bodo bolniki iz njih dobivali imunsko skladna tkiva za presaditev. Take nekoliko zrelejše celice bodo za presajanje celo varnejše od totipotentnih celic zarodka: iz zadnjih se laže razvije rak ali spačeni organi.

Ovijska konvencija prepoveduje tudi instrumentalizacijo (popredmetenje) človeških bitij, to je zlorabo človeškega bitja, njegovega telesa in življenja za koristi drugega človeka ali drugih ljudi. Ustvarjanje kloniranih zarodkov za pridobivanje matičnih celic bi pomenilo prav to in bi človeško civilizacijo v etičnem smislu pahnilo za stoletja nazaj, v dobo suženjstva. Tedaj je bilo splošno sprejeto, da ljudje smejo posedovati, gojiti in razmnoževati druge ljudi za svojo korist, užitek in zabavo, da jih smejo brez kazni tudi pobiti.

Resda gre pri terapevtskem kloniranju za nerojenega otroka. Celo več. Embriologi opozarjajo, da genom ne zadošča za razvoj v človeško bitje. Po nedavnih spoznanjih zarodek pred vgnezditvijo v maternično sluznico nima nobene možnosti, da bi uresničil svoje razvojne zmožnosti. Geni naj bi imeli manjšo vlogo, kot smo mislili doslej. Človeški genom naj bi se bistveno ne razlikoval od šimpanzovega. Kaj je potem tisto, kar naredi iz zarodka človeško bitje? To so način, časovno zaporedje in stopnja izražanja genov zarodka. O vsem tem pa usodno odločajo kemični pobudniki in vodniki tega izražanja, to so snovi, ki jih prispeva maternica. Nekatere so že ugotovili. Na primer snovi, ki imajo še druge pomembne funkcije: polipeptida antilevkemični faktor in interlevkin 2, steroidi in snovi, ki nastanejo po medsebojnih vplivih zarodka in matere. Gre za razmeroma preproste molekule. Te snovi iz maternične sluznice sprožajo razvoj in ga skupaj z genomom zarodka usmerjajo. Tako pomembno soodločajo o prihodnjih lastnostih novega človeškega bitja. Če bi zarodek poskušali gojiti zunaj materinega telesa, se organi in drugi deli telesa ne bi razvili. Oblikovale bi se le mezenhimske celice, nekakšno

vezivno tkivo.

Ta spoznanja spreminjajo sedanje "genocentrično" pojmovanje razvoja, tudi evolucije, in obračajo pozornost k novi vedi, proteoinomiki. V novo luč postavljajo tudi začetek človeškega življenja in bistvo ter nastanek identitete človeškega bitja. Okolje znotraj maternice je za vse to mnogo pomembnejše, kot smo si predstavljali doslej. Zarodku in vitro niti identitete niti drugih lastnosti človeškega bitja nekateri ne priznavajo več. Zigota po tem pojmovanju še ne velja za človeško bitje, temveč le za "potencialno človeško bitje". S tem naj ji tudi ne bi pripadal tako imenovani moralni status človeškega zarodka. Podobno naj bi veljalo za zarodek zunaj materinega telesa.

In kateri trenutek naj bi potem veljal za začetek novega človeškega bitja? Resna znanost preprostega odgovora na tako vprašanje ne daje. Značilnosti človeškega bitja pridobiva zarodek v nekem zveznem časovnem zaporedju, brez kakih ostrih mejnikov. Edini razločen mejnik, pred katerim teh značilnosti (morda res?) še ni, je trenutek, ko zarodek, spočet z biomedicinsko pomočjo zunaj telesa matere, vnesejo v maternico.

Ti pogledi so nedvomno novi in imajo gotovo določeno podlago

v bioloških dejstvih. Prihajajo pa ob času, ko si nekateri znanstveniki prizadevajo, da bi odpravili prepoved pridelave človeških zarodkov za pridobivanje matičnih celic. Prav zato med zaskrbljenimi strokovnjaki in laično javnostjo na verodostojnost teh pogledov pada senca dvoma. Eno je hvalevredni cilj, da bi se z novimi načini zdravljenja lotili hudih bolezni, drugo pa je zavest, da je znanost ob tem začela posegati v samo bistvo človeškega bitja. Da se s tem odpirajo tudi takšne uporabe novega znanja, kakršne si redkokdo želi, skoraj ne moremo dvomiti. Že na samem začetku bo treba popraviti nekatere etične vrednote in pojmovanja, da se bodo lahko spremenili družbeni dogovori, kakršen je Oviedska konvencija. Najprej bo šlo to na račun zarodkov, "pridelanih" in usmrčenih za zdravje drugih ljudi. A to je šele prvi korak. Za njim lahko predvidimo naslednje. Kaj bo z načelom posebne vrednosti človeškega življenja, ki je osnova za človekovo dostojanstvo in za vse človekove pravice posameznika? To načelo je tudi eden temeljev naše civilizacije. Ko vstopamo v čoln za pot po neznani reki navzdol, je prav, da se vprašamo: Ali bomo lahko še izstopili, ko bomo dospeli pred brzice ali celo nad slapove? ■

Splošna bolnišnica Izola razpisuje na podlagi 41., 42. in 43. člena Statuta Javnega zdravstvenega zavoda Splošna bolnišnica Izola prsto delovno mesto s posebnimi pooblastili in odgovornostmi:

predstojnik oddelka za interno medicino

Pogoji:

- univerzitetna izobrazba medicinske smeri,
- opravljen strokovni izpit za poklic zdravnik,
- opravljena specializacija s področja interne medicine,
- najmanj pet let delovnih izkušenj na delovnem mestu zdravnik specialist,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje enega izmed svetovnih jezikov,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- zaželeno dodatna znanja s področja vodenja kadrov in managementa ter uporabe računalniških programov.

Kandidati k vlogi priložijo program dela, iz katerega mora biti razvidna vizija dela na oddelku za interno medicino. Poskusno delo traja 4 mesece.

Splošna bolnišnica Izola objavlja tudi prosti delovni mesti:

zdravnika specialista anestezije in reanimacije

za nedoločen čas.

Pogoji:

- univerzitetna izobrazba medicinske smeri,
- opravljen strokovni izpit za poklic zdravnik,
- opravljena specializacija s področja anesteziologije z reanimatologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje enega izmed svetovnih jezikov,
- državljanstvo Republike Slovenije.
- Poskusno delo traja 4 mesece.

zdravnika specialista pulmologije

za nedoločen čas.

Pogoji:

- univerzitetna izobrazba medicinske smeri,
- opravljen strokovni izpit za poklic zdravnik,
- opravljena specializacija s področja dejavnosti,
- najmanj tri leta delovnih izkušenj na delovnem mestu zdravnika specialista pulmologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje enega izmed svetovnih jezikov,
- državljanstvo Republike Slovenije.
- Poskusno delo traja 4 mesece.

Kandidati pošljejo prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev najkasneje v roku 15 dni po objavi na naslov: Splošna bolnišnica Izola, Polje 35, 6310 Izola. O izbiri bodo prijavljeni kandidati obveščeni v 30 dneh po objavi.

Projekt “Kakovost v zdravstvu Slovenije”

Marjan Pajntar, Branimir Leskošek

1. Uvod

Težnja po zagotavljanju kakovosti in stopnjevanju le-te do odličnosti je blizu sleherni organizaciji oziroma področju kot obeležje učinkovite dejavnosti in urejenosti.

Učinkovito zagotavljanje - ali ustrežnejše - celovito obvladovanje kakovosti mora izhajati iz sodobnega pojmovanja, da moramo kakovost načrtovati ter da so zanjo odgovorni vsi ključni subjekti v organizaciji oziroma na področju. Celovito obvladovanje kakovosti je predvsem uveljavljanje nove miselnosti, ki ima kakovost v vseh dejavnostih, procesih in postopkih za izjemno pomembno vrednoto. Pomembna so načela univerzalnosti, primerljivosti in stopnjevitosti: Nikogar ni, ki ne bi mogel stvari opraviti še bolje, ničesar ni, kar se ne bi dalo izboljšati.

Kakovost v zdravstvenem varstvu ni sama sebi namen, predvsem ni tisto, kar je priznано s certifikati ali urejeno s standardi in protokoli, ampak je predvsem to, kar kot dobro občuti na eni strani zdravstveni delavec (zdravnik, sestra), na drugi strani pa uporabnik storitev (bolnik, plačnik).

Brez vizije kakovosti, opredeljene v strateških usmeritvah in ciljnih ter operacionalizirane in izvedene v projektih, je sleherna organizacija oziroma področje obsojeno na neuspeh; v tržnih proizvodnih oziroma storitvenih dejavnostih enostavno odmre, v družbenih službah, ki imajo zakonsko podporo, pa se spremeni v neučinkovit, neprijazen, hladen, nespoštovan in vsiljen birokratski organizem.

Zagotavljanja celovite kakovosti zdravstva v Republiki Sloveniji je temeljna sestavina stabilnosti in razvojne perspektive celotnega sistema zdravstvenega varstva in mora biti razpoznaven prednostni strateški cilj tega področja.

2. Vsebina in ozadje projekta

Kakovostno izboljšanje zdravstvenega varstva ljudi je obvezno za izvajalce zdravstvenega varstva. Po strategiji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) naj bi načrt za zdravstveno varstvo ljudi v Republiki Sloveniji že do leta 2000 vključeval obveznost za vse soudeležence v državi, da razvijejo sistem za kakovostno izboljšanje zdravstvenega varstva. Nacionalna politika o kakovosti zdravstvenega varstva ljudi je eden od načinov povezave že obstoječih in novih dejavnosti na vseh ravneh v mrežo, ki je usmerjena v kakovostno izboljšanje celotnega zdravstvenega sistema. V taki politiki se morajo odražati možnosti določene države in potrebe prebivalstva po zdravstvenem varstvu. Načela kakovosti so osnova za dejavnosti v smeri izboljšanja zdravstvenega varstva na vseh ravneh služb za zdravstveno varstvo. Zagotavljanje kakovosti obenem predstavlja odgovor na številne izzive, ki se pojavljajo danes v zdravstvu, med njimi izstopata izjemen porast stroškov za izvajanje zdravstvenega varstva ter pove-

čana zahteva po javni odgovornosti. Zagotavljanje kakovosti se tako vgrajuje v glavne cilje zdravstvene politike, med katerimi sta najpomembnejša izboljšanje učinkovitosti in uspešnosti zdravstvenega varstva ter ugoditev željam in potrebam uporabnikov zdravstvenega varstva do mere, ki jo dovoljujejo kadrovske in materialne možnosti.

Da bi dosegli omenjene cilje, je potrebnih več vrst dejavnosti:

- dejavnosti, ki omogočajo kontinuirano izboljševanje kakovosti pri izvajalcih zdravstvene službe,
- dejavnosti, ki omogočajo uporabnikom večjo preglednost kakovosti na zdravstvenih oddelkih,
- dejavnosti, ki omogočajo finančno ovrednotenje kakovostnega dela ter stimulacijo uspešnih.

Prvi korak v operativnem delovanju predstavlja prepoznanje problema ali pomanjkljivosti tako, da se kakovost vrednoti kontinuirano ali občasno. To dejavnost omogočajo **kazalci kakovosti (Quality Indexes)**, ki jih izračunamo iz v ta namen zbranih in obdelanih podatkov. Na tak način lahko primerjamo raven kakovosti med posameznimi enotami, lahko odkrijemo probleme, sledi analiza vzrokov ter nato aktivnosti za odpravo problema. Zadnji korak predstavlja ovrednotenje rešitve problema in zagotovitev ukrepov, ki bodo preprečili, da bi se problem znova pojavil.

Kazalci kakovosti bi morali imeti lastnost opredeljevanja strokovne kakovosti, tako zdravnikov kot tudi ostalega zdravstvenega osebja, morali pa bi opredeljavati tudi zadovoljstvo bolnika.

Kazalci kakovosti, kot sistem nadzora, omogočajo razslojevanje med posameznimi ustanovami ter podajajo smernice, kje je treba ukrepati. Takšen sistem je uporaben tako za aktivne udeležence v zdravstvu kot za nadrejene ustanove na državni ravni.

Trenutno imamo v Sloveniji le en informacijski sistem, iz katerega lahko določamo kazalce kakovosti, saj se redno zbirajo le perinatološki podatki v vseh slovenskih porodnišnicah. Enotne baze podatkov (na ravni klinike) imajo še ortodonti in diabetologi, medtem ko lahko pri ostalih vejah medicine ugotovljamo veliko neskladnost podatkovnih baz, v kolikor te sploh obstajajo. Tako v Sloveniji ni možno objektivno primerjati ravni kakovosti med posameznimi enotami, kot tudi ne izvajati dejavnosti pri analizi in odpravi problemov ali pomanjkljivosti.

S projektom **Kakovost v zdravstvu Slovenije** želimo v okviru Zdravniške zbornice Slovenije zagotoviti poenotene podatkovne zbirke (baze podatkov) za čim več medicinskih specialnosti oziroma subspecialnosti. Sonosilca projekta sta Ministrstvo za zdravje Slovenije in ZZS.

Ustrezne podatkovne baze in pravilno izbrani kazalci kakovosti bodo predstavljali podlago za izdelavo standardov kakovosti, ki jih bodo sprejele ustrezne strokovne in državne institucije. Določitev

standardov kakovosti tako ni neposredna naloga projekta Kakovost v zdravstvu Slovenije, vendar bi bila brez ustreznih podatkov, ki bodo rezultat projekta, njihova določitev nemogoča.

Menimo torej, da bo projekt Kakovost v zdravstvu Slovenije postal vsebinske, tehnične in organizacijske temelje za ključne dejavnosti pri zagotavljanju izboljšanja kakovosti v zdravstvu v Sloveniji.

Predvideni uporabniki rezultatov projekta:

Med predvidene uporabnike rezultatov projekta Kakovost v zdravstvu Slovenije lahko uvrstimo:

- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije,
- Zdravniško zbornico Slovenije,
- razširjene strokovne kolegije za posamezne specialnosti,
- zdravstvene ustanove,
- ZZS,
- Slovensko zdravniško društvo,
- posamezne zdravnike,
- javnost,

saj so med njimi vsi organizirani subjekti, ki so vitalno zainteresirani za izboljšanje kakovosti v zdravstvu. Za uporabnike zdravstvenega varstva velja, da jih zanima kakovost zdravstvenih storitev glede na njihovo lastno zadovoljstvo, profesionalci so bolj zainteresirani za uspešnost storitev glede na trenutni razvoj stroke, medtem ko so upravljalci najbolj zainteresirani za ekonomske vidike zdravstvenega varstva, predvsem za doseganje optimalne učinkovitosti ob najmanjših stroških. Glede na našeto razpršenost interesov različnih subjektov moramo natančno opredeliti zaporedje izrabe rezultatov projekta. Zavedati se moramo, da bi bila prehitra izbira primarne ocene kakovosti zdravstva, ki bi nastala le na podlagi primarnih rezultatov projekta, s strani kateregakoli uporabnika, lahko škodljiva za dolgoročno zagotavljanje kakovosti, saj lahko odstopanje od standardov določimo le s kontinuiranim merjenjem kakovosti skozi določeno obdobje (od 1 do 3 leta).

Prednostno skupino uporabnikov z možnostjo takojšnje uporabe rezultatov projekta predstavlja:

- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije,
- Zdravniška zbornica Slovenije,
- ZZS,
- strokovni kolegiji za posamezne specialnosti,
- zdravstvene ustanove.

Utemeljitev:

Analiza rezultatov projekta bo sicer omogočila vpogled in oceno stanja kakovosti zdravstvenih storitev v Sloveniji, vendar bo opozorila predvsem na probleme ali pomanjkljivosti bodisi na državnem nivoju ali znotraj posameznih izvajalcev javne zdravstvene službe. Zavedati se moramo, da so neposredni cilji projekta predvsem vsebinski, in organizacijsko-tehnični za vzpostavitev učinkovitega informacijskega sistema, ki bo omogočal pridobitev podatkov, iz katerih bodo ustrezna strokovna telesa s podporo MZ in ob upoštevanju ekonomskih vidikov plačnika (ZZS) za vso Slovenijo določili standarde kakovosti za posamezne specialnosti. Zato menimo, da morajo z rezultati analize uvedbe modela kakovosti zdravstva v Sloveniji razpolagati le naročnik projekta (MZ, ZZS), izvajalec projekta (Zdravniška zbornica Slovenije), ustrezna strokovna telesa za posamezne specialnosti in zdravstvene ustanove. S primerjavo ravni kakovosti med posameznimi enotami ter odkritjem problemov

in/ali pomanjkljivosti bo ta skupina uporabnikov lahko pristopila k analizi vzrokov in k aktivnostim za njihovo odpravo ter ovrednotenju rešitve problemov. Izvajalci zdravstvenega varstva in zdravstvene ustanove bodo po našem mnenju vitalno zainteresirani za rezultate projekta, saj bodo z uveljavitvijo standardov kakovosti in oceno odstopanja od standardov izpolnjeni pogoji, ki bodo plačniku (ZZS) ob ustrezni dopolnitvi zakonodaje omogočali stimulacijo kakovostnih storitev izvajalcev s sklepanjem pogodb. Podobno kot na državni ravni, bo primarna ocena kakovosti omogočila izvajalcem zdravstvenega varstva in zdravstvenim ustanovam tudi notranjo primerjavo s standardi kakovosti in dejavnosti za njihovo doseganje. Obe vrsti dejavnosti bosta privedli do prehodnega obdobja, v katerem bomo odstopanje od standardov kakovosti merili kontinuirano na podlagi kazalcev kakovosti. Trajanje prehodnega obdobja in zaporedje aktivnosti določijo MZ, ZZS in Zdravniška zbornica Slovenije.

3. Namen, neposredni cilji in konec projekta

3.1. Namen projekta

Končni namen projekta je zagotavljanje kakovosti v sistemu zdravstvenega varstva s tem, da se ustvarijo pogoji za ugotavljanje stanja in nenehno izboljšavo le-tega. Ustvariti želimo pogoje, ki bi omogočili:

- stalno ugotavljanje stanja in odstopanja od standardov kakovosti zdravstvenih storitev po posameznih izvajalcih javne zdravstvene službe ter ustvarjanje pogojev za izboljšanje le-tega,
- finančno ovrednotenje kakovostnega dela ter stimulacijo uspešnih (ZZS) bo stimuliral kakovostne storitve izvajalcev /ko bodo izdelani in v praksi preizkušeni kazalci in standardi kakovosti/ tako, da bo sklepal pogodbe z uspešnejšimi - tisti, ki bolje delajo),
- izboljšanje osnovnih pogojev za kakovostno izvajanje pravic zavarovanim osebam pri zasebnih in javnih izvajalcih zdravstvenih storitev,
- zagotavljanje stalnih podatkov za ocenitev (vedenje) kakovosti individualnega dela vsakega zdravnika,
- izboljšati ugled izvajalcev zdravstvenih storitev pri zavarovancih,
- zagotoviti relativno enake pogoje na celotnem področju države glede dostopnosti, dosegljivosti in primernosti storitev, ki jih izvajalci zdravstvenih storitev opravljajo za zavarovane osebe.

3.2. Neposredni cilji projekta:

- opredeliti kazalce kakovosti za specialnosti oziroma subspecialnosti v medicini, kjer se izvajajo zdravstvene storitve v okviru pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- zapisati definicije, opredeliti parametre za posamezne kazalce kakovosti,
- konstrukcija obrazca za bazo podatkov po posameznih strokah,
- izdelati računalniški program za zbiranje podatkov,
- vpeljati zbiranje podatkov po posameznih ustanovah,
- narediti osnovni pregled stanja kakovosti zdravstva v Sloveniji po posameznih strokah in posameznih ustanovah,
- določiti standarde kakovosti po posameznih strokah,
- določiti elemente redne analize,
- predlagati dopolnitve in spremembe zakonodaje.

3.3. Konec projekta

Projekt se je pričel septembra 1999. Uvodna faza projekta naj bi

trajala tri leta. Projekt je sicer trajen, saj so parametri kakovosti dinamični in se spreminjajo s časom. Uvodna faza bo zaključena z vzpostavitvijo učinkovitega informacijskega sistema, analizo uspešnosti uvedbe modela kakovosti zdravstva v Republiki Sloveniji in z ovrednotenjem učinkov rezultatov projekta.

4. Potek dela

- izbor strok in koordinatorjev
- kazalci kakovosti
- parametri
- izdelava obrazcev - protokolov
- izdelava računalniških programov
- odločba o zbiranju podatkov

Motivacija po ustanovah

Pilotska študija

- izpolnjevanje obrazcev
- vnos podatkov v računalniški program
- pošiljanje podatkov - internet
- baza podatkov - ZZS
- osnovne analize
- popravki protokolov in programov

Potek projekta

- zbiranje podatkov na vseh ustreznih oddelkih
- obdelava podatkov
- standardi
- ukrepi

Strokovni svet projekta je izbral prva področja in koordinatorje, za katere smo imeli uvodno predavanje o kakovosti v zdravstvu in o izbiri kazalcev kakovosti. S pomočjo kolegov so izbrali kazalce kakovosti, izbrali parametre, ki opredeljujejo te kazalce, ter ob pomoči mag. Ivana Verdenika izdelali vprašalnike (protokole). Strokovni svet je vprašalnike pregledal in predlagal nekatere spremembe, posebno če so bili vprašalniki predolgi. Mag. Branimir Leskošek je izdelal računalniški program za vnašanje in pregledovanje podatkov preko spleta (interneta). Minister za zdravje je izdal odločbo o zbiranju podatkov.

Po skoraj vseh slovenskih bolnišnicah smo opravili predavanja o kakovosti v zdravstvu (dve psihiatrični bolnišnici sta odklonili predavanje) in jih motivirali za sodelovanje v pilotski študiji, to je za izpolnjevanje pisnih in/ali elektronskih vprašalnikov. V teku so motivacijska predavanja za splošne zdravnike, v bližnji prihodnosti pa jih pripravljamo še za zobozdravnike.

Pilotska študija je pričela teči septembra leta 2000 in je bila v septembru 2001 zaključena. V pilotski študiji je sodelovalo 128 različnih oddelkov iz 46 področij v okviru 17 bolnišnic in 7 splošnih ambulant. Na vsakem področju je sodelovalo od 1 do 8 oddelkov. Podatkov v testnem obdobju nismo dobili le za tri področja: q013 - Vaskularni register, q014 - Maksilofacialna in oralna kirurgija in q041 - Stomatologija: zobne bolezni in endodontija. K 46 področjem, obravnavanim v pilotski študiji, smo dodali še dve novi področji: q045 uroginekologija in q048 - splošne ginekološke ambulante. Vsa trenutna področja so prikazana v tabeli I.

Celoten sistem zbiranja in analize podatkov deluje preko svetovnega spleta (interneta) in je bil razvit z upoštevanjem varnosti (podatki se po internetu prenašajo kodirani, podobno kot pri bančnih sistemih - Klik NLB, SKBNet ...), zanesljivosti in enostavnosti uporabe. Sistem že več kot 250 dni deluje neprekinjeno in brez težav.

Dostop do sistema je mogoč iz velikega števila različnih računalniških sistemov, pri čemer posegi v obstoječe računalniške sisteme niso potrebni. Zaradi raznolikosti računalniških sistemov bolnišnic in ambulant v Sloveniji se je sistem izkazal za pravo in tudi ekonomsko najbolj upravičeno rešitev. Zaenkrat še obstajajo problemi, ker vsi zdravniki še nimajo možnosti pošiljati podatkov po internetu, vendar menimo, da se bo problem tudi z dobro voljo rešil v čim krajšem času.

Mag. Verdenik je vse prispele vprašalnike (nekaj manj kot 6.000) po posameznih področjih statistično obdelal. Koordinatorji so na osnovi dobljenih analiz ter na osnovi pripomb tistih, ki so vprašalnike izpolnjevali, eventualno popravili vprašalnike.

S 1. 1. 2002 bodo pričeli zdravniki v vseh slovenskih bolnišnicah, kjer opravljajo delo, za katero so bili narejeni vprašalniki, zbirati pri vseh ustreznih bolnikih podatke in jih pošiljati po internetu. Splošni zdravniki bodo pričeli zbirati podatke s 1. 2. 2002, stomatologi pa s 1. 3. 2002.

Po preteku večmesečnega zbiranja podatkov bomo za posamezna področja naredili kompletne analize. Stroka bo ugotovila, kakšna je vrednost zbranih podatkov in pri vrednih postavila standarde, pri slabših pa predlagala spremembe v načinu, kakovosti in obsegu zbiranja podatkov.

Po programu projekta bodo kasneje MZ, ZZS, ZZSZ in Projektni svet določili:

- elemente redne analize, ki se opravlja v okviru Zdravniške zbornice Slovenije,
- elemente rednega nadzora in
- elemente finančne stimulacije.

Če imate kakršnakoli vprašanja v zvezi s projektom ali bi se radi vključili v projekt, se nam oglasite.

Naši elektronski naslovi so: marjan.pajntar@zsz-mcs.si (vsebinska vprašanja), brane.leskosek@zsz-mcs.si (tehnična vprašanja) ali milica.trenkic@zsz-mcs.si (tajnica projekta). Pokličete nas lahko tudi po telefonu 01/30 72 161 (prof. dr. Marjan Pajntar) ali 01/30 72 167 (ga. Milica Trenkič).

področja v testnem obdobju	izpolnjeni vprašalniki
q001 - Gastrokirurgija	500
q002 - Diabetes	460
q003 - Gastroenterologija	81
q004 - Ginekologija	531
q005a - Hematologija: Monoklonske bolezni plazmatk, podatki ob ugotovitvi bolezni	25
q005b - Hematologija: Monoklonske bolezni plazmatk, spremljanje poteka bolezni	5
q006 - Hipertenzija	145
q007 - Infekcijske klinike	56
q008 - Intenzivna interna medicina	69
q009 - Intenzivne enote operativnih strok-kirurgija	74
q010 - Intenzivna pediatrija	22
q011 - Interna medicina: Kardiologija	50
q012a - Internistične urgentne ambulante: Protokol predbolnišničnega oživljanja	0
q012b - Internistične urgentne ambulante: Protokol nujne intervencije-predhospitalni	0
q012c - Internistične urgentne ambulante: Protokol oživljanja-hospitalni	11

q012d - Internistične urgentne ambulante: Protokol nujne intervencije-hospitalni	27
q013a - Vaskularni register: kirurgija karotide	0
q013b - Vaskularni register: kirurgija aorte	0
q013c - Vaskularni register: kirurgija ileofemoralnega področja	0
q013d - Vaskularni register: kirurgija aksilo-brahialnega področja	0
q014 - Maksilofacialna in oralna kirurgija	0
q015 - Nefrologija	57
q016 - Nevrokirurgija	4
q017 - Nevrologija	162
q018 - Nuklearna medicina	105
q019 - Okulistika	99
q020 - Onkologija-dojka	60
q021 - Onkologija-radioterapija	52
q022 - Ortopedija	102
q023 - Pediatrija-alergologija	233
q024a - Pediatrija-diabetes, prvo poročilo	26
q024b - Pediatrija-diabetes, letno poročilo	141
q025a - Pediatrija-otroška nefrologija: Bakterijske okužbe sečil	212
q025b - Pediatrija-otroška nefrologija: Prirojene malformacije sečil	58
q025c - Pediatrija-otroška nefrologija: Kronična ledvična insuficienca	0
q026 - Pediatrija-otroška nefrologija	39
q027 - Pediatrija-otroška epilepsija	69
q028 - Perinatologija	135
q029 - Plastika in opekline	125
q030 - Pnevmoologija in alergologija	110
q031 - Psihatrija	74
q032a - Rehabilitacija: Rehabilitacija po zlomu kolka	75
q032b - Rehabilitacija: Rehabilitacija po možganski kapi	101
q033 - Radiologija	35
q034 - Reprodukcijska	75
q035 - Revmatologija	81
q036 - Splošna medicina	824
q037 - Stomatologija-otroško in preventivno zobozdravstvo	97
q038 - Stomatologija-ustne bolezni in parodontopatije	2
q039 - Stomatologija-protetika	4
q040 - Stomatologija-zobna in čeljustna ortopedija	101
q041 - Stomatologija-zobne bolezni in endodontija	0
q042 - Torakalna kirurgija	238
q043 - Travmatologija	77
q044 - Urologija	102
q045 - Uroginekologija: TVT	ново področje
q046 - Otolaringologija	18
q047 - Medicinska genetika	55
q048 - Dispanzerska ginekologija: Vodenje peri- in postmenopavzalnih žensk	ново področje
skupaj	5804

Zgodba o preventivi

Mateja Bulc

Pisali smo leto 1988, ko sem prvič slišala za preprečevanje kroničnih bolezni. V Ljubljano sta prispela dva profesorja iz nekdanje Jugoslavije, iz Novega Sada in iz Sarajeva, ki sta že sodelovala s Svetovno zdravstveno organizacijo v projektu CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicative Disease Intervention). V projekt sta želela pritegniti tudi Slovenijo, oziroma Zdravstveni dom Ljubljana. Tedanji direktor dr. Komadina je sklical od 10 do 15 ljudi, bogve po kakšnem ključu sem bila med njimi tudi jaz. Ideja je bila krasna, SZO bi bila pripravljena primakniti celo nekaj denarja, da bi le pričeli. In tako se je začelo, počasi, a vztrajno.

Čez dobro leto je tedaj ustanovljeni Znanstveni svet CINDI, ki sta ga vodila **mag. Nataša Stefan Stanič in pokojni prim. Marjan Mramor**, zbral 11 zdravnikov splošne medicine iz tedanjih TOZD-ov Zdravstvenega doma Ljubljana in nas podvrigel silno intenzivnemu tedenskemu izobraževanju. Celo sluh in vid so nam preverili, da smo lahko standardizirali rezultate svojih meritev. V zimi 1990/91 smo naredili prvo, čez 6 let pa še drugo raziskavo CINDI: pregled odraslih prebivalcev Ljubljane, iščoč dejavnike tveganja za kronične nenalezljive bolezni oz. že prisotno bolezen.

Rezultati prvega pregleda so bili šokantni - v Ljubljani smo odkrili tako visoke prevalence dejavnikov tveganja (zvišan krvni tlak, zvišan krvni sladkor, zvišan holesterol v serumu, prekomerno telesno težo, nepravilno prehrano, telesno nedejavnost in kajenje), da smo dosegali in presejali ostale evropske dežele iz družine CINDI. Torej je bilo treba ne le evidentirati, ampak tudi ukrepati!

Znanstveni svet CINDI - poleg mag. Stefan Staničeve in prim. Mramorja smo bili v njem še: **Milena Kovač Blaž, Maja Milohnoja Brčić, Nada Prešeren, Darinka Šoln, Vida Tršan, Jožica Maučec Zakotnik, Tomaž Čakš, Anton Gradišek in Mateja Bulc** - je izdelal strategijo in jo pričel tudi sam izvajati. **Priročnik Preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni** smo pisali doma - vsak od nas je bil zadolžen za en ali dva dejavnika tveganja, sestajali pa smo se dvakrat tedensko po 19. uri in usklajevali svoje "izdelke". Dotlej nihče od nas še ni pisal učbenika, delo je bilo trdo in velik izziv. Priročnik je ugledal luč sveta po skoraj treh letih.

Ker je bilo treba tudi **javnost** seznaniti z novimi smernicami, smo zelo skrbno pripravili javno predstavitev rezultatov raziskave, nanjo smo - žal s slabim uspehom - povabili vsa ministrstva in vse direktorje zdravstvenih domov po Sloveniji ter druge ključne osebnosti.

Za medije smo pisali in posneli časopisna, radijska in televizijska sporočila in oddaje o dejavnih tveganja in o zdravem načinu življenja.

Izoblikovali in udejanjili smo **šolo CINDI**, enotedensko izobraževanje iz preventive za delovne skupine, zdravnike splošne medicine in njihove medicinske sestre. V dveh letih smo "izučili" več kot 50 zdravnikov in 56 (večinoma "višjih") medicinskih sester.

Teren je bil zrel za pričetek izvajanja preventivne dejavnosti v osnovnem zdravstvu, ki smo si ga zamislili kot "**posvetovalnice**" CINDI po vseh slovenskih zdravstvenih domovih. Vodila naj bi jih

zdravnik in sestra, ki sta opravila tečaj CINDI, ter tako širila znanje tudi horizontalno. V posvetovalnici bi zbirali rezultate preventivnih pregledov (te naj bi sprva delali le "izučeni" zdravniki in sestre, nato še vsi ostali) in vodili intervencije - zdravstveno vzgojo za posamezne dejavnike tveganja - ter kontrole.

Rečeno, pripravljeno, storjeno: v letih 1992 in 1993 smo pričeli s preventivnimi pregledi, za katere je zanimanje strmo naraščalo, rekli bi lahko, da so postali moderni. V javnosti in na strokovnih srečanjih se je vse pogosteje slišala beseda "preventiva". A glej šmenta - iz dotedanjih SIS-ov se je oblikovala ZZZS in čez noč prenehala financirati preventivne storitve. Tako je izvajanje preventive, ki je komaj dobro steklo po vsej novorojeni državi (na kakovostno zelo visoki ravni v primerjavi z Evropo!), čez noč popolnoma zamrlo. Vsi ob skupnem delu prebiti večeri (popolnoma ex privata diligentia, beri: nefinancirani prva 3 leta!), vse ob računalniku prebite noči in ves sad - dobra šola in uporabna doktrina ter veliko zanimanje tako laikov kot strokovnjakov - je padel v vodo.

Sledilo je **obdobje boja** za priznanje pravice do preventivnega dela v osnovnem zdravstvu, ki je trajalo 6 let. Borili smo se na domačih frontah (ZZZS) in v tujini. Odveč bi bilo povedati, da smo v tujini redkeje izgubljali bitke kot doma. In to vse dotlej, ko se je CINDI formiral kot močnejša organizacija. Žal je med bitko podlegel dragi primarij Marjan Mramor (brez njega CINDI-ja ne bi bilo, ne pozabimo!). Njegova naslednica Jožica Maučec Zakotnik je po izkušnji finskega projekta Severna Karelja pritegnila k sodelovanju poleg zdravnikov splošne medicine tudi druge specialiste in sodelavce iz nezdravniških vrst in končno prepričala z dokazi tudi plačnika - ZZZS, da je pričel preventivi namenjati sredstva, četudi sprva le po kapljicah. Ponovno je steklo "**CINDI-izobraževanje**" **delovnih skupin** v osnovnem zdravstvu po vsej Sloveniji, namenjeno pomoči pacientom pri spreminjanju življenjskega sloga in zdravljenju dejavnikov tveganja. CINDI je izdal že vrsto pripomočkov in **brošur**, namenjenih vsem, ki se s preprečevanjem bolezni in promocijo zdravja pri nas ukvarjajo ali bi se želeli ukvarjati.

19. februarja 2000 se je sestel **Slovenski forum o preventivi** srčnožilne bolezni in sprejel udaren programski načrt. Tako so stvari počasi spet stekle po nekdanji utrjeni strugi.

Renesanso smo "preventivci" doživeli, ko je krmilo Ministrstva za zdravstvo prevzel prof. dr. Dušan Keber in za državno sekretarko imenoval direktorico CINDI-ja, Jožico Maučec Zakotnik.

Slovenija je spet dobila **preventivni program v ambulantne splošne/družinske medicine**, ZZZS je zagotovil sredstva in imenoval odgovorne zdravnike za usklajen potek ter strokovno skupino za pripravo računalniške podpore delu v ambulanti.

Vsi preventivci smo si rekli: "No, pa smo po dolgih letih preprečevanja le zmagali!" - toda glej! Tokrat so bili zdravniki splošne medicine tisti, ki jim to ni bilo prav. Med kolegi po Sloveniji je završalo: "Kdo bo plačal dodatno delo, kako naj ob vsej preobremenjenosti delamo še preventivne preglede, kako naj zajezimo poplavo dela in

pacientov...?”

Res je - slovenski zdravniki splošne/družinske medicine smo preobremenjeni, premalo nas je, vse več dela se preliva s sekundarnega in terciarnega nivoja na naša pleča, administriranje nas duši, pa še pacienti so vse bolj zahtevni in nezadovoljni. Situacija kar kliče po spremembi, saj tako ne bo šlo več dolgo: delamo preveč in premalo res znanstveno utemeljeno, raziskave in primerjave z Evropo kažejo, da prevečkrat naročimo bolnike na kontrolo, prevečkrat napotimo k specialistom - skratka kakovosti bo treba posvetiti več pozornosti.

Po mojem iskrenem prepričanju - preventivno mislim in delam že vsaj 12 let, pa najsi je ZZS to dovoljevala ali ne - je **s postopnim prehajanjem na preventivno delo** moč regulirati plaz "nenasitnosti in zahtevnosti" bolnikov, delati res znanstveno utemeljeno, po medicinski doktrini in v zadovoljstvo bolnika in zdravnika. A prehod

mora biti postopen in prijazen, ker je spreminjanje življenjskih navad težko ne le za paciente, ampak tudi za zdravnike (tako nas učijo pametni preventivci). Ker so prevalence dejavnikov tveganja v Sloveniji tako visoke, je naša strokovna in moralna dolžnost, da s preventivnim delom v ambulantah splošne/družinske medicine, kjer EDINI srečamo paciente, ko so še ZDRAVI, pričnemo čimprej.

Vsak prehod je težak in žal ne gre čez noč. Prva leta bo dela zanesljivo več in spreminjanje navad bolnikov ter dela zdravnikov bo težko. V veliko pomoč bi nam bilo, če bi tudi zahteve plačnika dovoljevale postopen prehod, če bi imeli pred startom dobro računalniško podporo (žal večino računalnikov v ambulantah krmilijo medicinske sestre), nedvoumno urejeno finančno plat in dobrohotno pomoč Ministrstva za zdravje, Zdravniške zbornice in stroke.

Saj menda pregovor "**Bolje preprečevati kot zdraviti**" še drži?! ■

Uvedba postopka za uveljavljanje pravic iz invalidskega zavarovanja

S 1. januarjem 2002 pričnejo veljati novi obrazci za IK

Eva Kosta

Prispevek je namenjen predvsem splošnim/družinskim zdravnikom in specialistom medicine dela, ki so pristojni za napotitve bolnikov na invalidsko komisijo (IK) zaradi ocene zmožnosti za delo, ugotavljanja upravičenosti do dodatka za pomoč in postrežbo (DPP) in zaradi ocene telesne okvare. Aktualen je tudi za vse druge kolege, ki v izvidih pišejo mnenja o zmožnosti za delo. Namenoma se izogibam pridevniku "zanimiv", ker tudi iz lastnih izkušenj vem, da *Uradni list* nikakor ni na spisku rednega branja kolegov, ki delajo v našem osnovnem poklicu, to je z bolniki, in da so priprave predlogov za obravnavo bolnikov na IK vse prej kot priljubljeno delo izbranih zdravnikov.

Pa vendar: z novim letom 2002 je za vse tri navedene primere, ki jih ocenjuje IK zaradi uveljavljanja pravic iz Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, obvezna uporaba novih obrazcev. S 1. 1. 2003 sicer stopa v veljavo tudi invalidski del že sedaj veljavnega novega Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, ki pomembno spreminja definicije kategorij invalidnosti. Zato je možno, da bo zlasti pri prvem obrazcu za oceno delazmožnosti tedaj prišlo do novih sprememb. Do takrat velja **Predlog za uvedbo postopka za uveljavljanje pravic iz invalidskega zavarovanja**, ki je objavljen v *Uradnem listu RS* št. 20 z dne 20. 3. 2001. Osnutek je pripravila skupina zdravnikov izvedencev Zavoda za pokojninsko in invalid-

sko zavarovanje Slovenije (ZPIZ), sodelovali pa so tudi člani prejšnjega mandata Razširjenega strokovnega kolegija za splošno medicino. Namen sprememb je po eni strani čim bolj olajšati delo izbranemu zdravniku, po drugi strani pa pridobiti od njega tiste podatke, za katere je najbolj pristojen. Obrazec je skrajšan na štiri strani. Rubrike na zadnji strani, ki se nanašajo predvsem na problematiko v zvezi z bolnikovim delom in tako sodijo bolj v pristojnost specialista medicine dela, so izpuščene. Na dosedanjih obrazcih so bile namreč pogosto pomanjkljivo ali sploh neizpolnjene, pa tudi iz pogovorov s kolegi se je pokazalo, da ta vprašanja nekako niso naletela na pravo razumevanje na relaciji izbrani zdravnik - izvedenec. Dodano je vprašanje o zdravilih, ki jih bolnik trenutno dobiva. Odgovor na to vprašanje naj bi poleg priloženih specialističnih izvidov podkrepil navedene diagnoze in pomagal pri opredelitvi teže bolezni, predvsem pa je v pomoč pri oceni objektivnosti težav, ki jih bolnik - zavarovanec ZPIZ - poda na pregledu na IK. V zvezi s tem je pomembna tudi prva rubrika: veliko pove podatke, da je zavarovanec predstavljen IK na lastno ali **tudi** na lastno zahtevo. Še posebej dobrodošle so seveda dodatne pripombe pod točko 8 ali drugod, kjer se vam zdijo umestne.

V isti številki *Uradnega lista* je objavljen tudi **Predlog za uvedbo postopka za uveljavljanje pravice do dodatka za pomoč in postrežbo z vprašalnikom**, ki se v glavnem ne razlikuje od že poznane obrazca za DPP. Za čim boljšo in celovitejšo sliko je smiselno in zaželeno, da vloži izbrani zdravnik za to pravico hkrati (kot doslej) tudi prej omenjeni Predlog za uvedbo postopka za uveljavljanje pravic iz invalidskega zavarovanja. Pri objavljeni verziji obrazca je pri zadnjem vprašanju, ali je zdravnik zavarovanca za izpolnitev vprašalnika osebno pregledal, izpadel prostor za kraj, kjer je bil pregled opravljen: pregled v ambulanti nakazuje, da gre, v nasprotju s pregledom doma ali v domu, za pokretnega bolnika, ki bo vabljen tudi na obravnavo na IK. Pri ostalih zavarovancih, ki uveljavljajo pravico do DPP, opravi pregled zdravnik izvedenec IK, da bi bila prizadetost in s tem pravica do dodatka presojena v skladu z veljavnimi pravili invalidskega zavarovanja. Izvedenec **mora** biti pri oceni nepristranski, izbrani zdravnik pa se pri pripravi predloga zaradi narave svojega dela do neke mere le nagiba na stran bolnika, (kar pa seveda ne pomeni, da lahko zavestno napačno odgovarja na vprašanja njemu v prid!).

V zvezi z DPP še tole: številčno velika skupina "prosilcev" za dodatek so bolniki po možganski kapi, katere posledice pa se, kot je znano, lahko z ustrezno rehabilitacijo in predvsem s časom v večji ali manjši meri omilijo. Podlaga za pridobitev pravic iz Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju pa je **trajnejša sprememba v zdravstvenem stanju**. Zato po sklepu skupnega strokovnega seminarja zdravnikov izvedencev ZPIZ in SPS Nevrološke klinike ljubljanskega Kliničnega centra v decembru 2000 teh bolnikov - zavarovancev, razen v zelo težkih primerih s slabo prognozo, ni mogoče oceniti prej kot šest mesecev po inzultu. Predloge IK zato praviloma vrača oziroma odlaga do izteka dogovorjenega roka. Ob tem se seveda vsi zavedamo, da so največkrat poslani predčasno predvsem zaradi velikega pritiska prizadetih zavarovancev in še bolj njihovih svojcev, ki se ob tem resnično znajdejo v težki situaciji.

V *Uradnem listu RS* št. 52 z dne 22. 6. 2001 je objavljen še nov predpisani obrazec za oceno telesne okvare, **Predlog za uvedbo postopka za ugotovitev telesne okvare**. Po Zakonu o PIZ so podlaga za pravico do denarnega nadomestila, to je do invalidnine, le tiste

telesne okvare, ki so navedene v še vedno veljavnem **Samoupravnem sporazumu o telesnih okvarah**, objavljenem v *Uradnem listu SFRJ* leta 1983, s spremembami in dopolnitvami iz leta 1989. Ob vseh novih določbah in pravilih s področja zdravstvenega zavarovanja, s katerimi nas zasipa Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), je prav gotovo smiselno, da imajo zdravniki v splošnih in drugih ambulantah, ki se ukvarjajo s to problematiko, na dosegu kopijo tega že kar častitljivo starega (in ustrezno zastarelega) seznama. Tako bi se lahko izognili vsaj nekaterim nesporazumom in pritožbam ob neizpolnjenih pričakovanjih v ambulantah in na IK. Seveda se ve, da je tudi v primeru telesnih okvar pobuda za oceno pogosto podana s strani samih zavarovancev, ki se zmotno opirajo na mnogo bolj "radodarne" tabele o telesnih okvarah pri drugih zavarovalnicah, na informacije s strani sosedov ipd.

ZZZS priznava (in izvajalcem plačuje) kot storitev pripravo na oceno zmožnosti za delo, kar vključuje izdelavo ustreznega predloga, ne plačuje pa priprave predlogov za DPP in za telesno okvaro, za katere imajo zdravniki po regijah in celo znotraj regij zelo različne cene. Nujno bi jih bilo uskladiti, nenazadnje, ker se informacije o teh cenah neverjetno hitro širijo tudi med zavarovanci po vsej Sloveniji.

Za konec še nekaj besed o priloženih specialističnih izvidih. V *Uradnem listu RS* št. 90 z dne 5. 10. 2000 je objavljen kot priloga k **Pravilniku o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije** obširen **Seznam obvezne medicinske dokumentacije za uveljavljanje pravic na podlagi invalidnosti in preostale delovne zmožnosti**. Ta med drugim nalaga osebnemu zdravniku, "da morata biti izvid in mnenje napisana s pisalnim strojem ali računalnikom", sicer pa je potrebno "za posamezna bolezenska stanja, ki so predstavljena po poglavjih ... (MKB-10) predložiti usmerjeno medicinsko dokumentacijo, ki se uporablja pri diagnosticiranju in ugotavljanju trajnih posledic bolezni ali poškodb". Seveda je potrebno navesti v smiselnem vrstnem redu v ustrezni rubriki obrazcev diagnoze s šiframi. Seznam nadalje podrobno navaja dokumentacijo in izvide, ki so potrebni za posamezne bolezni in poškodbe, vendar je pri določitvi obsega priloženih izvidov zagotovo dovolj merodajna predvsem zdrava presoja izbranega zdravnika. Pomanjkljiva dokumentacija pomeni nepotrebno pošiljanje predloga nazaj k zdravniku in spet na IK ter s tem zavlacanje pogosto že sicer dolgih postopkov, preobilna količina izvidov pa pomeni poleg odvečnega dela za izvedence IK le večje stroške za pošto, včasih pa celo vzbudi sum, da želi "zavajati nasprotnika", kar pa zdravniki izvedenci kolegom v ambulantah nikakor ne želimo biti in upam, da velja enako tudi v obratni smeri. Z nekaj dobre volje nam bo zagotovo (še naprej) uspevalo dobro sodelovanje, kar je seveda tudi v interesu naših bolnikov oziroma zavarovancev. ■



Ocenjevanje vozniške zmožnosti

Marjan Bilban

O samem načinu zdravstvene selekcije kandidatov za voznike in voznikov motornih vozil v slovenskem prostoru sem pred približno letom in pol na željo urednika "Foruma" doc. dr. M. Zwittra že napisal nekaj osnovnih razmišljanj. Ker se od takrat do danes ni nič kaj bistvenega spremenilo in je od novega Zakona o varnosti v cestnem prometu minilo že tri leta, me je prof. dr. Č. Marinček kot član uredniškega odbora Izide prosil za prispevek za rubriko "Aktualno" o trenutni situaciji na področju ocenjevanja vozniške zmožnosti.

V uvodu naj ponovim, da je v naši republici zdravstvena selekcija usmerjena v ugotavljanje telesnih in duševnih sposobnosti kandidata za voznika oziroma voznika motornih vozil, na podlagi katerih kasneje specialist medicine dela, prometa in športa (ali medicine dela) oziroma v nekaterih primerih tudi specialist splošne (družinske) medicine ali zdravnik splošne medicine poda oceno vozniške zmožnosti ustreznih kategorij.

Cestni promet je tisto področje človekove dejavnosti, ki bi moralo biti najbližje interesu vsakega delovnega človeka in občanov vseh starosti in poklicev, saj je neizogiben in vsakodnevni sestavni del življenja. Človek je dejaven od rane mladosti do pozne starosti, vselej kot pešec ali potnik, vse bolj pa kot voznik vseh vrst motornih vozil, pri čemer postaja to področje človekovega udejstvovanja tudi torišče vse številnejših negativnih pojavov.

Relativno veliko število voznikov cestnih motornih vozil od šestnajstega leta dalje pomeni zelo pestro socialno, biološko, izobrazbeno, kulturno in spolno strukturo, raznoliko tudi po voznških izkušnjah, kar ni brez pomena za posledice, do katerih prihaja na naših cestah.

Večina novih voznikov je prva generacija voznikov, ki nima zgrajene in osvojene vozniške kulture, kar je nesporno velik dejavnik tveganja za varnost v cestnem prometu, še posebno, če se to poveže s sklopom tehničnih lastnosti marsikaterih motornih vozil in prometnic, ki ne ustrezajo sodobnim zahtevam cestnega prometa.

Med vožnjo je voznik ves čas izpostavljen nepretrganemu toku obvestil, ki prihajajo iz okolja. Vsa ta obvestila mora "predelati" in na osnovi tega ustrezno ukrepati. Večja ko je hitrost vozila, bolj ko je promet gost in bolj ko je zapletena pot gibanja, večja je količina sprejetih obvestil. Kako se bo voznik odzival, je odvisno od njegovih sposobnosti, znanja in izkušenj. Zahteve, ki se danes postavljajo pred voznika motornega vozila v cestnem prometu, so neredko kar krepka preizkušnja njegovih psihofizičnih sposobnosti. Ko sodeluje v cestnem prometu, se mora voznik prilagoditi specifičnim pogojem odvijanja prometa. Intelktualno in psihično to pomeni, da mora biti sposoben, da se koncentrira na vožnjo, predvideti mora znati zveze med pojavi, preceniti nastalo situacijo, predvideti zaporedje dogodkov, biti mora emocionalno stabilen itd.

Za učinkovito preventivo in represivno dejavnost v odnosu do prometne delikvence si moramo zastaviti vprašanje o tem, katere lastnosti naj ima voznik, da bo lahko varen zase in za druge udele-

žence v prometu.

Pri oceni sposobnosti za pridobitev voznškega dovoljenja bi morali upoštevati naslednje tri elemente:

1. voznik mora imeti določene psihofizične lastnosti, ki mu omogočajo, da je telesno in duševno kos obremenitvam v sodobnem prometu;
2. voznik si mora z učenjem in vajo pridobiti določeno zadovoljivo stopnjo spretnosti in izkušenj;
3. vozniku je za nemoteno sodelovanje v prometu in za obzirno obnašanje do drugih soudeležencev potrebna določena stopnja samoobvladovanja in odgovornosti, skratka, voznik mora imeti določeno stopnjo značajske zanesljivosti.

Potrebna je torej določena kakovost osebnosti, ki nastane iz različnih individualnih psihofizičnih lastnosti, delno z vajo in izkušnjo in delno z oblikovanjem značaja.

Raziskave nezgod kažejo, da jih praviloma povzroči več dejavnikov skupaj. To je razumljivo, saj so v vsaki prometni situaciji vedno navzoči vsaj trije dejavniki: voznik, vozilo in cesta, praviloma pa še drugi, npr. druga vozila oziroma vozniki, pešci, sopotniki, vreme itd. - z eno besedo širše (fizično in družbeno) okolje. Pri vsem tem vsi ti dejavniki ne delujejo neodvisno drug od drugega, pač pa kot sestav: voznik - vozilo - okolje, katerega sestavine stalno vplivajo druga na drugo. Vzroki nezgod so vezani bodisi na vozilo (npr. slabe zavore, izrabljene gume, neustrezne lastnosti svetlobnih teles vozila), na okolje (npr. slaba vidljivost, mokra in poledenela cesta), na človeka (npr. napačna ocena položaja, zapozneli ali neustrezni odzivi, neustrezno opazovanje), oziroma na kakršnokoli sestavino omenjenih dejavnikov. Dosedanje raziskave ugotavljajo, da v vzrokih nezgod prevladuje človeški dejavnik. Po nekaterih ugotovitvah je slednji kriv za več kot 90 odstotkov nezgod, navajajo pa tudi višje ocene. Edino človek se je namreč sposoben prilagoditi razmeram, ki mu jih ponujajo cesta, vozilo in okolje. Te pa se lahko tako rekoč v trenutku spremenijo zaradi vplivov vremena, posebnih dogodkov, ki spreminjajo gostoto prometa, prometne tokove oziroma običajne razmere.

"Človeške vzroke" običajno delimo na neposredne (dejanja ali nedejanja neposredno pred nezgodo, ki povečujejo verjetnost nezgode - npr. neustrezno opazovanje, nepozornost) in posredne. Posredni človeški vzroki so tista stanja ali pogoji, ki neugodno vplivajo na voznikovo zmožnost za varno vožnjo. Razlikujemo tri skupine motečih stanj ali pogojev:

1. fizična ali fiziološka stanja (npr. alkoholiziranost ali drogiriranost, utrujenost, kronične bolezni, fizične prizadetosti);
2. duševna ali čustvena stanja (npr. (čustveno) vznemirjenje, pritisk drugih voznikov, naglica, duševna prizadetost, odvisnost od alkohola, osebna motenost);
3. pomanjkanje izkušenj (npr. neizkušenost voznika, neznano vozilo, preveč ali premalo znana cesta ipd.).

Omenjeni dejavniki torej ne bodo neposredno povzročili prometne nezgode, pač pa bo pod njihovim vplivom voznik enostavno manj

učinkovit (spregledal bo pomembna obvestila, sprejemal neustrezne odločitve, neustrezno ravnal ipd.).

Prvo, o čemer je potrebno reči nekaj besed, je prav gotovo pravica do voznje. Marsikdo meni, da je to občečloveška pravica, ki jo pridobi vsak, takoj, ko dopolni določeno starost (in opravi za to potrebne "formalnosti" - vozniški izpit). Pa temu ni tako. Gre za pravico, ki jo omejujejo človekove individualne telesne in duševne zmogljivosti, ki jih lahko imamo ali pa ne, in prav to je vprašanje zdravstvene selekcije. "Če sem bil sposoben za služenje vojaščine..., če sem lahko naredil to ali drugo šolo itd., sem nedvomno tudi zmožen voziti motorno vozilo." Gre za specifične telesne in duševne zahteve, ki jih mora imeti kandidat za voznika oziroma voznik motornega vozila. Že v prejšnjem prispevku smo govorili o tem, da večina "vzrokov" vozniške nezmožnosti oziroma omejitve le-te ne izhaja iz "telesnih" bolezni, okvar in prizadetosti in tudi zato je osebna objektivnost še toliko težja.

V Sloveniji smo se že pred leti odločili, da na prvi stopnji ocenjuje vozniško zmožnost zdravnik (posameznik) in ne komisija, ki pa ima ustrezna dodatna znanja iz medicine prometa.

Zdravstveni pregled obsega klinični pregled vseh organov in organskih sistemov s posebnim poudarkom na usmerjenem pregledu živčevja, čutil in gibal ter usmerjene preiskave odvisno od zahtevnosti in obremenitev ter škodljivosti skupine (amater ali poklicni voznik) oziroma kategorije A (motorno kolo), B (osebni avtomobil), C (tovornjak), D (avtobus), E (tovornjak s priklopnikom, vlačilec), F (traktor) itd., za katero prihaja na pregled.

Problematična je že sama opredelitev voznika amaterja in poklicnega voznika. Kdo je torej poklicni voznik - ali so to res le tisti, ki jim v opisu del in nalog piše, da so vozniki, ali pa tudi tisti, ki pretežni del svojega delovnika sedijo za volanom, pa so po pogodbi o delu npr. pismonoše ali dimnikarji..., ali celo tudi vsi tisti, ki vozijo v službene namene (npr. s potnim nalogom). Poglejmo si npr. primer pismonoše, ki je najprej raznašal pošto peš, nato s kolesom, motorjem in sedaj z osebnim avtom, in to po cestah, ki so po vseh statistikah najbolj ogrožene (lokalne ceste). Njegov poklic je res raznašanje pošte, vendar se do vsake stranke pripelje z avtom, odvrže ali izroči pošto in se odpelje naprej. Ali pa recimo različni serviserji, ki hodijo od hiše do hiše in napravijo letno tudi do 50.000 km in več ter so torej dnevno v vozilu tudi do 6 ur in več. Po zakonu to niso poklicni vozniki, po našem gledanju problema njihove udeležbe v prometu pa vsekakor so. Kam jih potem prištevati in kako postopati z njimi na preventivnem zdravstvenem pregledu, kako pogosti naj bodo ti pregledi (za poklicne voznike vsako leto - z vključitvijo psihologa, razširjenim laboratorijskim pregledom, EKG-jem, oceno vidnih funkcij, ki vključuje tudi peri- in niktometrijo itd., za amaterje pa do dopolnjenega 80. leta starosti nikoli?!).

Vožnja motornega vozila prav gotovo spada med poklice oziroma dejavnosti, ki so povezane z visoko stopnjo odgovornostjo, kajti z voznikovo neprilagojenostjo za opravljanje delovne naloge je ogroženo tudi njegovo življenje, življenje drugih udeležencev v prometu, zelo visoka pa je tudi materialna škoda cestnoprometnih nezgod. V selekciji voznikov motornih vozil je zelo težko določiti optimalne meje in kriterije, ki bi po eni strani zagotovili, da se potrdi zdravstvena zmožnost za upravljanje motornega vozila, psiholoških posebnosti osebnosti in stopnje psihomotorne koordinacije, ki zagotavlja spreten in socializiran odnos v tej sestavljeni in odgovorni dejavnosti. Natančna zdravstvena selekcija bi bila predraga glede na

koristi, ker zahteva ogromno naporov pri pregledih velikega števila ljudi, da bi razpoznali in izločili relativno majhno število tistih, ki ne izpolnjujejo psihofizičnih pogojev za varno udeležbo v cestnem prometu. Poleg tega pa tudi pri najvestnejšem, najnatančnejšem in še tako strokovnem filtriranju lahko določeno število preiskovancev uide budnemu očesu. Pri zdravniškem pregledu, ki ga mora voznik amater opraviti pred začetkom praktične voznje, je glede na sedaj veljavno doktrino pregleda, kjer "pod drobnogled" postavimo le vidne funkcije, vse ostalo pa je več ali manj prepuščeno le "budnemu očesu" ocenjevalca vozniške zmožnosti, kaj malo možnosti, da odkrijemo katerega pomembnejših vzrokov nezmožnosti, ki, kot je bilo že povedano v prejšnjem prispevku, v največjem deležu izhajajo iz psihološko-psihiatrično-nevrološkega področja. Prav zato vedno zahtevamo pacientov zdravstveni karton, ki nam ga na vpogled odstopi pacientov izbrani zdravnik (seveda se nemalokrat zatakne že tukaj, ker izbrani zdravnik zdravstvenega kartona ne želi odstopiti na vpogled).

Pomembna pomanjkljivost sodelovanja ocenjevalca vozniške zmožnosti in kandidata je tudi v običajni relativni nekritičnosti slednjega. Kljub temu, da mora sleherni kandidat podpisati izjavo, s katero "potrdi svoje relativno zdravje" oziroma odsotnost bolezni ali stanj, ki bi to zmožnost omejevali, se neredko zgodi, da le-ta kljub očitni in znani okvari brez oklevanja podpiše, da take okvare nikoli ni imel. Enako nekritičnost seveda srečujemo tudi kasneje (pri voznikih starostnikih, starih 70 ali 80 in celo več let, ali pa po težji bolezni), ko jih velika večina kljub resnim zdravstvenim oviram le-tega ni pripravljena priznati in vrniti vozniškega dovoljenja.

Tudi ukinitvev krajevne pristojnosti (zdravniško spričevalo je lahko kandidat za voznika oziroma voznik pridobil le v domačem kraju oziroma občini bivanja) za pridobitev zdravniškega spričevala o vozniški zmožnosti je bila v zdravstveni selekciji povsem zgrešena poteza. Kandidat oziroma voznik z določeno oviranostjo bi v "domačem" okolju prav gotovo bistveno težje prikril svojo bolezen oziroma hibo, ki bi lahko predstavljala oviro pri pridobitvi pozitivnega zdravniškega spričevala, ker je izvedenec zanjo lahko vedel, lahko je bil celo njegov izbrani zdravnik..., po drugi strani pa je v republiki nekaj zdravnikov, za katere kandidati za voznike oziroma vozniki iz vse države vedo, da pri njih pozitivnega mnenja sploh ni težko pridobiti, in s tem osnovni namen že sicer blage selekcije še bolj zbledi.

Slabo uslugo poglobljenim ukrepom selekcije daje tudi dveletna veljavnost zdravniškega spričevala. Prav gotovo je, da komur ne uspe v letu dni priti do vozniškega izpita (npr. po petih ali celo več neuspelih poskusih opravljanja vozniškega izpita), je verjetno v njegovih telesnih in duševnih zmogljivostih, ki so potrebne za varno vožnjo, pomembnejši primanjkljaj. Leto dni je prav gotovo zadosten čas, da se ta nezmožnost izrazi tudi s ponovnim zdravstvenim pregledom, ki poleg "običajnega" obsega vključuje tudi ustrezno obdelavo konziliarne specialista in še posebej tudi psihologa (v področju katerega, kot že rečeno, največkrat tudi tiči vzrok oziroma omejitev vozniške zmožnosti).

Naslednje vprašanje, ki se ob tem pojavlja, je že omenjena dodatna izobraženost ocenjevalca vozniške zmožnosti. Specializant medicine dela, prometa in športa tekom specializacije prav gotovo dobi vpogled v obremenitve in škodljivosti ter zdravstvena tveganja voznika, vendar je vprašanje, koliko teh znanj "obdrži" oziroma kako jih skozi štiri desetletja svojega dela bogati ali pa izgubi. Vsakih nekaj let organizira združenje posvet na temo medicine prometa, ven-

dar, ali je to dovolj, ali je zgolj prisotnost (za potrdilo Zbornice) ustrezen način permanentnega izobraževanja na tako specifičnem področju ali ne. Morda se kdo s tem ne bo strinjal, toda v Združenju za medicino dela, prometa in športa smo mnenja, da gre za specifično obliko ocenjevanja delazmožnosti, ki seveda mora biti dokaj enostavno dostopna vsem prosilcem, kljub temu pa bi jo veljalo omejiti le na nekaj deset centrov v republiki, kjer bi se tega ocenjevanja lotevali visoko strokovno in s tem prav gotovo prispevali k dvigu varnosti v cestnem prometu. To, da podajajo oceno tudi splošni zdravniki oziroma specialisti splošne (družinske) medicine, pa je še bolj vprašljivo, kajti njihovo poznavanje tega področja je omejeno na zgolj eno uro predavanj o medicini prometa v 5. letniku študija. Torej: zavzemamo se za dvig strokovnosti specialistov, ki bi jih minister za zdravje pooblastil za tovrstno izvedensko delo, za povezovanje teh strokovnjakov v centre, kjer je urejeno sodelovanje tudi s konziliarnimi specialisti in psihologi, ki so dodatno izobraženi v smeri ocenjevanja vozniške zmožnosti (z enako strokovno doktrino...), ter ustrežnejše spremljanje njihovega dela.

Vsi tisti, ki se z mnenjem izvedenca na prvem nivoju ne strinjajo, lahko v zakonitem roku podajo ugovor na Posebno zdravniško komisijo v Mariboru (za Koroško, Štajersko in Prekmurje) oziroma v Ljubljani (za vse ostale regije). Na prvi stopnji je letno okrog 40.000 pregledov za oceno vozniške zmožnosti in na drugi stopnji nekaj nad 200. Seveda ni namen ocenjevanja na drugi stopnji zgolj preverjanje ustreznosti ocene na prvi stopnji, pač pa je poslanstvo te komisije bistveno širše. Posebna zdravstvena komisija v Ljubljani je strokovno telo, v katerem deluje 15 zdravnikov specialstov različnih specialnosti, ki so pomembne pri ocenjevanju vozniške zmožnosti, in ki se kot konziliarni specialisti vključujejo v ocenjevanje, ki ga vodijo specialisti medicine dela, prometa in športa. Konziliarni specialist s svojega ožjega strokovnega področja odgovarja na vprašanje o razsežnosti anatomske okvare, o preostali funkcionalni zmogljivosti (prizadetega) organa oziroma organskega sistema ter o prognozi obolenja - katerega področje pokriva. Za imenovanje ustreznih specialistov smo zaprosili njihove katedre, tako da ocenjujemo, da ta skupina strokovnjakov predstavlja vrh svoje stroke pri specifičnih vprašanih vozniške zmožnosti. Ti strokovnjaki bodo tudi sodelovali s specialisti medicine dela pri izgrajevanju doktrine tovrstnega izvedenskega dela in zato njihovo delo še zdaleč ne bo zgolj rutinsko ocenjevanje zmožnosti ali nezmožnosti.

Prav posebno poglavje našega dela v ocenjevanju vozniške zmožnosti so t. i. "kontrolni pregledi", kot jih imenuje Zakon o varnosti cestnega prometa. V vseh primerih, ko zdravnik (na kateremkoli nivoju) ugotovi, da njegov pacient zaradi bolezni, hibe ali oviranosti... ni več zmožen varne vožnje v cestnem prometu, oziroma ko zgolj podvomi v njegovo zmožnost, je dolžan ustrezno ukrepati - od prejšnje zahteve, ki je narekovala prijavo pri ustreznem organu, smo sedaj uspeli doseči, da je zdravnik dolžan le pacienta na to opozoriti in to zavesti v njegovo zdravstveno dokumentacijo (tudi zdravstveno knjižico?). V primeru, ko meni, da je tveganje zelo veliko (nevarnost v prometu pri upravljanju motornega vozila), pa nam kodeks medicinske deontologije govori tudi o razrešitvi poklicne molčečnosti, če na to pristane bolnik ali če je to nujno potrebno za dobrobit bolnika, njegove družine ali družbe... (v primeru, da pri svojem pacientu - vozniku motornega vozila ugotovimo takšne spremembe, ki so lahko usodne za njega samega in posredno tudi za njegovo družino in za druge udeležence v prometu). Na podlagi takega mnenja us-

treznega specialista ali le pacientovega izbranega zdravnika bi se slednji ob temeljitem poznavanju problematike ter dobrem poznavanju pacienta po razgovoru z njim odločil o zahtevi presoje njegove vozniške zmožnosti pri specialistu medicine dela, prometa in športa, kamor bi ga napotil, v primeru velikega tveganja pa bi prav gotovo obvestil tudi ustrezeni organ uprave, ki pacienta vodi v evidenci voznikov. Največji delež odgovornosti tako sloni na izbranem - družinskem zdravniku, specialist medicine dela, prometa in športa pa je za korektnost ter sporočanje ocene vozniške zmožnosti ustreznemu organu po sedaj veljavni zakonodaji celo kazensko odgovoren.

S pravnega vidika bomo nedvomno morali pretehtati poklicno skrivnost in odvezo od nje na eni strani, na drugi pa številne žrtve, ki v prometu nastajajo zaradi takšne ali drugačne hibe, bolezni ali druge posebnosti voznika, za katero smo vedeli in smo jo kot zdravniki zamolčali pod določilom poklicne molčečnosti.

Vedno znova se nam zastavlja vprašanje, ali se zdravniki v prvi vrsti borimo za življenje, ki nam je sveto in ki v prometu vse prepogosto ugaša, ali pa se držimo togih pravil, ki nam pod grožnjo o kazni iz kršenja moralno-etičnih norm preprečujejo pravočasno preprečevanje "napadov" na ta življenja?

Velik problem predstavljajo tudi pregledi kandidatov za voznike, ki so svoje vozniško dovoljenje izgubili zaradi doseženih "kazenskih" točk iz katerih koli vzrokov oziroma jim je dovoljenje prenehalo veljati s pravnomočno odločbo sodnika za prekrške, če so storiли cestnoprometno nezgodo pod vplivom koncentracije alkohola, večje kot 1,1 g/kg krvi, oziroma povzročili cestnoprometni prekršek pod vplivom koncentracije alkohola, večje kot 1,5 g/kg krvi. Ti vozniki prihajajo kot kandidati za voznike v naše ambulante. S svojim podpisom so pripravljani potrditi, da niso vozili pod vplivom alkohola, da jim zato vozniško dovoljenje ni bilo odvzeto, da niso bili kaznovani, obratnih ugotovitev pa tudi ni razbrati iz prinesenega zdravstvenega kartona osebnega zdravnika, ker o tem njihov izbrani zdravnik tudi (običajno) nič ne ve. Izvedenec - specialist medicine dela, prometa in športa, zato opravi le "klasičen" pregled, kjer pa le težko posumi na odvisnost ali vsaj škodljivo rabo alkohola ter ne zahteva širitev pregleda še z laboratorijskimi testi ter mnenji psihologa in psihiatra alkoholologa. V primeru, da ugotovi, da gre za voznika, ki je odvisen od alkohola, bi ga moral usmeriti v zdravljenje, če ugotovi, da gre za voznika, ki še ni odvisen, pa se pogosto vdaja alkoholu in je kot tak tudi potencialno nevaren voznik, mora oceniti, ali je tak voznik vreden njegovega zaupanja, ali pa je osebnostno toliko spremenjen, da ni zmožen resnega odločanja o tem, kdaj bo sedel za volan in kdaj ne. Zavzemamo se, da bi vsak tak "ponovni" kandidat lahko ponovno pridobil vozniško dovoljenje le, če bi z ustreznim dokumentom organa, ki ga je kot voznika vodil v evidenci, prišel v za to posebej usposobljen center za ocenjevanje vozniške zmožnosti, kjer bi dodatno izobražena skupina izvedencev (obvezno s sodelovanjem psihiatra alkoholologa) podala oceno njegove vozniške zmožnosti. V obratnem primeru tak način ponovnega vračanja bivših voznikov v preventivnem smislu nima nikakršnega pomena: preden so ga zalotili policisti, je vozil pod vplivom alkohola, nato je šest mesecev vozil ravno tak in brez vozniškega dovoljenja, nato pa ponovno zopet z vozniškim dovoljenjem. Vemo, da kazni voznika, odvisnega od alkohola, ne izmodri, potrebno ga je vključiti v zdravljenje, to pa lahko dosežemo le s spremenjeno obliko zdravstvene selekcije.

Še težje od tega problema se lotevamo udeležbe voznikov, ki vo-

zijo pod vplivom mamil, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi, ki zmanjšujejo njihovo zmožnost za vožnjo. Zakon jasno govori o tem, da taki vozniki niso zmožni voziti motornega vozila in da bodo kaznovani, če jih policist odkrije. Sem sodijo vsi tisti, ki vozijo pod vplivom psihoaktivnih zdravil (četudi jim jih je predpisal zdravnik specialist in bi bili brez njih, po mnenju specialista, nezmožni udeležbe v prometu v vlogi voznika). Najprej se seveda moramo vprašati, kolikokrat ustrezeni specialist ali osebni zdravnik opozori svojega pacienta na to, kaj mu je predpisal, kako lahko ta psihoaktivna (pa tudi druga) zdravila vplivajo na njihovo vozniško zmožnost, koliko časa po zaužitju traja vpliv (koliko časa po spremembi zdravljenja lahko pride do nepredvidenih reakcij) itd. Ali je kdo zdravnike, tako specialiste na sekundarni in terciarni ravni kot izbrane zdravnike na primarni ravni, na to sploh opozoril in če jih je, zakaj ne opozarjajo svojih pacientov?!

Drug problem so npr. vozniki, ki se zdravijo zaradi epilepsije. Po sedaj še veljavnem Pravilniku o zdravstvenih pogojih, ki jih morajo izpolnjevati kandidati za voznike in vozniki motornih vozil, le-ti ne bi smeli voziti, če jemljejo psihoaktivna zdravila, označena s polnim trikotnikom - trigoniki (kljub temu, da so več kot dve leti brez napadov). Posebna zdravniška komisija je na predlog epileptologov, ki so pri svojem zaključevanju upoštevali modernejše trende stroke, pogosto že sedaj dovolila udeležbo teh voznikov, če so bili pod redno zdravniško kontrolo, disciplinirani in dobro vodeni, brez napadov (in ob ustreznem zdravljenju) vsaj dve leti. Pri tem so zdravniki zavestno tvegali, da policija takšnega voznika ne bo obravnavala oziroma da ne bo povzročila cestnoprometne nezgode (in to se tudi v resnici ni velikokrat zgodilo). V primeru nezgode in eventualne tožbe se bo postavilo pod vprašanje tudi delo posebne komisije oziroma njenih izvedencev, ki so zavestno kršili Zakon o varnosti cestnega prometa, ki prepoveduje vožnjo pod vplivom psihoaktivnih zdravil. Zato smo zakonodajalcu že predlagali določen popravek tega člena, in sicer tako, da posebna zdravniška komisija lahko v določenih primerih dovoli vožnjo navkljub uporabi s strani ustreznega specialista predpisanih psihoaktivnih zdravil, ki pa pri določeni konkretni oceni izvedenca posebne zdravniške komisije ne vplivajo na kandidatovo/voznikovo vozniško zmožnost v taki meri, da bi to lahko predstavljalo tveganje pri vožnji v cestnem prometu.

Do enake zagate pridemo tudi pri vključevanju voznikov, ki so na vzdrževalnem metadonskem programu. Taki vozniki kljub želji terapevtov (ki to opravičujejo z njihovo rehabilitacijo - torej čim optimalnejšo socializacijo) po sedaj veljavni zakonodaji ne smejo voziti motornih vozil v cestnem prometu. V večini evropskih držav z razvitim cestnim prometom ti vozniki ne morejo pridobiti pozitivnega mnenja o vozniški zmožnosti, so pa tudi izjeme (npr. Velika Britanija). Številni strokovnjaki menijo, da bi del teh voznikov, ki so zelo disciplinirani in jemljejo (kontrolirano) izključno le metadon v predpisanem odmerku, verjetno v primerjavi z ostalo populacijo vse zahtevane teste za ugotavljanje vozniške zmožnosti ustrezno in zadovoljivo opravili, vendar gre le za peščico vseh tistih, ki so v metadonskih programih (okrog 10 do 20 odstotkov), vsi ostali pa poleg metadona posegajo še po dveh, treh ali celo več psihoaktivnih substancah in alkoholu, ki (še posebej v kombinaciji) bistveno omejujejo njihove vozniške zmožnosti. Zato bi bila potrebna natančna študija pojavnosti teh voznikov v cestnem prometu, o prekrških in nezgodah in njihovih psihofizičnih zmogljivosti ter eventualnih odstopanj od doktrinarno postavljenih okvirov za ocenjevanje vozniške

zmožnosti. Pacient na vzdrževalnem metadonskem programu, ki bi želel voziti, bi moral svojega terapevta odvezati poklicne molčečnosti, kajti le z ustreznim sodelovanjem terapevta in zdravnika izvedenca posebne zdravniške komisije bi lahko zagotovili njihovo ustrezno obravnavo in realno vključevanje v cestni promet. Večina teh pacientov (po različnih študijah je njihova povprečna starost med 25 in 30 let) ima vozniški izpit ter prihaja po odmerku metadona z avtom, in to kljub temu, da o nezdružljivosti tovrstnega zdravljenja in vožnje vesta tako pacient kot terapevt. Če bi tak pacient povzročil nezgodo, bi se praviloma morala ugotavljati tudi terapevtova odgovornost. Sedaj veljavna zakonodaja (Zakon o varnosti cestnega prometa) ne daje pravne možnosti sodelovanju teh voznikov v cestnem prometu. Glede na priporočilo Evropske unije se bo ta stroga določitev v primeru metadona pri najbolj discipliniranih voznikih, ki so na vzdrževalnem metadonskem programu in pri njih niso ugotovljene pomanjkljivosti, ki bi lahko vplivale na vozniško zmožnost, verjetno po zgledu nekaterih zahodnih držav kmalu spremenila. Zato tudi v naši republiki že "intenzivno razmišljamo" o tem, kako ravnati v takih primerih. Zakonodajalcu smo predlagali dopolnitev zakonodaje, in sicer tako, da bi izvedenci posebne (drugostopenjske) vozniške komisije v določenih primerih lahko (seveda ob upoštevanju številnih dejavnikov) dovolili vožnjo amaterskih kategorij tudi tem voznikom. Ob tem bi vsekakor zahtevali dokazljivo abstinenco vseh drog (razen predpisane doze metadona), ob ustreznih psihofizičnih sposobnostih in osebnostnih lastnostih, ustreznem mnenju kandidatovega terapevta in negativnih naključnih kontrolah urina.

Pomembna vrzel v ocenjevanju vozniške zmožnosti je tudi pri kandidatih za voznike oziroma voznikih, ki imajo kakršnokoli telesno okvaro ali motnjo in bi po uspešni rehabilitaciji po oceni ustreznega specialista - fiziatra lahko vozili le njim prilagojeno motorno vozilo. Marsikdo bi mislil, da je takih voznikov izjemno malo, pa temu ni tako. V kontekstu celovite rehabilitacije npr. voznika po težki nesreči, ki je združena z omejeno gibljivostjo, plegijo ali celo amputacijo, se pogosto srečujemo tudi s tem vprašanjem. Ustrezen medicinski strokovnjak - fiziater predlaga prilagoditve vozila in/ali voznika, ki jih izvede tehnični strokovnjak ter potrdi tehnično strokovno telo. Poti od predloga do izvedbe in potrditve ter preverjanja ustreznosti prilagoditve oziroma vožnje z ustrezno ravno varnosti niso dorečene in tudi na tem področju vidim, da že imenovano posebno vozniško komisijo, obilico trdega dela. Posamične, tudi strokovno visoko zastavljene akcije ne morejo roditi uspeha, združevanje različnih strokovnjakov pod okriljem komisije pa lahko predstavlja zametek ali celo jedro tako dolgo načrtovanega Inštituta za medicino prometa, kot jih imajo vse prometno razvitejše države v Evropi.

Ne tako majhen problem predstavljajo tudi vozniki po možganski okvari (po bolezni ali poškodbi...), kjer se pogosto pojavi sum na vozniško nezmožnost, ki pa ga tako pacient kot terapevt (nevrolog...) "odrivata" oziroma lahko celo namerno prezreta. V vseh takih primerih težjih okvar možganov bi se v okviru rehabilitacije morali vprašati tudi o vozniški zmožnosti ter takega pacienta na to opozoriti in ga usmeriti v procesu preverjanja vozniške zmožnosti tudi k nevro psihologu in nato strokovnjakom posebne komisije, kjer bi multidisciplinarno lahko podali oceno o vozniški zmožnosti oziroma nezmožnosti. V številnih primerih bi se lahko posluževali tudi usmerjene rehabilitacije na v svetu že leta uporabljenih simulatorjih, npr. Dynavision, ki ga imajo na fakulteti za šport in ki se je v svetu že dodobra uveljavil tako v rehabilitaciji po možganski okvari kot

pri starostnikih voznikih, ki želijo najprej preveriti nekatere pomembne zmogljivosti za varno vožnjo in jih nato tudi osvežiti oziroma ponovno osvojiti, ali pa t. i. Media tester na Inštitutu za rehabilitacijo RS, ki bi ga s pridom lahko koristil tudi vsak posameznik, ki bi želel vedeti, ali so npr. njegove reakcijske sposobnosti, moč, psihomotorična koordinacija, vzdrževanje pozornosti in sledenja, vidno polje itd. še ustrezni zahtevam sodobnega cestnega prometa (npr. po večji poškodbi s prizadetostjo živčevja in gibal, po bolezni ali le zaradi starostnega upada zmogljivosti).

Zelo pomembno vprašanje je tudi sodelovanje s sodniki za prekrške in policijo. Ne moremo le vsak na svojem bregu delati za dvig globalne varnosti v cestnem prometu in se, ne meneč se za drugega, strogo držati svojih načel in črke zakona. Želeli bi si usklajenih akcij, tako pri nastajanju zakonodaje (kjer nas npr. nihče ni hotel poslušati, ko smo zatrjevali in dokazovali, da je starostna meja prvega kontrolnega pregleda pri šele 80 letih bistveno previsoka in najvišja v Evropi - predlagali smo 70 let, nato do 80. leta kontrolni pregled na 3 leta in po 80. letu vsako leto itd.) kot tudi pri vseh ostalih akcijah v smeri dviga celovite prometne varnosti.

Prav tako bi želeli, da bi v določenih primerih (kljub varovanju osebnih podatkov) imeli tudi vpogled v proslilcevo eventualno predkaznovanost zaradi enakih ali podobnih prekrškov (cestnoprometne nezgode, prekrški itd.). Seveda le-ti niso predmet našega ocenjevanja, ker kot zdravniki ocenjujemo njegove konkretne telesne in duševne lastnosti oziroma zmogljivosti, ki naj odgovarjajo zahtevam cestnega prometa, kljub temu pa nam lahko predstavljajo pomemben podatek o njihovem načinu življenja, obnašanju in voznjah. Marsikdo bo oporekal, češ, zdravnik izvedenec ni policist in ga zato ti podatki ne zanimajo, pa vendar so nam npr. pri kršilcu povratniku (npr. pri vozniku, kjer ne dokažemo odvisnosti od alkohola, z gotovostjo pa škodljivo rabo alkohola) tudi tovrstni podatki še kako v pomoč.

Dela na tem področju nam prav gotovo še dolgo ne bo zmanjkalo. Številne nerešene dileme (nekaj sem jih izpostavil v tem prispevku, prav gotovo pa so številne še vedno ostale prikrite) prav gotovo nakazujejo pomembnost področja, ki se ga lotevamo, silovitega razvoja prometa in posledične travmatiziranosti, hkrati pa morda kažejo tudi na to, da smo do sedaj temu področju premalo prisluhnili, da so bile naše akcije premalo poglobljene ali pa vsaj ne dovolj celovite. Zavedamo se, da bomo le skupaj (tako strokovnjaki različnih specialnosti iz medicinskih in tehničnih strok kot tudi policija, sodniki za prekrške in vladni organi - npr. Svet za preventivno in vzgojo v cestnem prometu) probleme lahko reševali v smeri zelenega in nujnega dviga celovite varnosti v cestnem prometu. In zato je prav, da o problemih izvedencev na tem področju - specialistov medicine dela, prometa in športa, pa tudi ostalih specialistov, ki sodelujejo z nami kot konziliarni specialisti - izvejo vsi zdravniki, saj je vsem skupna skrb za zdravega, varnega in zadovoljnega človeka - tudi udeleženca v katerikoli obliki cestnega prometa. ■



Zdravstveni dom Kočevje objavlja delovno mesto

zobozdravnika

za nedoločen čas s polnim delovnim časom,
s 4-mesečnim poskusnim delom.

Nastop dela takoj oziroma po dogovoru.

Pogoji:

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

Kandidati naj svoje vloge pošljejo na naslov:
Zdravstveni dom Kočevje, Roška cesta 18, 1330 Kočevje.

Zdravstveni dom Šentjur pri Celju objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista splošne medicine

ali

zdravnika pediatra

Pogoji:

- zdravnik specialist - končana specializacija iz splošne medicine ali
- zdravnik specialist - končana specializacija pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- 3-mesečno poskusno delo.

Kandidatu nudimo trisobno stanovanje.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov:
Zdravstveni dom Šentjur, Leona Dobrotinška 5, 3230 Šentjur pri Celju.

Ali se lahko raziskovalna naloga napiše (skoraj) sama?

Iztok Štrotl

Vsaka raziskovalna skupina se prej ali slej znajde pred vprašanjem: "Kako organizirati zbiranje podatkov, ki jih dobimo med raziskovalnim delom?" Na voljo je več možnosti, ki imajo vsaka svoje prednosti in slabosti. Naša skupina je za zbiranje podatkov izbrala zanimivo, malce drugačno rešitev.



Za lažje razumevanje koncepta bom v nadaljevanju teksta uporabljal primer, ki je pri kliničnih raziskavah najbolj pogost. Največkrat spremljamo parametre, ki jih ob kliničnem delu dobimo pri različnih pacientih. Kakšne možnosti zbiranja podatkov imamo?

Kadar gre za manjšo skupino pacientov, se da problem enostavno rešiti z izdelavo protokola, v katerega vpisujemo iskane podatke. Na koncu podatke le še vnesemo v računalnik in obdelamo s statističnim programom. Protokol je lahko že oblikovan v računalniški obliki: računalniški bazi (Access MS, StarOffice base, Gnome-DB), preglednici podatkov (Excel MS, Gnumeric, KSpread), ali pa je za zbiranje podatkov narejena posebna aplikacija oziroma program. Tako lahko podatke vpisujemo kar na oddelku in si s tem prihranimo dvakratno vnašanje podatkov (enkrat na papir, potem pa še v računalnik).

Kaj so pomanjkljivosti takega pristopa?

Podatki se zbirajo lokalno pri izvajalcih raziskave, ki morajo zbrani material v pisni ali računalniški obliki dostaviti do "zbirnega mesta". Tu lahko nastopijo problemi z nezdržljivostjo programske opreme in s tem različnih formatov zbranih podatkov. Zaradi tega se je potrebno predhodno dogovoriti o standardnih programih in obliki podatkov, ki jih bomo uporabljali.

Problemi lahko nastanejo z vzdrževanjem programske opreme pri uporabnikih, ki imajo različno predhodno znanje iz uporabe računalnikov. Že namestitev programske opreme (namenjene zbiranju podatkov) navadno presega računalniško znanje posameznega zdravnika. Če se ob delu kaj zalomi na računalniku, tega uporabnik ne bo znal vedno odpraviti. Vsi smo že doživeli situacijo, ko računalnik zaradi nekkih čudnih (samo njemu jasnih) zadev noče in noče delati tistega, kar hočemo od njega. Poleg tega programsko opremo namestimo navadno samo na en računalnik, ki ni vedno dosegljiv.

Potem so tu še problemi z varovanjem bolnikovih podatkov. Če podatki "ležijo" nekje v bolnišnični lokalni mreži, dostopni vsem, ki imajo dostop do te mreže, potem je to daleč od varovanja osebnih podatkov pacienta. Tudi podatki, ki jih ima zdravnik doma na svojem računalniku, so seveda le relativno varni. Pogosto lahko bremo o vdorih v domače računalnike, ki so dostikrat zelo slabo ali pa sploh niso zavarovani proti splošnim napadom. Taki so na primer trojanski konji, virusi... Da o načrtovanem napadu na računalnik

določene osebe niti ne govorimo.

Če pošiljamo zbrane podatke po e-pošti v "zbirno mesto", jih povprečen uporabnik pošilja nezavarovane oziroma nešifrirane. Zaradi tega je varnost potujočih podatkov zelo dvomljiva. Koliko zadnjih e-sporočil ste šifrirali s sistemom enkripcije?

Naslednja pomanjkljivost je, da je težko priti do delnih rezultatov študije (še posebej, če podatke zbiramo na več lokacijah). Ker so statistične obdelave navadno v domeni strokovnjakov za statistiko, ki imajo omejeno količino časa, se statistična obdelava navadno opravi "na koncu", ko so vsi podatki zbrani. Ali pa se naredi le nekaj vmesnih analiz.

Internet nudi dodatne možnosti

Medij, ki bi lahko odpravil dosti omenjenih pomanjkljivosti, je internet. Internet omogoča centralizirano zbiranje podatkov in s tem tudi njihovo takojšnjo obdelavo - izdelavo statističnih analiz, grafov. Če so ti postopki dovolj avtomatizirani, lahko dobesedno kardarkoli opazujemo, kako se oblikujejo rezultati in avtomatično generirani grafi. Seveda poteka vse skupaj spet preko interneta, brez da bi za to rabili kakršno koli komplicirano programsko opremo. Dovolj je le internetni brskalnik.

Opisal bom poskusni model, ki ga projektiramo v sodelovanju s porodnišnico splošne bolnišnice Murska Sobota in porodnišnico Ljubljana.



Ozadje problema

Za predrojstno diagnostiko Downovega sindroma je izdelan statistični model, na podlagi katerega je možno iz različnih pri plodu dobljenih podatkov (od katerih je najpomembnejša velikost nihalne svetline) izračunati oceno tveganja za Downov sindrom pri plodu. Danes se to tveganje izračunava s pomočjo programa "The Fetal medicine foundation" (FMF) iz Velike Britanije. Zdravnik, ki je preglede opravil, lahko kadarkoli pregleduje podatke svojih pacientk, ki so shranjeni na njegovem računalniku. Zraven lahko tudi preveri, ali pravilno opravlja preiskavo ali ne. Za vsakoletno podaljšanje uporabe programa je potrebno vse podatke, zbrane s programom, poslati na Otok.

Tak način dela je potreben, ker je merjenje nihalne svetline pri plodu tehnično zelo zahtevno. Iz analize zbranih podatkov je mogoče ugotoviti, ali zdravnik pravilno opravlja preiskavo. V primeru, da je ne opravlja pravilno, ga pokličemo na dodatno izobraževanje. Zraven tega pa se zbrani podatki uporabijo za izboljšanje statističnega modela, na podlagi katerega se tveganje izračunava.

Razmišljali smo o programu, ki bi na podoben način izračunaval tveganje za Downov sindrom pri plodu in hkrati omogočal nadzor nad kakovostjo dela ginekologov, oziroma ki bi nam pomagal pri njihovem uvajanju v izvajanje merjenja nihalne svetline. Zraven tega bi seveda na enak način, kot z angleškim programom, pridobili veliko količino podatkov, ki jih lahko nato enostavno statistično obdelujemo.

Program FMF je aplikacija, pisana za računalnike z operacijskim sistemom Windows MS. Ginekolog, ki pridobi licenco za opravljanje te preiskave, lahko namesti program na en sam računalnik, kar je lahko včasih omejujoče. Je pa ta rešitev vsekakor lep zgled kontrolirane zbiranja podatkov in je prinesla že dosti pozitivnih rezultatov.

Naša izvedba

Naša izvedba prinaša kar nekaj novosti. Prva je, da teče program na internetnem strežniku. Do strežnika zdravniki dostopajo z navadnim internetnim brskalnikom (zaenkrat z MS Internet Explorerjem ali z Mozilla). Prijava v strežnik je možna s katerega koli računalnika, povezanega z internetom, iz službe, doma... Ker je danes internetni brskalnik prisoten na vseh operacijskih sistemih, ni potrebno dodatno namestiti nobenih programov. Zdravnik samo vtipka internetni naslov (URL) v brskalnik in že lahko začne z delom.

Vsak zdravnik, ki hoče uporabljati program, dobi uporabniško ime in geslo, ki mu dovoljmeta uporabo programa na strežniku.

Podatki o plodu in materi se takoj, ko jih ginekolog vnese, samodejno zapišejo v centralno bazo na strežniku. Zdravnik lahko kadarkoli pregleduje podatke o svojih pacientkah. Ravno sedaj se trudimo, da bi lahko podatke (o svojih pacientkah) ne samo pregledoval, temveč jih tudi prenesel v drugih formatih, kot so recimo MS Excel format(.xls), za svojo lastno uporabo.

Takoj ko zdravnik vnese izmerjene podatke, program izdela ličen izvid, primeren za izpis na tiskalniku. V "glavo" in "nogo" izvida avtomatsko doda podatke o

zdravniku in ustanovi zdravnika, ki je prijavljen v program oziroma je opravil preiskavo. Tudi mnenje zdravnik izbere iz skupine že pripravljenih mnenj, tako da sam postopek izdelave dokončnega izvida traja zelo malo časa.

Program na strežniku krmilimo preko internetnega brskalnika, na straneh, namenjenih nadzorovanju (administraciji) programa. Nastavitve v programu lahko pregledujejo le vodje projekta. Tu določimo zdravnikom njihova uporabniška imena in gesla za dostop do programa in spreminjamo različne parametre, med katerimi so dodajanje podatkov uporabnikov (zdravnikov) in njihovih ustanov, na podlagi katerih je omogočeno izpisovanje izvidov.

Na straneh za administracijo lahko tudi nadzorujemo delo zdravnikov in opazujemo trenutne statistične rezultate in grafe, ki se dinamično generirajo na internetnih straneh. Ko imamo podatkov enkrat dovolj, je treba statističnim rezultatom dodati samo še besedilo in raziskovalna naloga je pripravljena za objavo.

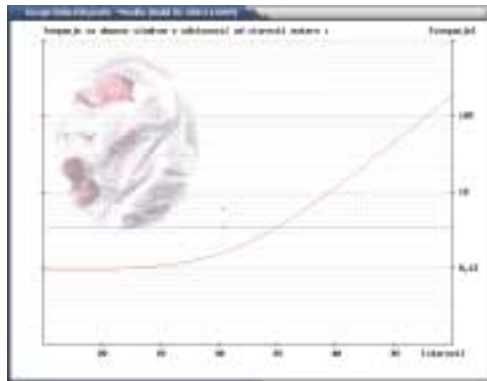
Tudi seznam literature na naših straneh obnavljamo avtomatsko. Ko dodamo kako lastnost statističnemu modelu našega programa (ki temelji na določenem članku), je potrebno le vnesti podatke o članku na straneh za administracijo. Takoj zatem je povzetek članka dostopen vsem uporabnikom programa v seznamu literature.

Varnost

Sam strežnik je s svojimi podatki relativno varen, saj za njega skrbijo osebe s potrebnim računalniškim znanjem. Poleg tega je navadno opremljen z dodatnimi varnostnimi mehanizmi (kot je na primer požarni zid). Seveda sta tudi tu možna vdor in kraja, vendar je ta verjetnost dosti manjša od tiste, da bi nekdo ukradel podatke od posameznika, ki potrebnega znanja o računalniških tehnologijah nima, vendar doma vseeno skladišči baze podatkov o svojih pacientih.

Razsežnost interneta onemogoča fizično varnost podatkov, zato nam varno komunikacijo po internetu omogočajo kriptografski mehanizmi. Kriptografija je poenostavljeno veda o šifriranju podatkov. Tako potujejo podatki od brskalnika na odjemalca (računalniku pri zdravniku) do strežnika po internetu šifrirani s sistemom šifriranja, ki ga je zelo težko oziroma skoraj nemogoče razbiti. Šibka točka je zopet uporabnik. Ker podatkov nima na svojem računalniku, ti niso direktna tarča potencialnega napada. Morebitni tat bi lahko pridobil šifro, s katero zdravnik dostopa do podatkov svojih pacientk na strežniku.

Le malo ljudi ve, da je zelo enostavno prestreči njihove šifre, ki jih vpisujejo na javnih računalnikih za različne servise, recimo Hotmail ali Yahoo mail. Nekdo mora samo postaviti program za "prisluškovanje" tipkovnici na tak javni računalnik, nato pa pride zvečer po šifre, ki so jih različni uporabniki vtikali v tak računalnik. Zato je uporaba na računalnikih, do katerih dostopajo nepooblaščen osebe, načeloma nezaželena. Vendar je taka paranoja ob nekaj dodatnih ukrepih odveč. Če je računalnik zaščiten z ažuriranim(!) antivirusnim programom (s tem je mogoče odvrniti večino napadov) in na njem delajo le pooblaščen ljudje, potem največkrat dobimo sistem z zadovoljivo stopnjo varnosti.



Uporabljene tehnologije (pozor, suhoparne tehnične podrobnosti)

Nepoučeni lahko to poglavje kar preskočijo, saj bodo tehnične podrobnosti te idejne zasnove uredili kar njihovi informatiki. Zaenkrat teče internetni programski strežnik Apache na strežniku z operacijskim sistemom FreeBSD. Serverski del programa je pisan v PHP-ju, ki sodeluje z bazo MySQL. Sam algoritem za izračunavanje tveganja za Downov sindrom je napisan v JavaScriptu, se pravi, da teče na strani klienta, to pa zato, ker obstaja tudi verzija, ki lahko dela brez strežnika (za primer, ko zaradi različnih dejavnikov dostop do interneta začasno ni možen). Grafi se generirajo s pomočjo izvrstnih PHP image funkcij, ki temeljijo na GD-knjiznici (www.boutell.com/gd/). Promet po internetu je šifriran s pomočjo SSL-protokola.

Zaenkrat imamo le en problem, in sicer, da je internet tu in tam tudi muhast, tako da je včasih dostop do strežnika otežen. Težave s strežnikom, ki se pojavljajo, nam zelo hitro odpravi naš dežurni vzdrževalec strežnika, Grega Pogačnik.

To priložnost bi izkoristil za zahvalo dobremu prijatelju Petru Kaduncu (5rZdr.com), študentu medicine in filozofije, drugače pa izvrstnemu računalnikarju, za pomoč pri izvedbi projekta, ki ga brez njegovih nasvetov ne bi mogel nikoli izvesti. Zahvala gre tudi Simoni Copi, dr. med., ki je neusmiljeno testirala naš program in se pri tem celo zabavala, in asist. mag. Stanku Pušenjaku za strokovne nasvete glede ginekologije.

Stroški

Za takšen projekt je potrebno pridobiti primeren strežnik, povezan v internet. Ker so vse uporabljene tehnologije del gibanja Free Software (OpenSource®), so seveda več ali manj zastoj za univerzitetno in tudi komercialno uporabo. Edino, kar predstavlja potencialni strošek, je izgradnja in vzdrževanje aplikacije na strani strežnika.

Strežnik danes niti ni več tako velik problem, saj ima dosti razi-

skovalnih ustanov postavljene internetne strežnike, pa tudi cena najetja takega strežnika se giblje v Sloveniji od 5.000 do 10.000 SIT na mesec.

Sklep

Opisani model je po mojem mnenju zelo uporaben za manjše in srednje velike raziskovalne skupine, ki lahko na tak način zelo hitro zberejo velike količine podatkov, potrebnih za znanstvene raziskave. Ker se podatki zbirajo centralno že, ko se vnašajo, je možna tudi takojšnja analiza delnih rezultatov in nato tudi prilagajanje poteka raziskave. Še posebej je ta model primeren za medbolnišnična sodelovanja, ki se dostikrat ne začnejo prav zaradi zgoraj naštetih banalnih problemov. Možna so tudi mednarodna sodelovanja. Treba je le prilagoditi vnosne maske programa, da se prikažejo v različnih jezikih, odvisno od tega, kateri zdravnik se prijavi v program.

Naš projekt se ni končan, tako da vseh naštetih možnosti ne omogoča popolnoma. Poleg tega se nam pojavljajo vedno nove in nove ideje, tako da je nadaljnji razvoj kar težko predvideti. Pričujoči članek je namenjen temu, da spodbudi domišljijo raziskovalcev. Če mi je to uspelo, je moj namen dosežen. ■

Iztok Štotl - iztok.stotl@guest.arnes.si

Literatura:

The 11-14-week scan, the diagnosis of fetal abnormalities - Kypros H. Nicolaides, Neil J. Sebire & Rosalinde J. M. Snijders; Parthenon Publishing Group (1999)

Nekatere povezave:

Več o nuhalni svetlini: <http://www.fetalmedicine.com/>

Free software: <http://www.free-soft.org/>, <http://fsfeurope.org/>, <http://www.linuxmednews.com/>

Šifriranje e-pošte in datotek za lastno uporabo: <http://www.sigenc-a.si/nav-S-MIME-uvod.htm>, <http://www.openpgp.org/>, <http://www.gnupg.org/>

Zdravstveni dom Brežice, p. o., objavlja prosti delovni mesti

1. zdravnika specialista ginekologa

2. zdravnika specialista psihiatra

za nedoločen čas.

Pogoji pod točko 1:

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- specializacija iz ginekologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Pogoji pod točko 2:

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- specializacija iz psihiatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izobrazbi pošljejo v 8 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Brežice, p. o., Černelčeva 8, 8250 Brežice.

Poročilo XI. letne konference FIDES, sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije

Dušan Senica

V petek 7. decembra smo se na že enajsti letni skupščini sindikata Fides zbrali delegati iz vse Slovenije (kar 91 od 98 vabljenih). Po uvodu in zahvali predsednika Konrada Kuštrina gostiteljem, podjetju Krka, d. d., je delovni predsednik Ivan Mrzlikar, ki je tudi tokrat vodil letno skupščino strpno, taktno in dosledno, dal besedo najprej gostom.

Pozdravili so nas in nam zaželeli uspešno delo: predstavnik hrvaškega zdravniškega sindikata dr. Stjepan Kudlek, glavna tajnica sindikata novinarjev Slovenije gospa Ljuba Babič ter predsednica sindikata farmacevtov Sifarm gospa Marta Poljanšek Zupan, mag. farm.

Nagovor predsednika Zdravniške zbornice Slovenije asist. mag. Marka Bitenca, dr. med., pa ni bil samo pozdravljač in vljuđen, ampak je povzel prizadevanja Fidesa in Zbornice v zadnjem letu po zadovoljitvi skupnega cilja, ki smo si ga zadali pred leti. Člani obeh organizaciji sedaj vidimo največji problem predvsem v kadrovskem pomanjkanju zdravnikov na mnogih področjih slovenske zdravstvene mreže. Zaskrbljuje nas predvsem dejstvo, da ustrezne službe, ki jih že dalj časa opozarjamo na nevdržne razmere, ne store dovolj (nič), da bi se razmere vsaj deloma začele izboljševati. Ponovno je opozoril na potrebnost enotnosti delovanja vseh treh slovenskih zdravniških organizacij v smislu dogovora iz Cerknega pred nekaj leti.

Nato je sledilo poročilo o delu glavnega odbora Fidesa v preteklem letu, ki ga povzemam v glavnih točkah.

V obdobju od zadnje letne konference je glavni odbor svoje aktivnosti osredotočil predvsem na:

- pripravo sprememb in dopolnitev kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike in pripravo na pogajanja;
- analizo kršitev posameznih določb kolektivne pogodbe v zavodih;
- nudenje pomoči posameznim enotam Fi-



Gostje na letni konferenci

desa v bolnišnicah, kjer vodstva zavodov kršijo kolektivno pogodbo;

- konstruktivno vključevanje v razprave ob pripravi delovnopravne zakonodaje, ki zadeva tudi zdravnike;
- organizirano seznanjanje študentov zadnjih letnikov medicine z dejavnostjo Fidesa;
- seznanjanje članstva preko obiskov v vseh večjih enotah Fidesa v bolnišnicah o možnih postopanjih Fidesa, ker se vladna stran ni pripravljena začeti pogajati, kot napotuje aneks, podpisan oktobra lani, ter
- aktivno sodelovanje na skupščinah FEMS (Evropske federacije zdravnikov v delovnem razmerju).

Glavni odbor je takoj po konferenci pristopil k pripravi sprememb in dopolnitev kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike.

Konec marca je minister za zdravje končno povabil predsednika Fidesa na razgovor, ki pa je potekal na zelo splošnem nivoju in ob nenehnem opozarjanju ministra, da bi dvig zdravniških plač pomenil nove zahteve drugih sindikatov, tega finančnega bremena pa proračun ne prenese. Predsednik Fidesa je menil, da Fides v prvi fazi lahko pripravi spremembe in dopolnitve kolektivne pogodbe, tako da bi se pogajanja lahko čimprej začela. Minister se je s tem strinjal.

V začetku aprila je glavni odbor poslal



mag. Marko Bitenc, dr. med., predsednik zbornice



Konrad Kuštrin, dr. med., predsednik Fidesa

ministrstvu predlog sprememb in dopolnitev veljavne kolektivne pogodbe. Ko je potekel 30-dnevni rok za odgovor nasprotne strani, kot ga predvideva kolektivna pogodba, odgovora ni bilo.

29. maja je ministrstvo za zdravje z enim samim stavkom predlog sprememb in dopolnitev, ki jih je izdelal glavni odbor, zavrnilo. Predlog naj bi po mnenju ministrstva vseboval člene, ki bi sprejeti imeli finančne posledice! To seveda ni res in zato smo takoj odgovorili, da trditev ni resnična.

27. junija je ministrstvo ponovilo, da je naš predlog finančno nesprejemljiv in hkrati poslalo, v nasprotju z veljavnimi določili, predlog nove kolektivne pogodbe, v katerem poleg nemogoče vsebine med drugim znižuje tudi sedanje plače zdravnikov. Zato je glavni odbor sklenil, da predlaganega besedila tako iz procesnih kot vsebinskih razlogov ne sprejme in zahteval, da se ministrstvo opredeli do našega predloga.

Glavni odbor je pred poletnimi dopusti ugotovil, da z uresničitvijo aneksa ne bo nič in da bo potrebno spet uporabiti skrajne oblike sindikalnega boja. Vodstvo se je odločilo, da jeseni organizira pogovore s članstvom v vseh večjih bolnišnicah širom Slovenije in jih seznani z možnimi oblikami našega sindikalnega boja. Glavni odbor brez večinske podpore članstva sklepa, da gremo

v zaostrovanje, in dogovora o obliki stavke ne more pristopiti k njenim organizacijskim pripravam.

Fides je na Delovnem in socialnem sodišču sprožil kolektivni delovni spor zoper Ministrstvo za zdravstvo zaradi neuresničitve aneksa iz leta 1998 h kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike. Sodišče je predlog Fidesa zavrnilo, češ da ni bil izpeljan postopek pomirjanja, ki je procesna predpostavka za sprožitev kolektivnega delovnega spora.

Zaradi vse pogostejših obvestil sindikalnih zaupnikov, da v zavodih kršijo kolektivno pogodbo, je **glavni odbor konec junija sklical posvet sindikalnih zaupnikov.** Zaradi svojevrstnega "varčevanja" zdravstvenih zavodov le-ti z raznimi pravilniki omejujejo že tako minimalizirano plačilo dežurstva, ki ga zahteva nepretrgano zdravstveno varstvo. Dejstvo je, da mora veliko zdravnikov delati na teden in na mesec mnogo več ur, kot pa je z zakonom dovoljeno. Da bi za to delo delodajalci plačali kar najmanj, si izmišljajo razne pravilnike, s katerimi zmanjšujejo ali celo ukinjajo plačilo tega dela.

Glede na vidno povečanje pravnih nasvetov v okviru pravne pomoči, ki jo daje glavni odbor Fidesa, lahko zapišemo, da se pravna zavest članov Fidesa povečuje. Seveda je skupaj 109 primerov pravnih intervencij na pogled malo. Toda če problematiko

beremo z vsebinske strani - gre za najtežje kršitve pravic zaposlenih zdravnikov, saj se prizadeti zaradi malenkosti ne obračajo po pomoč - so nepravilnosti in napačna ravnanja v zdravstvenih zavodih pogosta.

Kršitve kolektivne pogodbe, kolikor smo jih pač zaznali, so klasične: neplačevanje opravljenega dela v podaljšanem delovnem času, nespoštovanje pravic zdravnikov, poslanih na izobraževanje, dolžina letnega dopusta, dnevni in tedenski počitek, nadomestilo plače in še kaj. Zaradi manjših kršitev kolektivne pogodbe se zdravniki zelo redko ali pa sploh ne obračajo po pravno pomoč.

Med hujše nepravilnosti in nezakonita ravnanja vodstev zdravstvenih zavodov je na splošnem področju šteti nespoštovanje postopkov sprejemanja splošnih aktov, ki so v domeni direktorja, nespoštovanje določb 8. in 9. člena kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike o obveznosti vodstev zdravstvenih zavodov obveščati zdravnike in upoštevati njihova mnenja.

Pred mesecem dni se je s parafiranjem besedila predloga zakona o delovnih razmerjih usklajevanje socialnih partnerjev končalo. Tako rekoč tik pred parafiranjem teksta je sindikate javnega sektorja z rešitvami oziroma predlogom besedila zakona seznanil minister za delo, družino in socialne zadeve. V zakonu je vrsta novosti, ena bistvenih pa je vsekakor sklenitev pogodbe

o zaposlitvi, katere vsebina je zakonsko podrobno opredeljena. **Pogodba o zaposlitvi bo najpomembnejši dokument vsakega (zaposlenega) zdravnika!**

Zakon o javnih uslužbencih in zakon o sistemu plač bosta po sprejetju podrobneje urejala tako delovna razmerja zaposlenih v javnem sektorju kot plače.

Sindikati javnega sektorja smo bili seznanjeni z osnutkom, ki je brez tarifnega dela in brez kazenskih ter prehodnih in končnih določb.

Iz urada za plače smo bili povabljeni k sodelovanju pri oblikovanju tarifnega dela. Znane so spodnje iz zgornje omejitve višine plač za posamezne skupine zaposlenih, plače se naj ne bi povečale in tudi ne zmanjšale, zakon bi se uveljavljal postopno, dosednji dodatki, vezani na posebnosti npr. poklicev, bi se prištel k osnovni plači.

Sodelovanje zdravniških organizacij bi morali v prihodnje postaviti na višjo kakovostno raven. Predvsem bi si morali pogosteje izmenjati poglede do načina reševanja tistih vprašanj, ki sodijo tudi na področje dela sindikata. Potrebno bi bilo več strokovnega sodelovanja glede konkretnih rešitev pri specializacijah in pri sprejemanju raznih pravilnikov v pristojnosti zbornice, ki posredno posegajo tudi na področje delovno-pravnih vprašanj zaposlenih zdravnikov.

Tudi letos se je **FIDES aktivno vključeval v delo Evropske federacije zdravnikov v delovnem razmerju - FEMS.** Naša predstavnik sta se udeležila **dveh skupščin**, in sicer v **Bruslju** in v **Firencah**.

Na sestanku v Bruslju je bila predstavljena vsebina **razsodbe Evropskega sodišča**, sprejeta 3. oktobra 2000. Le-to je v zvezi z vprašanjem, ki ga je sodišče iz Valencie naslovilo nanj zaradi obremenitev zdravnikov, da delajo brez vsakih časovnih omejitev, razsodilo, da je dejavnost zdravnikov podrejena določilom Direktive Sveta 89/391EEC z dne 12. junija 1989 o uvedbi ukrepov, ki naj vzpodbudijo izboljšanje varnosti in zdravja delavcev pri delu, in Direktive Sveta 93/104EC z dne 23. novembra 1993, ki se nanaša na določene vidike organizacije delovnega časa.

Sodišče je razsodilo, da je čas, ki ga zdravniki v ekipah preživijo v pripravljenosti na poziv, treba šteti kot delovni čas in kadar je primerno, kot nadure, če morajo biti v zdravstvenem centru. Delo, ki ga zdravniki v ekipah opravljajo, medtem ko so v pripravljenosti na poziv, predstavlja izmensko delo.

Na skupščini FEMS v Firencah sta pred-

stavnika Fidesa podrobneje predstavila ugotovitve ocenjevalne analize petnajstih tipičnih delovnih mest v primarnem zdravstvu in bolnišnicah, na osnovi katere je bila izdelana ocena obremenitev zdravnikov po posameznih sklopih.

Člani FEMS so pokazali velik interes za podrobnejšo obravnavo omenjenih ugotovitev analize, saj v Evropi zdravniški sindikati doslej še niso poizkušali izdelati podobne analize in zdravstvene ocene delovnih mest posameznih profilov zdravnikov.

Ker bo maja prihodnje leto skupščina FEMS v Sloveniji, bomo k razpravi povabili tudi izvajalce omenjene analize.

Letos smo **zabeležili porast včlanjevanja v Fides**, kar je vsekakor **tudi rezultat dela naših sindikalnih zaupnikov.** Trend večjega včlanjevanja mladih zdravnic in zdravnikov moramo ohraniti, saj združeni v sindikat veliko lažje uveljavljamo svoje zapisane pravice iz delovnega razmerja.

Obširno poročilo o delu vodstva Fidesa smo delegati sprejeli, nato smo poslušali še poročilo predsednika Konrada Kuštrina o poteh in stranpoteh pogajanj in nepogajanj in nagajanj z žal nam nasprotni strani - ministrstva za zdravje. Na kratko nam je orisal načrte za zaostrovanje sindikalnega boja in

nam zagotovil popolno izdelanost vseh možnih oblik stavke, ki se je bomo poslužili, ko bo čas dozorel, in sicer 40-urnega delovnega tedna, da bomo delali tako kot vsi drugi zaposleni državljani. Pokazali bomo, da nismo zgolj tolpa, ki se "cufo za fičnike", ampak smo odgovorni nosilci dela v zdravstvu, ki nam je veliko do tega, da bo naše delo varno in odgovorno, ter da nas je za tako delo premalo vsaj toliko, kolikor nas gospod Košir plačuje Gogoljevih "duš" (ali iz ur, kot se izrazi on). Če je neobstojećih zdravnikov zdaj 700, bi jih bilo potrebno v desetih letih na novo zaposliti vsaj 350, da bi za polovico zmanjšali naše preobremenitve. Poleg tega bo potrebno redno nadomeščati predvidene odhode v pokoj, ki jih bo v dveh letih tudi nekako toliko (in v pokoj odhajajo predvsem specialisti, mar ne?), ob tem pa vidimo, da specializacije že lep čas kar čakajo.

Po poročilu predsednika se je razvila živahna razprava. Spregovorili so zatirani, razočarani in tudi užaljeni delegati iz vseh delov Slovenije in poleg čustvenih pripomb je bilo slišati tudi zahvale vodstvu Fidesa za pomoč v primerih pravega "uzurpiranja podložnikov" s strani direktorjev posameznih zdravstvenih zavodov. Izkazala se je podpora dosedanjim usmeritvam in prizadevanjem



članov glavnega odbora Fidesa pri sindikalnem zaostrovanju v časih, ko je nakup vladnega letala ali policijskega čolna ali sprejemanje amandmajev za povišanje proračuna za potrebe dela državnega zbora mala malica, pomembni zakoni (npr. o pediatrični kliniki) pa so se sprejemali s figo v žepu.

Ko smo poslušali o tem, kako evropske države skrbijo za to, da bodo imele dovolj zdravnikov (vabijo v reaktivacijo zdravnike, ki delajo izven zdravstva, in jih na to tudi pripravljajo in izobražujejo; šolajo cele generacije zdravnikov v tujini, da bodo po končanem študiju medicine prišli delat k njim), in imamo pri nas še vedno omejen vpis na Medicinsko fakulteto enako, kot je bil pred 25 leti, ko smo imeli še kar precej priliva diplomantov z drugih fakultet prejšnje Jugoslavije, se je porodila tudi ideja o ustanovitvi še ene, ljubljanski vsaj malo konkurenčne, medicinske fakultete na naši drugi univerzi v Mariboru. Na koncu je XI. letna konferenca soglasno sprejela sklepe, navedene v nadaljevanju.

Sklepi

XI. letne konference Fidesa, sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije

1.

Splošnoveljavno načelo "Vsakdo s svojim znanjem in prispevkom ter vsakemu po njegovem prispevku" je naše temeljno vodilo v boju za ustrezno plačilo. Zato odklanjamo ekonomiko, v kateri je zdravnik pri svojih delovnih odločitvah odvisen od trenutnega materialnega položaja zdravstvenega zavoda in posledično vezan, da dela več in prek svojih človeških zmožnosti.

2.

Naše delovne obveznosti, ki presegajo vse meje, posledično kličejo po novih zdravnikih. Menimo, da bi bilo zato potrebno tudi pri drugi slovenski univerzi odpreti študij medicine.

3.

Ne samo strokovno usposobljen, temveč tudi spočit zdravnik je porok ohranitve in izboljšanja zdravja. Dežurstvo kot "običajna praksa" zdravstvenih zavodov nas sili, da delamo tudi še enkrat daljši tedenski delovni čas, kot je predpisano. Neprekinjen - tudi 48-urni - delovni čas botruje neštetim težavam in tudi slabi klinični praksi. In nihče se zaradi tega ne vzemirja. Ko pa stori zdravnik napako, ostane sam. Seveda kriv. Tako ali drugače. Kriv.

4.

Od poklicanih in pristojnih za določanje ekonomskega stanja zdravstvenih zavodov in s tem delovnega položaja zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter zdravnikov kot "temeljnih in odgovornih nosilcev zdravstvenega varstva" pričakujemo, da bodo uredili nerešena vprašanja, nastala zlasti v okviru nove slovenske države. To so:

- uresničitev aneksa h kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike. Za njegovo uresničitev na strani Fidesa kot podpisnika ni ovir;
- prenovitev kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike iz leta 1994 in uskladitev njenih določb po napotilu zakona o zdravniški službi iz leta 1999. Preteklo je leto dni, odkar je vlada temu zavezana. Izpolnjevanje zakonov ni stvar samo zdravnikov kot državljanov;
- nove delovne obveznosti zdravnikov, zlasti v preventivi. Za to naj odgovorni dodajo tudi sredstva in zagotovijo dodatne sodelavce. To se lahko izvede tako, da se glavarini za splošnega/družinskega zdravnika in pediatra izenačita.

5.

"Novi" sistem plač v javnem sektorju vlada vse predolgo pripravlja. Začasni zakon iz leta 1994, kot prehod iz "samoupravnega" dogovarjanja v resen plačilni sistem, velja že osmo leto in bo veljal še kar nekaj časa.

Nesorazmerij med plačami v posameznih segmentih javnega sektorja, kot se popularno govori in piše, zdravniki nismo povzročili, čutimo pa jih. "Nesorazmerja" so zlasti posledica nemoči sistema, da bi se spopadel z dejanskimi problemi: potrebnim izobraževanjem, pretirano dolgim in zato nezakonitim delovnim časom, skromnim zaposlovanjem, ter jih ustrezno odpravil in delo pravično ovrednotil.

6.

Zdravniki kot del javnega sektorja, terjamo:

- izenačitev dejanskega delovnega časa z delovnim časom drugih zaposlenih v javnem sektorju in tako kot določajo predpisi;
- plačilo dela v podaljšanem delovnem času po dejanskem času, prebitem na delovnem mestu;
- dnevni odmor med dvema zaporednima delovnim dnevom ter tedenski odmor, kot določajo predpisi;
- pravice, ki nam gredo zaradi obveznega izobraževanja in izpopolnjevanja za opravljanje zdravniškega dela;
- odpravo vseh ovir, ki nam onemogočajo svobodno izbiro zdravniškega dela in svojega delodajalca.

7.

Zdravniki, združeni v sindikat Fides, smo še vedno privrženi dogovoru iz Cerknega, da si bomo vsa zdravniška združenja prizadevala v dobro zdravnikov. Zato podpiramo idejo o domu slovenskih zdravnikov.

8.

XI. letna konferenca terja od glavnega odbora in svojih sindikalnih zaupnikov, da vsebino teh sklepov in vsa ostala odprta vprašanja javno predstavijo in storijo vse za njihovo uveljavitev in ustrezne rešitve.

V kolikor bodo presodili, da vprašanj in problemov ni mogoče rešiti z dialogom, jih zavezujemo, da uporabijo vsa legitimna sredstva sindikalnega boja za izboljšanje delovnega položaja slovenskih zdravnikov.

V Ljubljani, dne 7. decembra 2001



120 let slovenske psihiatrije

Janko Kostnapfel

Moj dokumentacijski spomin mi uhaja daleč nazaj, kakšnih 200 let ali nekaj več. V čas, ko je živel moj praded ali morda prapraded. Takrat so po tako hvalisavi Evropi še uprizarjali lov na čarovnice, jih obsojali, sežigali na grmadah ali obglavljali. Mnoge od teh nesrečnih žensk so bile duševne bolnice. Upam, da moj prednik, ki je bil faber cupris, ni podkladal slame ali brusil mesarice; vem pa ne.

Služkinja Ana Maria Schwägel, duševno in telesno strta obtoženka, je trem sodnikom v navzkrižnem zasliševanju priznala, da je nečistovala s hudičem, tako v sanjah kakor v resnici. Obsodili so jo na smrt. Vladajoči opat si je naložil toliko truda, da je pregledal spise in nato potrdil obsodbo. Duševno bolno nesrečnico so leta 1775 obglavili. To je bil zadnji čarovniški proces v Nemčiji, a ni bil zadnji v Evropi.

Menda zadnji čarovniški proces v Evropi se je odigral sedem let kasneje pred protestantskim sodiščem v Glarusu, v glavnem mestu švicarskega kantona z istim imenom. Junija 1782 so Anno Göldi obsodili na smrt zaradi "zavdajanja" in "umetelnosti", kot so se previdno izrazili. Pred tem so jo mučili in nato obglavili. Usmrčenka je bila pestunja pri zdravniku Tschudiju, ki ni bil le njen gospodar, marveč tudi njen sodnik.

Na slovenskih tleh so samo štiri leta po omenjenem zadnjem čarovniškem procesu, 7. septembra 1786, ustanovili splošno civilno bolnišnico v bivšem diskalceatskem samostanu na Ajdovščini v Ljubljani, potem ko ga je cesar Jožef II. razpustil. V bolnišnici so kmalu pripravili primerne prostore tudi za duševne bolnike, ki so jih oskrbovali z vso prizadevnostjo in humanizmom. Ustanovitev te bolnišnice predstavlja pravzaprav tudi rojstvo organiziranega psihiatričnega skrbstva in začetek težke poti slovenske psihiatrije.

Šele tri leta kasneje, leta 1789, je francoski zdravnik Philippe Pinel v pariški bolnišnici Bicêtre snel verige duševnim bolnikom. Ta dogodek upodablja velika umetniška slika, ki visi na čelni steni predavalnice na znani kliniki za živčne bolezni v Salpêtrièru v Parizu, ki nosi ime znamenitega nevrologa Jeana Martina Charcota.

3. januarja 1881 - izteklo se je torej 120 let - je bila odprta prva bolnišnica za duševne bolezni v naši deželi z imenom Kranjska deželna blaznica Studenec (Landes Irrenanstalt Krain). Tedaj in že tudi prej je nastopil nestor slovenske psihiatrije dr. Karol Bleiweis, primarij de-

želne blaznice Kranjske. Primarij dr. Karel Bleiweis vitez Trsteniški je že leta 1878 izdal programsko knjižico z naslovom Blaznice (norišnice), kakoršnje morajo biti, in kaj je njih namen.

Že dve leti kasneje, leta 1883, je obiskal bolnišnico avstrijski cesar Franc Jozef I. in nato še enkrat po ljubljanskem potresu leta 1895 ter se prizadevno zanimal za oskrbo in zdravljenje duševnih bolnikov. Leta 1911 je to ustanovo obiskal tudi nadvojvoda Evgen. Med drugo svetovno vojno je opravil obisk v bolnišnici za duševne bolezni visoki komisar okupirane t. i. Ljubljanske pokrajine (Provincia di Lubiana), nekaznovani vojni zločinec Emilio Grazioli. Dvojno moralo tega obiska naj prikaže tale dogodek: Tudi na bolnišničnem oddelku na Poljanskem nasipu v Ljubljani so skrivali aktiviste Osvobodilne fronte, ki so s pomočjo tamkajšnjih zdravnikov psihiatrov simulirali duševne bolezni. Italijanski vojaški zdravnik je delo na oddelku kontroliral. Ko je naletel na študenta medicine, ki je simuliral nevrološko bolezen siringomielijo, pri kateri se kaže neobčutljivost za bolečino in termične dražljaje, mu je ukazal, da naj položi dlan na razbeljeni gašperček. Medicinec je to storil, roko pridržal na rdeči plošči in je ni odmaknil ter tudi ni trenil z očmi. Ta medicinec je bil naš kolega, kasnejši dr. Ludvik Kovač - Lajči.



Na čelni steni starodavne predavalnice slavne pariške klinike za živčne bolezni v Salpêtrièru, ki se ponaša z imenom nevrologa Jeana Martina Charcota, visi velika slika. Upodablja zgodovinski dogodek, ko je proti konsu 18. stoletja, leta 1789, francoski zdravnik Philippe Pinel v bolnišnici Bicêtre v Parizu snemal okove duševnim bolnicam.

Treba je povedati, da je bila psihiatrična služba v Dravski banovini kraljevine Jugoslavije - navkljub mnogim pomanjkljivostim - so razmeroma zadovoljivo razvita. Med drugo svetovno vojno pa je bila v celoti porušena. Že junija 1941 so gestapovci vdrli v psihiatrično bolnišnico v Novem Celju in odpeljali 370 tamkajšnjih duševnih bolnikov. Na svoji poti so spraznili še domove za ostarele osebe in vse skupaj - okrog 600 slovenskih ljudi - na gradu Hartheim pri Linzu v Avstriji usmrtili s cianovodikom (B-Cyklon Gas). Nemška vojska je kasneje skoraj v celoti zasedla bolnišnico v Polju pri Ljubljani, oddelek na Poljanskem nasipu pa so preuredili v zloglasne gestapovske zapore. Med vojno so mnogi uslužbenci psihiatrične bolnišnice trpeli v zaporih, bili v taboriščih ali v partizanih ter nekateri padli.

Po vojni so bili potrebni hudi napor, da se je slovenska psihiatrija za silo spet postavila na noge, čeprav pretežno v gradovih in vojašnicah. Glavno zaslug za to velika delo je imel nedvomno profesor dr. Janez Kanoni. Naša psihiatrija je polagoma napredovala. Sicer pa lahko rečemo, da je v strokovnem oziru hitro sledila razvitim državam, v moralno-etičnem pa jih je marsikdaj prekašala. Pri nas nikoli ni bila kar polovica vseh bolnišničnih postelj v psihiatričnih ustanovah, kot je bilo nekoč v Angliji, kar samo po sebi jasno pove - zakaj. Tudi nismo imeli ogromnih in brezdušnih zavodov kot nekdanj v Ameriki. In pri nas ni bilo izkoriščanja psihiatrije v politične namene kot v nekdanji Sovjetski zvezi.

Slovenska psihiatrija je lahko sledila stroki in izpričanemu humanizmu zato, ker je imela v svoji zgodovini razgledane strokovnjake in ljudi z visokimi etičnimi načeli. Najbrž nobena medicinska stroka ni imela tako številčne plejade velikih mož kot ravno naša psihiatrija:

- Karel Bleiweis vitez Trsteniški, nestor slovenske psihiatrije.
- Fran Göstl. Leta 1924 je izdal knjigo *Misterij duše*, ki jo imamo lahko za naš prvi učbenik psihiatrije.
- Stevo Divjak (Hrvat) je bil neutrudni zdravnik duševnih bolnikov in učitelj. Ob njem je nekaj časa deloval Slavko Grum, avtor drame *Dogodek v mestu Gogi*.
- Alfred Šerko, široko razgledani znanstvenik in klinik. V mednarodni literaturi so ga citirali v zvezi z njegovim raziskovanjem meškalin. Napisal je dva obsirna učbenika anatomije in fiziologije živčevja.
- Ivan Robida, zelo aktiven nevrolog in psihiater. Bil je tudi pisatelj in pesnik.
- Fran Gerlovič, organizator psihiatrične bolnišnice in tudi ljubljanske splošne bolnice. Domobranci so ga februarja 1944 ubili za gasilskim domom na Lavrici.
- Miha Kamin, psihiater in znanstvenik. Poglobljaj je zlasti sodno psihiatrijo in o tej temi napisal izjemna skripta. Nemci so ga skupaj s tridesetimi drugimi januarja 1944 ustrelili kot talca v vasi Kovor pri Trziču.
- Bogomir Magajna, psihiater in slovenski pisatelj.
- Janez Kanoni, profesor in povojni organizator slovenske psihiatrije.
- Marijan Borštnar, profesor, dekan Medicinske fakultete v Ljubljani, organizator bolnišnice in skrbstva za duševno manj razvite otroke.
- Niko Vončina, alkohololog in sodni izvedenec.
- Momčilo Vitorović (Srb), profesor, psihofarmakoterapevt.
- Jože Lokar, organizator psihiatričnega skrbstva.
- Lev Milčinski, pobudnik in začetnik slovenske psihoterapije, sui-

cidolog, akademik SAZU.

V slovenski psihiatriji so seveda delovali še mnogi drugi zdravniki in medicinske sestre ter tehniki, bolničarke in bolničarji, strežnice in strežniki. Opravljali so težko delo, odgovorno, predano in humano.

Psihiatrija predstavlja pomembno medicinsko stroko. Zdravnik psihiater mora poleg nje obvladati seveda splošno medicino in od teoretskih ved še zlasti fiziologijo oziroma patofiziologijo ter biokemijo. V kliniki mora biti razgledan posebno v nevrologiji in interni medicini.

In vendar so psihiatrijo obravnavali marsikdaj na svojem obrobju. Še slabše je bilo v laičnih krogih. Nobene stroke niso ljudje tako iznakaženo razumeli in sprejemali kot ravno psihiatrijo.

Seveda se samo po sebi postavlja vprašanje - zakaj tako?

Duševnost predstavlja funkcijo možganov, tega najbolj diferenciranega in zapletenega organa. In prav zato je tudi njegova funkcija tako zelo zapletena. Duševni svet razodeva mogočne potenciale, ki se kažejo v izjemnih dosežkih znanosti, umetnosti in kulture nasploh. A kaj, ko se na drugi strani - žal - prikazuje tudi v svojem negativnem, celo mračnem odrazu. Med obema manifestacijama pa ni anatomskih, fizioloških, biokemičnih ali kakršnihkoli drugih pregrad ter mej.

Sigmund Freud govori pri človeku o njegovih erotičnih nagonih v širokem pomenu in o destruktivnih nagonih. Obojni se med seboj vselej prepletajo, stapljajo, so legirani, kot pravi avtor.

Faust pove: "Jaz pa dve duši nosim v dnu srca, ki, usodno zraščeni, obe trpita."

Thomas Mann v svojem romanu o Goetheju in Charlotte - Lotte v Weimarju navaja: "... človeku sije iz enega očesa nebo in ljubezen in iz drugega pekel..." - "Ampak obe očesi,... izžarevata en pogled..."

In Thomas Mann navede še tole misel: "Nikoli nisem čul za zločin, ki bi ga ne mogel zagrešiti... S tem, da kakšnega dejanja ne zagrešimo, se izognemo zemeljskemu sodniku, onemu zgoraj pa nikoli, kajti v srcu smo ga zagrešili..."

Mogoče bi najboljši odgovor na pogosto odklanjanje psihiatrije dala kar duševna bolezen, ki v predstavi laikov ponazarja duševne bolnike nasploh, namreč shizofrenija. Slovensko ji rečemo duševna razcepljenost oziroma razklanost. Ta bolezen resnično razcepi mišljenje na posamezne elemente, delčke, kot trske razcepljenega polna. Torej predstavlja razčlenitev - analizo! In ravno te, analize, ljudje ne maramo in se je izogibamo, saj utegne prikazati tudi našo grodbijo. Rajši imamo posploševanje, združevanje, integracijo, globalizacijo, totaliziranje - brez zadostnega poznavanja in priznavanja posameznih elementov. Analize se preprosto bojimo. Gre za prvinski strah oziroma anksioznost, tesnobo pred neznanimi elementi.

Ampak vsa resnica je ravno v analizi, v razcepljenosti, razklanoosti, v disociaciji. Slednja pa lahko sama po sebi privede do najbolj ustrezne integracije. Vsa resnica in ves zapis je v vsaki od naših celic, ki jih ima človek devet milijard.

Podobno je tudi pri jezikih. Ne gre samo enega posploševati, marveč vse, tudi najmanjše, čim bolj poglobljati in razvijati. Tudi v tem pogledu bo lahko samo po sebi prišlo do najbolj ustrezne medsebojne jezikovne komunikacije. Angleščina bo morala sprejeti v svoj slovar eskimska imena za jelene in ne obratno. Angleščina bo morala sprejeti v svoj slovar imeni za kozolec in potico in še kaj, ker jih sama nima. Neprijetno je gledati na vratih naših lokalov napis: open - closed... Seveda zaradi revščine duha njihovih lastnikov slovenščina ne bo propadla...

Shizofrenija nam s svojo razklanostjo dovolj nazorno prikaže dve plati človekovega delovanja in ravnanja: lepo in grdo. Lepo stran imamo radi in tako je tudi prav, grde pa seveda ne, vendar je tudi ta na žalost v nas.

Mnogi duševni bolniki po svetu so ustvarili zlasti v umetnosti nesmrtna dela. Ne moremo jih tu omenjati, ampak tako je bilo tudi pri nas. V naši bolnišnici se je zdravil komponist, ki je ustvaril najbolj zanimivo opero. In še drug skladatelj, ki je spesnil ciklus štirih najlepših simfoničnih pesnitev. V tej bolnišnici se je zdravil umetnik z najbolj prodorno in kritično risbo, zaradi česar so ga Italijani leta 1942 ustrelili v Gramozni jami.

Naši destruktivni nagoni se kažejo v najbolj mračni obliki seveda v vojnah, recimo kar večnih vojnah, ki jih pripravljajo človek, nikdar zveri, rastline ali rudnine. Pripravljajo jih predvsem moški, saj pri ženskah genetiki niso našli agresivnega gena. Vsaka vojna je eo ipso vojni zločinec.

Še pred nastopom Hitlerja na oblast je Albert Einstein vodil s Sigmundom Freudom zanimivo dopisovanje, ki je dokumentirano v knjižici: *Why war?* Einstein je dejal, da ga v življenju nič bolj ne angažira kot vprašanje vojne. In je vprašal Freuda: Ti, ki veliko veš o človeku, povej, zakaj večne vojne?

Freud je bil s svojimi odgovori dokaj nebogljen. Rekel je, da bi bil mir mogoč, če bi vsakdo pustil vsakomur tisto, kar mu gre, in vsaka oblast slehernemu narodu in skupnosti tisto, kar ji gre: kruh, jezik, kulturo, svobodo, ozemlje, vero... Ampak to se doslej v zgodovini še ni zgodilo. Pet milijard ljudi od šestih je revnih in ena milijarda od teh lačnih ter bosih. Freud je dejal, da se mora človeštvo očitno sprijazniti z vojnami, in je še pristavil, da vlada zakon močnejših. No, Freud je vendar priporočil, da naj se le trudimo in si prizadevamo gojiti in razvijati erotične nagone, svoje destruktivne nagone pa naj vselej poskušamo zadrževati, potlačiti, internalizirati.

Papež Pavel II. je ob svojem obisku v Zagrebu dejal: Nobene vojne! Vojna ne rešuje nič! Seveda s temi besedami soglašamo. Ampak več kot polovica svetovne proizvodnje je namenjena oboroževanju, ki mu proizvajalci in porabniki blodnjavo pravijo obramba.

Zdravniki in psihiatri posebej težko sprejememo Freudovo misel, da naj se z vojnami sprijaznimo. Težko osvajamo tudi njegovo biologično misel, da vlada zakon močnejšega, torej džungle na asfaltu. Sprejemamo pa njegovo priporočilo, da je treba gojiti in razvijati erotične nagone v širokem pomenu tega pojma in destruktivne v sebi zatreti. Zato, da bi možgani res ne postali največji maligni tumor človeka, kar že danes trdijo nekateri filozofi.

Psihiatri vemo, da vojn ne delajo duševni bolniki, marveč napol



Psibiatrična bolnišnica Ljubljana. (foto: Amedej Lab)

duševni bolniki, to pomeni psihopati z dominantnim jazom - po Dušanu Jevtiću.

Psihatrija pa se ne ukvarja samo s pravimi duševnimi boleznimi, temveč tudi s tistimi deviacijami človekove osebnosti, ki predstavljajo družbeno patologijo, torej tisto, ki razjeda družbo v njenih nedrjih in jo spodkopava v samih temeljih.

Disko klubi, divjanje - "rave party", igre na srečo - hazard, alkohol in druge droge, prostitucija, korupcija, kriminal, nasilje "ni primerna hrana za vstajajoč narod, kar smo mi Slovenci" - bi dejal neopozabni profesor dr. Janez Plečnik. Jaz pa dodajam: tudi ne za človeštvo nasploh. ■



Prim. prof. dr. Edvard Glaser - osemdesetletnik

Franc Štolfa

Leta hitro minevajo. Kot da se dr. Glaserja niso dotaknila. Ni ga zapustila življenjska vedrina, ne optimizem, ustvarjalnost, humanistična nota pogleda na svet, kar mu je pridobilo ugled in spoštovanje tako pri prijateljih kot pri nasprotnikih. Tempora mutantur et nos mutanur in illis. Sam pa dodajam: vino je vse boljše, čim starejše je.

Rojen v Mariboru 5. februarja 1922, kjer je tudi maturiral, se je leta 1946 vpisal na medicinsko fakulteto v Zagrebu in promoviral za doktorja medicine 30. 10. 1952. Po odsluženem vojaškem roku je bil z dekretom razporejen k "transfuzijski postaji" v Mariboru, z njo je rasel in ji posvetil večji del življenja. Kot prvi v Sloveniji je leta 1964 opravil specialistični izpit na Hematološki kliniki in na Zavodu za transfuzijo krvi v Beogradu, že kot predstojnik Oddelka za transfuzijo krvi Splošne bolnišnice Maribor. Imenovan za primarija leta 1966 je 10 let zatem doktoriral z raziskavo o razširjenosti antigena hepatitis B v zaprtih in polzaprtih kolektivih. Strokovno izjemno izobražen je kot dober organizator ustvaril Oddelek za transfuziologijo in imunohematologijo, ki je upoštevan tudi v tujini. Leta 1977 izvoljen za docenta iz imunohematologije in leta 1982 za izrednega profesorja se je, vseskozi zvest Splošni bolnišnici Maribor, upokojil 30. 12. 1999.

Znanje in izkušnje si je nabiral v Angliji, Kanadi, Nemčiji, ZDA, Avstriji in Švici. V prakso jih je prenesel na področjih, kot so serodiagnostika, imunohematologija, hemolitične bolezni fetusa in novorojenčka, komponentne terapije, plazmafereze, prvo že leta 1973 pri bolniku z boleznijo policitemia rubra vera. Zlasti se je posvečal raziskavam hepatitisa B in C. Uvedel je rutinsko določanje Kell (K) in Cellano (C) aglutinagena na ploščici ter kontrolo v epruveti pri vseh darovalcih krvi. Odtlej so določali An/SH-antigen in antitelesa tudi pri nosečnicah. Vpeljal je odvzem krvi v plastične vrečke, centrifugiranje in vračanje eritrocitov darovalcu, pa tudi filtracijo in odstranitev levkocitov iz krvi s filtrom Levkopacom, senzibilizacijo Rh in profilakso ter testiranje za predrojstno medicino (krvna skupina, Coombsov test).

Poznan je kot raziskovalec zgodovine medicine. Profesor je predsednik Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije - podružnice Maribor in Medikohistorične sekcije Slovenije pri SZD. Skrbi za delovanje za zgodovino medicine navdušenih v Mariboru. Prireja mesečna srečanja, ki pomagajo ohranjati našo zdravstveno tradicijo in zanjo navdušujejo mladi rod.

Pripravil je znanstvene simpozije. Omenim naj le najpomembnejše: 500-letnica rojstva Andreja Perlacha, petkratnega dekana artistične in medicinske fakultete ter rektorja univerze na Dunaju, pokopanega v Štefanovi cerkvi prav tako na Dunaju. Sledila sta simpozija ob 500-letnici rojstva Paracelsusa in 100-letnici rentgena. Bil je urednik obeh zbornikov srečanj: Philippus Aureolus Theophrastus Bomastus von Hohenheim - Paracelsus (1993) in Sto let rentgen-



Prim. prof. dr. Edvard Glaser

.....

Slovenije in Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani ter pri predstavitvi dr. Evgena Jaegerja v Podsredi. Številni članki, prostovoljno delo pri Rdečem križu Maribor ipd. krasijo profesorja Glaserja. Kot pripoveduje sam, mu je bilo najtežje po prehodu s plačanega krvodajalstva na prostovoljno darovanje krvi (leta 1953).

Organiziral je odvzemne transfuzijske centre, ki so rasli kot gobe po dežju, od Ribnice na Pohorju do Starš na Dravskem polju, od Sladkega vrha do Makol, saj so že leta 1955 tedensko potrebovali od 70 do 80 darovalcev krvi.

Ob 35-letnici transfuziološkega oddelka je le-ta proslavil jubilej z dvema simpozijema: Medicinska sestra in transfuziologija ter Pristopni zdravnik in transfuziolog.

Profesor dr. primarij Edvard Glaser je član izvršilnega odbora visokošolskih profesorjev mariborske univerze, je pa tudi dejaven v Mestnem svetu Maribor kot podpredsednik. In še in še!

Številna priznanja predstavljajo pomnike njegovega življenja - in še vedno ustvarja z neverjetno vztrajnostjo in naglico.

Za konec naj omenim sodelovanje pri oskrbi ranjencev s krvjo in krvnimi derivati med preteklo vojno v Sloveniji - v bolnišnici in na terenu.

Našemu jubilantu, vzorniku in učitelju prof. Edvardu Glaserju želimo zdravja in sreče v krogu najdražjih. Na mnoga leta! ■

skih žarkov skozi prizmo medicine, veterine in medikohistorikov (1998). Našel je čas tudi za sodelovanje pri obeh zbornikih mariborske bolnišnice: Zbornik Splošne bolnišnice v Mariboru 1855-1955 (1959) in Zbornik Splošne bolnišnice v Mariboru - II 1955-1985 (1991) ter za številne brosure: Naša bolnišnica, Separacije krvnih komponenta - blood component separation. Sodeloval je na vseh Pintarjevih dnevih v organizaciji Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture

Otroška nevrologija: 15 let strokovnih izkušenj in konzultantske službe v otroški bolnišnici Al-Sabah v Kuvajtu

David Neubauer

Letos se izteka že petnajsto leto, odkar se je začelo redno strokovno sodelovanje na področju otroške nevrologije med bolnišnicama Al-Sabah Childrens' Hospital v Kuvajtu in Pediatrično kliniko v Ljubljani. Ta vez se je začela vzpostavljati v obdobju 1985/86 in je bila tedaj le eno od področij strokovne izmenjave, za katero sta že deset let poprej dala pobudo prof. F. Zdravič in prof. J. Trontelj. Pobuda se je razvila v dogovor o sodelovanju med ministrom za zdravstvo v Kuvajtu in takratnim Univerzitetnim kliničnim centrom v Ljubljani. V to sodelovanje so se poleg programov plastične in rekonstruktivne kirurgije in opeklin ter nevrofiziologije postopoma vključevali še drugi: anesteziologija, nevrokirurgija, fizikalna medicina in rehabilitacija, otorinolaringologija, travmatologija, nuklearna medicina in na koncu še pediatrična nevrologija in pediatrična intenzivna terapija.

Razvoj kuvajtskega zdravstva je tedaj spodbujala blaginja in lahko so si privoščili najboljše strokovnjake iz zahodne Evrope (na univerzi in v različnih univerzitetnih bolnišnicah si lahko srečal strokovnjake iz Švice, Nemčije, Anglije, Švedske in Francije, pa tudi strokovnjake iz ZDA in celo z Japonske). Kljub tolikšni izbiri so izredno cenili slovensko zdravstvo in zdravniki ter zdravnice iz ljubljanske-



Zgradba stare otroške bolnišnice, v kateri so še vedno drugi oddelki pediatričnih specialnosti, in pročelje novega stolpča, v katerem sta otroška in razvojna nevrologija.



Sodoben laboratorij za elektroencefalografijo sestavljajo ločene sobe, v katerih so nameščene različne aparature za video EEG, digitalni EEG in polisomnografijo.



V laboratoriju za elektromiografijo je nameščen najsodobnejši digitalni EMG-aparat, ki ga uporabljajo specialisti, ki so se izobrazili v Ljubljani.

ga kliničnega centra so bili vedno najbolj priljubljeni in najbolj prisrčno sprejeti tuji strokovnjaki. Nekako hkrati z začetkom konzultantske pomoči naših strokovnjakov in strokovnjakinj v Kuvajtu se je začelo tudi usposabljanje in izobraževanje kuvajtskih specializantov in specializantk, ki so prišli v ljubljanski klinični center na specializacijo (zvečine na zgoraj omenjenih področjih). Na področju pediatrije smo v teh letih izšolali 5 pediatrov in pediatrinj, od katerih danes trije zasedajo vodilna mesta v kuvajtskem zdravstvu in se s ponosom spominjajo svojih študijskih let v Ljubljani, kamor se še vedno radi vračajo, tako strokovno kot zasebno.

V vseh teh letih smo slovenski strokovnjaki in strokovnjakinje na področju otroške nevrologije v kuvajtsko zdravstvo prenesli mnoge lastne izkušnje, doktrine, nove načine diagnostike in zdravljenja ter jih uvedli v prakso vsakdanjega dela na oddelkih, v laboratoriju in v ambulanti nevropediatrične službe v kuvajtski bolnišnici. Priznati pa moramo, da smo si pri tem tudi sami bogatili izkušnje, ko smo se srečavali z redkimi boleznimi, ki so genetsko pogojene (predvsem nevrodegenerativnimi, vrojenimi motnjami presnove in živčno-mišičnimi boleznimi) in zato toliko pogostejše v arabskem svetu. Dejstvo je namreč, da zaradi porok med bližnjimi sorodniki (najpogostejša je poroka med bratrancem in sestrično) "koeficient sorodstvenega parjenja" kar občutno prispeva k večji razširjenosti bolezni, ki imajo sicer drugod po svetu nizek odstotek pogostnosti. Prav v Kuvajtu je ta koeficient najvišji med vsemi arabskimi državami in znaša 0,02, sorodstvenih zvez pa je 54,3 odstotka (1).

V tem obdobju strokovne izmenjave se niso spletle le prijateljske vezi, temveč je nastal tudi nov stolpič, ki so ga prizidali k stari kuvajtski otroški bolnišnici (*sliki 1a in 1b*), ki v svoji notranjosti razen otroške hematookologije gosti zgolj pediatrične nevrološke stroke: oddelek za nevrologijo, sodoben nefrofiziološki laboratorij, dnevno bolnišnico za razvojno nevrologijo in velik ambulantni trakt (*slika 2, 3 in 4*). Poleg občasnih strokovnih obiskov kuvajtskih zdravnic in zdrav-



Autor prispevka z zdravnikom in zdravnicami otroškega oddelka (v sredini dr. Lada Cindro Heberle, ki je zaposlena kot redna konzultantka za otroško nevrologijo v Kuvajtu)

nikov v Ljubljani smo skupaj nastopili na mnogih strokovnih konferencah in mednarodnih srečanjih v Kuvajtu, Sloveniji ter na tujem (2) in skupaj objavili 14 strokovnih prispevkov (3-17). V petnajstih letih smo skupaj doživeli veliko lepega in prijetnega, včasih pa tudi kaj hudega, med drugim tudi dve vojni v dveh zaporednih letih: iraško okupacijo Kuvajta in slovensko desetdnevno osamosvojitveno vojno.

Že na koncu osemdesetih let, zlasti pa po prej omenjenih dogodkih, so programi postopoma usihali: po eni strani zaradi dejstva, da so se v tem času že dovolj izobrazili domači (kuvajtski) zdravniki in zdravnice, po drugi strani pa zaradi vedno večjega zategovanja pasu s strani kuvajtskega ministrstva za zdravstvo (zaposlovati so začeli "cenejše" strokovnjake iz vzhodne Evrope in predvsem iz azijskih držav). Nedvomno so k ukinjanju sodelovanja prispevale tudi boljše razmere na področju financiranja zdravstva v Sloveniji.

Strokovnjaki na področju otroške nevrologije in otroške nevrofiziologije smo tako ostali edini, ki občasno še gremo na krajši strokovni obisk v Kuvajt, kjer nas še vedno sprejmejo s široko odprtimi rokami in se veselijo skupnih strokovnih razprav in razmišljanj ob predstavitev zapletenih kliničnih primerov in zanimivih nevrofizioloških izvidov (*slika 5*). Petnajsti jubilej strokovnega sodelovanja na področju otroške nevrologije in več kot dvajset let sodelovanja na področju drugih zdravstvenih programov želim ubeležiti z upanjem, da smo vsi, ki smo kuvajtskemu zdravstvu strokovno pomagali, vsaj do neke mere izpolnili tisto, o čemer govori star kitajski pregovor: "Če pokloniš lačnemu ribo, ga nasitiš za en dan, če ga naučiš ribe loviti, ga nasitiš za vse življenje..."

Viri:

1. Abdulrazzaq, Y. M.: *Consanguineous marriages and their effect on health. Middle East Pediatrics* 1999; 4; 24-29.
2. *Intensive care course. December 1986, Kuwait*
The 8th Medical Conference of Kuwait Medical Association, 1989, Kuwait
Adult Neurology Annual Meeting. Ibn Sina Hospital, junij 1992, Kuwait
Kongres otroške nevrologije mediteranskih držav 1994, Portorož
Ob 40-letnici otroške nevrologije, Dvorana Krke, maj 1996, Ljubljana



Velik ambulantni trakt omogoča hkratne ambulantne preglede v petih ambulantah za otroško nevrologijo.

- 1st Gulf Medical Rehabilitation Congress, 17-20 March 1997, Kuwait
Svetovni kongres otroške nevrologije - ICNA, 1999, Ljubljana
UMEMPS - Kongres pediatričnih združenj Blžnjega vzhoda in Sredozemlja, 2000, Portorož
5th International Cerebral Palsy Congress, Bled, Slovenia, 2001
17th World Congress of Neurology, London, 2001
3. -17. Besisso, M. S., Neubauer, D., Al-Rashied, A. A.: Idiopathic torsion dystonia in two Arab siblings. *J Kuwait Med Assoc* 1987; 21, 30-42.
Besisso, M. S., Neubauer, D., Al-Rashied, A. A., Hammouri, M. Y.: Subacute sclerosing panencephalitis in children in Kuwait. *J Kuwait Med Assoc* 1988, 22, 53-74
Neubauer, D., Besisso, M. S., Al-Ajmi, M. O.: Childhood hemiplegia at Al-Sabah Hospital Children's Department between 1980-1989. *J Kuwait Med Assoc* 1996, 28: 263-7
Al-Othman, N. O., Neubauer, D., Karaguosov, K. L.: A case of tuberculous meningitis complicated by multiple basal ganglia tuberculomas. *J Kuwait Medical Journal* 1998; 30 (4): 351-353.
Trček, V., Kozina, S., Novosel-Sever, M., Neubauer, D.: Is there an algorithm to predict in-born errors of metabolism? *Lebanese Medical Journal* 1999; 4: 73-5.
Oweidah Al-Ajmi, M., Abdulla, J., Neubauer, D.: A case of merosin-negative congenital muscular dystrophy in a Syrian boy. *LMJ* 2001; (in press)
Cindro-Heberle, L., Abdulla, J., Al-Tawari, A.: Peroxisomal disorders in childhood. *J Kwt Med J* 2001 (in press)
Besisso, M. S., Cindro, L., Neubauer, D., Trontelj, J. V., Al-Busairi, S., Bushmak, R., Al-Mansoor, S., Hammuri, M., Al-Rashied, A. A., Ravnik, I.: Prognosis and risk factors in febrile convulsions: A prospective study of 150 children in Kuwait. *Neuroepidemiology* 1990, 9, 78-87.
Khuraibet, A. J., Neubauer, D., Noor, K. Z., Haleem, M. A., Trontelj, J. V.: A case of neonatal tetanus with characteristic neurophysiological findings. *Muscle Nerve* 1998; 21: 971-2.
Zeljčič, V., Neubauer, D.: Children with cerebral palsy in Kuwait. *Brain Dev* 1998; 20 (6): 412
Al-Tawari, A., Cindro-Heberle, L., Abdulla, J., Ramadan, D., Neubauer, D.: A family with a rare disorder of tetrahydrofolate reductase deficiency. *Neurology* 2001 (in press)
Besisso, M. S., Neubauer, D., Cindro, L., Trontelj, J. V., Al-Rashied, A. A., Al-Hammouri, M. Y.: Subakutni sklerozirajoči panencefalitis pri otrocih v Kuvajtu. *Slov Pediatr* 1995; 4: 6-11.
Cindro, L.: Nevropediater v Kuvajtu. *Med Razgl* 1998; 37; suppl 4: 479-480.
Zeljčič, V.: Primerjava slovenskega in kuvajtskega rehabilitacijskega programa za otroke s cerebralno paralizo - prenos izkušenj. *Med Razgl* 1998; 37; suppl 4: 386-9.

Predtrško polje smo prehodili 615-krat

Sanja Grm, Marjana Grm

Zdravstveni delavci, ki živimo in/ali delamo v občini Radovljica (ZD Radovljica, ZD Jesenice in Splošna bolnišnica Jesenice), smo se skupaj s člani radovljiškega društva za varstvo okolja odločili, da poudarimo pomen gibanja za varovanje zdravja. Potek dejavnosti, ki so potekale praktično skozi vse leto, smo pričeli načrtovati že ob koncu lanskega leta. Ker smo želeli uspeti, smo se odločili za široko akcijo, ki je vključevala veliko sodelavcev in smo ji posvetili tudi veliko časa.

Na uvodnih sestankih smo naredili načrt dela. Odločili smo se, da bomo najprej informirali prebivalce o pomenu gibanja za zdravje. Želeli smo pritegniti prebivalce srednje in višje starostne skupine, zlasti tiste, ki so dotedaj malo hodili. Pri motiviranju je veliko dela opravil naš dragi Avgust Mencinger, dr. med., ki je predaval po krajevnih skupnostih v naši občini, kasneje pa še v Žirovnici ter na Bledu in v okolici. Ta predavanja so bila med ljudmi toplo sprejeta. Nadaljeval je Brane Čeh, dr. med., ki je imel o isti temi predavanji na radiu Triglav. Sama sem napisala več člankov v lokalno časopisje, pojavljali smo se na lokalnih radijskih postajah in s prispevki novinarjev v časopisih. Na občinskem svetu sem seznanila svetnike o akciji in jih povabila na test hoje. V zdravstvenem domu smo imeli v avli, takoj za vhodom, manjšo mizo (prostor je majhen!) in plakat s termini hoje, sproti pa smo tudi na tem mestu objavljali rezultate testov hoje. Plakate z datumi testov hoje smo obesili na več mestih v občini Radovljica in na Bledu. Preskrbeli smo tudi zadostno števil-

lo propagandnih zloženek s termini, da je lahko material dobil vsak, ki je želel. V začetku aprila so naše patronažne sestre na rednih preventivnih mesečnih predavanjih po krajevnih skupnostih ponovno poudarile koristnost gibanja. Kot običajno, so po pogovoru merile obiskovalcem krvni tlak, raven sladkorja v krvi in po želji holesterol. Razložile so tudi previdnostne mere, ki veljajo pri testih hoje.

Še vedno je med prebivalci Slovenije visoka umrljivost za zaradi bolezni srca in ožilja ter raka. Pri nas so bolezni srca in ožilja (BSO) še vedno kar v 40 odstotkih primerov vzrok smrti. BSO so vodilni vzrok smrti za stare nad 65 let, kot zelo pomemben vzrok pa se pričnejo pojavljati že po 45. letu starosti. Zgodnja zboleznost, invalidnost in umrljivost predstavljata veliko družbeno breme. Zelo boleče je zbolevanje in umiranje predvsem moških v zrelih letih, starih med 45 in 65 let. Zgodnje zbolevanje tudi zelo poslabša kakovost posameznikovega življenja. Hoja je pomemben varovalni dejavnik zdravja. Dostopna je vsem in pozitivno deluje na številne dejavnike tveganja, kot so povišan krvni tlak, višina celokupnega holesterola in delež holesterola HDL, koristno deluje na preprečevanje debelosti, na presnovo krvnega sladkorja (z zmanjševanjem periferne inzulinske rezistence), ugodno deluje pri artritisih ter degenerativnih okvarah skeleta, izboljša gibljivost sklepov, izboljša izgled posameznika, preprečuje razvoj osteoporoze, deluje pa tudi antidepresivno in anksiolitično ter ljudem ponuja možnosti za druženje in navezovanje novih znanstev in prijateljstev. Ne nazadnje naj omenim tudi boljše

psihofizično kondicijo, ki je še kako pomembna za večjo obrambno sposobnost organizma. Hoja je preprost in učinkovit ukrep, ki lahko izboljša kakovost življenja in je ne bi smeli nikoli v življenju opustiti, pa naj bo še tako težko izvedljiva. Danes govorijo dokazi v prid gibanju celo pri bolnikih s srčnim popuščanjem.

Že ob koncu leta 2000 smo na CINDI prijavieli termine za teste hoje in jih objavili za širšo slovensko javnost. Načrtovali smo testiranje hoje v spomladanskem in jesenskem času, v vmesnem obdobju pa naj bi ljudje hodili in in si tako krepili zdravje.

Določili smo kar pet terminov, ki so le z nekajdnevnimi razmiki povezani z različnimi pomembnimi dnevi: 21. 4. 2001 - dan Zemlje, 26. 5. 2001 - evropski dan parkov, 9. 6. 2001 - svetovni dan okolja, 22. 9. 2001 - svetovni dan brez avtomobila, 6. 10. 2001 - svetovni dan varstva živali. Vsi napisani dnevi so bili sobote, test pa je potekal med 9. in 13. uro ali 8. in 12. uro. Noben test ni odpadel, čeprav aprila zaradi slabega vremena do zadnje minute nismo vedeli, ali test bo ali ne.

Želeli smo spodbuditi predvsem tiste, ki so se doslej malo ali premalo gibali. Resnično smo se na testih hoje srečevali z zelo različnimi udeleženci. Ljudje so se udeležili hoje v različnih starostnih obdobjih, prišli so tudi bolniki z vgrajenimi srčnimi spodbujevalci, po prebolelih infarktih, hipertoniki, sladkorni bolniki, bolniki z angino pektoris, operiranci na srcu, bolniki z rakom in številni drugi. Imeli smo celo 86-letno udeleženko, ki je s torbico (kot za k maši) prišla na test in pot tudi uspešno prehodila. Samo bolnikom z vročinsko boleznijo in v akutni fazi ishemične bolezni srca nismo dovolili štarta, vsem ostalim pa smo individualno svetovali, kako naj hodijo. Že pred začetkom hoje je naša fizioterapevtka pokazala tistim, ki so na test prišli neogreti, ogrevalne vaje, kdor je želel, pa se je lahko zdravo razgibal tudi po hoji. Ves čas smo poudarjali pomen izboljševanja lastnih rezultatov. Ljudem s prevelikim indeksom telesne mase smo svetovali, kako naj se znebijo kakšnega kilograma. Spodbujali smo torej tekmovanje s samim seboj, ne z zdravimi udeleženci testa hoje. Trudili smo se moralno podpreti predvsem tiste s slabšimi rezultati, poskušali smo jih vzpodbuditi za hojo in jim jo prikupiti. Pri mlajših in zdravih pa smo spodbujali tekmovalni duh.

Test hoje je potekal na Predtrškem polju na začetku Gozdne učne poti. Za to lokacijo smo se odločili premišljeno: pot je speljana v naravi, po ravnem terenu, približno ena tretjina poteka v gozdu, dve tretjini pa med polji. Domačini jo za prevozno pot uporabljajo le redko. Je lahko dostopna, blizu Radovljice. Čez nekaj let bo tu verjetno speljana avtocesta in izgubljen bo lep del okolice Radovljice. Lastniki polj, Vogelnikovi, so akcijo podprli in velikodušno dovolili uporabo zemljišča, za kar se jim najtopleje zahvaljujem v imenu vseh udeležencev.

Odločili smo se za preverjanje hoje na 2-kilometrskem testu hitre hoje, ki so ga razvili na Inštitutu za telesno dejavnost na Finskem (test UKK). Pri testu poskušamo kar najhitreje prehoditi 2-kilometrsko razdaljo po ravnem. Test je zasnovan tako, da z njim merimo predvsem aerobno telesno zmogljivost in temelji na predpostavljene maksimalni aerobni točki, ki je prilagojena starosti in spolu. Test je ponovljiv, enostaven, standardiziran, natančen in primerljiv ter varen. Točno merjenje razdalje in označevanje poti je opravil dr. Mirko Medved, sicer gozdarski inženir. On je skupaj z drugimi člani društva za varstvo okolja (običajno so bili na testiranjih prisotni vsaj štirje člani) tudi omogočil sprotno vnašanje podatkov v računalnik in tekoče izračunavanje fitnes indeksov. Merili smo čas hoje (na stotine sekunde natančno), indeks telesne mase (prinesli smo tehtnico in udeležence po potrebi stehali), srčni utrip ob koncu hoje (s

polarji) in upoštevaje starost in spol izračunavali fitnes indeks oz. indeks telesne zmogljivosti (ITZ) po posebni formuli. Ta je kar precej zapletena in se izračunava na naslednji način:

Čas hoje v min $\times 11,6 (8,5) + \text{sek} \times 0,2 (0,14) + \text{Fr srca} \times 0,56 (0,32) + \text{ITM} \times 2,6 (1,1) = \text{vsota}$. Vsoti odštejemo starost v letih $\times 0,2 (0,4)$, razliko pa odštejemo od 420 (304). Vrednosti v oklepajih veljajo za ženske.

Tako dobimo fitnes indeks ali indeks telesne zmogljivosti (ITZ). Formula je primerna za izračunavanje ITZ za starostno obdobje od 20 do 65 let. Za to starostno obdobje veljajo sledeče ocene:

ITZ < 70: izrazito podpovprečje

ITZ 70-89: podpovprečna telesna zmogljivost

ITZ 90-110: povprečna telesna zmogljivost

ITZ 111-130: nadpovprečna telesna zmogljivost

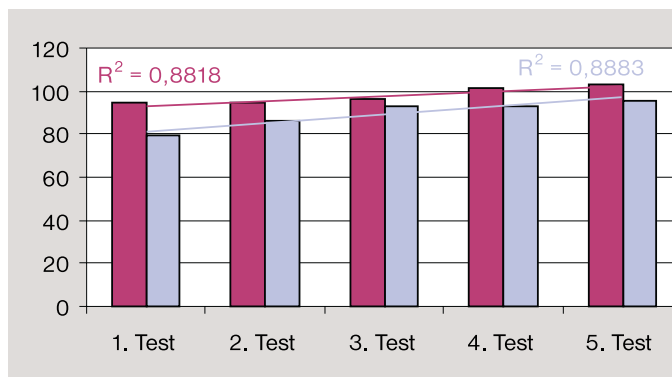
ITZ > 130: izrazito nadpovprečna telesna zmogljivost

Izdelali in natisnili smo posebne kartončke, kamor smo vpisovali podatke in so jih udeleženci odnesli s seboj. Nato smo med seboj primerjali fitnes indekse ob različnih testiranjih (po datumih), po spolu, po starosti, izračunavali povprečja, idealno bi bilo izračunati tudi, koliko je pridobil vsak posameznik v določenem časovnem obdobju.

Povprečni indeksi telesne zmogljivosti so se preko celega leta izboljševali, udeleženci so dosegali vedno boljše rezultate. Priloženi grafi to dobro ponazarjajo.

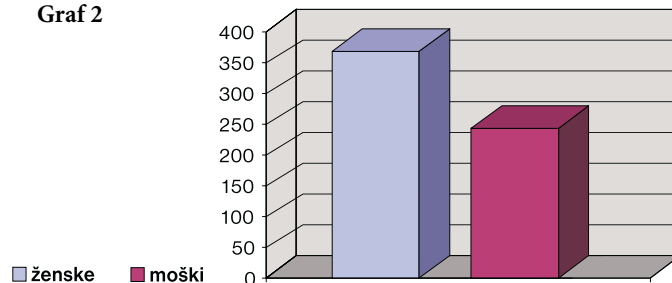
Graf 1 prikazuje porast ITZ od prvega do zadnjega testa po spolu (rdeča barva = ženske).

Graf 1



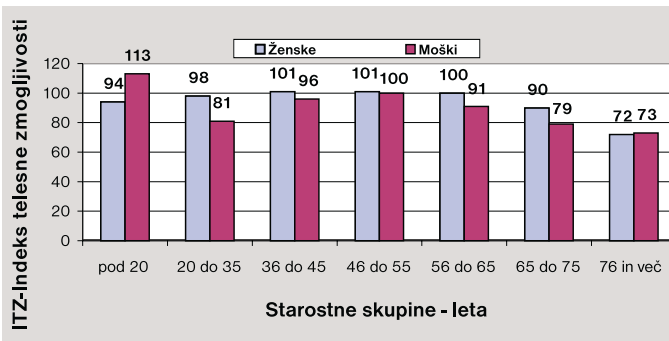
Na vsakem testiranju je bilo povprečno po 123 udeležencev skupaj jih je bilo 615. Žensk je bilo 60 odstotkov. Sestavo po spolu prikazuje graf 2.

Graf 2

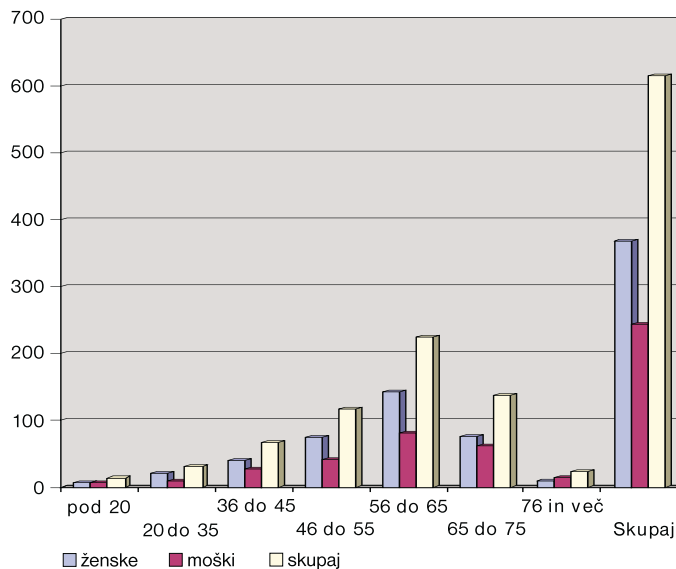


Povprečne rezultate ITZ po starostnih skupinah in spolu prikazuje graf 3.

Graf 3



Graf 4: Število udeležencev na posameznem testu po spolu in starostnem razredu



Povprečna udeleženka je bila stara 56 let, visoka 164 cm, težka 67 kg in je imela indeks telesne mase (ITM) 25. Test so ženske opravile v dobrih 18 minutah, s povprečnim srčnim utripom 136/min. Povprečni ITZ je bil 97.

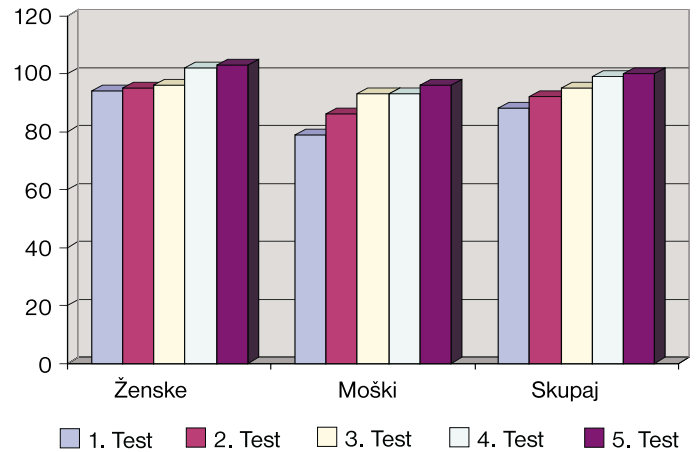
Povprečni udeleženec je bil star 58 let, težak 80 kg, visok 175 cm in je imel ITM 26.

Test so moški opravili v povprečju v 17 minutah, s povprečnim srčnim utripom 130/min. Povprečni ITZ pri moških je bil 89.

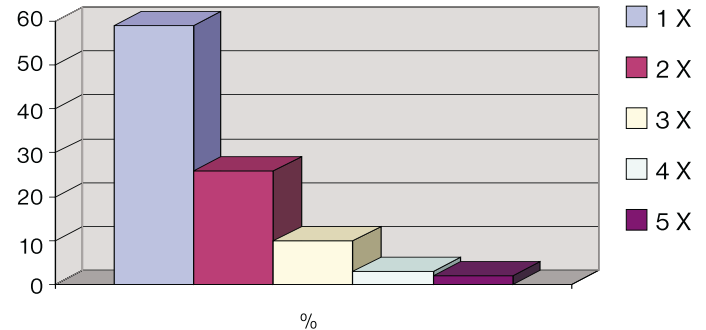
Ženske so bile na vseh testih hitre hoje boljše telesno pripravljene kot moški in so vedno tudi dosegale boljše povprečne ITZ: 94, 95, 96, 102, 103. Rezultati moških so prvič zaostali kar za 15 točk, na zadnjem testu le še za 7,1 točke. Povprečne ITZ po spolu in ob različnih testiranjih prikazuje graf 5.

59 odstotkov udeležencev je prišlo na testiranje enkrat, 26 odstotkov dvakrat, 10 odstotkov trikrat, 3 odstotki štirikrat in 2 odstotka je bilo rednih udeležencev testa. Tiste ženske, ki so prišle na testiranje večkrat, so v povprečju popravile svoj ITZ za 4,9 točke, moški pa za 7,1 točke.

Graf 5



Graf 6



V celoti lahko akcijo ocenim kot uspešno, saj se je udeležilo zares veliko ljudi. Če pa udeležbi na testih hoje dodam še tisto, kar je sledilo, to so bili naravnost množični pohodi v hribe s planinskim društvom in društvom upokoencev, ki je letos prekašalo vso dosežano udeležbo, lahko zaključim, da je akcija uspela v celoti. Tako se je pohoda s Pristave k Valvazorjevemu domu udeležilo več kot 120 udeležencev, izleta na Vogel z vzpenjalko in hoje za nekatere udeležence vse do Vogla, za druge le na Šijo, pa naravnost legendarnih več kot 300 udeležencev. Da smo bili uspešni, lahko sklepam tudi po tem, da so nas prišli "snubit" tudi predstavniki sosednjih občin, ki jim letos na njihovem območju žal nismo mogli ustreči. Akcija je bila namreč povsem brezplačna za vse izvajalce. Ker pa je bilo druženje prijetno tudi za nas, zdravstvene delavce, bomo akcijo v naslednjem letu ponovili. Odločili smo se za manjše število testov, ki pa jih bomo v primeru slabega vremena nadomestili. Termine bomo pravočasno objavili na ustreznih mestih.

Še enkrat se želim zahvaliti vsem sodelujočim: Avgustu Mencingerju, dr. med., Janezu Resmanu, dr. med., Branetu Čehu, dr. med., dr. Mirku Medvedu, gozdarskemu inženirju, gospe Marjani Melink, gospodu Srečku Pirihi, gospe Dragici Pirihi, študentkama medicine Sanji Grm in Alenki Pirihi, iz ZD Radovljica pa so bili prisotni: Nuša Potočnik, dr. med., VMS Darja Anderle, Karmen Romih, Monika Koblar, fizioterapevtka Tamara Zore, SMS: Teja Anderle, Špela Habjanič, Marjeta Pintar, vzdrževalec Zoran Rozman. Ponovno bi se rada zahvalila tudi vsem sodelujočim, še posebno županu in tistim občinskim svetnikom, ki so se udeležili našega testa hoje in mu dodali še poseben, večji poudarek ter tako akcijo moralno podprli.

Hipertoniija - bolezen vsakega petega Slovenca

10. strokovni sestanek sekcije za arterijsko hipertenzijo

Ksenija Tušek Bunc

Pred petimi leti sem z istim naslovom začela poročilo o 5. strokovnem sestanku sekcije za hipertenzijo in si ob tem sposodila nekaj filozofskih misli iz Dnevnika cesarja Marka Avrelija v prevodu Antona Sovreta: "Misli zmeraj na to, kaj je narava celote, kaj tvoja narava, kakšno je razmerje med njima, kolikšen drobec je tvoja in kolikšen celote drobec; in da ti ne more nihče braniti, da bi bile tvoje besede in dejanja vedno v skladu z naravo, ki si drobec iz nje." Pet let je lahko dolgo obdobje v življenju človeka, lahko pa samo hip, ki v življenje prinaša velike ali majhne spremembe. Bi lahko danes še vedno uporabila misli velikega cesarja?

Ljubljana je bila 19. oktobra gostiteljica 10. strokovnega sestanka Sekcije za arterijsko hipertenzijo. "Ob tem okroglem jubileju lahko s ponosom gledamo na prehojeno pot," je začel svoj pozdravni govor ustanovitelj in prvi predsednik sekcije doc. dr. Rok Accetto.

Pozdravil je navzoče, še prav posebej prisrčnega pozdrava pa je bil deležen edini častni član sekcije prof. dr. Pavle Jezeršek, začetnik kliničnega in raziskovalnega dela na področju hipertoniologije v Sloveniji. V nadaljevanju je orisal razvoj sekcije. Za predhodnike sekcije lahko štejemo več sestankov, ki so se imenovali "**Dan arterijske hipertenzije**", kjer so v glavnem sodelovali zdravniki, zaposleni na Kliniki za hipertenzijo. Sestanki so se začeli v sredini 80. let na pobudo prof. dr. Jezerška, tedanjega predstojnika Klinike za hipertenzijo. Menili smo, da bo tako mogoče vsaj enkrat letno posredovati čim bolj zanimive in sveže informacije s področja hipertoniologije zdravnikom, ki jih tematika zanima in se z njo ukvarjajo v svoji vsakdanji praksi. Kasneje smo spoznali, da dnevi hipertenzije niso dovolj in da bi bilo bolje ustanoviti organizacijo, kjer bi se zdravniki srečevali, izmenjevali izkušnje in posredovali svoje znanje kolegom, splošnim zdravnikom in zdravnikom s področja interne medicine. Sekcija za arterijsko hipertenzijo je bila ustanovljena leta 1991. Ustanovitelj in prvi predsednik, ki sekcijo neumorno vodi še danes, je doc. dr. Rok Accetto, dr. med. V burnih časih tik pred osamosvojitvijo je postala redna članica Svetovne lige za hipertenzijo (World Hypertension League - WHL), ki pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije vodi in organizira dejavnosti v zvezi z zdravljenjem in obravnavo visokega krvnega tlaka v posameznih državah članicah, predstavniki pa izkušnje iz Slovenije prenašajo na druge. Sekcija je strokovna organizacija slovenskih zdravnikov, ki združuje zdravnike različnih strok, od splošnih/družinskih zdravnikov, internistov do pediatrov... Od skromnih začetkov je članstvo v sekciji postopoma naraslo na približno 120 članov. Delo članov sekcije je usmerjeno v obravnavo bolnikov s povišanim krvnim tlakom, ki je eden od glavnih dejavnikov tveganja za nastanek in razvoj ateroskleroze. Posledica le-te so srč-



nožilne, možganskožilne in druge nevarne bolezni, ki ne le pri nas, pač pa v vsem razvitem svetu skrajšujejo življenjsko dobo.

Leta 1997 je v sodelovanju s Kliničnim oddelkom za hipertenzijo izšla zajetna knjiga o arterijski hipertenziji, ki jo štejemo že za četrto slovensko izdajo, kar je nedvomno velik uspeh in priznanje našemu delu. Prejšnje izdaje so izšle kot izredne številke (suplementi) Medicinskih razgledov, zadnja, četrta, pa kot poglobljen priručnik splošnim/družinskim

zdravnikom s področja interne medicine. V njej je večina najnovejših spoznanj s področja arterijske hipertenzije. Knjiga je koristen pripomoček tudi za hiter vpogled v redkejšo problematiko. Ker na žalost strokovne knjige zastarijo že, ko so natisnjene, smo na koncu preteklega leta natisnili dodatek - nove **Slovenske smernice za obravnavanje bolnikov z arterijsko hipertenzijo**, ki jih je sprejela Sekcija za arterijsko hipertenzijo na svojem 8. strokovnem sestanku leta 1999. Slovenske smernice so prirejene smernice Svetovne zdravstvene organizacije in Mednarodnega združenja za hipertenzijo, ki so tudi izšle leta 1999 (1999 WHO - ISH Guidelines for the Management of Hypertension). Obe knjigi: Arterijska hipertenzija, 4. izdaja, in Slovenske smernice za obravnavo bolnikov z arterijsko hipertenzijo sta dosegljivi zdravnikom za ceno poštnine na naslovu Sekcije za arterijsko hipertenzijo. Sekcija pa ni usmerjena samo v strokovno delo z zdravniki, pač pa želi s kratkimi in grafično privlačnimi navodili izobraževati tudi bolnike s povišanim krvnim tlakom. Zato smo v lanskem letu s pomočjo farmacevtske tovarne prvič izdelali dvoje kratkih, splošnih napotkov o obravnavanju hipertenzije v ambulanti splošne/družinske medicine za bolnike s hipertenzijo, ter navodila za bolnike s hipertenzijo in pridruženimi dejavniki tveganja, ki smo jih imenovali "**V skrbi za Vaše zdravje**". Načrtujemo še nekaj tematsko zaključenih knjižic in zloženek. Knjižici sta dostopni v ordinacijah splošnih/družinskih zdravnikov in specialistov, ki so usmerjeni v področje hipertenzije.

Naše stalno in osnovno delo je organizacija strokovnih sestankov. Prvi strokovni sestanek je bil organiziran v Šmarjeških Toplicah leta 1992 in je nosil naslov "Dobrobit diagnostike in zdravljenja arterijske hipertenzije".

Drugi strokovni sestanek je bil prav tako v Šmarjeških Toplicah in je obravnaval "Posebna poglavja v terapiji in diagnostiki arterijske hipertenzije".

Tretjič smo se zbrali na Bledu na prvem mednarodnem sestanku na temo "Hipertrofija levega prekata; ledvične bolezni; avtonomno živčevje; prehrana; hipertenzija pri otrocih; terapija hipertenzije".

Četrty strokovni sestanek je bil v Portorožu: "Hipertenzija v no-

sečnosti; hipertenzija pri otrocih; terapija hipertenzije”.

Peti strokovni sestanek je potekal v Mariboru: “Dejavniki tveganja in tarčni organi; zdravljenje, merjenje krvnega tlaka”.

Šesti strokovni sestanek smo imeli v Novi Gorici: “Zdravljenje arterijske hipertenzije”.

Sedmi strokovni sestanek, mednarodni, je bil v Ljubljani: Skupni strokovni sestanek z Združenjem internistov pri SZD.

Osmi strokovni sestanek, ponovno mednarodni, smo imeli v Ljubljani: “Klinične raziskave o zdravljenju hipertenzije z zdravili; smernice za obravnavo arterijske hipertenzije”.

Deveti strokovni sestanek je potekal v Šmarjških Toplicah: “Visok krvni tlak in tveganje za kardiovaskularne bolezni”.

Že zelo zgodaj smo začeli na naše strokovne sestanke vabiti kot predavatelje ugledne strokovnjake iz tujini. Naj naštejem le nekatere: prof. dr. Julius Stevo iz Ann Arborja, prof. dr. John Chalmers iz Avstralije, prof. dr. Robert Fagard iz Belgije, prof. dr. Ian Staessen prav tako iz Belgije, prof. dr. Sver Eric Kjeldesen z Norveške, prof. dr. Andy Zwifler iz ZDA, dr. Alan Neder iz ZDA, prof. dr. Hans Ibsen z Danske, prof. dr. Zvonko Rumboldt s Hrvaške. To so naši prijatelji, ki so se ljubeznivo odzvali našemu vabilu in za svoje delo niso zahtevali nikakršnega honorarja.

Želimo nadaljevati z našim sodelovanjem s tujino in eden takih poskusov je bil 1. češko-slovenski simpozij o hipertenziji v češkem Krumlovu, ki je nastal na pobudo prof. dr. Renate Cifkove, dr. med., predsednice češkega združenja za hipertenzijo, in doc. dr. Roka Accetta, kar je brez dvoma eden največjih dosežkov sekcije za hipertenzijo in slovenske hipertnologije nasploh. Ideja je padla na plodna tla. Leta 2003 bo sestanek organiziran v Sloveniji in naj bi prerasel v srednjeevropski sestanek, kjer bi Slovenija imela vodilno in osrednjo vlogo. Prihodnje leto bo v okviru svetovnega kongresa o hipertenziji v Pragi v Sloveniji organiziran satelitski simpozij “Angiotensin II - Cost and Benefit”. Zasluga za mednarodno promocijo in ugled v tujini gre v prvi vrsti predsedniku sekcije doc. dr. Roku Accettu, za kar mu gre vsa zahvala in iskrene čestitke. Ima še velike načrte in samo upamo lahko, da mu bo uspelo. Na internetu imamo tudi spletno stran, naš elektronski naslov je: www.hipertenzija.org

Na koncu svojega govora je predsednik sekcije izrekel zahvalo čla-

nom upravnega odbora, še posebej mag. Barbari Salobir in mag. Primožu Dolencu za njuno delo in pomoč. Brez njunega prispevka vsakoletni sestanki ne bi bili to, kar so, in tudi njima gre zasluga za brezhinno izvedbo. “Samo s takšnimi sodelavci bo mogoče doseči zastavljene cilje in izpolniti pričakovanja,” je zaokrožil svoje misli doc. dr. Accetto.

V strokovnem delu, ki je sledil, so se zvrstili cenjeni predavatelji prim. doc. dr. Jurij Dobovišek, prof. dr. Irena Keber in asist. Mateja Bulc, ki so predstavili mednarodne raziskave v Sloveniji: Syst-Eur, Euroaspire 1 in 2, Cindi. Uporabo antagonistov angiotenzina II pri zdravljenju hipertenzije je predstavil gostujoči predavatelj z Danske prof. dr. Hans Ibsen. O tem, kako je z obvladovanjem hipertenzije na Hrvaškem, je predaval prof. dr. Zvonko Rumboldt, dekan Medicinske fakultete v Splitu, vendar nam podatka o odstotku bolnikov z doseženim ciljnim krvnim tlakom ni posredoval. Predstojnik katedre za družinsko medicino prof. dr. Igor Švab je pripravil zanimivo predavanje o vodenju bolnika s hipertenzijo v ambulanti osebnega zdravnika. Sledili so še prispevki: Napotitev bolnika s hipertenzijo k specialistu, mag. Primož Dolenc; Zdravljenje hipertenzije v nujnih stanjih v ambulanti osebnega zdravnika, Borut Čegovnik, dr. med.; Ocenjevanje zmožnosti za delo bolnika z arterijsko hipertenzijo, prim. doc. dr. Marjan Bilban; Obvladovanje stresa pri bolniku s hipertenzijo, doc. dr. Tone Pačnik, spec. klin. psih.; Zdravljenje hiperlipidemij s statini, asist. Vojko Kanič in Očesno ozadje pri bolniku s hipertenzijo, prim. mag. Aleksandra Kraut. Na žalost je zaradi znanih dogodkov v ZDA zadnji trenutek odpovedal sodelovanje prof. dr. Stevo Julius.

Zadovoljen z dobro udeležbo, rezultati dela in kakovostnimi prispevki se je predsednik Sekcije za arterijsko hipertenzijo doc. dr. Rok Accetto zahvalil organizatorjem, organizacijskemu odboru in sponzorjem za odlično izvedbo strokovnega sestanka z željo in s povabilom k sodelovanju tudi v prihodnjem letu, ko nas čakajo še prav posebni izzivi in trdo delo.

Obogateni z novimi znanji in izkušnjami smo pohiteli nazaj k svojemu vsakdanjemu delu, kjer bomo poskušali še izboljšati prizadevanja v obravnavi bolnikov s hipertenzijo, predvsem pa se bomo trudili, da hipertenzija ne bi bila več bolezen vsakega petega Slovenca. ■

Javni zavod Zdravstveni dom Murska Sobota objavlja prosto delovno mesto
zdravnika specialista splošne medicine ali
zdravnika oziroma zdravnika po opravljenem sekundarijatu
 za nedoločen čas v Zdravstveni postaji Grad.

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta,
- specialistični izpit iz splošne medicine ali strokovni izpit in opravljen sekundarijat s preizkusom usposobljenosti,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije in znanje slovenskega jezika,
- 4-mesečno poskusno delo.

Na voljo je družinsko stanovanje.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati pošljejo v 8 dneh po objavi na naslov:

Zdravstveni dom Murska Sobota, Grajska 24, 9000 Murska Sobota.

Obvestila o opravljeni izbiri bomo prijavljenim kandidatom poslali v 30 dneh po končanem zbiranju prijav.

Preventiva in promocija zdravja

EUROPREV

Mateja Bulc

Kratka zgodovina

Na 1. konferenci o Preventivi in promociji zdravja v Santiagu de Compostela, Španija, novembra 1995 so udeleženci pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) pripravili dokument "Towards an Enhancement of Health Promotion and Preventive Functions in General / Family Practice in Europe" (Vzpodbuda promociji zdravja in preprečevanju bolezni v evropski splošni/družinski medicini).

Aprila 1996 so se v Barceloni sestali predstavniki WONCE, SZO-ja in drugih organizacij in razpravljali o ustanovitvi delovne skupine, katere namen bi bil pospeševanje promocije zdravja in preventive. Poimenovali so jo "European Review Group on Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice" ali skrajšano EUROPREV.

Skupina se je uspešno predstavila na kongresu WONCE v Stockholmu julija 1996, program EUROPREV-a je bil sprejet, dogovorili so se, da bo koordinator dela v prvih treh letih Španija oziroma njihovo Združenje družinske in socialne medicine (semFYC). Tako je sedež EUROPREV-a v Barceloni.

Cilji EUROPREV-a

- Pregled znanstveno utemeljenih dokazov za promocijo zdravja in preventivo v splošni/družinski medicini (SM/DM).
- Izdelava priporočil na temelju znanstveno utemeljenih dokazov za promocijo zdravja in preventivo v splošni/družinski medicini (SM/DM).
- Opredelitev vloge zdravnika SM/DM v promociji in preventivi.
- Promocija in pomoč pri uvajanju znanstvenoraziskovalnega na področju promocije in preventive v ambulate SM/DM po Evropi.

Delovni načrt

- Izgradnja mreže strokovnjakov za promocijo zdravja in preventive v SM/DM.
- Izgradnja dokumentacijskega centra z zaključki, sistematičnimi raziskavami, smernicami in drugimi dokumenti s področja promocije zdravja in preventive v SM/DM v Evropi, ki bi bili na razpolago vsem evropski zdravnikom SM/DM, tudi na svetovnem spletu.
- Analiza vzrokov smrtnosti, predvsem dejavnikov tveganja, ki jih je mogoče preprečiti ali so odpravljivi.
- Vzpodbujanje nastajanja lokalnih organizacij EUROPREV, ki bi omogočale razpravljanje, izmenjavo izkušenj in izdelavo smernic s področja promocije in preventive.
- Znanstveno raziskovanje - multicentrična evropska raziskava s področja promocije in preventive.
- Zbiranje sredstev.



Udeleženci konference

Mednarodni posvetovalni odbor sestavljajo ugledni strokovnjaki evropskih zdravniških organizacij, ki so kakorkoli povezani s preventivo. Njihovi najpomembnejši cilji so: svetovanje pri pripravi strategije EUROPREV-a, omogočanje stikov z drugimi strokovnimi organizacijami in združenji, ki se ukvarjajo s promocijo in preventivo, promocija EUROPREV-a ter sodelovanje pri objavah in predstavitev.

Odbor sestavljajo: *Carlos Brotons*, *Godfrey Fowler* (Velika Britanija), *Frede Olesen* (Danska), *Leo Pas* (Belgija), *Göran Sjonell* (Švedska), *Sylvie Stachenko* (SZO), *Rafael Guayta* (Barcelona), *Ricard Tresseras* (Barcelona) in *Fernando Villar* (Madrid).

Seznam sodelujočih držav in delegatov

- Dr. Donatella Sghedoni, Oddelek za osnovno zdravstvo, Milano (Italija);
- Dr. Frans Govaerts, Flamsko strokovno združenje zdravnikov SM, Willebroek (Belgija);
- Dr. Carlos Brotons, Špansko združenje zdravnikov splošne in socialne medicine, Barcelona (Španija);
- Dr. Eva Jurgova, Slovaško združenje zdravnikov SM, Trnava (Slovaška);
- Dr. Mateja Bulc, ZD Ljubljana in Katedra za DM MF, Ljubljana (Slovenija);
- Dr. Ton Drenthen, Nizozemsko združenje zdravnikov SM, Utrecht (Nizozemska);
- Dr. Maxime Mancini, Švicarsko združenje zdravnikov SM, Orbe (Švica);

Dr. Sirkka Keinanen-Kiukkanniemi, Finsko združenje zdravnikov SM, Oulu (Finska);
 Dr. Mary Sheehan, Irsko združenje zdravnikov SM, (Irska);
 Dr. Hava Tabenkin, Dr. Eleizzer Kitai, Izraelsko združenje zdravnikov SM, (Izrael);
 Dr. Sven Gade, Dansko združenje zdravnikov SM, Slagelse (Danska);
 Dr. Godfrey Fowler, Royal College of General Practitioners, Oxford (Velika Britanija);
 Dr. Cecilia Björkelund, Švedsko združenje zdravnikov SM, Göteborg (Švedska);
 Dr. Kvetoslav Sipl, Češko združenje zdravnikov SM, Brno (Češka);
 Dr. Ruta Radzeviciene, Latvijsko združenje zdravnikov SM, Kaunas (Latvija);
 Dr. Liivia Pullerits, Estonsko združenje zdravnikov SM, Tartu (Estonia);
 Dr. Artur Mierzecki, Dr. Maciek Godycki-Cwirko, Združenje zdravnikov SM, Varšava (Poljska);
 Dr. Carlos Martins, Portugalsko združenje zdravnikov SM, Porto (Portugal);
 Dr. Mehmet Ungan, Turško združenje zdravnikov SM, Ankara (Turčija);
 Dr. Elena V. Frolova, Sanktpetersburška akademija za podiplomski študij, St. Petesburg (Rusija);
 Dr. Mario R Sammut, Malteško združenje zdravnikov SM, Gzira (Malta);
 Dr. Revaz Tataradze, Gruzinsko združenje zdravnikov SM, Tbilisi (Gruzija);
 Dr. Ingrid Pichler, Avstrijsko združenje zdravnikov FM/SM, Avstrija;
 Dr. Jasna Vucak, Hrvatsko združenje zdravnikov SM, Hrvaška;

Dr. Jon Bjarni Thorsteinsson, Lions Club, Island;
 Dr. Donatella Sghedoni, Oddelek za osnovno zdravstvo, Milano (Italija).

Skupina je vedno odprta vsem, ki bi želeli sodelovati!

Statut EUROPREV-a določa splošne in posebne cilje, organizacijo in koordinacijo ter pravila članstva. Srečanja delegacij so letna (redna letna seja upravnega odbora), delegacije volijo kot ena država - en glas, potrebna je prisotnost vsaj polovice članstva za sprejemanje sklepov, na srečanjih je uradni jezik angleščina. Večani se lahko posameznik ali organizacija iz Evrope ali izven nje. Individualni člani so praviloma zdravniki splošne/družinske medicine oziroma drugi strokovnjaki s področja preventive in promocije.

Članarino, s katero organizacija pokriva stroške administracije in organizacije, določa upravni odbor na letni seji. Člani organizacije prejema redno poročila o vseh dejavnostih, publikacijah in novicah s področja dela organizacije. Lahko se udeležujejo seminarjev in strokovnih srečanj po ugodnih cenah.

Koordinacijo dela vodi voljena organizacija tri leta, izvolijo jo delegati na upravnem odboru z večino glasov. Prihodki organizacije so dotacije, sponzorska sredstva in članarine.

Spletna stran je dostopna brezplačno na <http://www.europrev.org/doc.html>

Delovna skupina je lani izvedla raziskavo med evropskimi zdravniki splošne/družinske medicine, kako izvajajo preventivo in promocijo ter kakšne so njihove lastne navade in razvade. Rezultate pravkar obdelujemo in so zelo zanimivi.

O vseh novostih in dosežkih te delovne skupine vas bomo obveščali, tokrat pa vas vljudno vabimo, da se nam pridružite! ■

STATUS ARTIS MEDICAE

Prikaz primera z uporabo transtelefonkega EKG-ja

Anja Jazbec, Vojka Gorjup, Marko Noč

Transtelefonka elektrokardiografija je prenos EKG-posnetkov od zdravnika na terenu ali v zdravstvenem domu do diagnostičnega centra. Sistem za transtelefonki EKG deluje v Sloveniji od leta 1998. Diagnostični center je v Centru za intenzivno interno medicino (CIIM), kar omogoča konzultacijo med uporabnikom sistema in specialistom internistom vseh 365 dni v letu 24 ur na dan. V nadaljevanju bomo prikazali uporabo transtelefonkega EKG-

ja pri bolniku z akutnim srčnim infarktom.

67-letnega bolnika, ki se je sicer zdravil zaradi ulkusne bolezni prebavil, hiperlipidemije in arterijske hipertenzije, je na dan sprejema v CIIM ob 13. uri v mirovanju začelo tiščoče boleti za prsnico. Bolečina se ni nikamor širila. Ob njej se je spotil, težav z dihanjem ni imel, slabosti ni občutil. Poklical je reševalce, ki so ga odpeljali v Zdravstveni dom Cerkljica. Iz zdravstvenega doma so ob 14:05 po-

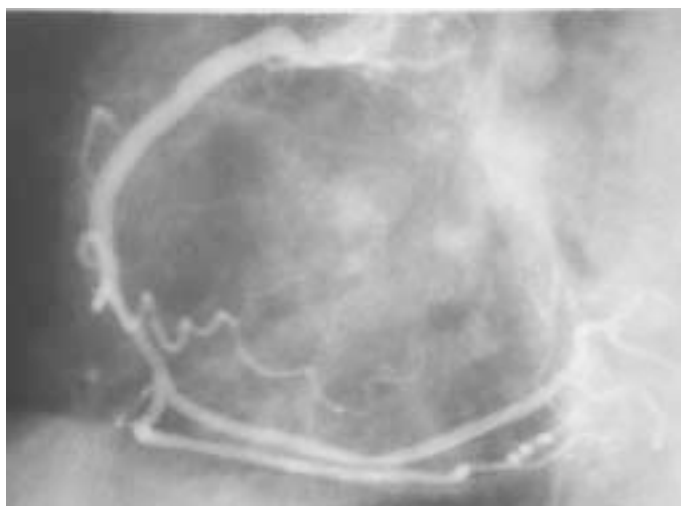


Slika 1: Transtelefonski EKG-posnetek

Tabela 1:

DOGODEK	ČAS
bolečina za prsnico	13:00
transtelefonski EKG	14:05
prihod na IPP	14:45
prihod v kateterizacijski laboratorij	14:55
odprtje tarčne žile	15:24

slali transtelefonski EKG v CIIM. V EKG-ju je bil viden sinusni ritem s frekvenco 90/min, normalna srčna os, elevacije spojnice ST v odvodih II, III, aVF, V5 in V6 ter denivelacije spojnice ST v odvodih I, aVL, V1 in V2 (Slika 1). Zdravnik, ki je v CIIM-u odčital EKG-



Slika 2: Okludirana desna koronarna arterija

posnetek, je postavil diagnozo akutnega srčnega infarkta spodnje stene in zdravniku v zdravstvenem domu svetoval, naj da bolniku 500 mg acetilsalicilne kisline, 2 vpiha nitroglicerina, kisik in morfij. Dogovorila sta se tudi, da bodo bolnika v spremstvu zdravnika in ob stalnem hemodinamskem nadzoru urgentno pripeljali na Internistično prvo pomoč (IPP). Zdravnik iz CIIM-a je o načrtovanem prevozu bolnika obvestil IPP in kateterizacijski laboratorij. Neposredno pred transportom na IPP je pri bolniku prišlo do zastoja srca. Zaradi prekatne fibrilacije so ga defibrilirali z 200 J, prehodno je bila potrebna tudi endotrahealna intubacija in umetna ventilacija. Po hemodinamski stabilizaciji so bolnika prepeljali na IPP, kamor so prisepeli ob 14:45. Po 10-minutnem pregledu na IPP so bolnika odpeljali v kateterizacijski laboratorij, kjer je bila napravljena urgentna koronarografija. Ta je pokazala akutno okluzijo desne koronarne arterije (Slika 2). Ob 15:24 je bila napravljena rekanalizacija okludirane žile z vodilno žico in nato direktno postavljena znotrajžilna opornica (Slika 3). Poseg je, razen prehodne bradikardije, potekal brez zapletov. Tabela 1 prikazuje časovno zaporedje dogodkov. Po posegu je bil bolnik sprejet v CIIM. Tam je od zdravljenja dobival acetilsalicilno kislino, klopidogrel, inhibitor ACE, blokator beta in inhibitor protonске črpalke. Vključen je bil v program pospešene rehabilitacije po srčnem infarktu, drugi dan se je pričel posedati, tretji dan je pričel z vstajanjem in hojo. Ves čas hospitalizacije v CIIM-u je bil bolnik subjektivno brez težav, zgodnjih zapletov srčnega infarkta ni bilo. Tretji dan smo ga premestili na navadni internistični oddelek, od koder je četrty dan odšel na rehabilitacijo v zdravilišče. Rehabilitacija je potekala brez zapletov in en mesec po odpustu iz zdravilišča je bolnik brez težav.

Transtelefonski EKG skrajšuje čas od pojava simptomov in znakov akutnega koronarnega sindroma do ustreznega zdravljenja. Poleg tega pomaga postaviti zgodnjo jasno diagnozo, kar je pri bolnikih z akutnim koronarnim sindromom z elevacijo veznice ST ključnega pomena. Pravilen prevoz s spremstvom zdravnika, ustreznim nadzorom življenjskih znakov teh bolnikov in primerno opremo (vse potrebno za oživljanje, vključno z defibrilatorjem) so zelo pomembni dejavniki njihove oskrbe in omogočajo njihovo boljše preživetje. ■



Slika 3: Desna koronarna arterija po rekanalizaciji in direktnem stentiranju.

Zaščita srca z zdravljenjem s statini in antioksidantnimi vitamini

Poročilo o izsledkih študije

Irena Keber

Dosedanje randomizirane klinične študije s statini so pokazale, da se pri osebah srednjih let pojavnost smrtnih in neusodnih koronarnih dogodkov zmanjša za okrog četrtno v petih letih, če se raven celokupnega holesterola v krvi zmanjša v povprečju za 1 mmol/l. Kljub tem raziskavam je ostalo nejasno, kakšen je učinek zniževanja holesterola pri številnih skupinah bolnikov, kot so bolniki, ki še niso preboleli srčnega infarkta, ženske, starejši bolniki in tisti bolniki, ki imajo raven holesterola pod povprečnimi vrednostmi. Prav tako dosedanje študije niso bile dovolj obsežne, da bi z zanesljivostjo izključile morebitno večjo incidenco nekardiovaskularnih vzrokov smrti, zlasti zaradi rakastih bolezni. Čeprav so epidemiološke študije pokazale, da je incidenca koronarne bolezni v obratni povezavi s količino nekaterih antioksidantnih vitaminov v hrani (vitamin E, C in betakaroten) in njihovo vsebnostjo v krvi, pa rezultati dveh dosedanjih kliničnih randomiziranih raziskav z dodajanjem vitamina E v prehrano niso pokazali zaščitnega vpliva vitamina E na srčnožilne zaplete.

Z randomizirano klinično raziskavo HPS so zato želeli razrešiti ostajajoče nejasnosti o koristih zniževanja holesterola pri širokem razponu različnih vrst bolnikov s povečano koronarno ogroženostjo in preveriti srčnožilni zaščitni vpliv dodajanja treh glavnih antioksidantnih vitaminov (E, C in betakarotena) v prehrani.

Preiskovanci in protokol raziskave

Vključili so bolnike obeh spolov, stare od 40 do 80 let, po prebolem miokardnem infarktu ali z drugo klinično obliko koronarne bolezni, z okluzivno boleznijo nekoronarnih arterij, sladkorno boleznijo, zdravljeno arterijsko hipertenzijo in bolnike z ravni celokupnega holesterola 3,5 mmol/l ali več. Od julija 1994 do maja 1997 je bilo v raziskavo vključenih 15.454 moških in 5.082 žensk. Med vključenimi bolniki je imelo 8.510 (41 odstotkov) bolnikov v anamnezi preboleli miokardni infarkt, 4.869 (24 odstotkov) neko drugo obliko koronarne bolezni, 3.288 (35 odstotkov) jih je prebolelo možgansko kap, 6.748 (33 odstotkov) je imelo neko drugo obliko periferne okluzivne žilne bolezni, 5.963 (29 odstotkov) sladkorno bolezen, 8.455 (41 odstotkov) pa jih je bilo zdravljenih zaradi hipertenzije. 9.515 (46 odstotkov) bolnikov je bilo ob začetku raziskave starih nad 65 let. Začetni celokupni holesterol je bil manj kot 5,5 mmol/l pri 38 odstotkih, med 5,5 in 7,0 mmol/l pri 49 odstotkih in nad 7

mmol/l pri 13 odstotkih bolnikov.

Preiskovance so randomizirali v skupini, ki sta dobivali 40 mg simvastatina dnevno ali ustrezen placebo, in v skupini, ki sta dobivali antioksidantne vitamine (600 mg vitamina E, 250 mg vitamina C in 20 mg betakarotena dnevno) ali ustrezen placebo. Bolnike so spremljali vsaj pet let in beležili pojavnost smrti zaradi srčnožilnih dogodkov ter pojavnost neusodnih srčnožilnih dogodkov: miokardnega infarkta, možganske kapi in revaskularizacijskih postopkov.

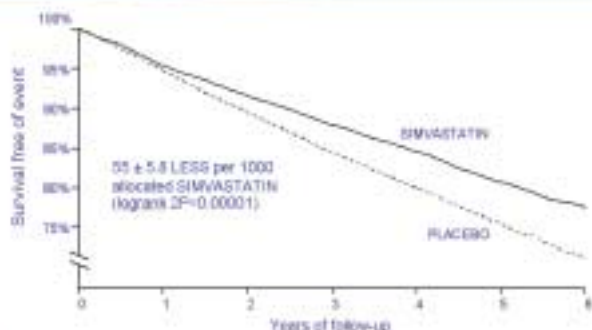
Rezultati

V skupini s simvastatinom je bila kompliansa zdravljenja z njim približno 80-odstotna po petih letih, na koncu prvega leta zdravljenja je simvastatin jemalo 89 odstotkov bolnikov, na koncu petega leta raziskave pa 81 odstotkov, nasprotno pa je v skupini s placebom prišlo do povečanja uporabe neštudijskih statinov od 4 odstotkov po prvem letu do 38 odstotkov po petih letih raziskave. V povprečju je v skupini s simvastatinom to zdravilo dobivalo 85 odstotkov bolnikov, v skupini s placebom pa je neštudijski statin dobivalo 18 odstotkov bolnikov. V poteku raziskave se je v skupini s simvastatinom v primerjavi s skupino s placebom holesterol LDL zmanjšal za $0,96 \pm 0,02$ mmol/l.

Raziskava ni pokazala koristnih učinkov antioksidantnih vitaminov na specifično umrljivost, v skupini z dodatkom vitaminov prehrani je bila umrljivost zaradi srčnožilnih vzrokov 8,7-odstotna in zaradi nesrčnožilnih vzrokov 5,3-odstotna, v skupini brez vitaminov pa 8,2-odstotna in 5,3-odstotna. Celokupna umrljivost je bila v skupini z vitamini 14,1 in v skupini brez vitaminov 13,5-odstotna. Prav tako dodatek vitaminov ni vplival na pogostost glavnih srčnožilnih dogodkov; v skupini z vitamini je bila njihova pogostost 22,7-odstotna, v skupini brez vitaminov pa 22,6-odstotna.

Pri bolnikih, ki so dobivali simvastatin, je bila umrljivost zaradi srčnožilnih dogodkov in celokupna umrljivost pomembno manjša v primerjavi s skupino brez simvastatina: v skupini s simvastatinom je bila umrljivost zaradi srčnožilnih vzrokov 7,7-odstotna in celokupna umrljivost 12,9-odstotna, v skupini brez simvastatina pa 9,2-odstotna in 14,6-odstotna. Med skupinama ni bilo razlik v umrljivosti zaradi nesrčnožilnih vzrokov (5,2 vs 5,5 odstotka). V skupini s simvastatinom je bilo tudi značilno manj žilnih dogodkov: pogostost možganske kapi, predvsem na račun ishemične kapi, se je zmanj-

SIMVASTATIN: VASCULAR EVENT by FOLLOW-UP DURATION



hps

šala za 27 odstotkov, ob simvastatinu je bila pogostost kapi 4,4-odstotna, ob placebu pa 6-odstotna. Pomembno se je zmanjšala tudi skupna pogostost glavnih srčnožilnih dogodkov (miokardnega infarkta, možganske kapi in revaskularizacije), v skupini s simvastatinom je bila pogostost teh dogodkov 19,5-odstotna, v skupini s placebom pa 24,4, kar predstavlja relativno zmanjšanje za 24 odstotkov.

Koristi zdravljenja s simvastatinom so se pojavile po približno enem letu zdravljenja in so se nato povečevale z vsakim letom zdravljenja ter so bile neodvisne od starosti bolnikov, spola in začetnih vrednosti celokupnega in LDL-holesterola. Zdravljenje je bilo koristno tudi pri bolnikih z začetno vrednostjo holesterola LDL manj kot 2,6 mmol/l, ki po ameriških smernicah za preventivo koronarne bolezni predstavlja cilj hipolipemičnega zdravljenja pri koronarnih bolnikih. Razen tega zdravljenje s simvastatinom ni imelo pomembnih stranskih pojavov, saj ni prišlo do pomembnega porasta jetrnih in mišičnih encimov v skupini s simvastatinom v primerjavi z bolniki v skupini s placebom.

Zaključki

Če upoštevamo, da je v skupini s placebom v času raziskave povprečno skoraj petina bolnikov dobivala statin, lahko predvidimo, da simvastatin v odmerku 40 mg dnevno zmanjša ogroženost s srčnim infarktom in možganskim insultom ter pogostost revaskularizacijskih postopkov vsaj za tretjino, ne glede na začetne vrednosti celotnega in LDL-holesterola. 5-letno zdravljenje s statinom prepreči pojav glavnih srčnožilnih dogodkov pri približno 100 od 1.000 bolnikov s predhodnim miokardnim infarkt, pri 80 od 1.000 z drugimi kliničnimi oblikami koronarne bolezni, pri 70 od 1.000 bolnikov z diabetesom, pri 70 od 1.000 bolnikov z drugo obliko periferne žilne bolezni in pri 70 od 1.000 bolnikov s prebolelo možgansko kapjo. Raziskava je pokazala, da ni nikoli prepozno začeti z zdravljenjem, saj celo pri bolnikih nad 75. letom starosti zdravljenje prinaša dolgotrajne koristne učinke. Študija je tudi razširila naše znanje o diabetikih, saj se je izkazalo, da ima zdravljenje s simvastatinom ugodne učinke tudi pri tistih diabetikih, pri katerih še ni znakov žilne bolezni. Študija je potrdila koristi zdravljenja s statini pri preprečevanju možganske kapi, po drugi strani pa je pokazala, da zdravljenje z

SIMVASTATIN: MAJOR VASCULAR EVENTS



hps

antioksidantnimi vitamini nima pomembnega zaščitnega srčnožilnega delovanja.

Raziskava je torej dala izjemno pomembne rezultate, ki bodo nedvomno močno vplivali na izvajanje preventive srčnožilnih zapletov pri zelo ogroženih bolnikih v klinični praksi. ■

Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica
objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika

za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta, smer stomatologija,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- eno leto delovnih izkušenj,
- znanje slovenskega jezika.

Poskusno delo traja tri mesece.

Kandidati naj prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v roku 15 dni od objave na naslov: Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica, Tajništvo, Majnikova 1, 1310 Ribnica.

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.

Evropa proti bolečini

Slovensko združenje za zdravljenje bolečine

v sodelovanju z

MEDIS D.O.O.

organizira strokovni sestanek

FARMAKOLOŠKO LAJŠANJE BOLEČINE S HITRO IN DOLGOTRAJNO DELUJOČIMI MORFINI

Hotel Lev, Ljubljana, 16. januar 2002 ob 19.00

Hotel Habakuk, Maribor, 17. januar 2002 ob 19.00

PROGRAM

Moderator: *prim. Marija Godec, dr. med.*

- 19.00 *Prof. dr. Ekhardt Beubler, dr. med. (Gradec):*
Pharmacological treatment of severe pain
- 19.30 *Prim. mag. Nevenka Krčevski Škvarč, dr. med. (Maribor):*
Optimalno zdravljenje močne bolečine: mesto hitro in dolgotrajno delujočega morfina
- 20.00 Razprava in povzetek
- 20.30 Večerja z družabnim programom
(sponzor Medis d.o.o., Ljubljana)

Informacije: *prim. mag. Nevenka Krčevski Škvarč, dr. med.*, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 11 536, 32 11 568



Zaradi velikega zanimanja

Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije
prireja

ponovitev podiplomskega izobraževanja za zobozdravnike in zdravnike

III. STROKOVNI SEMINAR: PREDPROTETIČNA KIRURGIJA IN IMPLANTOLOGIJA

Medicinska fakulteta, Korytkova 2, Ljubljana
18.-19. januar 2002

PROGRAM

Petek, 18. januarja 2002

- 16.00 *Jurca M., Kansky A. A.:* Uvodno predavanje
- 16.15 *Žajdela Z.:* Predprotetični posegi v splošni anesteziji
- 16.35 *Vesnaver A.* Ambulantni predprotetični posegi

- 16.55 *Koželj V.*: Predprotetični posegi pri bolnikih z orofacialnimi shizami
- 17.15 *Dovšak D.*: Pomen anatomskih struktur stomatognatnega sistema z implantološkega vidika
- 17.35 *Eberlinc A.*: Lastnosti osteointegrirajočih implantatov
- 17.55 Razprava
Odmor
- 18.30 *Sotošek B.*: Kriteriji uspešnosti implantološke oskrbe
- 18.50 *Gorjanc M.*: Kirurški vidiki diagnostike in načrtovanja v implantologiji
- 19.10 *Oblak Č.*: Protetični vidiki diagnostike in načrtovanja v implantologiji
- 19.30 *Marion L.*: Fiksno protetična oskrba na zobnih implantatih
- 19.50 Razprava
- 20.00 Prigrizek v avli MF

Sobota, 19. januarja 2002

- 8.30 *Vesnaver A.*: Uporaba laserja v predprotetični kirurgiji
- 8.50 *Kansky A. A.*: Pomen kirurške tehnike pri vstavitvi zobnih implantatov
- 9.10 *Gorjanc M.*: Osteoplastični postopki v implantologiji
- 9.30 *Sotošek B.*: Implantološka oskrba v estetsko zahtevnih področjih
- 9.50 *Žerdoner D.*: Dvig sinusnega dna
- 10.10 *Kansky A. A.*: Implantološka oskrba v transkaninem področju zgornje in spodnje čeljusti
- 10.30 Razprava
Odmor
- 11.00 *Ihan Hren N.*: Implantološka oskrba spodnje brezzobe čeljusti
- 11.20 *Ihan Hren N.*: Implantološka oskrba zgornje brezzobe čeljusti
- 11.40 *Kuhar M.*: Snemnoprotetična oskrba na zobnih implantatih
- 12.00 *Simončič B.*: Dolgoročno spremljanje in skrb za bolnike z implantati
- 12.20 *Arko L.*: Replantacija izbitega zoba
- 12.40 Razprava
- 13.00 Zaključek seminarja

Informacije in prijave na telefon: 041 573 791 vsak delovni dan med 13. in 19. uro (gospa Milena Žajdela). Pisno prijavo pošljite na naslov: Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, KC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana. Število udeležencev bo omejeno na 200.

Kotizacija: 30.000 SIT (DDV je vključen). Plačila na žiro račun Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije: 50100-620-133-05-1016113-126101 s pripisom »Za III. strokovni seminar – ponovitev«; davčna številka: 10830316. Prosimo, da kotizacijo plačate do 15. 1. 2002.

Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik

organizira učno delavnico

OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

POUK BOLNIKA Z ASTMO

Hotel Lek, Kranjska Gora

24.-26. januar 2002

14.-16. februar 2002

Vodji tečaja: *doc. Mitja Košnik, prof. Stanislav Šuško*

Sodelavci: *prof. Jurij Šorli, prof. Alojz Ihan, prof. Ema Mušič, doc. Matjaž Fležar, doc. Tomaž Lunder, prim. Vesna Glavnik, prim. Marijana Kuhar, prim. Jernej Podboj, asist. Robert Marčun, Katarina Osolnik, Nada Kecelj, Nisera Bajrovič*

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

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

Glede na interes se bodo delavnice ponavljale.

Število udeležencev: 20.

PROGRAM

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

Kotizacija 45.000 SIT vključuje hotelske storitve, zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita

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



Združenje za zdravljenje ran Slovenije

prireja

III. SIMPOZIJ O RANAH Z MEDNARODNO UDELEŽBO

Klinični center Ljubljana

25.-26. januar 2002

Petek, 25. januarja 2002

1. predavalnica Kliničnega centra

8.00–8.15 S. Rakovec: Uvod

8.15–8.35 F. Planinšek: Akutna rana – fiziologija celjenja

8.35–8.55 Z. Arnež: Akutna rana – rekonstrukcija

8.55–9.10 T. Janežič: Akutna rana/opekline – previjanje

9.10–9.20 Razprava – vodi Z. Arnež

9.20–10.00 Odmor s kavo

10.00–11.00 S. Rakovec: Kronična rana – celjenje, zaviralni vplivi, zdravljenje

11.00–11.20 P. Poredoš: Kronična rana – žilna diagnostika

11.20–11.40 M. Šurlan: Kronična rana – interventna radiologija

11.40–11.55 N. Kovačič: Kronična rana – žilna kirurgija

11.55–12.10 N. Alikadič: Kronična rana – antibiotiki

12.10–12.55 Z. Parač: Kronična rana – previjanje

12.25–12.40 A. Andriessen: What is new in wound management

12.40–13.05 Razprava – vodi S. Rakovec

13.05–14.00 Odmor za kosilo

14.00–14.20 M. Koselj: Diabetično stopalo – patofiziologija nastanka, osveščanje, prevencija

14.20–14.40 V. Jevtič: Diabetično stopalo – radiološka diagnostika okvar kostnine

14.40–15.00 C. Triller: Diabetično stopalo – kirurško zdravljenje

15.00–15.20 Z. Arnež: Diabetično stopalo – rekonstrukcija

15.20–15.35 Razprava – vodi Z. Arnež

15.35–16.00 Odmor s kavo

16.00–16.20 F. Planinšek: Razjeda zaradi pritiska – patofiziologija nastanka

16.20–16.30 N. Gavrilov: Razjeda zaradi pritiska – prevencija

16.30–16.45 I. Gabersšek: Razjeda zaradi pritiska – oskrba

16.45–17.05 Z. Arnež: Razjeda zaradi pritiska – rekonstrukcija

17.05–17.30 Razprava – vodi S. Rakovec

Sobota, 26. januarja 2002

1. predavalnica Kliničnega centra

8.00–9.00 Lastnosti in uporabnost nekaterih posebnih oblog, predstavitev izdelovalcev

KO za kirurške infekcije, Zaloška 2

9.15–10.30 Učna delavnica skupine zdravnikov: Teoretična in praktična obravnava bolnikov s kroničnimi ranami – vodita Z. Parač, B. Kokalj

10.40–12.00 Učna delavnica ostalih udeležencev: Praktična obravnava bolnikov s kroničnimi ranami – vodita C. Triller, J. Zrimšek

KO za plastično kirurgijo in opeklino, Zaloška 7

9.15–10.30 Učna delavnica ostalih udeležencev: Praktična obravnava bolnikov s kroničnimi ranami – vodita U. Ahčan, M. Straunik

10.40–12.00 Učna delavnica skupine zdravnikov: Teoretična in praktična obravnava bolnikov s kroničnimi ranami – vodita M. Šolinc, A. Hočevar

Udeležba na učni delavnici se šteje za strokovno izobraževanje.

Kotizacija znaša 15.000,00 SIT – do 15. 01. 2002, po tem datumu znaša 20.000,00 SIT (v kotizaciji je všteti DDV).

Izpolnjeno splošno prijavnico pošljite do 20. 01. 2001 na naslov: Klinični oddelek za kirurške infekcije, prim. Ciril Triller, dr. med., Klinični center Ljubljana, Njegoševa ulica 4, 1525 Ljubljana.

Dodatne informacije dobite na tel.: 01 522-23-19 ali po e-pošti: irma.kiprijanovic@kclj.si

**Sekcija za otroško nevrologijo, SZD in
Sekcija za klinično nevrofiziologijo, SZD**

vabita na simpozij

FROM CLUMSINESS TO CEREBRAL PALSY

(Principles for understanding developmental motor disorders –
visit of Dr Hadders-Algra in Ljubljana)

Srebrni salon, Grand hotel Union, Ljubljana
1.-2. marec 2002

Friday, March 1st, 2002

Afternoon lecture:

16.30–18.00 *M. Hadders-Algra*: The neuronal group selection theory:
cerebral palsy

Saturday, March 2nd, 2002

Morning lecture:

09.30–11.00 *M. Hadders-Algra*: Development of postural control
11.00–11.30 Coffee break

11.30–12.30 *Milan Gregorič*: Gait Analysis in Children: Principles and
Applications

13.00–14.00 *David Neubauer*: Approach to the child with clumsiness

15.30–16.30 *M. Hadders-Algra*: Motor problems of the clumsy child

17.00–18.00 Free topics
General discussion

Pokrovitelj: Bayer Pharma, d.o.o.

Kotizacija: 15.000 SIT, nakažite jo na žiro račun Medicinske fakultete v
Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana št. ŽR: 50103-603-41175, sklic: 230-19.
Davčna številka: 44752385

Informacije: prof. dr. David Neubauer, Pediatrična klinika, Vrazov trg 1,
1525 Ljubljana, tel.: 01 30 03 273, e-pošta: david.neubauer@mf.uni-lj.si

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.*: Predstavitve 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 ambulanti 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.

Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo SZD

prireja

12. SLOVENSKE PARODNTOLOŠKE DNEVE

Hotel Terme, Čatež
5.-6. april 2002

Vsebina prireditve: epidemiologija, etiologija, patognezna in zdravljenje parodontalne bolezni

Program bo objavljen v eni od naslednjih števil revije Isis.

Dodatne informacije: ga. Martina Kajzer, tajništvo Stomatološke klinike, tel.: 01 30 02 110, faks: 01 13 22 148.



in

Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino
Medicinske fakultete v Ljubljani

organizirata

XIII. DNEVE REHABILITACIJSKE MEDICINE: AMPUTACIJE IN PROTETIKA

Predavalnica v 4. nadstropju, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo,
Linhartova 51, Ljubljana
15.-16. marec 2002

PROGRAM

Petek, 15. marca 2002

- 8.30–9.00 Registracija udeležencev
- 9.00–9.30 *Prof. dr. Črt Marinček, dr. med.:* Uvodno predavanje
- 9.30–10.15 *Prof. dr. Amar Jain:* Amputacije spodnjega uda
- 10.15–11.05 *Prim. mag. Aleš Demšar, dr. med.:* Zgodnja rehabilitacija po amputaciji spodnjega uda
- 11.05–11.30 Odmor
- 11.30–11.50 *Prim. mag. Metka Prešern Štrukelj, dr. med.:* Rehabilitacija starejših po amputaciji spodnjega uda
- 11.50–12.05 *Asist. prim. Hermina Damjan, dr. med.:* Rehabilitacija otrok po amputaciji spodnjega uda
- 12.05–12.50 *Dominik Erzar, dipl. inž. ort. prot.:* Pregled protetike spodnjega uda
- 12.50–14.00 Odmor za kosilo
- 14.00–14.30 *Metka Zalar, v. ft.:* Fizioterapija po amputaciji spodnjega uda
- 14.30–14.45 *Romana Petkovšek Gregorin, v.m.s.:* Higiena krna in oskrba ran
- 14.45–15.00 *Klemen Grabljevec, dr. med.:* Preventiva sekundarnih okvar, prizadetosti in oviranosti po amputaciji
- 15.00–15.15 *Doc. dr. Helena Burger, dr. med.:* Ocenjevanje izida rehabilitacije oseb po amputaciji spodnjega uda
- 15.15–15.35 Pogovor z uporabnikom – vodi *prim. mag. Metka Prešern Štrukelj, dr. med.*

- 15.35–15.50 Razprava
 15.50–16.10 Odmor
- 16.10–16.40 *Prof. dr. Zoran Arnež, dr. med.:* Amputacije zgornjega uda
 16.40–17.10 *Doc. dr. Helena Burger, dr. med.:* Rehabilitacija po amputaciji zgornjega uda
 17.10–17.55 *Matej Burgar, dipl. inž. ort. prot.:* Proteze za zgornje ude
 17.55–18.15 Razprava

Sobota, 16. marca 2002

- 8.00–8.30 *Darinka Brezovar, v. dt.:* Delovna terapija po amputaciji zgornjega uda
 8.30–8.45 *Doc. dr. Helena Burger, dr. med.:* Ocenjevanje izida rehabilitacije po amputaciji zgornjega uda
 8.45–9.30 *Tomaž Maver, dipl. inž. ort. prot.:* Proteze iz silikona
 9.30–9.45 *Davorin Gorec, dipl. inž. ort. prot.:* Uporaba CAD–CAM v protetiki
 9.45–10.15 *Prim. Marija Godec, dr. med.:* Terapija fantomskih bolečin
 10.15–10.30 Odmor
- 10.30–10.50 *Dr. Vesna Radonjič Miholič, spec. klin. psih.:* Vloga psihologa v rehabilitaciji oseb po amputaciji
 10.50–11.10 *Jolanda Stevanovič, viš. soc. del.:* Vloga socialnega delavca v rehabilitaciji oseb po amputaciji
 11.10–11.30 *Asist. mag. Andrejka Fatur Videtič, dr. med.:* Poklicna rehabilitacija oseb po amputaciji
 11.30–11.50 *Dr. Rajko Vute:* Šport za osebe po amputaciji udov
 11.50–12.10 Pogovor z uporabnikom – vodi *doc. dr. Helena Burger, dr. med.*
 12.10–13.00 Test
 13.00–13.30 Demonstracija sedeče odbojke
 13.30–15.30 *Prof. dr. Amar Jain, dr. med.:* Delavnica o kirurških tehnikah amputacij spodnjih udov ter zgodnji oskrbi krna
 15.30–15.45 Odmor
- 15.45–17.30 Okrogla miza – vodi *prof. dr. Črt Marinček, dr. med.*

Delavnica bo namenjena specializantom kirurgije in ortopedije, fizikalne in rehabilitacijske medicine ter specialistom kirurgom, ki v splošnih bolnišnicah v Sloveniji delajo amputacije. Namen je izboljšati ter poenotiti doktrino amputacij in rehabilitacije v Sloveniji.

Glavni predavatelj bo kirurg in ortoped prof.dr. Amar Jain iz Velike Britanije (Tayside University Hospitals, Ninewells Medical School & Hospital, Dundee, Škotska), ki je posebej usmerjen v kirurgijo amputacij ter je svetovalec Mednarodnega združenja za protetiko in ortotiko (International Society for Prosthetics and Orthotics – ISPO).

Delavnici bo sledila okrogla miza. Želimo si, da bi na okrogli mizi dejavno sodelovali tudi zdravniki iz splošnih bolnišnic, ki delajo amputacije ter nas na kratko seznanili (5–10 min.) z izkušnjami, operativnimi tehnikami in sodelovanjem v nadaljnji rehabilitaciji.

Seminar je namenjen zdravnikom v osnovnem zdravstvu, specializantom

kirurgije, ortopedije in fizikalne in rehabilitacijske medicine ter ostalim zdravstvenim delavcem, ki delajo z bolniki po amputaciji.

Kotizacija v višini 30.000 SIT nakažite na ŽR št.: **50102-603-48428**, APP Ljubljana, **3 dni pred pričetkom seminarja**. Kotizacija vključuje zbornik predavanj, potrdilo o udeležbi, prigrizke in napitke v odmorih. Ob registraciji predložite potrdilo o plačilu kotizacije.

V 8 dneh po končanem seminarju, vam bomo po pošti poslali račun.

Prijave in informacije: prijave pošljite do 10. marca 2002 na naslov: ga. Ela Loparič, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, tel.: 01 47 58 441, faks: 01 43 76 589, e-pošta: ela.loparic@mail.ir-rs.si

Udeležencem, ki bodo opravili pisni preizkus znanja, bomo izdali ustrezna potrdila.

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. april 2002

Organizacijski in strokovni 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*

PRELIMINARNI PROGRAM:

Delavnica (10 do 16 udeležencev) – 4 ure

- Produkcija, plazemska koncentracija ter izločanje kreatinina v stacionarnem ter prestacionarnem stanju (simulacija z analgonim elektronskim vezjem)

Pregledna predavanja (50 udeležencev)

- Motnje v ravnotežju vode in natrija
- Motnje v acidobaznem ravnotežju
- Pomen 24-urne bolnišnice pri zdravljenju bolnikov z motnjami elektrolitskega ravnotežja

Klinični primeri (50 udeležencev)

- Hipernatremija
- Hiponatremija
- Poliurija
- Vpliv motenj elektrolitskega in acidobaznega ravnotežja na kardiovaskularni sistem
- Diuretiki
- Uravnavanje motenj vodnega, elektrolitskega in acidobaznega ravnotežja z dializnimi procedurami
- Cistinoza
- Hiperkalemija
- Hipokalemija
- Motnje v ravnotežju fosfata
- Motnje v ravnotežju kalcija
- Motnje v ravnotežju magnezija
- Respiracijska acidoza in alkaloz
- Metabolna acidoza
- Metabolna alkaloz
- Mešane motnje acidobaznega ravnotežja

Kotizacija znaša 30.000,00 SIT, nakažite jo na Zvezo društev ledvičnih bolnikov Slovenije (ZDLB) pri NLB, št.: 020, 14-0017223187, davčna št.: 26545 659, s pripisom »Nefrologija 2002«.

Kotizacija vključuje udeležbo na tečaju, zbornik predavanj s kliničnimi primeri, osvežitve med odmori in družabno pogostitev v petek 5. 4. 2002.

Ker je število udeležencev na delavnici, 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: 01 52 22 282, prof. dr. Jadranka Buturovič Ponikvar, dr. med., tel.: 01 52 23 112, e-pošta: jadranka.buturovic@mf.uni-lj.si

Vsak udeleženec si lahko rezervira namestitev v hotelih 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 1/1 sobi 10.650,00 SIT

Hotel Švicarija – polpenzion v 1/1 sobi 8.960,00 SIT.

Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja

organizira

INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2002

Velika predavalnica Kliničnega centra, Ljubljana

22.-23. marec 2002

PROGRAM

1. Koval S.: Uporaba antibiotikov v veterini v Sloveniji
2. Bole Hribovšek V.: Odpornost bakterij, ki se prenašajo z živali na človeka v Sloveniji
3. Müller Premru M., Gubina M., Seme K.: Trendi odpornosti bakterij v KC
 4. Čižman M.: Kaj vemo o porabi antibiotikov v bolnišnicah
5. Černelč S.: Uporaba antibiotikov v bolnišnicah v Sloveniji
6. Šibac B., Lešničar G., Tratar F.: Rezultati racionalnega protimikrobnega zdravljenja v SB Celje
7. Reberšek Gorišek R., Drogenik P.: Poraba rezervnih antibiotikov v SB Maribor od januarja 1998 do novembra 2001
8. Beovič B.: Vpliv omejevanja uporabe antibiotikov v bolnišnicah na odpornost bakterij

Hirbar S.: Pogled s strani
9. Lejko Zupanc T.: Bakterijske in glivične okužbe pri uživalcih drog
10. Pikelj F., Trampuž A.: Diagnostika in zdravljenje okužb umetnih materialov
11. Grosek Š.: Okužbe umetnih odvodnih poti pri vodenoglavosti otrok
12. Pogorelc Erjavec A., Derganc M., Grosek Š.: Okužbe katetrov za dolgotrajno parenteralno prehrano pri otrocih s sindromom kratkega črevesa
13. Brinovec V.: Novosti v zdravljenju kroničnega hepatitisa B
14. Matičič M.: Novosti v zdravljenju kroničnega hepatitisa C
15. Pleterski Rigler D.: Kawasakijska bolezen
16. Vesel S.: Zapleti na srcu pri Kawasakijski bolezni
17. Zakotnik B.: Bolezen mačje praske
18. Pokorn M.: Konjugirana pnevmokokna cepiva

K sodelovanju so vabljeni zdravniki in farmacevti (Alenka Ovnič, Meta Bogovič, Stojan Kariž, Tatjana Strekelj, Zvone Knafelj, Metka Štefančič, Danilo Salemovič, Nataša Kopal, Brigita Najdenov), ki vodijo Komisije za antibiotike v SB v Sloveniji. Predstavili bodo bolnišnično porabo protimikrobnih zdravil za sistemsko zdravljenje okužb v njihovih ustanovah.

Kotizacija: 17.000,00 SIT z DDV, plačate jo na žiro račun št.: 50101-678-48620, s pripisom "Infektološki simpozij 2002".

Informacije: ga. Andreja Sorman, tajništvo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 10 558, faks: 01 23 02 781.

CINDI Slovenija

organizira mednarodno konferenco

KREPIMO ZDRAVJE Z GIBANJEM IN ZDRAVO PREHRANO

Radenci, 18.-21. april 2002

Urnik konference

Četrtek, 18. april 2002

14.00–15.00 Otvoritev
15.00–18.30 Strokovni program
20.00 Koktejl dobrodošlice

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 bolezni – 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

- Večnivojska promocija zdravja v skupnosti: projekt severna Karelja (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 bolezni srca in žilja (*J. Maučec Zakotnik, Z. Fras*)
- Na raziskavah temelječi izsledki o učinkih nefarmakološke obravnave dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni (*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@zd-lj.si



Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana
Palliative Care Development Institute

v sodelovanju z

Open Society Institute – New York in

The American Austrian Foundation

razpisuje

seminarje v Salzburgu **(SALZBURG MEDICAL SEMINARS)** **z naslednjih področij medicine:**

- | | |
|--|--------------------------------|
| ■ kardiologija | 1. april–7. april 2002 |
| ■ anesteziologija | 1. april–7. april 2002 |
| ■ infekcijske bolezni | 28. april–4. maj 2002 |
| ■ družinska medicina | 10. maj–16. maj 2002 |
| ■ neonatologija | 17. maj–23. maj 2002 |
| ■ pediatrična hematologija in onkologija | 17. maj–23. maj 2002 |
| ■ nevrologija | 9. junij–15. junij 2002 |
| ■ psihiatrija | 9. junij–15. junij 2002 |
| ■ urgentna pediatrija | 14. julij–20. julij 2002 |
| ■ pediatrična gastroenterologija | 14. julij–20. julij 2002 |
| ■ paliativna oskrba | 25. avgust–31. avgust 2002 |
| ■ otorinolaringologija | 25. avgust–31. avgust 2002 |
| ■ slikovna diagnostika | 27. oktober–2. november 2002 |
| ■ zdravstveno varstvo žensk | 27. oktober–2. november 2002 |
| ■ onkologija | 15. december–21. december 2002 |
| ■ urologija | 15. december–21. december 2002 |

Rok za prijavo: **1. februar 2002**

Izbranim kandidatom bomo krili stroške za udeležbo, pot in nastanitev.

Prijavnice in vse dodatne informacije so na voljo v pisarni Zavoda za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana, Vegova 8, Ljubljana, Barbara Ravnik, tel.: 01 4256 450.



Vascular Access Society



Slovenian Society of Nephrology



Department of Nephrology University Medical Center Ljubljana

The 5th European Basic Multidisciplinary Hemodialysis Access Course

Brdo pri Kranju, Slovenia
June 6-7th, 2002

WHY THIS COURSE ?

- Are all patients entering hemodialysis given the optimal chance to have the longest lasting vascular accesses, which are the least prone to complications?

- Do all surgeons do their best to create a native arterio-venous fistula prior to placement of a prosthetic graft?

- Are too many central catheters placed?

- Are there still nephrologists who look at their patients' vascular accesses only when thrombosis has occurred?

- Are there still patients whose venous capital is consumed too early by repeated surgical revisions whereas percutaneous approaches would have prolonged the life of each access-site?

- Do radiologists dilate too often and in inappropriate locations?

- When has a stenosis to be treated?

- Are too many stents placed because of substandard dilatation techniques?

- Is it acceptable that some stents obviate further surgical possibilities of access creation or central line placement?

- Where is the place for duplex ultrasound?

- Why are there so many different radiological techniques for treatment of thrombosed access?

- Is it so easy to intervene on hemodialysis patients that they are left in the hands of inexperienced surgeons or radiologists?

Dear colleagues,

These and other problems will be addressed during 5th European Basic Multidisciplinary Hemodialysis Access Course. I am pleased to invite you to our Basic Course. The location is a large, old estate with rich natural and cultural heritage. It is located approximately 25 km from Ljubljana and 7 km from International airport Ljubljana-Brnik. We would, of course, very much appreciate to meet you here in Slovenia.

Marko Malovrh, MD, PhD

Chairman of the Organizing Committee

PRELIMINARY PROGRAM

Wednesday, June 5th, 2002

17.00-19.00 Registration

19.30 Welcome reception

Thursday, June 6th, 2002

9.00 Presidential Address

9.15-12.30 Basic consideration

Incidence and demography of vascular access in Europe

Basic nephrological techniques

Preoperative examinations

Strategies and standards

12.30-14.00 Lunch

14.00-16.15 Native arteriovenous fistula

Strategies for access creation

Vessel preservation

Different types of fistulas

Prosthetic arteriovenous fistula

16.30-18.00 Workshops

Surgery

Nephrology

Ultrasound

Radiology

19.30 Gala dinner at Brdo Castle (limited availability - registration is required)

Friday, June 7th, 2002

9.15-12.30 Diagnosis and treatment of complications

Stenosis and thrombosis - interventional and surgical

Infections

Ischemia

Venous hypertension and high flow

12.30-14.00 Lunch

14.00-15.30 Diagnosis and treatment of complications (continue)

15.30-16.15 Complications of central catheters

16.30-18.00 Workshops (repeated)

18.00 Closing of the course

Saturday, June 8th, 2002

9.00-13.00 Half day city tour to Ljubljana (optional)

Board of the Vascular Access Society

President: A. Bakran, Liverpool (England), secretary: J. Tordoir, Maastricht (Netherlands), treasurer: V. Mickley, Baden-Baden (Germany), members: J. Barbosa, Lisbon (Portugal), P. Bourquelot, Paris (France), S. Di Giulio, Rome (Italy), M. Lazarides, Athenes (Greece), M. Malovrh, Ljubljana

(Slovenia), J. Pengloan Tours (France), J. R. Polo, Madrid (Spain), L. Turmel Rodrigues, Tours (France), D. Vorwerk, Ingolstadt (Germany)

Local organization committee

President: M. Malovrh, vice president: R. Ponikvar, secretary: J. Buturović Ponikvar, treasurer: M. Benedik, members: A. F. Bren, A. Guček, S. Kaplan Pavlovčič, J. Klančar, T. Klokočovnik, J. Kovač, V. Premru, A. Urbančič

GENERAL INFORMATION

Location of the Course

Hotel Kokra, Predoslje 39, 4000 Kranj, Slovenia, phone: +386 4 26 01 000, fax: +386 4 20 21 551, E-mail: hotel-kokra.brdo@gov.si

Symposium Language

The Course will be held in English and there will be no simultaneous translations.

Registration and Hotel Reservation

You are advised to register as early as possible. For your convenience we already reserved accommodation for all participants. You will have to register directly to the hotel. The price in single room is from 125 to 150 DM.

Registration Fee

	before March 31, 2002	after March 31, 2002
Non-VAS-Members	500 DM	600 DM
VAS-Members	450 DM	500 DM
Residents	250 DM	300 DM

Gala dinner and City Tour

Due to limited number of places, you are advised to book as early as possible. The fee will be 70 DM for dinner and 30 DM for City tour.

For further Comments and Inquires call for information card to be sent. Please do not hesitate to contact me: Marko Malovrh, M.D. PhD, -University Medical Center Ljubljana, Department of Nephrology, Zaloska 7, 1525 Ljubljana, Slovenia, phone: +386 1 54 23 478, fax: +386 1 23 15 790, E-mail: marko.malovrh@mf.uni-lj.si, <http://www.kclj.si/vas2002lj>

Prodamo za polovično ceno:

1. Dermatološka lupa na stojalu (Nemectron)
2. Posoda (10 l) za tekoči dušik (L'air Liquide)
3. Elektrokavter Elektrotom 505 (Berchtold) s pincetami in nožem
4. Oximeter (Dräger)
5. Defibrilator (Hewlett Packard)
6. Jeklenka za kisik

Informacije: 01 51 93 554.

Slovensko združenje za duševno zdravje ŠENT pod pokroviteljstvom

Svetovne zveze za psihosocialno rehabilitacijo

v sodelovanju s

Cankarjev dom kulturnim in kongresnim centrom Ljubljana organizira

DRUGI SLOVENSKI KONGRES O PSIHOSOCIALNI REHABILITACIJI Z MEDNARODNO UDELEŽBO

PSIHIATRIČNA IN SOCIALNA REHABILITACIJA V SKUPNOSTI

Cankarjev dom, Ljubljana

30.-31. maj 2002

Pokrovitelj: Državni svet Republike Slovenije

Vabljeni:

- strokovnjaki, psihiatri, psihologi, medicinske sestre, zdravniki v osnovnem zdravstvenem varstvu, patronažne medicinske sestre, socialni delavci in pedagogi,
- bolniki in njihovi svojci,
- načrtovalci skrbi z Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, Zdravstvene zavarovalnice, Urada za invalide, Zavoda za zaposlovanje in iz Skupnosti za pokojninsko in invalidsko zavarovanje,
- študentje,
- novinarji
- in vsi, ki jih ta problematika zanima.

Na kongresu bomo predstavili izkušnje z reformo in socialno skrbjo za ljudi z duševnimi motnjami v razvitih državah ter v tistih, ki so v procesu tranzicije in poskušali odgovoriti na kritična vprašanja o:

- potrebah bolnikov z duševnimi motnjami,
- njihovih zahtevah,
- usmeritvah stroke in politike na področju duševnega zdravja
- in v sklepnem delu oblikovali skupna stališča, ki naj vplivajo na nastajanje, povezovanje, kakovost skrbi in nadzor nad službami za duševno zdravje pri nas.

V plenarnem delu bodo svoje izkušnje predstavili priznani tuji in domači strokovnjaki ter tisti, ki službe za duševno zdravje uporabljajo. Pri popoldanskih delovnih omizjih pa bomo oblikovali sklope, ki jih bomo predstavili na sklepnem plenumu in novinarski konferenci.

Vstop je prost.

Vesna Švab, za organizacijski odbor

PROGRAM

27. junija 2002

1. Uvodne besede
2. Psihiatrična in socialna rehabilitacija v Veliki Britaniji
3. Psihiatrična in socialna rehabilitacija v Franciji
4. Psihiatrična in socialna rehabilitacija v Italiji
5. Psihiatrična in socialna rehabilitacija na Hrvaškem
6. Psihiatrična in socialna rehabilitacija v Romuniji
7. Psihiatrična in socialna rehabilitacija na Madžarskem
8. Povzetek izkušenj
9. Zakonodaja na področju duševnega zdravja

Delovne skupine

Kakšne so poti za reformo psihiatričnih in socialnih služb v postsocialističnih državah.

Plenum, sklepi.

28. junija 2002

- Psihiatrična in socialna rehabilitacija v Sloveniji
- Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami – vloga nevladnih organizacij
- Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami – vloga centrov za socialno delo
- Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami – vloga osnovnega zdravstvenega varstva

- Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami – vloga zavoda za zaposlovanje
- Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami – vloga posebnih socialnih zavodov
- Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami – mnenje uporabnikov
- Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami – mnenje svojcev
- Državna strategija na področju duševnega zdravja: Ministrstvo za zdravje
- Državna strategija na področju duševnega zdravja: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve
- Državna strategija na področju duševnega zdravja: Urad za invalide

Delovne skupine

Kakšne so poti do skladnega delovanja udeležencev pri skrbi za osebe s hudimi duševnimi motnjami: posebne spremembe v zakonodaji, načinih dela in koordinacija

Okrogla miza

Psihiatrična in socialna rehabilitacija – skupna izjava
Novinarska konferenca – predstavitev sklepov

Informacije:

ŠENT, Slovensko združenje za duševno zdravje, Vilharjeva 22, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 19 408, faks: 01 43 19 418, e-pošta: sent@siol.net

II. zbor ambulantnih ginekologov

Marko Mlinarič

Drugi zbor ambulantnih ginekologov Slovenije je potekal 24. novembra 2001 v prostorih predstavništva Krke, d. d., Dunajska 65, v Ljubljani.

Na zbor je prišlo 64 ginekologinj in ginekologov. Program je bil sestavljen iz strokovnega in organizacijskega dela.

V prvem prispevku je Maja Mejač, dr. med., iz Krkinega medicinsko-farmaceutskega centra predstavila zdravljenje okužb v ginekologiji in Krkina protimikrobna zdravila. Predstavljena je bila shema zdravljenja ginekoloških okužb, ki je temeljila na ameriški doktrini, zato so ginekologi predlagali, da se zaprosi RSK za ginekologijo, da pripravi naša strokovna navodila.

V naslednjem predavanju je Marjeta Tomažič, dr. med., s Kliničnega oddelka za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni predstavila sladkorno bolezen v nosečnosti. Skupaj z Marjeto Tomažič, dr. med., se pripravi zloženka za osnovnimi navodili glede presejalnega testa za sladkorno obolenje v nosečnosti.

V drugem delu so bile štiri teme:

1. Glavarinsko-storitveni sistem, kromnologija dogodkov (Polona Jerman Kačič, dr. med.)

Trajanje celotnega projekta je 4 leta.

Razlogi predlagateljev za uvedbo sistema GINGL so bili: poenoteno plačevanje vseh izvajalcev v primarnem zdravstvu, velike razlike v številu opredeljenih žensk, slaba pregledanost, slaba dostopnost in slabi kazalci kakovosti.

1. 7. 2000 je bilo uvedeno testno obdobje kombiniranega glavarinsko-količniškega sistema v primarni ginekologiji pod pogojem in z zagotovili ministra za zdravstvo, Zbornice in ZZZS, da je število 4.000 opredeljenih žensk na ginekologa tisto število, ki ob predpisanih strokovnih normativih zagotavlja primerno in strokovno varno delo. Podpisniki so uskladili časovne normative 15 minut za en pregled (Pismo dobre namere).

Po številnih sestankih Projektne skupine, po odstopu prim. Veruške Meglič in prim. mag. Alenke Fetih od vodenja Projektne sku-

pine, je bila Komisija za spremljanje glavarinskega sistema (KSG) prisiljena prevzeti delo celotne Projektne skupine, čeprav je bila namenjena za pomoč Projektni skupini. Rezultati dela KSG so bili predstavljeni na problemski konferenci novembra 2000 in objavljeni v marčni številki Izide.

Kolegij za ginekologijo in porodništvo je na sestanku 16. 01. 2001 sklenil naslednje: "Glavarinsko-storitveni sistem bi zanesljivo omogočil boljše zdravstveno varstvo na primarni ravni, vendar ob sedaj veljavnih normativih in standardih ni izvedljiv in je strokovnega stališča nesprejemljiv." Pogajanja z ZZZS se začno v januarju 2001 in v predlogu Splošnega dogovora (Portorož, 31. 01. 2001) se v tekstu pojavi tole: "Zdravniška zbornica Slovenije podpira podaljšanje testnega obdobja v ambulantno ginekologijo, vendar je pred uvedbo le-tega potrebna temeljita analiza testnega obdobja in sprememba Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva žensk."

Na sestanku 6. 3. 2001 "Analiza rezultatov testnega obdobja glavarinsko-količniškega sistema v primarni ginekologiji za leto 2000" so si bila stališča predstavnikov ZZZS, ministrstva za zdravje in ZZZS nasprotujoča, skupno pa je vsem, da se strinjajo z aktivnim presejanjem na 3 leta in s spremembo Navodil.

V marcu 2001 KSG vztraja pri svoji odločitvi, pri kateri jo podpira tudi Kolegij za ginekologijo in porodništvo. Pod pritiskom nekaterih predstavnikov Zbornice in pogajalske skupine Kolegij za ginekologijo in KSG v nepopolni sestavi na sestanku 23. 04. 2001 sprejmeta kompromisno stališče, da se bodo v podaljšanem testnem obdobju preverjali učinki novih Navodil in da se določi planško število količnikov iz storitev 24 203. Ministrstvo za zdravje naj do 30. 06. 2001 pripravi nova Navodila.

Odnos večine ambulantnih ginekologov in članov Projektne skupine do uvedbe gla-

varinsko-količniškega sistema v ambulantno ginekologijo je bil že od začetka izrazito odklonilen, saj smo menili, da je naše delo pretežno specialistično in le deloma primarno, tako da za nas tak način plačevanja ni primeren.

Naše stališče se kljub številnim analizam ni spremenilo.

2. Dileme zunajbolnišničnega ginekologa (Helena Istenič, dr. med.)

Avtorica je predstavila dopis iz februarja 1998, ki ga je podpisalo 22 ambulantnih ginekologov. V njem opozarjajo na problematiko: Izvajanje in razvrščanje specialistično-ginekološke dejavnosti v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti Slovenije. Z uvedbo glavarine in z izjavo o izbiri zdravnika ginekologa se ginekologi, ki izvajamo izvenbolnišnično zdravstveno varstvo žensk oziroma zdravstveno varstvo na primarnem nivoju, čutimo odgovorne - strokovno in moralno, kazensko in finančno - da zagotovimo preventivni program zaupani populaciji ob istočasnem zagotavljanju kurativnih uslug.

Strokovne zahteve in diagnostične možnosti so vsak dan večje, preventivni programi vseobsežnejši in zahtevnejši, časovni normativi pa vse krajši. Neusklajene so diagnostične in terapevtske smernice, nimamo izdelanih časovnih normativov, nimamo standardov kakovosti dela.

3. Neenotno šifriranje (Marko Mlinarič, dr. med.)

Na večini srečanj strokovne narave se v premorih med predavanji vse manj pogovarjamo o strokovnih vprašanjih. Vse več je pogovorov o tem, kako šifrirati pregled ali poseg v ambulanti. Analiza ankete odgovorov dvajsetih ginekologov je pokazala velike razlike. Že pri enostavnih primerih, kot je recimo ponoven odvzem PAP po 3 do 6 mesecih v istem koledarskem letu (prvi je bil PAP II neg.), se je pokazalo kar 6 različnih

načinov beleženja. Enotno šifriramo le v dveh primerih (od 20 vprašanih): najmanj 3 načini, največ 6 različic).

4. Navodila za izvajanje preventivnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja na primarni ravni (13 september 2001) (Alenka Zagode, dr. med.)

Predstavljene so bile pripombe na omejenjena Navodila, ki jih je pripravila KSG dne 17. 10. 2001 in jih posredovala Kolegiju za ginekologijo in porodništvo.

Želimo, da ministrstvo in stroka sprejembo pravic glede jemanja PAP ženskam javno obrazloži.

Ustrezno izobražene babice bi lahko izvajale presejalne programe detekcije RMV (brisi PAP), skrbele in odgovarjale bi za opredeljen delež vodenja nosečnic in izvajale bi zdravstveno vzgojo. Bile bi prave nosilke primarnega nivoja in za njih bi bila glavarina res umestna.

Alenka Zagode je zaključila svoj prispevek z besedami: "Po službi odhaja ambulantni ginekolog domov utrujen in zmeden. K nam pritiskajo pacientke, narediti mora vedno več brisov, vedno več preventivnih pregledov, svetovanj, narediti čim več količnikov, boji se za glavarino, kaj pa strokovna doktrina? Postaja nevaren. Stroka mu nalaga vedno več, kaj če v naglici naredi napako, kdo ga bo branil? Vemo, da prihajajo težki časi.

Naše srečanje in klepet o novih navodilih ministrstva je resno vabilo Ministrstvu za zdravje, RSK-ju in Zdravniški zbornici k dialogu in čimprejšnjemu pristopu k reševanja problema, ki smo ga nakazali. V izogib novim napakam, v dobrobit žena in za priznanje stroki."

Sledila je živahna razprava.

II. Zbor ambulantnih ginekologov je sprejel naslednje sklepe:

1. Glavarinsko-količniški sistem se v celoti zavrne. (Glasovanje 64 za, 0 proti, 0 vzdržanih.)

Od treh ponujenih možnosti (čisti glavarinski sistem, kombinirani glavarinsko-količniški, nadaljevanje testnega obdobja) so se kolegi odločili za zavrnitev glavarinsko-količniškega sistema.

2. Bolnišnica naj bi bila bazična ustanova vsakega ginekologa, ne glede na delovno mesto, v smislu strokovne povezave, sodelovanja v procesu diagnostike in terapije ter enakopravnih odnosov. Zagotovljena mora biti tudi pravna zaščita sodelujočega ginekologa.

Podskupina za ambulantno ginekologijo

jo pri ZZS pripravi smernice in predlog navodil za sodelovanje z bolnišnicami. (Glasovanje 64 za, 0 proti, 0 vzdržanih.)

3. V vseh skupinah, kjer se obravnava problematika ambulantne ginekologije, morajo biti ambulantni ginekologi sorazmerno zastopani.

Pri oblikovanju novih navodil naj se upošteva s strani stroke priporočen minimalni časovni normativ (15 minut) za ginekološki pregled. (Glasovanje 64 za, 0 proti, 0 vzdržanih.)

4. Podskupina za ambulantno ginekologijo pripravi nov šifrant storitev. (Glasovanje 63 za, 0 proti, 1vzdržan.)

Na volitvah so bili izvoljeni novi člani odbora ambulantnih ginekologov:

- Magda Božič, dr. med.
- Dušica Glušič, dr. med.
- Helena Istenič, dr. med.
- Polona Jerman Kačič, dr. med.
- Jasna Kostanjšek, dr. med.
- Marija Koželj, dr. med.
- Marko Mlinarič, dr. med.
- Nives Rožič, dr. med.
- Filip Simoniti, dr. med.
- Dragica Taljat, dr. med.
- Alenka Zagode, dr. med.

Zbor je bil zaključen ob 13.35.

Vsem udeležencem smo ob prihodu na srečanje razdelili anketo:

Anketo je do konca srečanja oddalo 46 udeležencev od 64.

96,63 odstotka udeležencev, ki so anketo oddali, dela v ginekološki ambulanti kot zaposleni v javnem zavodu ali kot zasebniki s koncesijo, 3,37 odstotka jih dela v bolnišnici.

Zanimalo nas je, koliko delovne dobe imajo prisotni na srečanju.

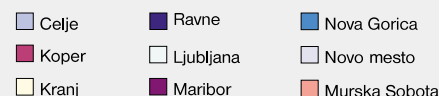
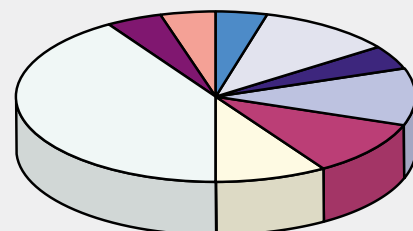
Dolžina delovne dobe (v letih): min: 5, max: 35, avg: 19,35, mediana: 20, SD: 7,85

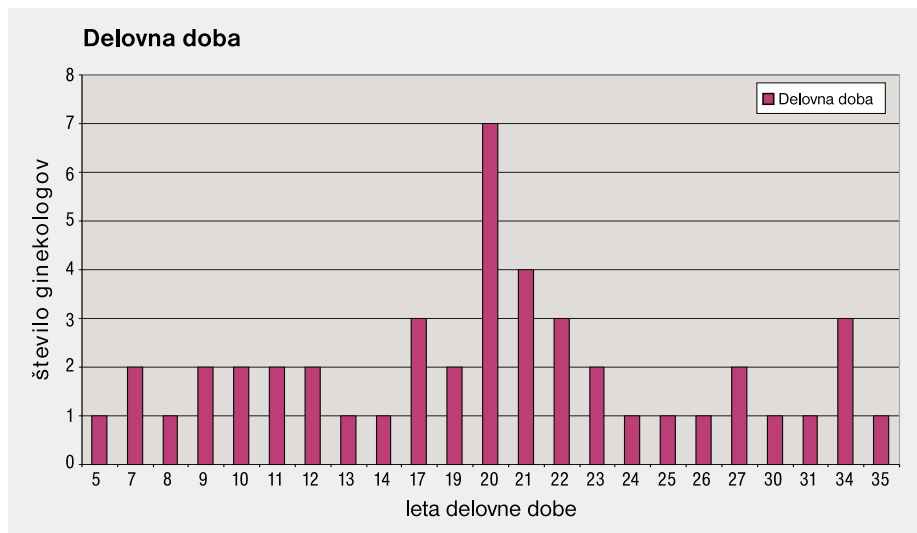
Delovna doba	Skupaj
5	3,91 %
7	4,46 %
8	3,46 %
9	0,55 %
10	6,64 %
11	3,73 %
12	6,28 %
13	2,18 %
14	2,46 %
17	3,28 %
19	1,00 %
20	13,56 %
21	9,65 %
22	3,82 %
23	7,83 %
24	0,64 %
25	4,28 %
26	1,73 %
27	4,82 %
30	1,91 %
31	3,09 %
34	9,65 %
35	1,09 %
Skupna vsota	100 %

Kako smo bili zastopani po regijah OE?

Regija OE	Skupaj
Celje	10,87 %
Koper	10,87 %
Kranj	8,70 %
Ljubljana	41,30 %
Maribor	4,35 %
Murska Sobota	4,35 %
Nova Gorica	4,35 %
Novo mesto	10,87 %
Ravne	4,35 %
Skupna vsota	100 %

Regija OE

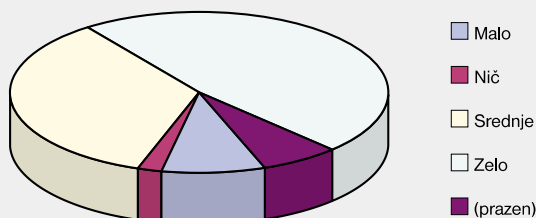




Večino vprašanih delo v ambulanti zelo obremenjuje. Zraven je bil pri enem odgovoru pripisan komentar: zadnje čase.

Obremenitev	Skupaj
Malo	8,70 %
Nič	2,17 %
Srednje	34,78 %
Zelo	47,83 %
(prazen)	6,52 %
Skupna vsota	100,00 %

Koliko Te obremenjuje delo v ambulanti



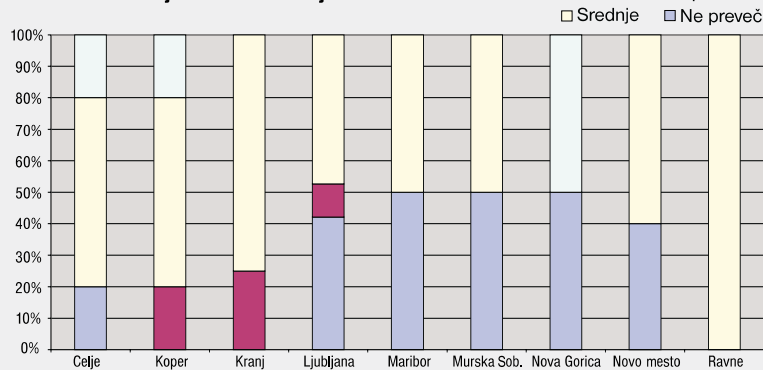
Vsi čutijo potrebo po takšnih srečanjih ambulantnih ginekologov, in sicer dvakrat letno 58,69 odstotka, enkrat 30,85 odstotka, ostalih 2,91 odstotka po potrebi, 1,73 odstotka čuti tako potrebo od 2 do 3-krat letno in 5,82 odstotka se jih ni opredelilo.

81,8 odstotka jih ocenjuje, da so strokovne teme na srečanjih potrebne, 18,2 odstotka da ne (le organizacijske in tekoča problematika).

Na vprašanje "Kako si zadovoljen s sodelovanjem z bolnišničnimi ginekologi" smo dobili naslednje odgovore:

Regija OE	Ne preveč	Sploh ne	Srednje	Zelo	Skupna vsota
Celje	2,17 %	0,00 %	6,52 %	2,17 %	10,87 %
Koper	0,00 %	2,17 %	6,52 %	2,17 %	10,87 %
Kranj	0,00 %	2,17 %	6,52 %	0,00 %	8,70 %
Ljubljana	17,39 %	4,35 %	19,57 %	0,00 %	41,30 %
Maribor	2,17 %	0,00 %	2,17 %	0,00 %	4,35 %
Murska Sobota	2,17 %	0,00 %	2,17 %	0,00 %	4,35 %
Nova Gorica	2,17 %	0,00 %	0,00 %	2,17 %	4,35 %
Novo mesto	4,35 %	0,00 %	6,52 %	0,00 %	10,87 %
Ravne	0,00 %	0,00 %	4,35 %	0,00 %	4,35 %
Skupna vsota	30,43 %	0,70 %	54,35 %	6,52 %	100 %

Kako si zadovoljen s sodelovanjem z bolnišnico



Predlogi za izboljšanje sodelovanja z bolnišničnimi ginekologi:

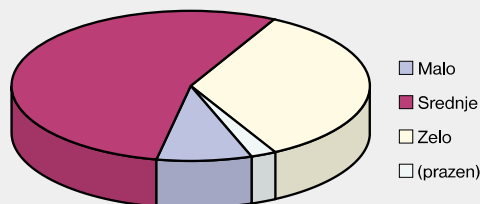
- Zaradi ustreznega vodenja pacientk želimo histološke izvide čimprej.
- Odpustnic ni ali pa so zelo skope. Pogosto ni podatka, kakšna zdravila in koliko časa jih je pacientka dobivala v bolnišnici, kakšni so izvidi ob odpustu iz bolnišnice v primerjavi z izvidi ob sprejemu.
- Želimo sprotno obveščanje o novostih v bolnišnici.
- Potrebujemo informacije o kontaktnih osebah in urnikih naročanja za vstop v bolnišnico (sprejemi za op, sprejemi na oddelek, naročanje v specialistične ambulante in podobno) ter o notranji organizaciji oddelkov.
- Potrebujemo preglednejši način naročanja na bolnišnično obravnavo.
- Želimo si konziliarnega bolnišničnega ginekologa in porodničarja.
- Okrepiti želimo iskreno in spoštljivo kolegialno komunikacijo.



Ugotavljamo, da večina (55,05 odstotka) srednje dobro pozna Uradni list 19/98 (Navodila za izvajanje preventivnih programov).

Ur. l. 19/98	Skupaj
Malo	9,65 %
Srednje	55,05 %
Zelo	31,21 %
(prazen)	4,09 %
Skupna vsota	100 %

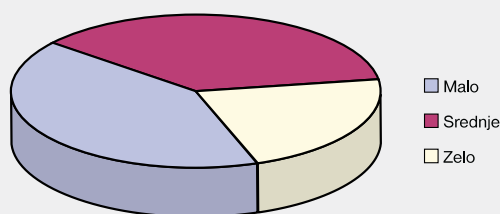
Poznavanje UR 19/98



Seznanjenost z vsebino Občasnika:

Občasnik	Skupaj
Malo	45,86 %
Srednje	33,76 %
Zelo	20,38 %
Skupna vsota	100 %

Poznavanje Občasnika



Ostale splošne pripombe, ki se nanašajo na organizacijo stroke, so: predlagamo večjo prisotnost ambulantnih ginekologov (beri sorazmernost) v delu organov glede na zastopnost ginekologov iz bolnišnic (strokovni kolegiji, komisije pri Zdravniški zbornici, sodelovanje pri pripravi že omenjenega osnutka Navodil za izvajanje preventivnih pregledov na področju primarnega zdravstvenega varstva žensk in ostalih strokovnih in organizacijskih sprememb).

Zavedamo se, da so spremembe potrebne in ambulantni ginekologi želimo pri njih ustvarjalno sodelovati.

Iskreno se zahvaljujemo farmacevtski tovarni Krka, d. d., in mag. Mojci Prah, ki nam je vsestransko pomagala pri izvedbi II. zbornice ambulantnih ginekologov. ■

Nova definicija bistva družinske/splošne medicine

Mateja Bulc

12. in 13. oktobra letos je v Barceloni oziroma v njenem letovišču Castelfelers potekal redni letni sestanek učiteljev v splošni/družinski medicini, ki se je nadaljeval v konferenco o bistvu in vsebini evropske splošne/družinske medicine (Core Content Conference). Organizator srečanja je bilo evropsko združenje zdravnikov splošne/družinske medicine ESGP/FM (WONCA Europe), sodelovali pa smo predstavniki strokovnih organizacij:

- učitelji, združeni v EURACT (med njimi prof. dr. Igor Švab),
- raziskovalci, združeni v EGPRW,

■ strokovnjaki za zagotavljanje kakovosti iz EquiPa in političnih organizacij:

- a) SZO,
- b) UEMO (zastopnica podpredsednica asist. Mateja Bulc).

Delovni osnutek sta pripravili dve skupini EURACT-ovih učiteljev (Justin Allen in Bernard Gay dokument o bistvu družinske medicine ter Harry Crebolder, Paul Ram, Jan Heyrman in Igor Švab dokument o sposobnostih družinskega zdravnika). Avtorji so dokumenta najprej predstavili in razložili, nato smo se o njiju ves dan pogovarjali v delovnih skupinah.

Vodje delovnih skupin in avtorji osnutka so iz vseh pripomb delovnih skupin izdelali predlog novega dokumenta. Novi dokument naj bi obravnavala vsa združenja splošne/družinske medicine po Evropi, dajala pripombe in predloge, predlagala popravke in spremembe. Marca 2002 se bomo na Nizozemskem ponovno sestali, okrepljeni tudi s predstavniki nacionalnih strokovnih organizacij, in izdelali končni dokument, ki naj bi ga predstavili in uradno sprejeli na kongresu WONCA 2002 junija naslednje leto v Londonu.

Uradni dokument barcelonske konferen-

ce je še v računalniku predsednika ESGP/FM Phillipa Evansa in čaka na končne lepotilne (lektorske) popravke in okraske, zato je pričujoča verzija le informativna.

Definicija splošne/družinske medicine 2001 (EURACT)

1. Specialnost splošne/družinske medicine

Splošna medicina je akademska in znanstvena disciplina, ki ima lastno akademsko in raziskovalno bazo, je znanstveno utemeljena in ima svojo klinično stroko, usmerjeno v osnovno zdravstvo. Njene značilnosti so:

- pomeni prvi stik bolnika z zdravstvenim sistemom. Dostop je odprt in neomejen, saj se ukvarja z zdravstvenimi problemi vseh vrst, ne glede na bolnikov spol, starost ali druge značilnosti;
- usmerjena je k posamezniku, njegovi družini in okolju;
- posamezniku zagotavlja longitudinalno stalnost zdravstvenega varstva, ukvarja jo se tako z akutnimi kot s kroničnimi zdravstvenimi problemi, kakršne so pač zdravstvene potrebe bolnika;
- usmerjena je v pogoste zdravstvene probleme, pojavnost zelo resnih bolezni je majhna;
- ukvarja se z boleznijo v še nediferencirani obliki, v zgodnji fazi razvoja, ki lahko prav tako zahteva takojšnje ukrepanje;
- pri reševanju zdravstvenih problemov upošteva tudi kulturne, socialne, psihološke, eksistenčne in telesne razsežnosti problema;
- ima svojstven proces pregledovanja, ki skozi čas zgradi močno partnersko vez med bolnikom in zdravnikom;
- krepí zdravje in blagostanje posameznika tako s premišljenim ukrepanjem (intervencijo) kot s svetovanjem, kadar je to potrebno;
- skrbi za učinkovito izrabo sredstev z usklajevanjem zdravljenja, sodelujoč pri tem z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki v osnovnem zdravstvu in z napotitvami k drugim specialistom;
- nosi odgovornost tudi za zdravje skupnosti.

2. Družinski zdravnik

Zdravniki splošne/družinske medicine so zdravniki, ki so specializirali to disciplino.

So osebni (izbrani) zdravniki, zadolženi predvsem za celostno in stalno zdravstveno



skrb za vse posameznike, ki se k njim zatečejo po zdravstveno pomoč, ne glede na bolnikovo starost, spol, raso ali bolezen.

Pri zdravljenju svojih bolnikov upoštevajo njihove družine, njihovo družbeno okolje in kulturo.

Zavedajo se svoje strokovne odgovornosti do družbene skupnosti. Pri načrtovanju zdravljenja in vodenja bolnika upoštevajo vse telesne, duševne in socialne dejavnike, uporabljajo svoje znanje in bolnikovo zaupanje, utrjeno v večkratnih stikih.

Zdravniki splošne/družinske medicine izvajajo svojo strokovno dolžnost tako s promocijo zdravja kot s preprečevanjem bolezni, nego in lajšanjem težav, tako osebno kot z napotitvijo bolnika k drugim strokovnjakom in službam, odvisno od potreb bolnika in razpoložljivih možnosti družbe, v kateri delujejo.

Temeljne zadolžitve zdravnika splošne/družinske medicine v Evropi

Evropsko združenje zdravnikov splošne/družinske medicine (European Society of General Practice/Family Medicine - WONCA Europe), Barcelona 2001

Seznam zadolžitvev zdravnika splošne/družinske medicine izvira iz definicije specialnosti. "Temeljni" pomeni "najbolj bistvene, ne glede na lokacijo".

Temeljne zadolžitve združujemo v šest glavnih značilnosti, ki so za disciplino bistvene:

1. k bolniku usmerjena skrb: sposobnost komuniciranja, določanja prioritete in sodelovanje z bolnikom v partnerskem odnosu, vedno upoštevajoč njegove razmere;
2. prvi stik: sposobnost reševanja neselek-

cioniranih zdravstvenih problemov in reševanja zelo različnih zdravstvenih stanj;

3. reševanje problemov: sposobnost odločanja s pomočjo modelov, upoštevajoč specifično lokalno epidemiološko situacijo;
4. celostni pristop: sposobnost združiti in uskladiti promocijo zdravja, preprečevanje bolezni, zdravljenje, nego in lajšanje težav;
5. izraba razpoložljivih zdravstvenih zmogljivosti: sposobnost nuditi bolniku najboljše potrebne zdravstvene usluge v konkretnem zdravstvenem sistemu;
6. akademska strokovnost: sposobnost razvijanja in vgrajevanja stalnega učenja in izboljševanja kakovosti, ki temelji na izkušnjah in znanstvenih dokazih.

Kombinacije in povezave med temi zadolžitvami uporabljajo zdravniki splošne/družinske medicine pri kliničnem delu, pri komunikaciji z bolniki in pri vodenju ambulant.

Kot k bolniku usmerjena in znanstvena disciplina obsega splošna/družinska medicina tri temeljne domene:

- a) kontekstualno: pri vsakem pregledu uporablja bio-psiho-socialni pristop,
- b) vedenjsko: stalna skrb za strokovnost, vrednote in etično neoporečnost,
- c) znanstveno: sprejetje kritičnega in znanstveno utemeljenega pristopa do dela.

Te zadolžitve naj vodijo k razvoju raziskovanja, izboljševanja kakovosti in učenja.

Kot rečeno - tekst je osnutek, razprava je odprta. Vabljeni!

Tehtne in konkretne pripombe naslovite na Matejo Bulc, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana.

8. kongres Mednarodne akademije za parodontologijo in 50. srečanje Društva za parodontologijo Nove Zelandije

Uroš Skalerič

Mednarodna akademija za parodontologijo je za kraj svojega 8. kongresa, ki je potekal od 27. do 29. oktobra 2001 (7. kongres je bil v Ljubljani leta 1999), izbrala Auckland in tako izrekla tudi priznanje novozelandskim kolegom, ki slavijo 50-letnico delovanja svojega društva.

Kongresa se je udeležilo skoraj 300 parodontologov iz 16 držav, ki so v treh dneh obdelali mnoga področja parodontologije. Prvi dan, ki je bil posvečen 50-letnici novozelandskega Društva za parodontologijo, je znani profesor Nabil Bissada iz Clevelanda (ZDA) pripravil večurni seminar, v katerem je obdelal vzroke in potek parodontalne bolezni ter nekirurške in kirurške pristope pri zdravljenju parodontalne bolezni.

Drugi in tretji dan srečanja je potekal kongres Mednarodne akademije za parodontologijo pod naslovom Parodontalni bioinženiring in medicina: Nova paradigma za 21. stoletje.

V uvodnem predavanju je dr. Gordan Douglass (ZDA), novoizvoljeni predsednik Ameriške akademije za parodontologijo, poročal o stanju parodontologije v ZDA, kjer je parodontalna bolezen še vedno problem, kljub temu, da imajo 4.250 parodontologov, 140.000 ustnih higienikov in 150.000 stomatologov, ki se vse pogosteje ukvarjajo tudi s parodontološkimi pacienti. Nova spoznanja o morebitni povezanosti parodontalnega infekta z različnimi sistemskimi boleznimi so povečala zanimanje za zdravljenje parodontalne bolezni tudi v ZDA.

V dopoldanskem delu programa o parodontalnem inženiringu so profesorji S. Garrett (ZDA), H. Kurtare (Japonska) in M. Bartold (Avstralija) prikazali možnost različnih regenerativnih posegov, od klasične vodene tkivne regeneracije do celično- in molekularnobioloških pristopov, ki bodo na

razpolago v prihodnosti.

Predavatelji so se strinjali, da potrebujemo za uspešno regeneracijo obzobnih tkiv membrano, ki drži prostor, ustrezne celice in rastne faktorje ter druge signalne mediatorje (hialuronično kislino, emdogain), ki bodo vzpodbudili celice pozobnice k rasti in zapolnitvi prostora.

V popoldanskem delu so trije profesorji iz ZDA, T. van Dyke, C. Cutler in D. Paquette, obravnavali patogenezo in odnose parodontalne bolezni z drugimi sistemskimi boleznimi. T. van Dyke je prikazal rezultate študije, v kateri so uporabili protivnetne deri-

vate arahidonske kisline - lipoxine. S topikalno aplikacijo analogov lipoxinov so uspešno razvili razgradnjo obzobnih tkiv, ki so jo povzročili z ligaturami okrog zob zajcev. Avtor je napovedal začetek kliničnih preizkusov pri ljudeh, ki naj bi dali odgovor, ali se bodo lahko analogi lipoxinov uporabljali tudi v humani parodontologiji. C. Cutler je poročal, da imajo pacienti s parodontalno boleznijo poleg povišanih vrednosti C-reaktivnega proteina in fibrinogena tudi višje vrednosti trigliceridov in holesterola v serumu. Postavil je hipotezo, da povišani serumski lipidi pospešujejo diferenciacijo mono-



Novoizvoljeni predsednik Mednarodne akademije za parodontologijo prof. dr. Uroš Skalerič v razgovoru z bivšim predsednikom IAP prof. dr. Thomasom van Dykom (ZDA)



Predsednik IAP prof. dr. Uroš Skalerič po izvolitvi na sprejemu pri predsednici novozelandske vlade Helen Clark. Na desni je Chris Waalkens, predsednik novozelandskega Društva za parodontologijo in organizator srečanja.

citov v tkivne makrofage, kar pri ljudeh s hiperaktivnim fenotipom vodi do večje produkcije proinflatomih citokinov.

D. Paquette iz Severne Karoline je ponovno osvetlil povezave med parodontalnim infektom ter kardiovaskularnimi boleznimi in prezgodnjim rojstvom otrok z nizko porodno težo. Njihova skupina ocenjuje, da je parodontitis lahko v 29 odstotkih vzrok za razvoj kardiovaskularne bolezni in v 18 odstotkih za prezgodnje rojstvo otroka. Pri tem je bila zanimiva ugotovitev, da imajo matere, ki prezgodaj rodijo, podobno število parodontalno patogenih bakterij v subgingivalnem plaku, vendar bistveno nižji titer IgG-protiteles proti tem bakterijam v serumu.

Prvi dan je zaključila profesorica Angella Pack (NZ), ki je poročala o izkušnjah edine novozelandske Stomatološke fakultete v Dunedinu pri uvedbi "problem-based" študija stomatologije in šolanja ustnih higienikov. Po njenih navedbah so imeli nemalo težav pri novem pristopu, saj so različne predmete, predvsem pa parodontologijo, začeli poučevati manj kompetentni učitelji in asistenti. Zato je predlagala, da mora parodontologija ostati samostojen predmet, če hočemo doseči ustrezno izobrazbo stomatologov na tem področju, in da je potrebno vse učitelje pripraviti na nove pristope pri poučevanju. Sicer ima Nova Zelandija približno 1.400 stomatologov, ker ni veliko za 3,7 milijona Novozelancev. Desetletne izkušnje po uvedbi poklica ustnega higienika so po-

kazale, da je ta poklic potreben in koristen.

Drugi dan je s častnim predavanjem odprl profesor I. Ishikawa (Japonska), predsednik jugovzhodnoazijskega društva za parodontologijo. V pregledu je prikazal njihove izkušnje za uporabo različnih laserjev v parodontologiji. Izgleda, da največ obeta Er:YAG-laser, saj se ga poleg kirurških posegov lahko uporabi tudi za luščenje korenin in celo za odstranjevanje oblog s površine dentalnih implantatov.

V nadaljevanju je M. Patters (ZDA) poročal o novi razdelitvi bolezni obzobnih tkiv, R. Williams (ZDA) pa o kirurških in farmakoloških pristopih pri zdravljenju parodontalne bolezni v 20. stoletju. Nakazal je nadaljnji razvoj, kjer se bodo za ugotavljanje efekta v obzobnih tkivih vse pogosteje uporabljala antimikrobna sredstva, ki jih bomo lokalno dovajali v obzobne žepe. Na področju modulacije imunološkega odgovora pa poleg nesteroidnih protivnetnih zdravil največ obeta jo kemično spremenjeni tetraciklini, bifosfonati, antagonisti receptorjev IL-1 in lipoksini.

P. Molan (NZ) je pripravil zanimiv pregled o uporabnosti medu v procesih celjenja ran in zvišavanja odpornosti organizma. Prikazal je rezultate študij, v katerih je med vrste manuka aktiviral neutrofilce in monocyte, zaviral tvorbo prostih radikalov in stimuliral proliferacijo limfocitov. Njegova kolegica H. English (NZ) je prikazala rezultate pilotske študije, v kateri je žvečenje žvečilnega gumija z manuka medom zmanjšalo

tvorbo plaka in krvavitve iz dlesni med potekom eksperimentalnega gingivitisa.

V popoldanskem delu zadnjega dne so profesorji T. Miyata (Japonska), M. Tonetti (Velika Britanija) in D. Etienne (Francija) govorili o različnih pristopih pri dentalni implantologiji, predvsem o tovrstni rehabilitaciji pri pacientih s parodontalno boleznijo, in o tem, kako preprečiti umik dlesni in estetske pomanjkljivosti okrog implantatov v interkaninem področju. Kljub prepričljivim rezultatom implantologije je ves avditorij najbolj presenetilo zadnje predavanje profesorja H. Okamota (Japonska), ki je v "znanstvenofantastičnem" predavanju prikazal ugodne rezultate transplantacije korenin pri pacientih. Avtor uporablja korenine zgornjih in spodnjih kočnikov, ki imajo prizadeta koreninska razcepišča. Po hemisekciji spodnjih kočnikov in resekciji korenin zgornjih kočnikov vstavi resecirane korenine pri istem pacientu na druge brezozobe dele zgornje ali spodnje čeljusti, kjer služijo kot nosilci mostovnih konstrukcij. Prikazal je večletne uspešne rezultate tovrstnega zdravljenja in rehabilitacije ter požel aplavz za prikaz novih pristopov in možnosti regeneracije obzobnih tkiv.

Na kongresu je bilo predstavljenih tudi 39 posterjev, od katerih so bili po trije najboljše v bazičnih in kliničnih raziskavah nagrajeni s priznanjem in denarno nagrado.

Podpisani sem v odsotnosti zadržanega predsednika Mednarodne akademije za parodontologijo prof. dr. Huberta Newmanana (Velika Britanija) odprl kongres in vodil dve seji izvršilnega odbora. Na koncu kongresa je bila Sloveniji in meni osebno izkazana velika čast, saj sem bil izvoljen za predsednika Mednarodne akademije za parodontologijo. Iz rok bivšega predsednika prof. dr. Thomasa van Dyka (ZDA) sem prejel predsedniško verigo, ki mi je zaupana za obdobje od 2001 do 2003.

Po slovesnem odprtju nas je sprejela predsednica vlade Nove Zelandije Helen Clark, ki je v pozdravnem nagovoru nakazala problematiko in vzpodbude za izboljšanje oralnega zdravja na Novi Zelandiji. Ves kongres je potekal v delovnem in prijateljskem vzdušju, ki ga je dopolnjevala izredna gostoljubnost domačih organizatorjev s predsednikom novozelandskega Društva za parodontologijo dr. Chrisom Waalkensom na čelu.

Vse slovenske parodontologe vabim, da se udeležijo 9. kongresa Mednarodne akademije za parodontologijo, ki bo v Cape Townu, Južna Afrika, oktobra leta 2003. ■

Oskrba diabetičnega stopala

Vilma Urbančič

Gangrena in izguba okončine sodita med najhujše zaplete sladkorne bolezni. V razvitem svetu predstavljajo amputacije pri bolnikih s sladkorno boleznijo približno 50 odstotkov vseh netravmatskih amputacij, čeprav je delež teh bolnikov v splošni populaciji le od 4 do 7 odstotkov. Tveganje za amputacijo spodnje okončine je od 15 do 40-krat večje kot v isti starostni skupini brez sladkorne bolezni.

Zapleti z nogo se lahko pojavijo pri vsakem bolniku, ki ima sladkorno bolezen, pa čeprav se zdravi le z dieto in ima krvni sladkor dobro urejen. Zmanjšanje števila amputacij za 50 odstotkov spada med temeljne cilje oskrbe sladkornih bolnikov. Doseči ga je mogoče le z načrtno obravnavo, ki obsega ustrezno zdravstveno vzgojo vseh udeležencev - bolnikov in zdravstvenega osebja, zgodnje odkrivanje ogroženih bolnikov in ustrezne ukrepe za zmanjšanje nevarnosti napredovanja sprememb oziroma grozeče amputacije. Nujno je tesno sodelovanje strokovnjakov različnih specialnosti: osrednjo vlogo v terapevtski skupini imata zdravnik diabetolog ali posebej usposobljeni izbrani zdravnik splošne medicine in medicinska sestra, ki tesno sodelujeta z vsemi drugimi specialisti: angiologom, splošnim in žilnim kirurgom, radiologom, fiziatrom, kirurgom plastikom, pa tudi z izdelovalci specialne obutve in dodatno usposobljenimi pedikerji.

Problematika diabetičnega stopala je v strokovnih krogih v svetu deležna vedno večje pozornosti. Maja 1999 je izšel Mednarodni dogovor o diabetičnem stopalu, ki ga je pripravila Mednarodna delovna skupina za diabetično stopalo. Slovenski prevod tega dokumenta je izšel februarja letos.

Da bi izboljšali raven oskrbe diabetičnega stopala v Sloveniji in se približali smernicam, ki so jih za to področje sprejeli mednarodni strokovni forumi, smo vsako leto (od 1995) jeseni organizirali Tečaj oskrbe diabetičnega stopala za medicinske sestre (dolej še šestkrat), maja 1998 pa tudi učno delavnico za zdravnike.

Učno delavnico smo organizirali tudi letos. Potekala je 5. in 6. oktobra v Preddvoru pri Kranju, vendar po nekoliko spremenjenem programu: tokrat je bila namenjena delovnim skupinam (zdravnikom in medicin-

skim sestram) v osnovnem zdravstvu, kirurških in diabetoloških ambulantah. Delavnico je organiziral Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni Kliničnega centra v Ljubljani (Organizacijski odbor: mag. Vilma Urbančič, dr. med., prim. mag. Miha Koselj, dr. med., prim. mag. Matjaž Vrtovec, dr. med., Marija Novak), program pa smo pripravili člani Delovne skupine za diabetično nogo, ki deluje v okviru Odbora za uresničevanje Saintvincentske deklaracije v Slovenije pod okriljem Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.

Program delavnice je obsegal uvodna predavanja, ki so potekala v petek popoldan: Organizacija oskrbe diabetične noge v ambulanti splošnega zdravnika in diabetologa (doc. dr. Marko Medvešček, dr. med.), Preventiva razjed (Milivoj Piletič, dr. med.), Periferna žilna bolezen in diabetična noga (doc. dr. Matija Kozak, dr. med.), Konzervativno zdravljenje razjed na diabetični nogi (mag. Vilma Urbančič, dr. med.), Kirurško zdravljenje razjed na diabetični nogi (asist. Zlatko Parač, dr. med.), Ortopedska obutev pri bolnikih s sladkorno boleznijo (mag. Dušan Kaloper, dr. med.), Merjenje statičnih in dinamičnih obremenitev na stopala (Tjaša Kosi, dipl. ing. ort. tehn., Melita Lesar).

Po uvodnih predavanjih je potekal program ločeno za medicinske sestre in zdravnike.

Praktične prikaze za sestre so pripravili Metka Mesec Staut, dr. med., (Presejalni test - izvedba), Mira Slak, sms, (Edukacija o nogi), mag. Vilma Urbančič, dr. med., in asist. Nadja Alikadič, dr. med., (Prikaz kazuistike v ambulanti za nogo), Jerca Zrimšek, vms, in Mira Slak, sms, (Preveza rane, izbira obvezilnega materiala) ter Marjanca Čuk, vms, (Merjenje perfuzijskih pritiskov).

Program za zdravnike je obsegal štiri okrogle mize: Obuvalo (moderatorji mag. Dušan Kaloper, prim. Ivo Gaberšek, Milivoj Piletič, dr. med.), Ishemična noga (moderatorji mag. Viktor Videčnik, dr. med., Milivoj Piletič, dr. med., Vladimir Valentinuzzi, dr. med.), Nevropatična noga (moderatorji mag. Vilma Urbančič, dr. med., Nadja Alikadič, dr. med., mag. Karin Schara, dr. med.) in Okužba - diagnostika in zdravljenje (moderatorji mag. Vilma Urbančič, dr. med., Nadja Alikadič, dr. med., doc. dr. Ma-

tija Kozak, dr. med., Jana Kolman, dr. med.).

Organizirana je bila tudi razstava farmacevtskih izdelkov in tehničnih pripomočkov, na kateri je sodelovalo 18 razstavljalcev (Krka Novo mesto, 3M, Adria Med, Boehringer Ingelheim Pharma, Eli Lilly, Emporio Medical, GIB Sistem, Johnson & Johnson S. E., Kana Žalec, Kastor M. D. (Zastopstvo Smith & Nephew, Beiersdorf), Medis, Merck, Novartis Pharma Services Inc., Novo Nordisk A/S, Promed, Valencia Stoma - Medical, Zaloker & Zaloker, Zveza društev diabetikov Slovenije).

Delavnice se je udeležilo 16 zdravnikov in 25 medicinskih sester iz bolnišnic, zdravstvenih domov in zasebnih splošnih ambulant iz vse Slovenije. Glede na ugodne ocene, ki so jih udeleženci izrazili v anketi, nameravamo delavnico s to vsebino organizirati tudi v letu 2002, predvidoma 4. in 5. 10.

Foto: Dušan Kaloper



Mag. Vilma Urbančič med uvodnim predavanjem



Udeleženci in predavatelji zavzeto poslušajo. Z desne: predsednica Zveze društev diabetikov Slovenije in Odbora za uresničevanje Saintvincentske deklaracije v Sloveniji Vlasta Gjura Kaloper, dr. med., Milivoj Piletič, dr. med., in doc. dr. Marko Medvešček, dr. med.

1. češko-slovenski dnevi hipertenzije

Nov uspeh in izziv slovenske hipertonologije

Ksenija Tušek Bunc

Zadnje septembrsko sobota so pod pokroviteljstvom Evropskega združenja za hipertenzijo v idiličnem mestecu Krumlovo na jugu Češke potekali prvi češko-slovenski dnevi hipertenzije.

Pobudnika srečanja

Pobudnika srečanja sta bila ožja člana strokovnega odbora Evropskega združenja za hipertenzijo prof. dr. Renata Cifkova, predsednica češkega združenja za hipertenzijo, in doc. dr. Rok Accetto, predsednik in ustanovitelj slovenske Sekcije za arterijsko hipertenzijo. Pobudo za tovrstno povezanost sta izrazila zaradi skupnih zgodovinskih vezi - bivanja pod avstro-ogrsko monarhijo do leta 1918, zaradi približno enake zbolevnosti in pristopov v obravnavi in zdravljenju povišanega krvnega tlaka ter z namenom, da bi v prihodnje pripravljali skupne projekte na področju zbiranja tako epidemioloških podatkov kot odkrivanja in zdravljenja povišanega krvnega tlaka ter motivacije in sodelovanja bolnikov v procesu zdravljenja. Sestanek je potekal pod pokroviteljstvom Evropskega združenja za hipertenzijo, prisostvoval pa mu je tudi donedavni predsednik evropskega združenja prof. dr. Giuseppe Mancia, ki je tudi sam aktivno sodeloval s prispevkom "Ambulantno 24-urno merjenje krvnega tlaka". Ta preiskava postaja vse pomembnejši del diagnostike hipertenzije, saj so korelacije med vrednostmi 24-urnega krvnega tlaka in srčnožilnim tveganjem boljše kot pri običajnem merjenju krvnega tlaka.

Strokovna soočenja

Sestanek je potekal v treh sklopih. Prvi je obsegal predavanja s področja izobraževanja bolnikov s hipertenzijo, v katerih sta poleg že omenjenih strokovnjakov sodelovala tudi predsednik madžarskega in predsednik avstrijskega združenja za hipertenzijo C. Farsang in D. Magometschnigg, ki je predstavljal zdravnikovo oceno zanesljivosti in pomena samokontrole krvnega tlaka.

Prof. dr. Csaba Farsang iz Budimpešte je



Slovenski zdravniki in predavatelji - udeleženci 1. češko-slovenskih dnevov hipertenzije

pripravil zanimivo predavanje o vlogi izobraževanja zdravnikov splošne medicine za uspešnost nadzora, odkrivanja in zdravljenja hipertenzije. V raziskavi so ugotovili, da so imeli boljše rezultate tisti zdravniki, ki so bili primerno izobraženi (seminarji, gradiva), v primerjavi s kontrolno skupino zdravnikov, ki ni bila deležna posebnega izobraževanja. Znanje in izobraževanje je torej zelo potrebno za uspeh. Med drugim je tudi navedel, da so z uspešno vzgojo in izobraževanjem bolnikov uspeli doseči 91-odstotno spremembo življenjskega stila. V razpravi se je nato v zvezi z navedenim razvila živahna razprava. Prav vsi se dobro zavedamo, kako težko je doseči spremembo življenjskega stila, pa najsi gre za telesno aktivnost, ustrezno prehrano, opustitev kajenja, omejitev pitja alkoholnih pijač, če omenim le najpogostejše elemente. Predavatelj nekako ni bil prepričljiv v zagovoru navedenega in skoraj prepričana sem, da se je neke izmuznila le vejica, kar bi povedanemu dalo povsem drugačno težo. Kako bi se sicer dalo razložiti,

da urejenost in doseganje ciljnih vrednosti krvnega tlaka na Madžarskem ne odstopata od evropskega povprečja. Če pa bi naveden podatek držal, bi vsekakor veljalo poiskati model tako učinkovite vzgoje in izobraževanja ljudi pri Madžarih in ga prenesti na slovenska tla, še posebej sedaj, ko pri nas ravnokar začenjamo z nacionalnim programom odkrivanja ogroženosti zaradi srčnožilnih bolezni in bomo morali tistim najbolj ogroženim, ki jih bomo uvrstili v register, nuditi ustrezne programe izobraževanja v smislu promocije zdravja, katerega bistven element je sprememba življenjskega stila. Tudi ostala predavanja, ki so sledila, so bila silno zanimiva in vselej se je razvila živahna razprava z vprašanji in pripombami sodelujočih.

Prof. Cifkova je govorila o prevalenci, zavedanju, zdravljenju in nadzoru hipertenzije na Češkem. Da so dobili podatke, so v okviru projekta MONICA izvedli dve epidemiološki raziskavi leta 1997 in 2000. Zajeli so 10 odstotkov celotnega češkega pre-

bivalstva, kar je reprezentativni vzorec. Ugotovili so, da ima od pregledanih ljudi 37,3 odstotka hipertenzijo, od tega se jih zaveda svojega obolenja 66,6 odstotka. Zdravljenih je 50,4 odstotka, ciljni krvni tlak (manjši od 140/90 mm Hg) pa dosega 19,3 odstotka bolnikov. Ti podatki so v primerjavi z večino evropskih držav dobri. Prevalenca hipertenzije močno narašča s starostjo, saj jo ima v starosti od 55 do 60 let več kot 60 odstotkov prebivalcev.

Sledil je slovenski sklop predavanj, v katerih so naši predavatelji predstavili slovenske epidemiološke študije s področja hipertenzije in najnovejše raziskovalne naloge o dejavnikih, ki vplivajo na razvoj hipertenzije. Sodelovali so: doc. dr. R. Accetto, ki je predstavil perspektivno epidemiološko študijo, izvedeno v Ribnici, kamor so vključeni hipertenzivni in normotenzivni potomci hipertenzivnih staršev. Ob spremljanju populacije izvidi kažejo na večje srčnožilno tveganje pri še normotenzivnih potomci hipertenzivnih staršev v primerjavi z notintenzivnimi potomci normotenzivnih staršev. Študija še teče, rezultati pa bodo brez dvoma zanimivi za razumevanje etiopatogeneze hipertenzije in možnosti preprečevanja. Nadalje so sodelovali doc. dr. J. Dobovišek s predavanjem "Hipertrofija levega ventrikla" s podatki iz epidemiološke študije, prof. dr. A. Žemva z raziskavo "Insulin-

ska rezistenca v regulaciji kardiovaskularnega sistema", mag. B. Salobir z izsledki prav tako iz ribniške raziskave "Variabilnost pulza pri normotenzivnih ljudeh", mag. J. Maver s svojim magistrskim delom "Lokalni in centralni vplivi na mikrovaskularno reaktivnost" ter edini pediater med sodelujočimi mag. M. Bidovec, dr. med., z lastno raziskavo "Polimorfizem RAAS in natriuretičnega faktorja pri hipertenzivnih otrocih".

Popoldanski del je bil namenjen predstavitvi češkega združenja za hipertenzijo in njihovim raziskavam. Dr. Marečkova je predavala o topnih adhezijskih molekulah in von Willebrandovem faktorju pri hipertenziji. Vrednosti so pri hipertenzivnih bolnikih spremenjene, vendar še ni jasno, ali gre za vzročno povezavo ali zgolj posledico motene endotelne funkcije pri hipertenziji ali aterosklerozi. Znano je, da nekatera zdravila (npr. enalapril) izboljšujejo delovanje endotela, določanje von Willebrandovega faktorja pa je dokaj enostaven način ocenjevanja endotelne funkcije.

V predavanju dr. Filipovske smo izvedeli za nova spoznanja o vlogi plazemskega homocisteina, ki je močan pokazatelj srčnožilnega tveganja, vendar še ne vedo zanesljivo, ali je res tudi neodvisen dejavnik tveganja. Homocistein pospešuje oksidacijo holesterola LDL, spreminja koagulacijo krvi, pospešuje proliferacijo gladkih mišičnih celic v žilni steni in okvari endotelno funkcijo. V raziskavah so proučevali korelacijo med homocisteinom in drugimi dejavniki tveganja in ugotovili le povezavo med povečano koncentracijo kreatinina s povečanim indeksom telesne mase. Vsebnost homocisteina s starostjo narašča in ga načeloma lahko znižujemo z zdravljenjem z vitaminom B6, B12 in folno kislino, vendar smiselnost takšnega zdravljenja za zmanjševanje srčnožilnega tveganja še ni trdno dokazana.

Sledila so še predavanja o vodenju sladkornih bolnikov s hipertenzijo, o vlogi vazoaktivnih faktorjev pri starostni odvisni hipertenziji, o vlogi natrijeve in kalijeve črpalke pri eksperimentalni odvisni hipertenziji ter o renalnih mehanizmih pri od angiotenzina II odvisni hipertenziji. Zadnji predavatelj zaključnega sklopa predavanj, kar je vselej zelo nevhvalna naloga, je bil K. Narkiewicz, dr. med., iz Gdanska z nadvse zanimivim prispevkom "Hipertoniya pri obstruktivni apnoji v spanju", kjer ugotavlja in priporoča pri bolnikih z rezistentno in slabo urejeno hipertenzijo še polisom-

nografsko testiranje in ukrepe zoper apnejo v spanju.

Odlična organizacija

Prvih česko-slovenskih dnevov hipertenzije se je udeležilo 200 zdravnikov s Češke, Slovaške in iz Slovenije, prišli pa so še gostje z Madžarske, Poljske, iz Italije in Avstrije. Krka in Lek, ki sta tudi sicer velikodušno podprla srečanje, sta povabila 67 slovenskih zdravnikov, ki se redno ukvarjajo z odkrivanjem in zdravljenjem arterijske hipertenzije. Slovenski udeleženci so z zanimanjem prisluhnili razmeram na področju hipertoniologije v predstavljenih deželah. Potrdili so, da so podatki, ki jih je predstavila Slovenija, povsem primerljivi z razmerami v deželah, katerih predstavniki so tudi predstavili in prikazali stanje v svojih deželah. Žal tudi sodelovanje slovenskih bolnikov pri zdravljenju prav nič ne odstopa od evropskega povprečja.

Srečanje je potekalo v čudovitem mestecu Krumlovo, v neposredni bližini avstrijske meje. Mesto, ki je pod zaščito Unesca, je s svojo urejenostjo in bogato kulturno dediščino navdušilo prav vse udeležence. Bivanje v renesančnem hotelu Ruže, kjer je bilo mogoče na vsakem koraku čutiti dih preteklosti, je prijetno zaokrožilo tudi sicer odlično organizacijo srečanja, za kar gre zahvala predvsem predstavnikom Krke na Češkem.

Pogled v prihodnost

Zahvaljujoč aktivni vlogi slovenske sekcije za hipertenzijo tako v WLH kot v Evropskem združenju za hipertenzijo in v prvi vrsti njenemu ustanovitelju in predsedniku doc. dr. Roku Accettu je bila Slovenija ne samo pobudnik 1. česko-slovenskih dnevov hipertenzije, pač pa bo tudi gostitelj in organizator prihodnjega sestanka leta 2003. Tovrstna srečanja naj bi prerasla v srednjeevropski sestanek, kar je že v uvodnem nagovoru napovedala prof. Cifkova, kjer bi bilo mogoče oblikovanje strategij na vseh področjih hipertoniologije, izmenjave izkušenj in znanj ter izsledkov v vseh sodelujočih državah. Slovenija in sekcija za hipertenzijo Slovenskega zdravniškega društva bi imeli pri tem osrednjo in vodilno vlogo, kar je brez dvoma velik kompliment in izziv našemu delu in prizadevanjem, česar se vsi, ki se kakor koli ukvarjamo s hipertenzijo in tudi aktivno sodelujemo v upravnem odboru Sekcije za arterijsko hipertenzijo, še kako dobro zavedamo.



Doc. dr. Accetto, prof. dr. Farsang, prof. dr. Cifkova: Le kaj snujejo?

Svetovni perinatalni kongres

Zakaj na 5. svetovnem kongresu perinatalne medicine v Barceloni od 23. do 27. 9. 2001 ni bilo več slovenskih porodničarjev?

Živa Novak Antolič

“Kje pa je še kakšen porodničar iz Slovenije?” je bilo najpogostejše vprašanje, ki sem ga bila deležna v Barceloni. Od porodničarjev sem bila edina. “In zakaj ni nobenega neonatologa iz največje slovenske porodnišnice?” je bilo drugo vprašanje. Velik problem je vsekakor denar, saj si mora vsak najti sponzorja. Zelo priporočljivo bi bilo, da bi se izdatki za kongrese odštevali od davka, mogoče bi bilo potem lažje. Drug velik problem pa je odsotnost z delovnega mesta: zaradi zelo majhnega števila zdravnikov, ki zadržujejo za redno delo, se vsaka odsotnost zelo pozna. Istočasna odsotnost večih pa je za oddelek že katastrofa. Za slovensko medicino je to hudo narobe, saj brez novih informacij, potrditve svojega dobrega dela ne bo mogla napredovati. V kadrovske normative mora biti všteto pedagoško delo (vsaj 20 odstotkov), pravica do CPD (*continuous professional development* - vsaj 10 odstotkov časa) in seveda, kjer so mlajši ženski kolektivi, morajo biti všteti tudi porodniški dopusti in večja odsotnost, ko so otroci majhni. To ni potrata, to je nuja in edini način za izboljšanje dela.

Svetovni kongres v Barceloni je bil odličen. Udeleženci so bili zainteresirani, za stole smo se privali kot se najbrž na največjih športnih prireditvah. Od 8. ure zjutraj do 19. zvečer. Kljub prekrasni poletni Barceloni.

Nacionalni perinatalni informacijski sistem Slovenije. Večkrat se zmrdujemo, kako se nam številke ne ujemajo. Brez sramu so nam na svetovnem kongresu pokazali, kako so številke Svetovne zdravstvene organizacije in Združenih narodov, ki se tičejo na primer perinatalne umrljivosti, za do 15 odstotkov različne.

Problemov, kot jih imamo v Sloveniji zaradi Zakona o varovanju osebnih podatkov, v Skandinaviji ni. Podatki so tam zelo zaščiteni, vendar so pooblaščenim strokovnjakom dostopni za analize, ki vodijo do boljših rezultatov. Tudi jaz upam, da bo Projekt svet NPIS (Pajntar, Babnik, Blejec, Cerar Kornhauser, Kirar Fazarinc, Novak Antolič,

Premru Sršen, Trdič, Truden Dobrin, Verdenik) skupaj z IVZ našel rešitev. Naš NPIS je sedaj tako znan in spoštovan po svetu, da bi bilo škoda izgubiti tako dragoceno orodje za izboljševanje rezultatov dela.

Potrditev, kako pravilno je, da v ljubljanski porodnišnici ambulanta za rizične otroke spremlja razvoj otrok, smo dobili v predavanju Amiel-Tissonove. Izračunala je, da se za porodnišnico s 4.000 porodi izplača imeti eno polno zaposleno delovno skupino za spremljanje približno 1 odstotka do- nošenih in od 6 do 8 odstotkov otrok s težo pod 2.500 g.

Tožbe v porodništvu. Celo varčni Angleži (do sedaj smo v takih primerih v glavnem citirali ZDA) so izračunali, da je za oddelek s 4.000 porodi ceneje kupiti sistem (npr. Agilent) za nadzor ploda in matere med porodom, ob upoštevanju vseh podatkov iz anamneze, ki opozarja, da zmanjšajo človeške napake na minimum. Ceneje od tega, da plačujejo zelo velike odškodnine v primeru, da tožniki dobijo tožbo.

Napovedovanje zapletov. Eden najboljših enostavnih napovedovalcev zapletov v nosečnosti je razlika v višini nosečnosti, izračunani po zadnjem perilu, in višini, računani glede na ultrazvok (Gardosi).

Prezgodnji porod. Kot vedno, je bil Nicolaides zelo hud, in kot vedno, upravičeno. Napovedovanje prezgodnjega poroda z meritvijo dolžine materničnega ustja z ultrazvokom je daleč boljše in cenejše kot biokemično napovedovanje, pa vendar je slednje bolj oglaševano, plačevano, dražje in se bolje prodaja! Enako velja za napovedovanje hude preeklampsije in zastoja plodove rasti v maternici. Med nosečnicami, pri katerih z merjenjem pretoka v uterinih arterijah v 23. tednu ugotovimo obojestransko PI 1,45 (z vaginalno sondo 1,63) ali več, bo 80 odstotkov tistih s hudo preeklampsijo in 60 odstotkov tistih s hudim zastojem plodove rasti.

Zdravljenje anemije utegne biti pomembno za zniževanje pogostosti prezgodnjega poroda (Huch).

Še ena slovenska sramota. Kot kongresni material smo dobili izvod revije Perinatal and Neonatal Medicine, posvečen respiratornim problemom. Večina anketiranih držav dosega od 90 do 100-odstotno dajanje steroidov nosečnicam, ki prezgodaj rodijo. Po podatkih NPIS je le 18 odstotkov žensk, ki so prezgodaj rodile, dobilo steroide.

Predstavila sem multivariatni model napovedovanja tveganja za prezgodnji porod, ki ga je iz slovenskih podatkov za skoraj 150.000 porodov enojčkov izdelal Ivan Verdenik. V Sloveniji imajo nosečnice brez pregledov v nosečnosti 13-krat večje tveganje za prezgodnji porod in 8-krat večje tveganje za intrauterino smrt ploda.

Nedonošenček. Zelo drastično mnenje je podal Jorge o dolžnosti ploda: ne sme ogroziti sredstev za vse druge člane družine/družave/družbe. V nekaterih državah, kjer stariši plačujejo tudi za intenzivno terapijo, je realna možnost, da zelo prezgodaj rojen otrok ogrozi celo družino.

Denar. Veliko se je govorilo o denarju: kaj se izplača in kaj ne. Veliko tudi o cenejših, a enako učinkovitih rešitvah. Cela dvorana je izrazito dolgo ploskala zdravnici iz revnega predela Indije, ki je z neverjetnim žarom pripovedovala o preprostih rešitvah za preprečevanje podhlajenosti nedonošenčkov. Kolega iz “high-tech” družbe ji je še posebej čestital in postavil retorično vprašanje: “Mi vam moramo iti pa precej na živce s svojimi, včasih namišljenimi problemi.” Dokazano je, da porod najlepše poteka, če je zraven doula, ženska, ki kaže svoje simpatije porodnici. Ker dodatnega denarja za doule ni, Maršal svetuje, da bi partnerji opravljali vlogo doule.

Audit. O zanimivi raziskavi so poročali iz revnejšega predela Pariza (ki, mimogrede, šteje toliko prebivalcev kot Slovenija). Niso auditirali procesa, le rezultate in zdravstvene delavce so venomer vzpodbujali: “Vi to znate, samo izboljšajte rezultate.” (Papiernik) Denar za take raziskave dobivajo v Veliki Britaniji in Franciji od zavarovalnic. In so izboljšali rezultate. Vsak mora

sam najti svoj način po ustaljenem principu ciklusa audita: opazuj prakso, naredi protokol za izboljšanje, primerjaj prakso in protokol, uvedi spremembe, preveri rezultate. Ali za problem: identificiraj problem, najdi razlog, uvedi spremembo, ponovno preveri rezultate.

O tem nameravamo govoriti na našem naslednjem sestanku Združenja za perinatalno medicino na Bledu od 31. 5. do 2. 6. 2002. Tema je t. i. Klinično upravljanje tveganja (*Clinical risk management*) oziroma oblikovanje in vzdrževanje strokovnosti. V sklopu tega bomo govorili o:

- izdelavi priporočil (priporočila ZPM so izdani Zborniki);
- auditu;
- kontroli kakovosti;
- regionalnih razlikah v kazalcih kakovosti;
- **definiranju kritičnih primerov** (npr.: ponoven sprejem v operacijsko dvorano po carskem rezu zaradi zapleta, nepričakovan porod pod 2.500 g, hipoksija med porodom (Apgar manj kot 4, pH manj kot 7,00), druga porodna doba več kot 2 uri, ruptura perineje 3 ali 4, distocija ramen);
- **ugotavljanju podstandardnega varstva in ravnanju pri podstandardnem varstvu:**
 1. ni kritične pojavnosti,
 2. dobro upravljanje - dober izid,
 3. dobra oskrba - slab izid,
 4. slaba oskrba - dober izid,
 5. slaba oskrba - slab izid,
- **načrtih ukrepanja:**

1. ukrepanje ni potrebno,
2. neformalna razprava z vpletenimi: če so bili dobri, jih je potrebno pohvaliti,
3. primer za učenje,
4. za audit - če se je zgodilo več kot trikrat, pa postane,
5. formalno poizvedovanje.

**Prav tako bomo poskušali primerjati rezultate s primerjavo t. i. standardnih prve-
snc:** zdrave; otrok v glavični vstavi; noseča več kot 37 in do 41 tednov, nobene obremenilne anamneze, nobenih težav v nosečnosti.

Vprašanje je bilo tudi, kako da prepoznamo tako malo anomalij. O tem bomo govorili na sestanku ZPM 2003, do takrat pa pripravili trdne podatke. Kar se tiče anomalij srca, je prim. Završnikova s sodelavci že organizirala šolo sredi novembra 2001. ■

Poročilo z 20. štajersko-slovenskih travmatoloških dnevov in s 17. srečanja travmatologov treh sosednjih dežel

Miloš Vesel

V graškem kongresnem centru smo se 26. in 27. oktobra 2001 ponovno zbrali travmatologi Slovenije, Avstrije, Madžarske, Hrvaške in Jugoslavije na tradicionalnem srečanju, ki poteka vsako leto v eni od prvih treh naštetih dežel. Srečanje je namenjeno medsebojnemu spoznavanju in primerjavi oskrbe poškodb, seveda pa tudi osebnim stikom in druženju travmatologov sosednjih dežel. Na letošnjem srečanju so sodelovali tudi travmatologi iz Hrvaške in Jugoslavije.

Temi letošnjega srečanja sta bili poškodbe roke in stopala, ter z njimi povezani or-

topedski problemi. Vodja simpozija je bil profesor Rainer Passl, sicer predstojnik travmatološkega oddelka univerzitetne bolnišnice v Gradcu.

Uvodno predavanje je imel profesor R. Szyszkowitz, ki je orisal zgodovino dvajsetletnega druženja slovenskih in štajerskih travmatologov ter sedemnajstletno zgodovino, odkar so se pridružili srečanjem tudi madžarski kolegi.

Nato so bile na vrsti strokovne teme s področja poškodb stopala.

E. Orthner (Wels, Avstrija) je govoril o poškodbah tarzalnih in metatarzalnih kosti

ter Lisfrancovega sklepa. Poudaril je, da je na nativnih rentgenogramih poškodba Lisfrancove vezi pogosto spregledana, zato priporoča RT stopala, v nejasnih primerih pa še MRI. Taktika oskrbe zlomov ali izpahov je najprej fiksirati medialni zlom, šele nato stopalnico, ki so bolj lateralno.

A. Kelc (Maribor, Slovenija) je predstavil izkušnje z zdravljenjem zlomov petnice.

M. Gaisl (Schladming, Avstrija) je predstavil zanimivo poškodbo talusa pri deskarjih na snegu. Pri forsirani dorzifleksiji stopala in inverziji ali everziji pride do avulzije procesus lateralis talusa. Če je zlom dovolj

zgodaj oskrbljen, so rezultati operativnega zdravljenja dobri.

T. Vlahović (Zagreb, Hrvaška) je predstavil oskrbo odprtih zlomov stopala (eksplozije min) in zaprto repozicijo zloma petnice s pomočjo zunanega fiksatorja.

F. Štefanič (Ljubljana, Slovenija) je prikazal primere zlomov in izpahov v Chopartovem in Lisfrancovem sklepu stopala in operativno fiksacijo predvsem z žicami. Poudaril je pomen dobre diagnostike (RT) ter dodal, da je fiksacija z vijaki bolj zanesljiva in se sedaj več uporablja.

Z. Korac (Karlovac, Hrvaška) je predstavil oskrbo odprtih izpahov večjih sklepov stopala z zunanjo fiksacijo.

M. Andoljšek (Jesenice, Slovenija) je predstavil oskrbo intraartikularnih zlomov petnice in subtalarno artrodezo pri kasnih posledicah zlomov petnice. Izkušnje kažejo, da je pomembno primarno čimbolj rekonstruirati anatomsko obliko petnice, ker so s tem posledice manjše, če pa pride do posttravmatske artroze subtalarnega sklepa, je veliko lažje napraviti artrodezo.

V nadaljevanju so sledile ortopedske teme.

A. Ungersbock (Wiener Neustadt, Avstrija) je predstavil dolgoletne rezultate zdravljenja hallux valgusa z Boschevo osteotomijo in poudaril napake, ki nastanejo, če se tehnika ne uporablja pravilno.

R. Radl (Gradec, Avstrija) je prikazal rezultate zdravljenja hallux valgusa s Chvornovo osteotomijo in incidenco flebotromboz po teh operacijah, ki je bila nizka, verjetno zaradi takojšnje mobilizacije bolnikov.

G. M. Ivanič (Stolzalpe, Avstrija) je prikazal primere ostetomij petnice zaradi ploskega stopala in načela konzervativnega zdravljenja metatarzalgije.

V. Saraph (Gradec, Avstrija) pa je prikazal primere, kako so rešili kompleksne deformacije stopala pri otrocih s pomočjo zunanega fiksatorja po Ilizarovu, oziroma s hibridnim fiksatorjem.

Po predavanjih je sledila živahna razprava in izmenjava izkušenj.

Pred večerjo smo si s pomočjo simpatične vodičke ogledali staro mestno jedro Gradca in osvojili nekaj zgodovinskih podatkov. Nato je sledila večerja v kletni restavraciji mestne hiše, ki je potekala v sproščenem vzdušju in ob pogovorih med udeleženci.

Naslednje jutro je bila na vrsti druga stro-

kovna tema, in sicer poškodbe roke in ortopedske teme v zvezi z roko.

H. Mayr (Gradec, Avstrija) je predstavil oskrbo poškodb roke pri otrocih v graški bolnišnici.

E. Georgi (Gradec, Avstrija) je prikazal kasne rezultate pri poškodovancih, ki so jim replantirali prste zaradi poškodbe.

M. Kastelec (Ljubljana, Slovenija) je prikazal primere oskrbe zastaranih intraartikularnih zlomov distalnega radiusa. Tudi po 10 tednih po poškodbi je uspel rekonstruirati sklepno ploskev distalnega radiusa in rezultati po teh posegih so relativno dobri, vendar je nujno take zlome čimprej operirati, ker je možna boljša in lažja repozicija ter je manjša možnost nastanka posttravmatske artroze in bolečin v zapestju.

M. Veselko (Ljubljana, Slovenija) je prikazal rekonstrukcijo ulnarnega kolateralnega ligamenta pri pošodbah palčevega metakarpofalagealnega sklepa pri t. i. smučarskem palcu. Poudaril je, da je potrebno transplantat, s katerim nadomestimo poškodovani ulnarni kolateralni ligament, fiksirati na takem mestu, da je enako napet tako v fleksiji kot v ekstenziji. Le tako lahko pričakujemo, da bo gibljivost sklepa po operaciji popolna.

T. Vlahović (Zagreb, Hrvaška) je prikazal primere uporabe zunanega fiksatorja na roki.

G. Fronhofer (Bruck/Mur, Avstrija) je prikazal primer zdravljenja poškodbe vrška prsta z metodo vacuum sealing in dobrim končnim kozmetičnim in funkcionalnim rezultatom.

G. Peiča (Gradec, Avstrija) je prikazal izkušnje z artroskopijo zapestnega sklepa po zlomih distalnega radiusa.

G. Kohrgruber (Bruck/Mur, Avstrija) je prikazal metodo dinamičnega zdravljenja stabilnih zlomov dlančnic.

H. Friedrich (Gradec, Avstija) je prikazal oskrbo poškodovanih tetiv fleksorjev prstov in modifikacijo dinamične opornice za takojšnje razgibanje prstov.

G. Kiss (Szombathely, Madžarska) je prikazal oskrbo obsežnih poškodb mehkih tkiv podlahti z mikrovaskularnimi režnji in njihove izkušnje.

J. Pšenica (Jesenice, Slovenija) je prikazal redko poškodbo kljukice hamatuma. Diagnoza je pogosto kasna, saj zloma z standardnimi slikami ne moremo prikazati. Za diagnozo je potreben RT.

K. Ravnikar (Jesenice, Slovenija) je po-

dala epidemiološko sliko zlomov distalnega radiusa odraslih na Gorenjskem.

Nato so sledila še predavanja, namenjena ortopedskim problemom na roki.

F. Kerchbaumer (Frankfurt, Nemčija) je podal celovit pregled nad stanjem endoprotetike MP-sklepov roke, predvsem pri bolnikih z revmatičnimi boleznimi.

A. Heferle F. (Ljubljana, Slovenija) je opisala problem zdravljenja bolnikov z Sudeckovo boleznijo, oziroma pravilneje, s kompleksnim regionalnim bolečinskim sindromom. Predvsem je poudarila napake, ko po odstranitvi mavca poškodovanec dobi napačna navodila, naj sklep razgibava v topli vodi.

A. Salomon (Szombately, Madžarska) je govoril o patogenezi Dupuytrenove bolezni ter poudaril genetsko predispozicijo.

W. Grechenig (Gradec, Avstrija) je govoril o operacijah zaradi prikrasave radiusa po pošodbah. Prikazal je izkušnje s skrajševanjem ulne in denervacijo zapestja.

N. Wiegand (Pecs, Madžarska) je prikazal uporabo sidrnih šivov pri rekonstrukciji ligamentov.

J. Korcsmar (Szombately, Madžarska) je prikazal zdravljenje poškodb mehkih delov na roki, predvsem z vezanimi režnji.

Z. Janjič (Novi Sad, Jugoslavija) je prikazal redek primer lipoma v karpalnem kanalu, ki je s pritiskom na mediani živec povzročal nevrološko simptomatiko.

Predavanjem je nato sledila plodna razprava in izmenjava izkušenj.

Splošna ugotovitev je bila, da kirurška oskrba poškodovancev sosednjih regij poteka po podobnih sodobnih principih ter da so rezultati različnih klinik med seboj primerljivi. Uveljavljajo se nove diagnostične metode in endoskopsko asistiranje operacije, ki izboljšujejo končni izid zdravljenja.

Srečanje je zaključil predsedujoči profesor R. Passl in vse prisotne povabil na ponovno srečanje naslednje leto v Celju.

Menim, da je bilo srečanje zelo koristno za vse udeležence, saj smo spoznali, kako različne travmatološke šole obravnavajo isto problematiko. Razlike med nami niso velike, videli pa smo, da v Sloveniji uporabljamo manj diagnostičnih preiskav (RT, MRI), verjetno zato, ker so zaradi preobremenjenosti težje dostopne. Ponovno smo se prepričali, kako pomembno je anatomsko rekonstruirati poškodovano roko ali stopalo, če želimo doseči dober funkcionalni rezultat. ■

Na stičiščih psihiatrije in interne medicine, II. del

Jurij Bon

V zadnji jeseni je od 26. do 27. oktobra 2001 v Psihiatrični bolnišnici Begunje potekalo že deveto strokovno srečanje, ki tradicionalno združuje psihiatre in zdravnike drugih strok. Zaradi obsežnosti tematike se je tudi letos nadaljevalo iskkanje stičnih točk med psihiatričnimi in internističnimi obolenji, s čimer so sodelujoči pričeli že na lanskem strokovnem srečanju. Vzdušje bolnišnice, ki je trenutno v obdobju intenzivne preнове in dograjevanja svojih zmogljivosti, se je deloma odražalo tudi v nastopih vabljenih predavateljev. Vsi so nam namreč poskušali približati nova spoznanja na svojih področjih, ki v današnji obliki specializiranih informacij prej poudarjajo človekovo celovitost kot pa jo drobijo na posamezne sestavne dele. Po uvodnem nagovoru direktorja bolnišnice Janeza Romiha in nastopu pianista Erika Šulerja je prof. Martina Tomori predstavila nove poglede na etiologijo psihosomatskih bolezni. Vplive objektivno sicer težko dokazljivih psihičnih dejavnikov so že v preteklosti nakazovale klinične izkušnje zdravnikov o povezavi razvoja in poteka teh vrst bolezni s preživetim stresom, neugodnimi življenjskimi razmerami, zdravju škodljivim vedenjem in osebnostnimi lastnostmi bolnikov. Danes razumemo psihosomatske bolezni kot telesne motnje, katerih razvoj je pomembno opredeljen s psihološkimi in vedenjskimi vplivi. Z napredovanjem znanosti se njihov seznam širi in trenutno zajema nekatere bolezni s področja kardiovaskularnega, imunskega in mišično-kostnega sistema, nekatere bolezni dihal, prebavil in kože ter nekatere presnovne, hormonske in onkološke bolezni. Zgodovinski poskusi razlag mehanizmov vplivanja psiholoških dejavnikov v malem ponazarjajo celoten razvoj zahodne medicine in njenega nihanja med celostnim in dualističnim pogledom na življenje. Sodobna nevrobiološka spoznanja o zakonitostih razvoja in delovanja višjih živčnih funkcij, pri katerih se meja med telesnim in duševnim postopoma briše, nam namreč ravno v zadnjem času prvič omogočajo tudi smisel-

no sintezo različnih teorij o vplivih telesnih dejavnikov s temeljnimi sporočili analitskih, psihodinamskih, psihofizioloških in psihosocialnih teorij o razvoju psihosomatskih bolezni.

V nadaljevanju je prof. Alojz Ihan predstavil področje psihoimunologije. Poudaril je, da sta tako živčevje kot imunski sistem namenjena obdelavi informacij iz okolja in imata zato veliko stičnih točk. Raziskave postopoma nakazujejo močno medsebojno povezanost obeh sistemov. Centralno živčevje je sposobno preko značilnosti svoje reakcije na stres voditi imunski sistem v eno izmed dveh glavnih smeri odgovora na sočasni alergen. Pogoji akutnega stresa sicer ojačajo imunski odgovor, kronični stres pa lahko povzroči celo popolno imunsko toleranco organizma. Prav tako lahko imunski sistem v obdobju vnetne bolezni preko svojih mediatorjev v centralnem živčevju vpliva na razvoj značilnega vedenja in čustvovanja, ki običajno spremljata telesno bolezen.

Borut Škodlar nam je s prikazom značilnosti kriznih stanj pri bolnikih z rakavimi obolenji približal področje psihoonkologije. Rak predstavlja za vsakega bolnika življenjski dogodek, ki večinoma vodi v razvoj travmatske oblike kriznega stanja. Ob njej se lahko pojavlja vrsta anksioznih in depresivnih stanj. Nekateri bolniki se s svojo boleznijo spopadejo na način, ki travmatsko krizno stanje nadgradi v razvojno obliko. Možen izhod iz krize je tako tudi pri terminalnih bolnikih lahko osebnostna preobrazba s preureditvijo življenjskih prioritet, izginotjem strahu, občutkom svobode, izostrenim doživljanjem sedanjosti in globljimi odnosi z bližnjimi.

Prof. Stanislav Šuškovič je predaval o psihiatričnih vidikih pljučnih obolenj. Posvetil se je predvsem pojavljanju psihičnih motenj pri astmi. Temeljne raziskave odkrivajo povezave med potekom alergijskega vnetja in duševnimi procesi, ki pa jih je zaenkrat

težko razjasniti. Verjetno so vzajemne in večplastne, dotikajo se regulacije cirkadianih ritmov telesa. Vsekakor je pri astmatskih bolnikih s pridruženimi psihičnimi motnjami potek njihove osnovne bolezni težji, bolj so tudi življenjsko ogroženi. Obravnava takih bolnikov je težavna, zaplete jo tudi centralno delovanje mnogih zdravil, ki se uporabljajo pri zdravljenju astme.

Psihiatrične vidike revmatskih bolezni je opisala prim. Mojca Kos Golja. Zaradi kroničnosti večine revmatskih bolezni in bolečin, ki jih spremljajo, so psihični odzivi na njih neizbežni. Stres in druge psihične značilnosti lahko tudi povzročijo nekatere revmatske bolečinske sindrome, kot je na primer sindrom fibromialgije. Sistemske vezivnotkivne bolezni povzročajo organske spremembe v osrednjem živčevju, ki jih spremljajo psihične motnje. Prav tako je tudi na tem področju potrebna pazljivost pri uporabi kortikosteroidnih zdravil, ki lahko povzročajo psihotične simptome.

Dragica Resman je v nadaljevanju predstavila načela vedenjsko-kognitivne terapije psihosomatskih obolenj. S pomočjo primera obravnave bolnika z ulceroznim kolitisom smo spoznali pomen psihičnih dejavnikov pri etiologiji in ob samem nastopu bolezni. Bolniki imajo običajno značilne osebnostne lastnosti, zaradi katerih je telesna bolezen vsaj na začetku zaščitni dejavnik pred izgubo samospoštovanja, kasneje pa se ji zaradi izogibajočega vedenja pridružijo še psihične motnje. V terapiji so sprva poudarjene vedenjske tehnike, farmakološko zdravljenje in izobraževanje bolnika, končni cilj pa je preko njegovih negativnih avtomatskih misli spoznati temeljna disfunkcionalna prepričanja, ki jih goji o sebi in svoji okolici. Psihosomatski bolnik zato poleg internistične obravnave večinoma potrebuje tudi psihiatrično.

Daša Troha Jurekovič in Primož Jovan sta opisala sindrom delirija. Prikazala sta njegovo različno pojmovanje v zgodovini, so-

dobne diagnostične kriterije, epidemiološke podatke in patofiziologijo njegovega nastanka. Pripravila sta obsežen pregled možnih etioloških dejavnikov in dejavnikov tveganja. Kljub napredovanju znanja namreč še vedno ostaja etiološko neopredeljenih do 20 odstotkov delirijev. Predlagala sta načrt ukrepov za obravnavo in zdravljenje bolnikov, med katerimi so še posebej pomembni tisti za preprečevanje njegove pojavnosti - spremljanje ogroženih skupin bolnikov, izobraževanje zdravstvenega osebja in racionalna farmakoterapija.

Prvi dan srečanja se je zaključil s pogostitvijo in družabnim srečanjem v Hotelu Podvin, naslednji dan pa smo nadaljevali s predavanjem Helene Gantar Štular. Govorila je o vlogi zdravnika pri prepoznavanju in ukrepanju ob tveganem in škodljivem pitju alkohola. Spoznali smo kriterije za tak način pitja alkohola in znake telesnih bolezni, ki nas lahko opozorijo nanj. Takšni bolniki namreč večinoma iščejo zdravniško pomoč zaradi drugačnih težav kot tisti, ki so od alkohola že odvisni. Zdravnik za njihovo prepoznavo zato potrebuje dodatna znanja. Preudarno pitje sicer lahko količinsko opredelimo, vendar obstaja cela vrsta različnih skupin ljudi, pri katerih je kakršnokoli pitje alkohola že tvegano početje. Družinski zdravnik lahko s primernim motivacijskim pristopom zmanjša tvegano pitje alkohola pri ljudeh, ki še niso odvisni, odvisne pa lahko odločilno spodbudi k odločitvi za zdravljenje. Motivacijski postopek je večšina, ki se je lahko naučimo in z nudenjem ustrezne pomoči doprinesemo k zmanjšanju problematike škodljive rabe alkohola.

Bojan Belec je pripravil pregled internističnih zapletov, ki se lahko pojavljajo pri bolnikih, odvisnih od drog. Ob predstavitvi primerov smo spoznali, da obstaja obsežen spekter zapletov, ki se pojavljajo zaradi delovanja droge na vrsto organskih sistemov. Opozoril je na znake, ki nam pomagajo prepoznati odvisnost pri bolnikih, ki iščejo pomoč le ob somatskih težavah.

Psihiatrične zaplete pri dializnih bolnikih je predstavil doc. Milan Ličina. Poleg zapletov v osrednjem živčevju, ki nastopijo kot neposredna posledica ledvične bolezni ali dialize, je potrebno pozornost usmeriti tudi v psihično doživljanje bolnika ob kronični dializi. Značilna so različna obdobja doživ-

ljanja s svojimi zakonitostmi, ki jih moramo prepoznati in se ustrezno odzvati. Depresivna stanja so velikokrat zakrita in težko razpoznavna. Poleg individualne obravnave bolnikov se priporoča tudi skupinska. Pomembni so različni programi izobraževanja bolnikov, zmanjševanja anksioznosti in spodbujanja samostojnosti.

Doc. dr. Rok Tavčar je predaval o hematoloških zapletih pri zdravljenju s psihotropnimi zdravili. Opisal je vrste zapletov in možne mehanizme njihovega nastanka. Viri podatkov, iz katerih sklepamo na možnost hematoloških zapletov pri zdravljenju, imajo svoje metodološke pomanjkljivosti, zato sta ves čas potrebna previdnost in znanje pri kombiniranju zdravil. Psihotropna zdravila so ob upoštevanju navodil hematološko dokaj varna, klopazin je med njimi še najbolj raziskan. Pri njegovem predpisovanju je potrebno dosledno upoštevati predpisane sheme nadzora krvne slike. Ob pojavljanju zapletov je smiselno razmisliti, s čim ga nadomestiti. Vsekakor novega zdravila ni priporočljivo uvajati še v obdobju nevtropenije, občasne kontrole krvne slike pa so potrebne tudi v nadaljevanju zdravljenja.

Doc. Mojca Z. Dernovšek in Sveto Vito-rovic sta nam skupaj predstavila psihiatrične stranske učinke internističnih zdravil in pomembnejše interakcije med psihiatričnimi in internističnimi zdravili. Pripravila sta obsežen pregled preko posameznih skupin zdravil. Pri problemu medsebojnih interakcij zdravil se moramo najprej zavedati tistih, ki so potencialno nevarne za bolnika. Poznati moramo tudi interakcije, pri katerih je potrebno prilagajati odmerke zdravil, in tista zdravila, ki imajo zelo veliko interakcij z ostalimi.

Daniela in Rado Janša sta predavala o psihiatričnih vidikih gastroenteroloških obolenj. Dlje sta se zadržala pri ulkusni bolezni in ulceroznem kolitisu. Kot sta pokazala, ima sodobna medicina na voljo kar precej možnosti, da tudi preko vpliva na psihično stanje izboljša prognozo teh bolnikov. Posebej sta poudarila pomen skupinskega dela.

V zaključku srečanja smo konkretno spoznali še delo na področjih, kjer se psihiatrična in internistična stroka prepletata. Nada Perovšek Šolinc in Marjeta Blinc Pešek sta pripravili predavanje o delu konziliarnega psihiatra na internističnih oddelkih.

Psihične motnje pri internističnem bolniku lahko nastanejo kot posledica organskih sprememb, lahko so primarno psihiatrične ali pa so posledica bolnikovega psihološkega odzivanja na spremenjeni osebni položaj. Po izsledkih nekaterih raziskav se posamezni psihični simptomi pojavljajo kar pri polovici internističnih bolnikov. Konziliarni pregled vsebuje elemente triaže, diagnostike, krizne intervencije, zdravljenja, rehabilitacije in preventive. Novejši koncepti bolnišničnega zdravljenja govorijo že o integraciji obeh vrst zdravljenja.

Primož Jovan je predstavil delo konziliarnega internista na psihiatričnih oddelkih. Preko primerov bolnikov je prikazal dileme, ki se pojavljajo ob takem delu. Prvenstvena naloga internista je poleg obravnave somatske bolezni vedno tudi iskanje organske etiologije trenutne duševne motnje bolnika. Oceniti mora tudi skupno delovanje internističnih in psihiatričnih zdravil in njihov vpliv na somatsko in duševno stanje. Prav pozornost na stranske učinke zdravil narašča premosorazmerno z njihovim poznavanjem in predstavlja umetnost stroke.

Srečanje je minilo v delovnem vzdušju. Tako kot že prejšnja je v sodelujočih pustilo spoznanje, da je tesno sodelovanje med strokami nujno za pravilno obravnavo posameznih bolnikov. ■



Simpozij o gastroezofagealni reflukсни bolezni

Nataša Smrekar

Lani smo na simpoziju o dispepsiji obljubili, da se letos ponovno vidimo, in tokrat je Klinični oddelek za gastroenterologijo pripravil simpozij o gastroezofagealni reflukсни bolezni (GERB), ki je potekal 25. oktobra 2001 v prostorih MF. Tudi tokrat je bila predavalnica na MF polna do zadnjega kotička.

GERB je zelo pogosta bolezen, saj navaja kar 44 odstotkov odraslega prebivalstva zgago kot vodilni simptom vsaj 1-krat mesečno. Gastroezofagealni refluks, kot smo izvedeli iz predavanja o patogenezi, je fiziološki pojav in pomeni vračanje želodčne vsebine nazaj v požiralnik. Pri tem imajo pomembno vlogo prehodne sprostitve spodnje požiralnikove zapiralke. Kadar so te sprostitve pogostejše in/ali dolgotrajnejše, kot je normalno, nastopi patološki refluks in posledična poškodba sluznice požiralnika.

Kakšna je tipična slika GERB? Tipična simptoma sta le dva: zgaga in regurgitacija kisline in/ali žolča v žrelo in usta. Na žalost vsi bolniki nimajo tipične simptomatike, večkrat navajajo netipične znake (globus, hipersalivacija, boleče požiranje, spahovanje) ali pa se simptomatika pojavi celo zunaj samega požiralnika. V predavanju o ekstraksezofagealni simptomatiki smo izvedeli, da gastroezofagealni refluks lahko privede do respiratornih težav (astma, kronični kašelj, bronhitis), hripavosti, okvare zobnega emajla in ne nazadnje do pojava t. i. nekardialne prsne bolečine.

In kaj smo izvedeli iz predavanja o diagnostiki GERB? Specifičnost tipičnih simptomov je tako visoka (od 89 do 95 odstotkov), da zadošča za postavitev diagnoze le na osnovi tipične klinične slike brez dodatnih preiskav in ob izključitvi zaskrbljujočih simptomov (disfagija, krvavitev iz prebavil, slabokrvnost, hujšanje). GERB je v bistvu naša delovna diagnoza, po opravljenih prei-

skavah pa govorimo o refluksnem ezofagitisu, če pri preiskavi najdemo spremembe na sluznici požiralnika, in o neerozivni reflukсни bolezni, če makroskopsko sprememb na požiralniku ne vidimo. V primeru, da klinična slika ni tipična ali se pri bolniku pojavi eden od opozorilnih simptomov, je potrebna diagnostična obdelava. Prva preiskava v teh primerih je gastroskopija in v primeru normalnega izvida opravimo pri bolnikih z atipično simptomatiko še 24-urno pH-metrijo. Slednja je tudi preiskava izbora pri bolnikih z ekstraksezofagealno simptomatiko.

Sledilo je predavanje o zapletih GERB. Največji poudarek je bil namenjen t. i. Barrettovemu požiralniku, ki nastane kot posledica kronične GERB in je znana prekancerroza za razvoj žleznega karcinoma požiralnika. Incidenca slednjega v razvitem svetu namreč zelo hitro narašča, in sicer mnogo hitreje, kot narašča incidenca katerega koli drugega karcinoma. Poleg Barrettovega požiralnika med zaplete sodijo še ulkusi, stenozе in strikture požiralnika.

Najverjetneje se že sprašujete, kje je mesto *Helicobactra pylori*. Še vedno veljajo priporočila o zdravljenju, sprejeta leta 1997. Bolnikom z GERB ne dokazujemo okužbe s HP. Bolniki z GERB, ki imajo ulkus želodca in/ali dvanajstnika, erozivni gastritis ali bulbitis ali MALT limfom in dokazano okužbo s HP, pa dobijo eradikacijsko terapijo.

Pred odmorom je sledilo za zdravnike gotovo najpomembnejše predavanje o zdravljenju GERB. Zavedati se moramo, da se večina ljudi s težavami samodejno zdravi z antacidi in/ali H2-blokatorji. Le 5 odstotkov bolnikov je takih, ki poiščejo pomoč pri zdravniku, in to predvsem zato, ker samozdravljenje ni bilo učinkovito. Če ima tak bolnik tipično simptomatiko GERD, se ob izključitvi alarmantnih znakov poslužimo t. i.

dvotedenskega terapevtskega poskusa z inhibitorji protonske črpalke, ki je hkrati tudi diagnostični test za GERB. Bolnika nato povabimo na kontrolo in če je zdravljenje učinkovito in ni drugih simptomov, zdravljenje z inhibitorji protonske črpalke nadaljujemo. V vseh ostalih primerih napotimo bolnika na preiskave.

Poleg medikamentoznega zdravljenja obstaja tudi kirurško zdravljenje GERB, s katerim želimo težave trajno odpraviti. Na voljo imamo še vedno klasično fundoplikacijo po Nissenu ter v zadnjem času vedno bolj uveljavljeno laparoskopsko fundoplikacijo. Na žalost si le-te zaradi tehničnih motenj nismo mogli ogledati.

Po odmoru sta sledila dva prikaza primera bolnika z GERB, kar je zelo popestrilo simpozij. Na koncu smo predstavili še priporočila za obravnavo bolnikov z GERB, ki smo jih izoblikovali na strokovnih sestankih gastroenterologov. Priporočila bodo objavljena v knjižici o GERB, ki bo izšla drugo leto.

Po končanem simpoziju smo izvedli tudi anketo in ugotovili, da je bila večina udeležencev zelo zadovoljna s simpozijem. Predavanje ni bilo preveč, tudi vsebina in podajanje snovi sta bila primerna. Velika večina udeležencev je bila mnenja, da bi si morali za predavanja vzeti več časa oziroma manj hiteti s podajanjem snovi. Izrazili so željo, da s podobnimi simpoziji nadaljujemo tudi v prihodnje.

Na koncu bi se v imenu nas vseh rada zahvalila tudi sponzorjem, ki so nam omogočili, da smo simpozij sploh lahko izvedli. V letu, ki prihaja, vam želimo veliko uspehov in vas hkrati vabimo, da se udeležite simpozija o kronični vnetni črevesni bolezni. ■

Medicina odvisnosti

Tatja Kostnapfel Rihtar

Uvod

V dneh od 12. do 14. septembra letos je v Trstu potekala v organizaciji mednarodnega združenja za medicino odvisnosti (International Society of Addiction Medicine - ISAM) konferenca z naslovom "Odvisnost: Izmenjava odgovornosti v spreminjajočem svetu".

Najbolj znane tuje predavateljke je ob tej priložnosti na enodnevni simpozij v Ljubljano povabila Ustanova Odsev se sliši, ki je organizirala mednarodni simpozij o zdravljenju odvisnosti. Istočasno se je začela tudi štiridnevna delavnica Svetovne zdravstvene organizacije o antagonističnem zdravljenju odvisnosti, na kateri so sodelovali predstavniki držav srednje ter vzhodne Evrope in katero je prav tako organizirala Ustanova Odsev se sliši.

Ustanova Odsev se sliši se kot neodvisna in samostojna ustanova splošno koristnega, dobrodelnega in trajnega namena za zagotavljanje pomoči vsem oblikam programov preprečevanja in zdravljenja odvisnosti ter za pridobivanje finančnih sredstev za izgradnjo novega Centra za zdravljenje odvisnih od drog ob bližajoči tretji obletnici ustanovitve lahko poleg ostalih dejavnosti pohvali tudi z organizacijo številnih strokovnih srečanj in izdajo različnih publikacij s področja odvisnosti.

Vsebina simpozija

Mednarodnega srečanja v prostorih Medicinske fakultete v Ljubljani, ki ga je odprl prof. dr. Zoran Arnež, se je udeležilo preko 200 domačih in tujih udeležencev ter nekaj najbolj znanih tujih predavateljev s tega področja. Vodilne teme simpozija so bila krizna stanja pri zlorabi drog (odtegnitvene reakcije, predoziranje, avtodestruktivna vedenja, recidiv...) ter farmakološka terapija pri odvisnostih.

Glavno sporočilo simpozija je bilo, da je odvisnost bolezen, za katero je na voljo kar



Direktor NIDA Frank Vocci in predsednik uprave Ustanove Odsev se sliši Andrej Kastelic.

nekaj uspešnih medikamentoznih načinov zdravljenja. Številna so učinkovita kljub temu, da zdravila, ki bi povsem prekinilo ali pozdravilo zasvojenost, ni in ga verjetno glede na naravo motnje tudi ni mogoče pričakovati.

Devetdeset odstotkov raziskav na tem področju opravi ali financira NIDA - National Institute on Drug Abuse, največji ameriški raziskovalni inštitut. V zadnjem času potekajo intenzivne raziskave razvoja zdravila za zdravljenje odvisnosti od kokaina.

Direktor Frank Vocci je kot eden izmed vabljenih tujih predavateljev predstavil najnovejšo smernice v razvoju farmakoterapije odvisnosti. Posebej je poudaril, da je najučinkovitejše in najpogosteje uporabljeno in

priporočeno zdravilo za opioidno odvisnost metadon. Annette Verster z Nizozemske je predstavila evropske metadonske smernice, ki jih je pripravilo evropsko združenje Euro-methwork in pri katerih je kot eden izmed petih strokovnjakov sodeloval tudi Andrej Kastelic, predsednik Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pri Ministrstvu za zdravje RS.

Podrobno so bile predstavljene tudi izkušnje zdravljenja z morfinom s podaljšanim delovanjem, z naltrexonom in z buprenorfinom ter zdravljenje težke odvisnosti od alkohola z nalmefenom.

Slovenski strokovnjaki so se ob tem dogovorili o možnih uporabah različnih agonističnih zdravil za zdravljenje opiatne odvisnosti v Sloveniji.

Posebna delavnica, v kateri so sodelovali tudi predstavniki nevladne organizacije Drogart, je bila namenjena medicinskim zapletom ob uživanju ecstazija in drugih drog.

Zaključek

Najpomembnejše sporočilo mednarodnega simpozija o zdravljenju odvisnosti, ki ga je organizirala Ustanova Odsev se sliši s sodelovanjem Mednarodnega združenja za medicino odvisnosti (ISAM), je bilo tako strokovnjakom kot tudi javnosti predstaviti možnosti zdravljenja odvisnosti z uporabo različnih zdravil in jim sporočiti, da so tovrstna zdravljenja danes uspešna.

Vsi povzetki predstavljenih prispevkov so zbrani v posebni številki strokovne revije Odvisnosti, ki jo je ravno tako izdala Ustanova Odsev se sliši.

Ministrstvo za zdravje RS je ob tej priložnosti v slovenskem jeziku izdalo Smernice za zdravljenje z metadonom in tako dopolnilo zbirko smernic, izdanih že v šestih evropskih jezikih. ■

Programi nadomeščanja - razvoj in izboljšave

Jasna Čuk Rupnik

Skupina Pompidou pri Svetu Evrope je 8. in 9. oktobra 2001 v Strasbourgu sklicala delovno skupino strokovnjakov na posvet o programih nadomeščanja za obvladovanje bolezni odvisnosti od opiatov. Iz Slovenije sva se sestanka udeležila mag. Dušan Nolimal iz IVZ kot stalni dopisnik Skupine Pompidou in Jasna Čuk iz Centra za preventivo in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog ZD Logatec kot članica Sveta koordinacije mreže centrov. Program je bil odlično pripravljen, predstavitve zanimive in strokovno bogate.

Predstavljene so bile dejavnosti različnih evropskih držav, ki so se vsaka po svoje odzivala na povsod v Evropi naraščajoč problem odvisnosti od opiatnih drog. V večini držav so programi dobili zeleno luč šele, ko je svoje razdejanje pokazala okuženost s HIV.

V ZDA so začeli uvajati metadon leta 1965, potem ko je dr. Nyswander objavila knjigo **“Heroiniski odvisnik kot bolnik”**. Zamisel je temeljila na spoznanju, da je bolezen odvisnosti od opiatov posledica nevroadaptacije na vnos droge in torej bolezen možganske homeostaze.

Metadon in druge snovi z agonističnim učinkom (LAAM, buprenorfin, morfin...) odvisnim osebam odpirajo vrata v program pomoči.

Naravni tok odvisnosti od opiatov kaže, da po 10 letih jemanja drog ena tretjina oseb umre ali nadaljuje problematično jemanje, druga tretjina nadaljuje jemanje drog ob še sprejemljivi stopnji socializacije, tretjina pa jemanje drog opusti. Čez naslednjih 10 let se položaj le malo spremeni: odstotek abstinentov le malo naraste, nekoliko se zmanjša odstotek tistih, ki jemljejo droge zmerno ob določeni stopnji vključenosti v družbo, naraste pa število umrlih.

Gre torej za težko kronično bolezen. Vrednost obvladovanja opiatne nevroendokrine motnje z nadomeščanjem z opiodi so potrdile številne raziskave. Mnogo so jih



Predstavnika Slovenije v družbi brvaškega kolega Slavka Sakomana

opravili v ZDA, kjer so prve programe nadomeščanja z metadonom vodili zelo strogo nadzorovano. Spoznali so, da odvisne osebe zdravstveno in socialno ugodneje napredujejo, če jih strokovnjaki obravnavajo razumevajoče, rešujejo zaplete in spore v zdravljenju popustljivo in z večjo mero upoštevanja klientovih želja, in še posebej, če pri zdravljenju uporabljajo dovolj velike odmerke metadona. To privede do dlje trajajoče vključenosti v programe pomoči, v katerih se iz leta v leto izboljšujejo kazalci uspešnosti.

Obstajajo številni dokazi za to, da **uporaba metadona izboljša zdravstveno stanje odvisnih oseb, poveča njihovo vključenost v šolanje in delo, zmanjša stopnjo kriminalitete in zmanjša zaplete v nosečnosti**

tako pri materi kot otroku.

Programe nadomeščanja strokovna in laična javnost bolj ali manj težko sprejemata predvsem zaradi moralnih in ideoloških predsodkov. Tudi v zdravstvu si utirajo pot le s težavo, čeprav je strokovno jasno, da **zdravljenje v obliki nadomeščanja lahko enačimo z zdravljenjem drugih kroničnih bolezni, npr. visokega krvnega pritiska, sladkorne bolezni tipa 2 ali astme.** To je tudi razlog, da si zdravljenje z nadomeščanjem utira pot v ambulantno osebne/splošnega zdravnika. Tako bi lahko dosegli enakovreden pristop do oseb z boleznijo odvisnosti in presegli odpor, ki ga do zasvojenih oseb občutijo zdravstveni delavci.

Pomembno je še eno dejstvo. V evropskih zaporih predstavljajo osebe, odvisne od

opiatov, že skoraj polovico zaprtih oseb. **Velika težava je v tem, da v zaporih zdravljenje odvisnosti ni zagotovljeno v enaki meri kot na prostosti.** Dokazano je, da bi ustrezna pomoč odvisnim (metadon, čiste igle, psihosocialno svetovanje...) za vsak v zdravljenju dodatno investiran funt prinesla tri funte prihranka, v ZDA pa so s svojimi programi prišli celo do razmerja 1: 7.

Uvedba metadona ima v Sloveniji desetletno tradicijo. Od leta 1995 poteka nadomeščanje v okviru mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, ki jo sestavlja zdaj že 15 centrov.

S svojimi izkušnjami smo sodelovali tudi v pripravi evropskih Metadonskih smernic, ki so v septembru 2001 izšle tudi v slovenskem prevodu (Kastelic, Kostnapfel Rihtar, Cerkovnik Hvala). V centrih ob uporabi metadona uvajamo tudi psihosocialno pomoč, saj se tako uspešnost obravnave bolezni odvisnosti še poveča.

Hrvaška je obravnavo z metadonom vpegljala v ambulante splošnih zdravnikov, ki pooblastila za izvajanje nadomeščanja dobivajo sproti za vsako trimesečje, s tem da pride oseba na kontrolni pregled v center. V drugih državah je nadomeščanje na različne načine zaupano tako zdravnikom v specializiranih centrih kot tudi splošnim zdravnikom.

Obravnava odvisnih oseb z uporabo **naltrexona** je v primerjavi z metadonom manj raziskana. Kaže, da je zadržanje oseb v programu z uporabo naltrexona manjše, izboljša ga intenzivna psihosocialna obravnava.

Za zdaj ostaja metadon v evropskih državah "stalnica nadomeščanja" in zato je potrebna programe še naprej kakovostno razvijati. Pri tem je potrebna tudi čim boljša dokumentiranost dela.

Zato naj bi v prihodnje pri obravnavi bolezni odvisnosti od opiatov težili k iskanju odgovorov na vprašanje:

Katero zdravljenje (detoks / nadomeščanje/socialna podpora), s katero snovjo (metadon/buprenorfin/LAAM/morfin/druge), s kolikšnim odmerkom za katero osebo (njene značilnosti/potrebe/želje/sočasna psihiatrična motenost) in v katerem programu (specializiran/ "dože za domov"/osebni zdravnik/lekarna/zahtevamo strokovno osebje) bo najbolj uspešno?

Podrobne strokovne informacije z delovnega sestanka bom posredovala v poročilu za Zdravniški vestnik. ■

Sodelovanje Republike Slovenije v Pompidoujevi skupini

Dušan Nolimal

“Skupina za sodelovanje v boju proti zlorabi drog in protizakonitemu trgovanju z drogami” pri Svetu Evrope in delovni program za 2000-2003

Poglabljeno mednarodno sodelovanje Slovenije na področju drog in zasvojenosti s Skupino Pompidou pri Svetu Evrope sega v leto 1992, ko smo se strokovnjaki na področju drog in zasvojenosti pričeli udeleževati srečanja evropskih epidemioloških izvedencev, ki delujejo v okviru te skupine. Rezultat udeležbe na srečanjih je bil tudi dogovor o organizaciji usposabljanja slovenskih strokovnjakov s področja informatike in epidemiologije na področju drog in zasvojenosti, ki smo ga prvič pripravili v Ljubljani konec leta 1993 in naslednjič v Piranu septembra 1994. V okviru teh usposabljanj je prišlo do intenzivnega multidisciplinarnega sodelovanja, v katerem so bila zastopana ključna ministrstva, druge ustanove in strokovne organizacije. Sodelujoče vladne in nevladne organizacije so že takrat prepoznale nujnost epidemiološkega in drugega raziskovalnega dela kot osnove politik in naporov na področju drog. Žal smo v naslednjih letih prav v te dejavnosti vlagali najmanj, tako da je realizacija nekaterih sklepov, zlasti glede centralne epidemiološke enote in multidisciplinarnе mreže za zbiranje podatkov po evropskih standardih, še vedno aktualna.

Do sedaj se je v okviru sodelovanja in pomoči, ki jo nudi Pompidoujeva skupina, usposabljal že več sto slovenskih strokovnjakov iz javnega zdravstva, splošne in sodne medicine, psihiatrije, sociale, kriminalistike, policije, pravosodja, šolstva in drugih strok, sektorjev in nevladnih organizacij. Poleg usposabljanja velja omeniti številna strokovna in znanstvena srečanja, na katerih so aktivno sodelovali slovenski strokovnjaki in ki sta jih soorganizirala in deloma ali v celoti

tudi financirala Svet Evrope oziroma Pompidoujeva skupina. V sodelovanju s Skupino Pompidou smo v poznejših letih, zlasti v Ljubljani, razvili in vpeljali številne inovativne projekte, ki jih je bilo mogoče prenašati še v druga slovenska mesta. Izvajalci aktivnosti programa Skupine Pompidou so z namenom realizacije preprečevalnih dejavnosti v praksi te dejavnosti sami razvijali in prilagajali našim razmeram ali pa so se pridruževali obstoječim mrežam lokalno ustaljenih dejavnosti.

Slovenski strokovnjaki smo bili vključeni tudi v pripravo nekaterih evropskih učbenikov s področja epidemiološko-raziskovalne in preprečevalne metodologije, kot je npr.: o načelih in izvajanju terenskega dela z uporabniki drog (“Outreach Work with Drug Users: Principles and Practices”, 1996); o terenskem raziskovalnem delu in praktičnih postopkih, kjer je predstavljeno inovativno vzorčenje in metodologija “snežne kepe” (“Handbook on Snowball Sampling”, 1997); o preprečevanju na področju alkohola, tobaka in drog v šolskem okolju in drugje (Handbook. Prevention. Alcohol, Drugs and Tobacco”, 1998). Dve publikaciji, ki sta postali učbenik, smo prevedli v slovenski jezik.

Ne smemo pozabiti, da je v okviru teh srečanj, ki jih facilitira Skupina Pompidou, prišlo tudi do številnih dvostranskih in večstranskih sodelovanj med Slovenijo in različnimi zahodno-, srednje- in vzhodnoevropskimi ter mediteranskimi državami: na področju epidemiologije, preventive, zdravljenja ter preprečevanja nedovoljene trgovine z drogami. Nadalje vzdržuje sekretariat Skupine Pompidou stike s številnimi mednarodnimi organizacijami, ki jih skrbi

problematika drog. Program dela Pompidoujeve skupine posebno pozornost namenja sodelovanju z organizacijami SZO, UNDCP, TEU, EMCDDA, UNESCO, ILO, INCB, UNICRI itd. Tako v okviru regionalnega programa PHARE za boj proti drogam v srednji in vzhodni Evropi sodelujemo na področju evropske informatike in ukrepov za zmanjševanje povpraševanja po drogah. Slovenski strokovnjaki na področju drog smo tako neposredno ali posredno vpleteni v delo in dejavnosti teh pomembnih mednarodnih struktur. Zaradi vseh naštetih dejavnosti menim, da lahko naše dosedanje sodelovanje v Pompidoujevi skupini ocenimo kot uspešno, enako pa ga ocenjujeta tudi sekretariat Pompidoujeve skupine in naše predstavništvo v Strasbourgu.

Pomemben element delovne metode, ki jo uporabljajo strokovnjaki, ki se združujejo pod okriljem Skupine Pompidou, je intenzivno razpravljanje in skupno odločanje sodelujočih držav o razvoju takšne metodologije dela, da bi dosegli **maksimalno uporabnost in primerljivost ob najmanjših stroških vlaganja**. Obenem je vsak sodelujoči strokovnjak odgovoren za opravljanje dogovorjenih postopkov glede na možnosti v svoji lastni državi. Znotraj skupine se omogoča razpravljanje o podobnostih in razlikah. Gre za procese razjasnjevanja nesporazumov, vzpostavljanje vzajemnega razumevanja in možnost širših primerjav. Pri tem ne smemo podcenjevati težav pri usklajevanju različnih interesov in prizadevanj. Večletne izkušnje sodelovanja Slovenije v Pompidoujevi skupini kažejo, da gre za počasen in včasih boleč proces. Dve glavni komponenti za zagotavljanje uspeha sta nedvomno strokovna kontinuiteta sodelujočih posameznikov ali vsaj inštitucij v posamezni državi ter kontinuiteta v politični, administrativni in finančni podpori vsake sodelujoče države.

Konec leta 2000 so države članice Pompidoujeve skupine na evropski ministrski konferenci "o zmanjševanju tveganja kot sestavnem delu široko zastavljenega, multidisciplinarnega pristopa k reševanju problemov zlorabe drog", sprejele nov program dela Pompidoujeve skupine za obdobje od 2000 do 2003. Na ministrski konferenci so sodelovali ministri in vladni predstavniki držav članic Sveta Evrope in Pompidoujeve skupine, predstavniki Evropske komisije držav nečlanic ter drugi opazovalci, zavedajoč se, da usklajevanje politik in strategij na naj-

širši mednarodni ravni odločilno prispeva k učinkovitemu delovanju za zmanjševanje povpraševanja po drogah, tveganj ter škodljivih posledic za posameznika in skupnost.

S prikazom delovnega programa Pompidoujeve skupine za obdobje od 2000 do 2003 (Pompidou Group. Draft Work Programme 2000-2003 (P-PG/MIN/CONF (2000) 4). Strasbourg: Council of Europe, 2000) želimo vsem zainteresiranim približati skupna evropska izhodišča in prizadevanja za obravnavo razsežnosti problema drog v okviru široko zastavljene, uravnotežene, mul-

tidisciplinarne strategije ter vse odgovorne spodbuditi k izboljševanju mehanizmov za multidisciplinarno in z epidemiološkimi dokazi utemeljeno politiko obravnave drog in zasvojenosti. Glede na vseevropsko razsežnost Pompidoujeve skupine smo stalni korespondenti skušali zagotoviti, da bodo predlagane preprečevalne aktivnosti v največji možni meri uporabne ne glede na raznolikost evropske družbe. Če bomo hoteli v Sloveniji uspešno reševati cilje celostne preprečevalne politike, ki smo si jih zastavili, prikazanih predlogov ne bi smeli prezreti.

17. srečanje zdravnikov gorskih reševalnih služb alpskih dežel

v Innsbrucku 10. novembra 2001

Jože Četina, Mitja Četina

Letošnje, sedemnajsto, srečanje zdravnikov gorskih reševalnih služb alpskih dežel slavi svojo 30-letnico. Prvič so se zdravniki gorski reševalci v organizaciji IKAR (Mednarodna komisija za reševanje v gorah) sešli v začetku novembra 1971. Takratno in še nekaj naslednjih srečanj je potekalo v predavalnici kirurške klinike, udeleževalo se jih je ponavadi okoli 100 zdravnikov in laičnih reševalcev. Postopoma je število udeležencev naraslo na več sto in kraj sestanka so že čez nekaj let prestavili v kongresni center.

Vodilna tema 1. srečanja (1971) je bilo visenje v vrvi. Opozorila je na veliko nevarnost plezanja v vrvi, ki je privezana okoli prsnega koša, kot je bila do takrat razširjena navada. Pri visenju v taki navezavi po padcu pride, če ne upoštevamo verjetnih meha-

ničnih poškodb, že po 20 do 30 min do paze brahialnih živcev in zaradi ohromitve mišičja zgornjih ekstremitet ni več možna samopomoč. Sledi odpoved mišične črpalke spodnjih ekstremitet, ortostatski šok, odpoved vitalnih organov in v 2 do 2,5 urah smrt. Posledica teh spoznanj je bil razvoj in vse širša uporaba plezalnega pasu, ki sicer ne zagotavlja popolnoma "varnega" padca, bistveno pa zmanjšuje pravkar omenjene nevarnosti. Razen mehaničnih poškodb med padcem in pogostih globokih opeklin na prstih in dlaneh zaradi poizkusa zaviranja so pri padcu v plezalnem pasu pogoste poškodbe hrbtenice, ki nastanejo zaradi sunka ob koncu padanja, čeprav je ta elastičen. Zaradi sunkovite hiperekstenzije predvsem ledvene hrbtenice pride do pogostih kompre-

sijskih oziroma rotacijskih fraktur vretenc in raztrganja vezi. Tirolske statistike govorijo, da je pri padcu v plezalnem pasu največ poškodb glave in možganov, sledijo pa hrbtenica, zgornje, spodnje ekstremitete, nato prsni koš in zgornje ekstremitete, prsni koš in spodnje ekstremitete in končno politravma.

Do največ težkih in najmanj lahkih poškodb pride pri plezanju v 3. do 4. težavnostni stopnji, v težavnostni stopnji 6 in več pa je manj težkih in več lažjih poškodb. Do težkih poškodb pride večinoma pri padcih z glavo navzdol (11 odstotkov vseh padcev). Iz povedanega sledi, da je priporočljivo plezati v krajših raztezajih, da bi tudi morebitni padec bil čim krajši. Statistično ni raziskano, če in za koliko čelada zmanjša število in resnost poškodb glave pri padcu.

Dopoldanski del programa je bil namenjen problemom kardiopulmonalne reanimacije. Pri oceni stanja bolnika ali poškodovanca naj bo laični reševalec raje pozoren na znake, kot so dihanje, kašelj, požiranje in drugi gibi. Ocena stanja po pulzu, ki je dostikrat težka celo za zdravnika, je za laičnega reševalca skrajno nezanesljiva. Niso redki primeri, ko reševalec ni začel oživljati, ker ni otipal pulza, a je srce v resnici še utripalo. V praksi so posebno pri gorskem reševanju laični reševalci pogosto tudi uro in več sami s poškodovancem, preden prispe zdravnik s primernim znanjem in opremo. Skratka, napačne ocene pulza niso redke niti pri zdravniku, kaj šele pri laičnem reševalcu. Zato je najbolje takoj začeti z oživljanjem (ABC), po možnosti uporabiti monitor in pri fibrilaciji srca čimprej poizkusiti defibrilacijo, kajti izgledi za uspeh so z vsako zamujeno minuto za 10 odstotkov manjši (10 minut = 100 odstotkov). Pri tem ne smemo pozabiti na morebitno podhladitev, ki pravilno diagnozo še otežuje, toda povečuje možnost preživetja. Še posebno rado pride do podhladitve pri poškodbah hrbtenice. V medikamentozni terapiji so slej ko prej v veljavi adrenalin, vazopresin, amiodarone, lidokain in magnezij. Infuzija tekočin na kraju nesreče izboljšuje izgled za uspeh, škodljivo pa je lahko zamudno iskanje primerne vene ali preveč drugih reanimacijskih ukrepov, če je npr. s helikopterjem poškodovanca v nekaj minutah možno prepeljati v bolnišnico.

V praksi je zal le malo poškodovancev deležnih takojšnje in strokovne prve pomoči. Zato je pomembno čim širše, tako rekoč množično izobraževanje, ki naj vsebuje oceno stanja, položaj poškodovanca pri neza-

vesti, šoku, možganskih poškodbah, prelomu reber, nadzor krvavitve, pa tudi defibrilacijo. Pri tem bi bilo koristno v izobraževanje vključiti tudi medije. Na tirolskem so laični reševalci v 8 odstotkih primerov oživljali po telefonskem vodenju. Široko izobraževanje je še posebej pomembno, ker v Evropi opažajo močno upadanje izvajanja prve pomoči po laičnih reševalcih.

Pol za šalo pol zares je bilo omejeno, da je popularna "Ančka" postala nedvomna uspešnica po vsem svetu prav zaradi tega, ker je ženskega spola.

O politravmi govorimo, kadar je poškodovanih več organskih sistemov, ki vsak zase ali pa skupaj ogrožajo življenje. V 224 (n = 224) primerih je 70 odstotkov politravmatiziranih umrlo na kraju nesreče, reanimacija na kraju nesreče pa je bila uspešna le v 0 do 1,7 odstotka primerov. 30 jih je bilo prepeljanih v bolniške ustanove, od teh je spet polovica umrla v prvi uri po sprejemu. Pri 47 (n = 53) primerih tope travme je šlo za ekstremitete, pri 6 za notranje organe. Pri (n = 14) primerih penetrirajočih poškodb, reanimiranih na kraju nesreče, ni bilo niti enega preživelega.

Nevarnost strele je največja v času od maja do septembra in v poznih popoldanskih urah. Poškodbe lahko nastanejo zaradi neposrednega udara, ali so posredne. V Avstriji je teh primerov od 7 do 8 na leto, v enem do dveh primerih je izid smrten. V 15 od-



Prelestne gore, ki jih na fotografiji Tomaža Rotta gledamo z Vogla, neredko zabtevajo žrtve.

stotkih primerov je bilo prizadetih hkrati 3 ali več oseb. V streli nastane v 0,0001 sekunde napetost do milijon voltov, moč do 200.000 amperov in temperatura do 30.000 stopinj C. Navajajo prevodnost v vodi od 10 do 100 m. Najpomembnejše posledice udara so motnje srčnega ritma in opeklina. V 10 do 46 odstotkih primerov pride do različnih vrst srčne aritmije. Drugi simptomi so nezavest, raptura bobničev, poškodbe rožnice, mrežnice, hemipareze in plegije, spazmi, tromboze, različno dolgo trajajoča afazija, nemir in zmedenost. Redkejši sta nekroza srčne mišice in DIC (diseminirana intravaskularna koagulacija). V samozaščiti priporočajo zavetje, čepeč položaj s skrčenimi

in ob telo stisnjenimi udi, zaščito ušes z dlanimi, vse kovinske, predvsem železne predmete pa v varni oddaljenosti.

Prva pomoč: intubacija, umetno dihanje, defibrilacija, potrebne imobilizacije, pri čemer nikakor ne smemo pozabiti tudi na imobilizacijo vratne hrbtenice, sicer znani ukrepi ravnanja z nezavestnim in čim hitrejši transport v primerno zdravstveno ustanovo.

Helikopter v Evropi velja za varnega pred udarom strele, vendar iz Amerike prihajajo tudi drugačni podatki.

Posebna previdnost je potrebna pri očni stanja podhlajenih. Znani so primeri uspešnega oživljanja tudi po več kot 60 minutah utopitve v mrzli vodi. Defibrilacija poskusimo do trikrat, več pa šele po ogretju. Pri telesni temperaturi pod 30 stopinj C zdravila niso učinkovita. Pri podhlajenih tudi v koči odsvetujemo alkohol.

Težak problem je vprašanje, kdaj prenehati s poizkusi oživljanja. Pomembna je osebna izkušnost reševalca - zdravnika, ocena poškodb in njihove združljivosti z življenjem, biološka in koledarska starost bolnika oziroma poškodovanca, težke spremeljajoče bolezni z metastazami ipd. Odločitev še otežuje pritisk okolice ali svojcev, možnost ali nemožnost transporta, pa tudi reševalčeva prevelika samozaverovanost v lastno uspešnost. Začeto oživljanje je po prihodu zdravnika vsekakor potrebno še nadaljevati. Oživljanje po neobvladljivi fibrilaciji ali asistoliji po defibrilaciji nima izgledov za uspeh (v takem primeru moramo vsekakor kontrolirati kable in odvode). Za morebitno prekinitvev poizkusov oživljanja pri ohlajenih se bomo odločili šele po ogretju. Dostikrat se končno znajdemo pred dilemo, ali je že nastopil trenutek, ko ne preostane drugega, kot da bolnika pustimo umreti v dostojanstvu.

Za monitorizacijo in defibrilacijo industrija sedaj ponuja avtomatske oziroma polavtomatske zunanje defibrilatorje (AED). Za terensko uporabo so primerni polavtomatski, avtomatski pa le za delo v enotah za intenzivno terapijo. Ob primernem usposabljanju (vsaj 6 ur) lahko uporabljajo polavtomatski defibrilator tudi laični reševalci. Oprema s temi aparati ima sedaj smisel predvsem pri velikih aglomeracijah, kot npr. v velikih smučarskih in turističnih centrih. Praktična vrednost pri reševanju v gorah je zaenkrat majhna, ker gre tu večinoma za poškodbe in je pot do mesta nesreče za uspešno defibrilacijo predolga, izgledi za us-

pešno reanimacijo pa so po 10 minutah srčnega zastoja enaki ničli. Perspektivno zato načrtujejo široko opremljenost vseh športnih centrov, stadionov, močnejše obiskovanih planinskih koč in tudi drugih množičnih zbirališč s polavtomatskimi zunanjimi defibrilatorji ob istočasno kar najširši usposobljenosti čim večjih delov prebivalstva.

V Štubajski dolini imajo letno okoli milijon smučarjev in do 1.000 primerov, ki zahtevajo internistično prvo pomoč. V sezoni 2000/2001 so imeli 75 srčnih zastojev, od katerih sta kljub reanimaciji le dva preživela. Število srčnih incidentov v gorah in na smučiščih iz leta v leto narašča, iz leta v leto pa gore in smučišča obiskuje tudi vse več starejših ljudi.

Pri izvajanju prve pomoči žal ne gre brez pomanjkljivosti. Navajajo veliko napačnih diagnoz in ukrepov, nepotrebne ali potrebne, toda neizvedene intubacije in torakalne drenaže, tenzijski pnevmotoraks pri intubiranem, toda ne dreniranem poškodovancu, defibrilacijo pri asistoliji, napake pri vpenjanju v nosilno vrv helikopterja, prevoz v neprimerne bolnišnice, npr. možganskih poškodb ali podhladitev v manjše bolnišnice, vključevanje neizkušenih ali v prvi pomoči pomanjkljivo izkušenih zdravnikov drugih strokovnih reševalnih akcij, zdravnikov brez fizične kondicije in še kaj. Po drugi strani je najnevarnejši tisti zdravnik, ki misli, da mora ukrepati vedno invazivno. Do 25 odstotkov trajnih posledic povzročijo napačni ukrepi pri prvi pomoči. Vendar ni tako pomembno, da je diagnoza v celoti točna, za pravilno ukrepanje so pomembni predvsem njeni bistveni deli. Zato za boljše preučevanje napak in pomanjkljivosti predlagajo mednarodni protokol za dokumentacijo, ki naj bi bil sicer anonimni. Za statistično uporabne odgovore na nekatera vprašanja je namreč potrebno včasih tudi do 25.000 analiziranih primerov.

Za imobilizacijo in transport pri poškodbah vratne hrbtenice je sredstvo izbire še vedno vakuumška blazina, ki ima prednost pred vsemi do danes predlaganimi pripomočki. Odsvetujejo repozicijo vratne hrbtenice na silo, temveč le stabilizacijo s "kravato" z zmerno ekstenzijo v rahli lordozi ali v nevtralnem položaju. Ta postopek in predlaganje na vakuumsko blazino naj izvaja več dobro usklajenih reševalcev. Uporaba zdravil bo potrebna le pri nevroloških izpadih (metilprednizolon). Zlomi prsne in ledvene hrbtenice so večinoma bolj stabilni in so manjši problem za transport.

Nekaj referatov - tudi eksperimentalnih - je obravnavalo problematiko zasutja pod plazovi. Vzrok smrti v prvih tridesetih minutah je večinoma zadušitev bodisi zaradi premajhne dihalne votline bodisi zaradi zamašitve dihalnih poti s snegom, v prvih dveh urah pa podhladitev. Politravma je kot vzrok smrti šele na tretjem mestu. Nemajhen pomen pri mehanizmu smrti ima verjetno tudi motena hemodinamika zaradi kompresije prsnega koša in trebuha. Le 3 odstotke zasutih preživi dve uri.

Vsa do sedaj znana zaščitna sredstva niso niti približno idealna, temveč v najboljšem primeru le nekoliko povečajo možnosti za preživetje. Še najboljša je zračna vreča (airbag), oziroma dvojna zračna vreča (ABS-airbag), ki jo še razvijajo.

Končno pa vsaka reševalna akcija v gorah pomeni tudi nevarnost in izpostavljenost reševalne ekipe in moštva helikopterja. V obdobju od 1996 do 2001 so imeli v Avstriji 8 mrtvih gorskih reševalcev. Statistično pride v Evropi na 20.000 reševanj do ene težke, na od 4000 do 6.000 reševanj pa do ene lažje nesreče. V 98 odstotkih je nesrečo zakrivil človeški, le v dveh tehnični oziroma materialni dejavniki. Referenti in razpravljavci o tej temi so poudarili, da je v reševalnih akcijah na prvem mestu skrb za varnost reševalne ekipe in moštva helikopterja, šele nato pa skrb za varnost in oskrba poškodovanca oziroma bolnika. Zveni na prvi pogled nenavadno, vendar pri pravilni oceni položaja drži.

GRS Slovenije je že od leta 1995 redni član mednarodne komisije za reševanje v gorah (IKAR) in redno sodeluje pri razvoju in določanju enotne doktrine tako po tehnični plati kot na področju prve laične in medicinske pomoči. Prvič v Sloveniji je helikopter pri reševanju v gorah sodeloval leta 1966. Ta sodobni način reševanja in transporta je danes rutina tudi v Sloveniji, iz objektivnih razlogov pa tudi drugje v Evropi nikoli ne bo mogla popolnoma nadomestiti klasičnega "terestričnega" načina. Za zahodnoalpskimi državami morda še zaostajamo na področju opreme, zvez, profesionalizacije oziroma polprofesionalizacije reševalne službe. Na srečo naše gore tudi še niso tako "urbanizirane", kot je to v zahodnoalpskih deželah, kjer obiskovalce gora, smučarje in druge turiste štejejo v milijonih. Kljub temu pa doktrina, ko jo določa IKAR in zaključki innsbruških srečanj zdravnikov, smiselno prilagojeni veljajo tudi v naših razmerah in v naši reševalni dejavnosti. ■

Pa naj stane, kolikor hoče!

Branko Zakotnik

S pričetkom tretjega tisočletja prihajajo v zdravljenje raka nova zdravila. To so zdravila, o katerih smo sanjali že nekaj desetletij. Usmerjena naj bi bila le na rakavo celico in tako ne bi škodovala zdravih celic. To pomeni, da bi bilo le nekaj nepomembnih stranskih učinkov, medtem ko bi bila izjemno učinkovita. Kdo si ne bi želel takega zdravila, pa naj stane, kolikor hoče?

Z boljšim poznavanjem molekularne biologije in z napredkom tehnologije je uspelo strokovnjakom proizvesti zdravila, ki delujejo le na rakavo celico. Večina teh zdravil je še v razvojnih laboratorijih svetovnih multinacionalk, nekaj jih testirajo v kliničnih raziskavah, nekaj pa jih je že registriranih skoraj po celem svetu, tudi pri nas. V praksi učinek seveda ni takšen, kot bi želeli, vendar izgleda, da bo najnovejšo zdravilo, ki je ravnokar registrirano tudi pri nas za zdravljenje kronične mieloidne levkemije in je učinkovito tudi pri nekaterih redkih sarkomih (GIST - gastrointestinalni stromalni tumorji) to trditev ovrglo (iskreno upam, saj bo v tem primeru to pomemben mejnik v onkologiji).

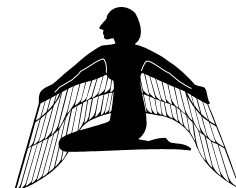
Res je, prižiga se nova iskrice upanja za vse bolnike z rakom, vendar želim v tem prispevku opozoriti na drugo plat medalje. Kdo si bo lahko privoščil to zdravilo? Ne mislim na države v razvoju. Cena teh zdravil ni nizka. Gre za zdravila, ki se morajo ponavadi jemati kot zdravila proti zvišanemu krvnemu tlaku, torej doživljenjsko. Njihova cena se giblje za posameznika od 50.000 do 150.000 nemških mark na leto. Težko je predvideti, koliko bolnikov v Sloveniji bo v bližnji prihodnosti kandidatov za taka zdravila. Vendar, če pomnožite zgornjo vsoto s 3.000 (incidenca 8.500, prevalenca 45.000), je to približno toliko, kot sedaj na leto potrošimo za vsa zdravila v Sloveniji (zdravila na recept). Res je, da stane razvoj takega zdravila s kliničnimi raziskavami in postopki registracije multinacionalko zelo veliko, vendar se navadnemu smrtniku zdi, da so vzeli rek pa naj stane, kolikor hoče preveč dobesedno. Po mednarodnih zakonih velja patent na tako zdravilo 20 let. Teoretično upanje, da bo cena zdravila padla zaradi velike uporabe in konkurence drugih proizvajalcev istega zdravila (generik), je zelo naivno (dokaz v praksi: taxol). Kako lahko pride do trženja generikov pred potekom patenta, smo videli tudi na primeru zdravil za zdravljenje aidsa v Južni Afriki in Braziliji. Ali se lahko zgodi kaj takega tudi dragim (do 10-krat dražjim, kot so zdravila za aids) zdravilom za zdravljenje raka v zahodnem svetu? Zaenkrat se ta problem rešuje z večanjem deleža, ki ga zdravstvena blagajna ali država (odvisno od države) namenja za ta zdravila (dobro za bolnike, dobro za podjetja, slabo za državo). Vendar bo (iskreno upam in sem prepričan) teh zdravil čedalje več in več, tako da bo problem prej ali slej potrebno rešiti na drugačen način (dobro za bolnike, dobro za podjetja, dobro za državo).

Kaj se dogaja v Sloveniji? Generikov ne uporabljamo. Za nova draga zdravila se pogajajo vsako leto posebej. Predvidijo letno števi-

lo bolnikov, ki bodo neko drago zdravilo potrebovali, ter se nato pogajajo za dodatna sredstva. Situacijo dodatno zapletejo zdravila, ki pri nas še niso registrirana oziroma so v postopku registracije. Od lečečega zdravnika to zahteva kar nekaj dodatnega časa poleg njegovih običajnih obveznosti. Vendar čutimo zdravniki, ki ta draga zdravila predpisujemo, nek pritisk, da nerazumno zapravljamo. Ne glede na vse menim, da slovenski onkološki bolniki do sedaj niso bili prikrajšani za kakšno pomembno novo zdravilo. Kaj bo v prihodnje, bomo videli, saj bo teh zdravil čedalje več.

Onkologija seveda niso samo zdravila. Upam, da se bodo pogoji dela na onkološkem inštitutu s preselitvijo v nove prostore končno izboljšali. Tehnično bi bilo to možno že kmalu: naslednje leto preselitev bolnikov iz stavbe B in delno iz stavbe C, čez dva do tri leta pa iz stavbe A. Ali se bo to uresničilo, je odvisno od kar nekaj dejavnikov: vlade, ministrstva, vodstva onkološkega inštituta, lobiranja s strani drugih kandidatov za finančna sredstva (pediatrična klinika, ORL-klinika, nevrološka klinika ...), vpliva javnosti (prebivalci, društva onkoloških bolnikov, lobiranje s strani onkoloških bolnikov in njihovih svojcev) in seveda sreče.

S tem prispevkom sem želel na kratko informirati zdravnike v Sloveniji, kaj se dogaja z novimi zdravili v onkologiji. Pomembno je, da veste, da prihajajo zdravila s povsem novimi mehanizmi delovanja, torej novo upanje. S tem nastajajo novi problemi, takšni, ki jih morda nismo pričakovali in na katere boste morali tudi vi kot lečeči zdravniki pomagati najti odgovore. ■



Spodletele zdravniške odločitve

Rudi Škapin

S tari izrek, da zdravnikove napake, zmote prekrije zemlja, ne drži več. Vse pogosteje jih pred prekritjem z zemljo temeljito razbrskajo v javnosti. Ko se izkaže, da je zdravnikova vest čista, se izmotavamo s filozofskimi izgovori. Zadnji odmevni primer v Ljubljani kaže, da tudi taka pojasnila ne zadostujejo. Izkrvavitev v eminentni ustanovi sredi Ljubljane je šokantna in sama po sebi po logiki govori, da ni mogla biti posledica zdravniške napake. Vseeno ni bil podan jasen in javnosti razumljiv vzrok, kar seveda neti ogenj dvoma.

Primera porodnice prav nič ne poznam, zato se nadaljnje domneve nanašajo na podobno stanje, ne na konkretni dogodek. Medicinski vzrok za krvavitev je poškodovana žilna stena. Take žile na mestu krvavitve pri porodnici ni bilo, zato je bila izkrvavitev nepredvidena, obrazložitev pa "ne poznamo vzroka". Pogledal sem še nekatere druge "nešolskomedicinske" knjige, kjer v poglavjih o krvavitvah lahko vidim možen vzrok. Kri v žilah kroži in obstane v svojem volumnu takrat, ko je na voljo dovolj življenjske energije - mehanske okvare so seveda izvzete. Življenjska energija je potrebna za odvijanje vseh funkcij, konkretno za funkcijo krvi igrajo odločilno vlogo jetra, krvni obtok, vranica s trebušno slinavko, notranja tele-

na toplota in vročica v krvi. Premalo jetrne energije vodi v nesorazmerno razporeditev dotoka krvi. Zastoj energije v krvnem obtoku vodi v krvavitev na takem mestu. Pri znižani notranji toploti je pretok upočasnen. Vročica v krvi vodi v zastoj krvi. Premalo krvi vodi v pomanjkanje energije. Premalo energije po drugi strani vodi v premalo krvi. Več kot en vzrok torej. Vsak od teh vzrokov ima zelo natančno opredeljene simptome, ki temeljijo na splošnem izgledu, barvi kože v podrobnostih, oceni pulza na vseh tipnih mestih, obliki jezika, barvi jezika, oblogi jezika, vlažnosti ali suhosti jezika. Ustaljenih diagnostičnih postopkov ne navajam, ne da bi pri tem mislil, da so bili nepotrebni. Izrazi, ki jih navajam, bodo marsikoga bodli v oči, takšni so v prevodu in poenostavljeni za kratek prispevek.

Znanje nešolske medicine je individualna stvar. Pri porodnici je bilo obilo dejavnikov, ki so privedli do sprožitve enega ali več navedenih povodov, vendar so simptomi za tozadevno nepoučenega neznavni. Za neznanje stvari, ki niso obvezne za opravljanje poklica, si tako lahko očitam le sam sebi. Teoretično bi za javnost povedal približno tole: Porodnica je bila že v osnovi izčrpana, dodatni nujni operativni poseg je stanje še poslabšal do te mere, da je prišlo do nepredvidenega zastoja krvi in krvavitve v trebušno votlino. ■

Zdravnik in etika

Odmev na temo razprave ob 140-letnici Slovenskega zdravniškega društva

Janez Gregorič, Milica Kramberger

Zdravnik se pri delu z bolnikom srečuje tudi z vprašanjem etike, ki je eden pomembnih gradnikov uspeha zdravljenja. Kako zmote zdravnik s svojo držo zagotavljati izpolnjevanje etičnih dolžnosti, ki jih ni moč strogo meriti s parametri, ki veljajo za strokovnost, odgovarjati na "neizrečene" zahteve bolnika in njego-

va pričakovanja, je odvisno od vrste dejavnosti, za katere bi morali poskrbeti in jih zagotavljati na način, ki bo ohranjal trdnost in zaupnost navedenega odnosa.

Prispevek je namenjen razmišljanju o možnostih zagotovitve us-

treznih ukrepov na pristojnem nivoju, o tem, ali se v slovenskem zdravstvu zagotavljajo učni procesi in dejavnosti, ki zdravnika v njegovem procesu strokovnega in osebnostnega zorenja oblikujejo ne le v strokovnjaka, marveč tudi v osebo, ki bo v konkretnih primerih znala poiskati pravo pot do bolnika kot človeka.

Prednostno je smiselno postaviti cilje, ki bodo v prvi vrsti mladem, neizkušenemu zdravniku zagotovili, da pri svojem delu z bolnikom in stikih s svojci ne bo prihajal v položaj, ko zaradi nezadostnega poznavanja človečnosti in etike ter z njima povezanih "zakonitosti" ne bo zmožal bremena, ki je v domeni etičnosti, torej zunaj ozke strokovnosti.

Potrebno se je vprašati, zakaj je predvsem pri mladih zdravnikih raznati veliko mero nezanimanja za etiko. Vedenje o zakonitostih ravnanja, spoštovanja bolnika in pravičnega izpolnjevanja zahtev in vzorcev, ki jih določena družba v določenem času sprejme za svoja moralna in etična pravila, ni vgrajeno kot tako v človekovo osebnost, marveč se ga je potrebno naučiti.

Družba današnjega časa je v izredno veliki meri izpostavljena ideologiji vladavine znanosti in stroke. Tako je tudi v medicini. Poudarek je na strokovnosti, tehnologiji, odkrivanju novih načinov zdravljenja. Potrebam, ki jih ima bolnik kot osebnost, se posveča mnogo pozornosti, vendar pa ostaja navedeno predvsem na teoretični ravni. Načrtno razvijanje znanja o etičnih - osebnostnih potrebah bolnika zadane ob pregrado ideologije, ki v medicini vse prepogosto na prvo mesto postavlja obravnavo bolnika v strokovnem smislu.

Že študentom se skozi dobo izobraževanja ponuja prevladujoč recept za uspešno delo, ki naj bi temeljil na visoki stopnji znanja diagnostike, preprečevanja in zdravljenja bolezni. S tem je pogojena obravnavo bolnika ne kot celovite osebnosti, marveč zgolj kot nosilca bolezni.

Upada zanimanja za etiko bolnika ne gre iskati oziroma pripisati manjši notranji zrelosti današnjih zdravnikov, marveč moramo vzklicati v ideologiji in razvojnih procesih družbe, katere del je medicinska stroka.

Ideologija, ki zaradi moči tradicionalne miselnosti v slovenskem prostoru še ni našla pravega mesta, čutiti pa je njeno razraščanje, je bojazen zdravnika, da se bolnik, ki ga je zdravil, pojavi v razmerju do zdravnika v spremenjeni vlogi, in sicer kot tožnik v civilnem (odškodninskem) sporu. Čutiti je Demoklejev meč, ki visi nad zdravnikom in njegovim delom. Grožnja odškodninske tožbe bo naperjena proti njegovemu delu zaradi napake ali zmote v strokovnem pogledu, skoraj ni mogoče predvideti, da bi bilo tovrstno tožbo moč vložiti (in dobiti) zaradi nepravilnega etičnega obravnavanja prizadetega. Zaradi tega je za zdravnika nujna in nedvoumna predvsem pot, ko se v celoti posveti izpopolnjevanju na strokovnem področju, kjer teži za popolnostjo, ki ga bo obvarovala pred morebitnimi napakami. Razvijanje človečnosti, odnosa do bolnika kot osebe, je ob tem drugotnega pomena, mnogokrat povsem zanemarjeno. Gre za področje, za katerega morda večina zmotno meni, da za njegovo obvladovanje ni potrebno dodatno učenje in razvijanje svojega znanja, marveč se zadostno znanje lahko pridobi že ob srečevanju s samimi

konkretnimi primeri.

Drugi vzrok je iskati v izredni širini znanosti in posameznih panog znotraj nje. Razvoj posameznih vej medicine je tako silovit, da zahteva po stalnem izpopolnjevanju na strokovnem področju hromi možnost razvijanja zdravnika kot celostnega humanističnega strokovnjaka. Širina stroke oziroma panoge se pokaže v tem smislu kot ozkost, saj s svojo širino preprečuje vgraditev nujnih etičnih elementov, ki strokovne celostno dopolnjujejo.

Kako torej pristopiti k vzgoji zdravnika v navedenem smislu, k zavedanju, da se bolnik čuti opeharjenega ne samo ob zdravnikovi strokovni napaki, marveč tudi tedaj, če se ga obravnava v neskladju z njegovimi osnovnimi osebnostnimi pričakovanji in potrebami.

1. Študij na Medicinski fakulteti v Ljubljani je naravnana na prenos strokovnega znanja. Etičnemu delu zdravniškega poklica, njegovemu sočasnemu predstavljanju v vseh segmentih, kakor je z določenimi specifičnostmi izražen v posameznih vejah medicine, se daje izrazito premajhen poudarek. Potrebno bi bilo že v času študija bodoče zdravnike izgrajevati v celovite osebnosti in jim ponuditi vso razsežnost etike, ki jo bodo srečevali pri svojem delu, tako da bo predstavljena na način, ki bo v študentih zbudil zanimanje tudi za etični del zdravniškega poklica. V okviru navedenega naj se prouči možnost prenovitve študijskega predmeta, ki obravnava medicinsko etiko in deontologijo.
2. Pri vsakodnevem opravljanju zdravniškega poklica bi moral biti dan poudarek oziroma večja teža na obravnavanju etike na abstraktni ravni in ne zgolj reševanju in iskanju najboljših oziroma najprimernejših rešitev oziroma pristopov zgolj ob konkretnih primerih.
3. Skozi dolgoletno delo si nabira zdravnik znanja tudi na področju etičnega obravnavanja bolnika. Mladi zdravniki tovrstnega znanja zaradi svojega statusa in zaradi dejstva, da se jim tega znanja v zadostnem in primernem obsegu ne nudi v času študija, nimajo. Zato bi bilo nujno, da starejši in izkušenejši zdravniki prenašajo znanje s tega področja na mlajše, prav tako pa bi se starejši zdravniki morali zavedati svoje odgovornosti in poskrbeti tudi za to, da so s svojim delom, odnosom do bolnikov in pripravljenostjo za sodelovanje vzgled mladim zdravnikom.
4. Med mladimi zdravniki kljub organiziranju določenih seminarjev s področja etike in večji vlogi, ki jo pripisuje laična in druga strokovna javnost odnosu zdravnik - bolnik, ni čutiti povečanega zanimanja za to področje delovanja. Zaradi tega bi bilo treba zdravniku vsakodnevno nuditi možnost, predvsem ob konkretnih primerih, obrniti se na posameznika ali skupino (npr. na jutranjih sestankih) s problemi, ki jih ima v tem delu opravljanja svojega poklica, nuditi mu možnost, da navede notranje probleme in stiske, ki se mu porajajo pri delu z bolnikom in pri srečevanju s svojci bolnika, ter mu nuditi možnost, da se lahko kadar koli obrne na določeno osebo, ki bo morda kot taka s strani zdravstvene ustanove izbrana za svetovanje o vprašanih medicinsko-človeških odnosa z bolnikom. Izpeljava navedenega je možna le tedaj, ko se hkrati načrtno vzgaja v duhu, ki da zdravniku jasno vedeti, da zaradi neznanja na tem področju ne bo označen negativno. ■

Za ohranitev in razvoj našega porodništva

Jurij Zalokar

Ze dalj časa nastajajo načrti, po katerih bi ukinili nekaj manjših bolnišnic ali oddelkov izven večjih središč v Sloveniji. Ob medijski pozornosti spričo nesrečnega dogodka v jeseniški porodnišnici je minister za zdravje javno spregovoril o njih in predlagal najprej ukinitve porodništva na Jesenicah. Kot razlog je navedel številne pomanjkljivosti, ki naj bi bile tam prisotne, sicer pa slišimo predvsem o finančnih razlogih za načrtovane ukinitve.

Pri tem je treba najprej premisliti, ali je slovensko zdravstvo res tako zanič, da bi se dalo stvari spraviti v red samo s kiruškim rezom zaprtja oddelka ali bolnišnice. Vzbujanje takega vtisa je neodgovorno, saj vemo, da je bilo naše zdravstvo tako v polpreteklem obdobju kot do zdaj na zavidljivi ravni v primerjavi z zdravstvom v veliko bogatejših državah. To velja še posebej za odročnejše bolnišnice, ki so v tujini pogosto daleč pod ravno zdravstveno oskrbo v mestnih središčih. Res pa je, da je vprašanje, koliko časa bo še mogoče ohranjati to visoko raven spričo posledic vdora tržne samovolje v zdravstvo, ki najprej prizadene obrobje. Še zlasti, ker se tržna miselnost povezuje z demontažo socialne medicine. Že kakih dvajset let je medicina žrtev nenehnih "racionalizacij", navadno zgolj zaradi denarnih razlogov. Še zlasti je bil travmatičen preobrat, ki skuša slediti preobrazbi družbe iz socialistične v kapitalistično. Velike spremembe vedno povzročajo rušenje ustaljenega reda, kar vodi v razne pretrese. Med njimi je demoralizacija, ki jo uvaja zahodna praksa uvajanja odškodninskih tožb proti zdravstvu hkrati z izbruhi gonje po časopisih. Vse to ruši delovno moralo, doprinaša k nesrečam in priključuje samoobrambene ukrepe, ki še po svoje uničujejo zdravstvo. Razvije se goli birokratizem, ki v času lažnodemokratičnih "pravic" razruši temelje organizacije dela in hierarhije strokovnosti. Nastanejo razmere, v katerih uspeva le še goli verbalizem, ki se vpleta tako v kadrovanje, organizacijo in strokovnost. Žrtve so seveda tudi medsebojni odnosi.

Glede na ugotovljena dejstva je treba reči, da je slovenska medicina kar uspešno kljubovala različnim pretresom, zato pa nikakor ne more biti sprejemljivo "zdravljenje" z ukinjanjem bolnišnic ali bolniških oddelkov!

O porodništvu se je treba zavedati, da je bilo že od leta 1918 naprej na visoki ravni. V pogojih pred drugo svetovno vojno je njegovo kakovost omogočil razvoj osrednje slovenske porodnišnice kot dela Bolnice za ženske bolezni, ki je poskrbela za usposobitev praktikov in babic na deželi za spremljanje nosečnosti in vodenje porodov. Ustvarila je temelje za najširšo skrb za žene in matere. Po drugi svetovni vojni so spremenjeni pogoji življenja in dela omogočili tako rekoč idealno oskrbo porodnic z izgradnjo široke mreže manjših porodnišnic ali porodnih oddelkov. Obenem se je razvila dispanzerska

dejavnost. Obe dejavnosti, hospitalna in dispanzerska, sta bili v tesni povezavi. Če naj uspešno delujeta, mora tako ostati še vnaprej: ukinjati eno ali drugo bi bilo porazno!

Potrebna je še ena bistvena pripomba. Pomisliti moramo na zahteve narodnega preživetja. To so zahteve, ki se tičejo tudi dobrobiti vsakega posameznika. Interes je zato individualen in kolektiven. Nanj moramo še toliko prej pomisliti v času vse nižje rodnosti, se pravi stanja, ki vodi k izumiranju, če se mu ne postavimo po robu, ali pa če mu celo pomagamo tako, da razgrajujemo porodniško "stavbo". Se pravi, da je treba ohraniti naše porodnišnice navzlic temu, da je število porodov upadlo in so, kot pravijo, stroški večji. Nasprotno, prav zato, ker število porodov upada, je nujno ohranjati vse, kar jim služi. Pri tem je vloga manjših oddelkov po svoje še bolj pomembna, saj je na njih lažje pričarati intimnost in domačnost, kakršne zahteva porod otroka. Zaradi tega, in ne samo zato, je nujna bližina doma. V zvezi s porodništvom ne smemo misliti samo na brezhibno operativno pomoč v primeru potrebe, ampak tudi na velik pomen mentalnohigienskih in socialnih prvin pomoči. V primeru Jesenic je potrebno upoštevati tudi obmejno lego, saj vodi obmejno osiromašenje k še večjemu upadanju rojstev. Poglejmo samo na Tolminsko, ki ga prav zdaj poskušajo še bolj osamiti s predlagano ukinitvijo ali z zmanjšanjem števila vlakov...

Vodilni porodničar med obema vojnama, prof. dr. Alojz Zalokar, je že leta 1918 v knjižici o ljudskem zdravju zapisal: "Najboljše uspehe bo zdravstvo doseglo, če prepoji z zdravstvenim duhom vse panoge javnega življenja, zlasti pa one panoge, ki so namenjene gospodarskemu procvitu." Ne pa obratno! ■



V letu 2002 specializacije po starem

Marko Bitenc

Z januarjem leta 2002 bo Zdravniška zbornica Slovenije ponovno vodila zdravniške in zobozdravniške specializacije na star način. Specializacij ne bomo razpisovali, temveč odobrvali na predlog zdravstvenih zavodov.

V letu 2001 smo se ponovno trudili vzpostaviti nov sistem vodenja specializacij, vendar žal nismo bili uspešni. Osnovni cilj reforme vodenja zdravniških specializacij je bil vzpostaviti sistem, ki zagotavlja stabilno obnovo zdravnikov in zobozdravnikov po specialnostih za vso državo in vsako regijo posebej. Ob analizi podatkov preskrbljenosti našega prebivalstva z zdravniki in zobozdravniki smo ugotovili precejšnje prepeke med generacijami, med strokami in tudi razlike med regijami. Še zlasti zaskrbljujoča je starostna struktura našega članstva, saj vemo, da se bo v naslednjih letih upokojevalo pomembno število zdravnic in zdravnikov.

Hkrati smo z novim načinom odobravanja specializacij želeli omogočiti čimbolj enake možnosti za vstop v sistem specializacij vsem slovenskim zdravnikom in zobozdravnikom.

Ker tudi v decembru 2001 nismo uspeli prepričati Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije k privolitvi za vzpostavitev sklada za financiranje specializacij, smo se na skupni seji izvršilnega odbora in skupščinskega sveta Zdravniške zbornice odločili, da skupščini Zbornice predlagamo spremembo Pravilnika o specializacijah na korespondenčni seji, po hitrem postopku.

Pravilnik bomo spremenili za nedoločen čas, saj ni pričakovati, da bi na partnerski način uspeli spremeniti sistem vodenja specializacij. Za to bi bila potrebna sprememba zakonodaje. S strani Ministrstva za zdravje smo obveščeni, da se bo zdravstvena zakonodaja spreminjala v letu 2002. V kolikor se bo res in bomo dobili zakonske podlage za vodenje specializacij na nov način, bomo takoj po spremembi zakonodaje spremenili tudi Pravilnik o zdravniških specializacijah. Do takrat pa bo vse potekalo po starem.

Vsem kandidatom za specializacije lahko svetujem le, da se za informacije o nadaljevanju kariere obrnete na vodstva zdravstvenih zavodov. Od njih je namreč odvisno, kakšne specializacije bodo predlagali in tudi, katere bodo odobrili.

V morebitno pomoč v nadaljevanju objavljamo tabelo, ki jo je Zbornica pripravila kot podlago za razpis specializacij v letu 2002. Analiza je pokazala, da bi bilo potrebno za golo obnovitev kadrov v skladu z nacionalnimi potrebami v letu 2002 razpisati 163 specializacij (brez družinske medicine). Novi pravilnik zahteva tudi enakomerno regijsko razporeditev, saj samo na tak način pacientom lahko zagotovimo nemoteno preskrbljenost z zdravniki in zobozdravniki. Zato je bilo najmanjše predvideno število potrebnih razpisanih specializantskih mest kar 240.

Razkorak med obstoječo mrežo, ki je nastajala s starim načinom razpisovanja specializacij in so o njej odločala izključno vodstva

zdravstvenih zavodov (163) ter med dejanskimi trenutnimi potrebami (240) je že tako velik, da je skoraj nepremostljiv. Kar zgovorno kaže, da država Slovenija nujno potrebuje etnotni sistem načrtovanja preskrbljenosti prebivalstva z zdravniki in zobozdravniki. Če bo načrtovanje oziroma nenačrtovanje mreže še vnaprej prepuščeno zgolj osebnim ocenam posameznih direktorjev (ki s svojega zornega kota seveda upravičeno skrbijo zgolj za svoje področje, saj niso postavljeni kot nacionalni načrtovalci, vendar jih to ne odvezuje skrivde za nastalo situacijo), bodo tako slovenski pacienti počasi, zaradi generacijskega umika, ostajali brez zadovoljive zdravniške oskrbe. Zato ponovno opozarjam na ta problem in vabim Ministrstvo za zdravje, da čimprej prične vse potrebne postopke za ustrezno zagotovitev preskrbljenosti slovenskega prebivalstva z zdravniki in zobozdravniki.

Tabela: načrtovane specializacije za razpis za leto 2002.

	OE Celje	OE Koper	OE Kranj	OE Krško	OE Ljubljana	OE Maribor	OE Murska Sobota	OE Nova Gorica	OE Novo mesto	OE Ravne na Koroškem	RAZPIS 2002
3-letne specializacije											
Čeljustna in zobna ortopedija		1	3	1	8	1	1			1	16
Epidemiologija						1					1
Higiena									1		1
Otroško in preventivno zobozdravstvo	2				3			1	1		7
Socialna medicina										1	1
Stomatološka protetika						2			1	1	4
Zobne bolezni in endodontija	1		1		3	2					7
4-letne specializacije											
Dermatovenerologija					1						1
Maksilofacialna kirurgija	1				1	1					3
Medicina dela, prometa in športa			1	1		1	1				6
Oftalmologija		2								1	3
Oralna kirurgija						1			1		2
Pedijatrija		2	2		4	5				1	14
5-letne specializacije											
Anatomska patologija in citopatologija			1		3						4
Fizikalna in rehabilitacijska medicina	1										1
Ginekologija in porodništvo		4			8	1	1	4			18
Psihiatrija					10	2	1	1	5	1	20
Radiologija			2	1			1				4
Sodna medicina	1							1	1		3
Transfuzijska medicina						2		1			3
6-letne specializacije											
Anestezijologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina			2		7	2		1		3	15
Infektologija					2		1				3
Interna medicina		3	1	3	11		1		1		20
Nevrologija	1			1	2	1					5
Ortopedska kirurgija	3	3			3		1				10
Otorinolaringologija					9	5	1			1	16
Plastična, rekonstrukcijska in estetska kirurgija	1					2					3
Splošna kirurgija	1	2		3	27	5	1			5	44
Urologija	1	1			1	2					5
Skupaj	13	18	13	10	103	36	10	9	11	17	240

Načrtovanje specializacij za družinsko medicino poteka po drugačni metodologiji, zato ni zajeto v tabeli.

Zadnji krog?

O podeljevanju koncesij še drugače ali zasebnik brez koncesije - zdravnik II. reda

Domen Vidmar

Kmalu po terorističnem uničenju obeh stolpov v New Yorku je nekdo v sobotni družbi ob jutranji kavi bolj v šali kot zares dejal: "Fantje, zadnji krog tečemo!" Potem je resneje pojasnil: "Na svetu se je nagrmadilo toliko neskladja, toliko neenakosti, krivic in izkoriščanja, da tega enostavno ni več možno rešiti. Vse skupaj mora najprej temeljito razpasti, potem bo morda mogoče zgraditi nov, pravičnejši svet, seveda - če bo kdo preživel." Takrat sem se zamišljen vrnil domov, kajti zaključki mojega znanca so se kar preveč dobro ujemali z mračnimi mislimi, ki se jih že od poletja nisem mogel otresti. Ob branju prispevka kolegov iz Zdravniške zadruga Zeleni trikotnik se mi te misli vračajo še v novih razsežnostih.

Pred poletjem se mi je namreč zgodilo sledeče. K meni je prišel pacient - znanec iz mladosti - gmotno v bolj slabem stanju, s patologijo v ustni votlini, ki je narekovala izvedbo nekaj rutinskih storitev. Pregledal sem ga, mu pojasnil situacijo in mu svetoval, naj si vsekakor poišče zobozdravnika s koncesijo, kajti status zdravstvenega zavarovanja je imel urejen. Čez kake tri mesece se je pacient vrnil - v tem času je našel zasebnika s koncesijo, ki ga je bil pripravljen sprejeti. Ta je opravil storitve, a le-te so pacienta, poleg tega, da je regularno predložil knjižico zdravstvenega zavarovanja, stale več, kot bi znašala pri meni polna cena. Rahlo jezen sem takoj poklical na zavarovalnico kolega iz solskih klopi in iz prve roke ugotovil, da omenjeni zasebnik v glavnem ni kršil pravil, le do neke mere grobo je izkoristil nevednost pacienta.

Ta dogodek je v meni sprožil val prej omenjenih misli, ki so se potihem že kar dolgo nabirale.

Kako je to mogoče? Kakšen sistem je to, da ob enako izpolnjenih pogojih nekdo lahko izkoristi svoje zakonite pravice, nekdo drugi pa ne, najsi bo pacient, kot v opisanem primeru, ali pa zdravnik, kot v primeru Zeleni trikotnik?

In kje oziroma kdo smo potem v takem sistemu zobozdravniki brez koncesije?

Osebnostno izgubim vsako leto na desetine pacientov, ki bi se sicer odločili zame, a gredo iskat zobozdravnika v okviru zdravstvenega zavarovanja izključno z namenom, da prihranijo svoj denar in unovčijo tisto, do česar so upravičeni. A ob primerih, kakršen je opisani, vse skupaj seveda nima več pravega smisla. Ko sem se pred leti med prvimi registriral kot zasebnik, nisem izpolnjeval enega od zahtevanih pogojev in koncesije nisem mogel dobiti. To sem mirno sprejel, saj je izgledalo dovolj logično. Kdor se je vsaj nekaj časa "žrtvoval" v dobro državnih zdravstvenih institucij, si je s tem zaslužil koncesijo in status zasebnika. Načeloma je s tem pridobil na osebni svobodi, da lahko na svoj način organizira in vodi delo in ima nadzor nad porabo sredstev, delo pa naj bi v glavnem potekalo v podobnih okvirih, kot je prej v okviru državne institucije. Kdor si je upal soočiti se s trdo realnostjo prostega trga samoplačnikov, je lahko izbral status zaseb-

nika brez koncesije. V začetku se je za to odločilo le nekaj posameznikov. Tako je bilo to po nekakšnem originalnem idealnem načrtu organizatorjev zobozdravstva zamišljeno. Potem se je vključil element življenjske realnosti in v resnici se je dogajalo vse mogoče:

- mnogi posamezniki, ki so izpolnjevali vse pogoje za podelitev koncesije, je niso mogli dobiti oziroma je še vedno ne morejo dobiti;
- nekateri posamezniki, ki niso izpolnjevali pogojev, so jo dobili;
- trdno fiksirana "mreža" se je mestoma širila kot ameba. Zgodilo se je na primer, da sem le dober teden po sestanku, na katerem sem bil prisoten in kjer je bila vnovič poudarjena tako rekoč "zacementirana" nespremenljivost "mreže", izvedel, da so nekje odprli novo koncesijsko mesto;
- država oziroma njen del - zavarovalnica, je kmalu ugotovila, da je zasebnik popolnoma suveren subjekt, da z njegovim prostim časom in njegovo organizacijsko strategijo ne more razpolagati in da je dokončno izgubila nadzor nad doplačili in samoplačniškim delom, ki ga je v prvotnih zamislih načrtovala.

Leta so tekla. Danes obstoječe stanje ni več logično.

Situacija je povsem drugačna. V segmentu zdravstva, ki mu pripadam, enostavna primerjava pokaže, do kakšnih neskladij je prišlo.

Tako zasebnik z kot tisti brez koncesije zjutraj vstaneta in gresta na delo. Večino časa prebijeta v ordinaciji, zaposlena s pacienti, kajti to je vztrajnostno delo in le veliko ur dela prinaša delovne rezultate. Oba po opravljenem delu še nista prosta, ampak morata opraviti vrsto opravkov, nujnih za obstoj zasebne delovne organizacije. Oba sta enako zaskrbljena zaradi nenehno spreminjajočih se zakonov in predpisov in oba morata prav vse te tudi upoštevati. Oba tudi oskrbujeta paciente, ki so redni plačniki svojega zdravstvenega zavarovanja in so - razen redkih izjem - upravičenci do pravic, izhajajočih iz tega naslova. Oba jim poleg tega tudi neposredno zaračunavata storitve. Skratka, življenji obeh zasebnikov skozi mesec sta si zelo, zelo podobni. Bistvena razlika med njima nastopi le ob koncu meseca. Zasebnik s koncesijo dobi za svoj trud in vzdrževanje svoje javne zobozdravstvene ordinacije od države doklado v znesku približno 15.000 nemških mark, njegov kolega brez koncesije pa mora preživeti brez njih. Vsem, ki so me pripravljeno poslušati, v tej zvezi že nekaj časa zastavljam dve ključni vprašanji.

Prvo vprašanje: V čem je skoraj 150 zasebnih zobozdravnikov brez koncesije slabših, manjvrednih?

Katerih zakonskih določil ne izpolnjujejo, katerih strokovnih norm ne dosegajo, v čem so slabše njihove ordinacije in oprema, da niso upravičeni niti do enega tolarja državnega denarja, namenjenega za zobozdravstveno oskrbo državljanov, in so s tem postavljeni v položaj zdravnikov II. reda.

In v čem je približno 500 zasebnih zobozdravnikov s koncesijo tako superiornih, da jih sistem nagrajuje s statusom, ki najbolj podjetnim med njimi omogoča za slovenske razmere nadnormalno velike dohodke, ob katerih se lahko dobesedno norčujejo iz belega kruha, iz ljudi in iz sistema samega. Povprečen koncesionar, ki se je prebil skozi moje vrstice do tu, seveda ob teh besedah najbrž besni name. Za veliko večino to res ne velja. A osebnostno vem za posamične primere, ki počno ravno to, kar sem navedel. Najhujše pri tem je, da jim pravzaprav niti ne morem zameriti. V glavnem ne počno nič protizakonitega. Enostavno so podjetni in sposobni ljudje, ki pač brezkompromisno izkoristijo vse možnosti, ki jih sistem ponuja. Če pri tem prihaja do določenih krivic in neskladij, za to niso krivi ti zobozdravniki, ampak sistem, ki to omogoča.

Drugo vprašanje: S čim se je pregrešil pacient, ki izkoristi svojo zakonito pravico do svobodne izbire zdravnika in med legitimnimi in registriranimi slovenskimi zobozdravniki izbere enega izmed 150 "izobčenih", da ob zaključku terapije nima pravice do povrnitve sredstev iz naslova svojega zdravstvenega zavarovanja. Saj to je vendar *njegov* denar. Zavarovalnica *njemu kot upravičencu* dolguje ta denar, ne njegovemu zobozdravniku.

To vprašanje seveda lahko spet obrnem. V čem je 150 "izobčenih" zasebnikov slabših, manjvrednih, da so izključeni iz pacientove splošne človeške pravice do svobodne izbire zdravnika. In da se poleg tega ves sistem obnaša, kot da teh zobozdravnikov sploh ni. Celotno vsebinsko so izločeni iz izraza *javno zdravstvo*. Izraz javno zdravstvo se namreč po splošno sprejetih normah pri nas uporablja za oznako vsega slovenskega zdravstva, organiziranega z denarjem zdravstvenega zavarovanja. Iz česar sledi, da zobozdravnik brez koncesije ni javni zdravnik. Kot da ne bi vršil svoje službe za javnost, ampak zgolj za ozek zasebni krog svoje družine, zdravil zobe ženi in otrokom in morda vstavil protezo babici ali dedku. Približno 150 registriranih zobozdravnikov brez koncesije ima vrata v resnici široko odprta za javnost. Ravno od tega dela za javnost živijo in v vsakem pogledu predstavljajo nezanemarljivo velik del slovenskega - javnega - zobozdravstva. K temu lahko še dodam, da tudi izraz "mreža" ni dober. Pri organiziranju zdravstva seveda lahko vedno odločamo, kam in komu bomo delili denar, in temu rečemo "mreža". A v resnici mreže zobozdravstvenih mest po državi ne moremo postaviti, ampak je dana - pomeni zatečeno stanje v nekem trenutku. Resnična mreža slovenskega zobozdravstva danes je enostavno enaka številu vseh strokovno aktivnih - "živih", kot jim pravi predsednik Zdravniške zbornice - zobozdravnikov v njihovih ordinacijah, ne glede na njihov formalni status. Če se bo (že padajoča) kupna moč Slovencev toliko zmanjšala in tržnokonkurenčni pogoji v zobozdravstvu toliko zaostri, da zasebniki brez koncesije tega ne bodo več zdržali, se bo 150 nezaposlenih zobozdravnikov čez noč postavilo v vrsto na Zavodu za zaposlovanje in vsa masa njihovih pacientov bo pritisnila v že zdaj polne čakalnice preostalih - infarkt! Oziroma, če smem še enkrat citirati

mag. Marka Bitenca: "Vsi plujemo na isti ladji!"

Ker sem sam eden tistih, ki v tem smislu sedimo v podpalubju prav na dnu, kjer bo voda najprej zalila, seveda srčno upam, da se razmere še ne bodo toliko poslabšale. Upam, da se bodo stvari prej začele reševati. Za začetek vsekakor upam, da bodo kolegi iz zadruga Zeleni trikotnik uspeli pridobiti koncesije, do katerih so upravičeni. Kljub mirnemu tonu njihovega sporočila si zlahka predstavljam, kako izigrane se počutijo in kako besni so v resnici. A ker njihov primer ni edini in njihova krivica ni edina krivica, gre moja misel še dlje. Upam, da se bo zavest o tem, da je cel sistem organizacije in financiranja zobozdravstva prišel v fazo, ko bi ga bilo dobro ponovno vzeti pod drobnogled, kmalu prebudila pri vodilnih strukturah.

Če sem zares odkrit, moram priznati, da tudi v tem primeru nisem velik optimist. Misli, ki jih tu nizam, niso nove. Že kar nekaj časa se pojavljajo. Tudi ni prvič, da v našem stanovskem glasilu kritično razmišljam o nastali družbeni situaciji, le nekaj bistvenega je to pot drugače. Med tvorci ravno tega sistema oziroma stanja, ki ga opisujem, sem bil pravzaprav tudi sam. Sicer v relativno marginalni vlogi, a vendar - bil sem zraven! Dovolj blizu, da sem videl, vedel in razumel, kaj se je dogajalo in kako je sedanja situacija nastajala. Poznam vse odgovore odgovornih, zakaj določene stvari ne morejo biti drugače organizirane, kakor so. In v glavnem jim moram priznati veliko mero smisla in logike, vsaj z vidika državnosti, ali preprosteje, z njihovega vidika. Ideálnih rešitev torej ne vidim. Oddaljeno upanje budi približevanje Evrope, ki nas bo prej ali slej vzela k sebi, kljub temu, da se kar krčevito upiramo. A mislim, da čudežnih receptov niti oni ne poznajo. Slišati je, da so na primer Nemci, ki si jih sicer pogosto jemljemo za vzor, sami pred kratkim imeli velike probleme ravno s financami v zobozdravstvu.

Tako si na koncu ne morem kaj, da ne bi spet pomislil na pripombo znanca iz družbe ob kavi. Izgleda, da se je res nabralo toliko neskladja, neenakosti in posledičnih krivic, da jim ni več videti rešitve.

Ne vem, morda pa so vsa ta zaskrbljena razmišljanja odveč, morda je to res zadnji krog... ■

Še enkrat o zdravnikih na sodiščih

Vida Košemlj Beravs

V novembrski številki Izide sem prebrala izpoved mlade specializantke, ki naj bi se posipala s pepelom za "napako", ki je ni storila.

Preko časopisov in televizije sem spremljala dogajanje po nesrečnem in končno srečno iztečenem primeru leta 1998. Že tedaj sem si ustvarila svoje mnenje, vendar zaradi točnega poteka dogodkov, novinarskega prikazovanja in ogorčenosti ljudi nisem bila prepričana, ali sodim pravilno.

Članek mlade kolegice me je pretresel in potrdil moje slutnje. To je klic na pomoč! Zdravnice nisem še nikoli videla, niti je ne poznam po imenu. Zamislila sem se, kako bi jaz reagirala v podobnem primeru, takrat, ko sem bila mlada specializantka, če bi preživela! Š. K. piše, da njen primer proti specializantom ni osamljen! Moram priznati, da v

40 letih službovanja nisem doživela kaj takega niti slišala o čem podobnem.

Ne vem, ali je mogoče, da so se zakoni in medicinska etika v teh nekaj letih, ko sem upokojena, tako spremenili, da specializant povsem odgovarja za svoje delo. Kje so mentorji, kje je njihova odgovornost za delo mladega kolega? Nekdaj je veljalo nenapisano pravilo, da mlajši specializant ni smel delati, kar bi želel ali mislil, da si ni **upal** odgovarjati niti samo leto starejšemu specializantu, kaj šele specialistu ali najvišjemu šefu. Moral si biti tiho in delati tako, kot so oni zahtevali. Dobro se spominjam dveh primerov, ki ju je resnično zakrivil mlajši specializant. Pokojni prim. dr. Igor Veter, ki je slovel po tem, da je nam mlajšim pustil še **preveč** svobode pri delu (kar nam je včasih povzročalo veliko stresa, strah in slabo vest) je prevzel odgovornost za oba primera. Odlično je zagovarjal specializanta, češ, jaz sem njegov šef, jaz odgovarjam in vse, kar naredi narobe, je moja krivda, ker sem predstojnik. Pri enem primeru je bil celo poleg kot asistent, za drugega je vedel samo po pripovedovanju. Čeprav sem bila zlasti prva leta specializacije pod hudim stresom in sem imela, ko sem bila enkrat deset oziroma kasneje enaindvajset dni edina zdravnica v bolnišnici, brez obolelih babic, nenehno občutek strahu pred napakami oziroma

slabo vest za karkoli, sem vseeno živela v miru. Vedno sem bila prepričana, da imam neomejeno podporo pri svojem predstojniku, karkoli bi naredila v dobri veri, četudi z napakami.

V 70. letih sem bila mentorica mlajšemu, vseznalemu specializantu, ki pa se ni držal utečenih navad, ampak je vse komentiral. Asistirala sem mu pri preprosti operaciji, ki jo je moral znati pred polaganjem specialističnega izpita. Tedaj je veljalo pravilo, da kar smo se domenili v vrhu ginekološke sekcije v Ljubljani, smo delali po isti metodi v vseh trinajstih bolnišnicah. Prof. Novak je vpeljal tovrstno dejavnost, pri kateri smo mu vsi radi sledili. S tem je povzdignil slovensko ginekologijo in porodništvo na evropsko raven. Enako je poskušal slavni kirurg Božidar Lavrič, kar pa mu kljub njegovi predanosti in nesporno vodilnemu mestu v kirurgiji ni čisto uspelo. Torej, mlajši kolega, ki tudi kasneje ni kazal preveč veselja do operiranja, me je hotel prepričati, da bi on poskušal narediti svojo modifikacijo operacije, ki bo morda?

boljša od utečene. Tedaj sem mu postavila pogoje, da dela tako, kot smo bili vsi obvezani, ali pa mu preneham asistirati. Še danes vem, da sem mu rekla, da bo potem, ko bo naredil specialistični izpit, lahko delal, kakor bo želel, dokler pa jaz odgovarjam zanj, bo pač moral delati po preizkušeni metodi.

In še nekaj, kar potihoma mori ženske kljub feminizaciji medicine, ki je menda največja v Rusiji, o enakopravnosti - z več vrednimi moškimi kolegi ni primerjav. Še v času študija se je često dogodilo, da smo dekleta kljub boljši pripravljenosti zaradi slabega izražanja ter težjih vprašanj dobivala slabše ocene kot fantje. Tudi braniti se ne znamo kot moški! Kasneje je bilo za odobritev specializacije često najvažnejše vprašanje spola.

V 70. letih sem se pogovarjala z več nemškimi kolegi. Razlagali so mi, da plačujejo zdravniški zbornici sicer res visoko članarino, vendar pa ima zbornica najete najboljše odvetnike, ki so se še posebno izobraževali za vsako večjo medicinsko vejo (ginekologija, kirurgija, interna itd.). Pravnike plačujejo vse

leto, četudi nimajo nobenega dela. Če pa je nek zdravnik tako ali drugače obtožen, se zga-ne vsa "mašinerija" od zbornice navzdol, da bi rešila problem. Kaj pa pri nas? Kot rečeno, članek mlade kolegice me je pretresel. Sama samcata se mora braniti, plačevati odvetnika in biti izpostavljena na prangerju. Samo predstavljam si lahko, kaj preživlja. Dragi kolegi, kje je naša solidarnost (vrana vrani...), kdo se je postavil za njeno nedolžnost? To je stres, ki ji je verjetno zagrenil in deloma ubil veselje do poklica, ki si ga je izbrala. Mora jo bo najbrž tlačila do konca življenja.

Želim ji vse dobro, predvsem pa, naj nekdo pojasni medijem in sodišču, da kot mlada specializantka, še polna idealov, ni nič kriva. Če še veljajo dobra stara pravila, naj prevzame vso odgovornost nadrejeni. Pri tako nizki starosti ploda, ki je povzročil vse to dogajanje, bi ravnal marsikateri ginekolog enako. Zakona pri tem ni, le vest je, ki naj nas vodi. Če so se v desetih letih demokracije zakoni in mišljenje tako spremenili, potem nam vsem skupaj kaj slabo kaže!

RECENZIJA

Evidence-Based Medicine

Marjan Kordaš

Evidence-Based Medicine,
September-October 2001, 6(5)

Glej tudi: www.evidence-basedmedicine.com

Namen revije je opozoriti klinike na pomemben napredek v interni medicini, splošni in družinski medicini, kirurgiji, psihiatriji, pediatriji, ginekologiji in porodništvu. To počne tako, da iz biomedicinske literature izbira tiste izvirne in pregledne članke, za katere je verjetno, da so **tako resnični kot koristni** (podčrtal podpisani). Članek se predstavi kot povzetek, ki ga komentira klinični strokovnjak. Avtor izvirnika ima možnost, da pred objavo pregleda povzetek in komentar.

Načela, ki sem jih navedel zgoraj, so bolj natančno razložena v oddelku *Purpose and Procedure*. Tu je tudi *Resource corner* z recenzijami knjig.

Od povzetkov (razdeljenih na teme *Theapeutics, Diagnosis, Differential diagnosis*) sem prebral tri zanimive:

Review: warfarin prevents stroke in non-rheumatic atrial fibrillation but has a higher risk for haemorrhage than other agents.

Komentator razpravlja o prednostih in pomanjkljivostih varfarina in aspirina pri preprečevanju tromboemboličnih zapletov. Komentatorjev sklep se delno ne ujema s sklepom avtorja članka.

Reduced sodium intake lowered blood pressure and need for antihypertensive medication.

Zdi se mi, da je v povzetku tipkarska napaka (navedena številka je 80, enota pa "mmol/l" namesto mmol/d), ko govori o zmanjšanju vnosa soli. Presenetilo me je komentatorjevo mnenje, da je v zahodnem svetu dnevna poraba soli le 150 mmol/dan. Komentator meni, da bi bolniki lahko zmanjšali vnos soli le, če bi si sami pripravljali obroke. Pa tudi znižanje sistoličnega in diastoličnega tlaka (za nekaj mm Hg) ni posebno veliko. Komentator meni, da bi bilo bolj učinkovito, če bi namesto zmanjšane vnosa soli bolniki shujšali, zmanjšali vnos alkohola in

zmerno povečali telesno dejavnost.

Patient education to encourage graded exercise improved physical functioning in chronic fatigue syndrome.

Ta komentar je strupen. Če ga prav razumem, v bistvu pove, da je bila raziskava nepotrebna.

Povzetki o člankih so oblikovani enotno. Vsak se začne z vprašanjem ter konča s komentarjem. Vmes je nekaj odstavkov (z naslovi npr. Design, Setting, Patients, Intervention, Main outcome measures, Main results, Conclusion), ki pa niso v vseh povzetkih enaki. Večina povzetkov zajema samo eno stran: **na 24 straneh je obdelanih 24 člankov.**

Sklep: Informacija je kratka, jasna in kritična. Domnevam, da bo zelo uporabna za specialista.

Marjan Kordaš



Priročnik za čeljustno-ortopedsko diagnostiko

Analize in razpredelnice za prakso.

Knjigo je izdala Zobozdravniška založba v Kölnu in je bila v strokovnih krogih zelo pogrešana. Zadnji podobni priročnik je bil izdan v 60. letih preteklega stoletja v nemškem jeziku.



Avtorja knjige spadata v generacijo mladih specialistov, ki so se odločili da gredo v prakso, sodelujejo pa z univerzitetno kliniko v Rostoku. Knjiga je namenjena specialistom čeljustne ortopedije in zobozdravnikom, ki se poleg splošne zobne medicine ukvarjajo tudi z ortodontijo. Napisana je jasno in pregledno. Knjiga obsega sedem poglavij, od katerih obravnava uvodno poglavje razvoj stomatognatega sistema z razvojem denticije, sledi terminologija z nomenklaturo. Lepo je prikazana analiza mavčnega modela v več postopkih ter teleradiografija z kefalometričnimi analizami raznih avtorjev. Bogato je obdelana panoramna radiografija, podani so primeri z navodilom, kako narediti dobre posnetke. Po-

sebej je obdelana radiografija roke, fotografija za dokumentacijo, prikazana je analiza profila lica ter intraoralna fotografija. Knjiga ima priloženo zgoščenko z vsebino. Zahteven bralec bo pogrešal individualni izračun kota ANB. Poglavje teleradiografije je obdelano tako, da so vse analize jasno prikazane, vemo pa, da se nekatere niso uveljavile v praksi. Teleradiografija je v zadnjih letih pomemben člen pri sestavljanju načrta obravnave pacienta v ortodontiji. Avtorja zavestno ne vrednotita prikazanega gradiva; to prepuščata uporabniku knjige, naj sam presodi, kateri postopek bo prevzel. Knjiga je napisana v lahko razumljivi nemščini in je lepo grafično oblikovana. Pregledna razdelitev na poglavja, veliko fotografij in grafični prikazi tvorijo zaokroženo celoto, tako da se knjiga lahko bere. Cena knjige je glede na aktualnost vsebine in opremo sprejemljiva - okoli 175 DEM.

Podatki o knjigi, če se boste odločili za naročilo: Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme; Nötzel, Frank: Leitfaden der kieferorthopädischen Diagnostik: Analysen und Tabellen für die Praxis/F. Nötzel/Ch. Schultz. - Köln; München: Dt. Zahnärzte-Verl., DÄV-Hanser, 2001; ISBN 3-934280-31-5.

Vladimir Žura

Metadonske smernice

Annete Verster, Ernst Buning, slovenska priredba: Andrej Kastelic v sodelovanju s Tatjo Kostnapfel Rihtar in Mojco Hvala Cerkovnik. Izdala: Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije, september 2001

Originalno publikacijo Metadonske smernice je financirala Evropska komisija, pripravila pa organizacija EuroMethwork, oziroma urednika Annete Verster in Ernst Buning. Tudi slovenski prevod in priredbo je financirala Evropska komisija, izdalo pa slovensko ministrstvo za zdravje. Pri izdelavi publikacije so sodelovali številni strokovnjaki iz vseh evropskih držav, urednika pa sta na koncu izrekla posebno zahvalo za pomoč pri nastanku štirim strokovnjakom, eden med njimi je tudi dr.

Andrej Kastelic, urednik slovenske izdaje. Kot v svojem uvodu ugotavlja dr. Kastelic, so smernice namenjene tako tistim, ki pomoč potrebujejo, kot tistim, ki jo dajejo. Daje jim orodje, s katerim lahko odidejo iz včasih navidezno začaranega kroga tako terapevti kot uživalci drog in njihovi svojci.

Pregledno in jedrnato najprej povzame doktrino uporabe metadona v Evropi, se posveti dokazom za učinkovitost uporabe metadona, nato pa v obsežnejšem sklopu podrobno obdelava okvire dobre klinične prakse. Najprej opiše psihološka, fiziološka in socialna merila za zdravljenje, nato pa postopke, ki so potrebni za učinkovito zdravljenje. Zelo pomembna je najprej ocena pacienta, nato pa načrtovanje zdravljenja, uvajanje pravičnega začetnega in nadaljnjih odmerkov, opisan je priporočeni režim detoksikacije ter predlogi za vzdrževalni program in za detoksikacijo od metadona. Posebej pazljivo je potrebno ravnati s posebnimi skupinami, ki jim je namenjen daljši podrobni del v poglavju o klinični praksi. Na koncu so dodana še druga nadomestna zdravila z načini podeljevanja in pregled psihosocialnih intervencij.

Posebno poglavje je posvečeno organizaciji programov, ki je v različnih državah po Evropi lahko zelo različna. Na koncu je poglavje o spremljanju in vrednotenju metadonskega zdravljenja, dodan je izčrpen seznam literature, poročil in strokovnjakov, vključenih v pripravo smernic.

Knjižica je tudi likovno zelo lepo opremljena, očitali bi ji lahko le pomanjkljivo lektoriranje in korigiranje (ročno pisanje strešice na črki č me ni navduševalo, in je bilo dovolj moteče, da je onemogočalo poglobljeno branje.)

Elizabeta Bobnar Najzer



Amadej Lah, dr. med.

Tokrat v reviji Isis s posebnim zadovoljstvom objavljamo fotografije, nastale v prostem času zdravnika Amadeja Laha, ki ga bralci poznate kot hišnega fotografa naše revije in nekdanjega študenta medicine. Dejstvo je, da bi mnoga zdravniška srečanja ostala manj opažena, če jih ne bi ujelo oko fotografa. Amadej Lah je letnik 1974, po horoskopu bik, po značaju pa vedoželjen, zanesljiv in vedno dobre volje. Lahko rečemo, da ima medicino v genih. Ne le, da je zdravnik, tudi specializiral bi rad po stopinjah očeta - kirurga Toneta Laha. Na srečo je po mamini strani podedoval tudi vse dobre organizacijske lastnosti. Nista ga pokvarila ne osnovna šola v Radovljici, ne kranjska gimnazija, ne medicinska fakulteta, ki jo je zaključil z izpitom iz kirurgije 24. oktobra 2001. Res se je vpisal na medicinsko fakulteto pred osmimi leti, a študija mu niso zavlekle študijske težave (povprečna ocena mu zagotavlja neomejeno akademsko kariero, igranje klavirja pa ročno spretnost), ampak številni izzivi, saj je že med študijem skušal spoznati tako teoretične kot praktične in organizacijske posebnosti zdravniškega poklica. Zato je že predaval na tečajih potovalne medicine in pri izbirnem predmetu tropske medicine, tri leta zaporedoma med počitnicami opravljal zdravniško prakso iz kirurgije v Splošni bolnišnici Jesenice in dva meseca delal kot zdravnik na Papui - Novi Gvineji. Med letoma 1997 in 1999 je bil član SloMSIC-a (Slovenian Medical Students' International Committee) in njihov koordinator za spletno strani, dve leti je bil član uredniškega odbora revije MF Š.Č.ene, kjer so si ga kolegi zapomnili po nepozabnih prispevkih v rubriki "Humosukcija". Sodeloval je pri organiziranju gostovanja evropskega zbora študentov medicine in bil tri leta član



evropskega odbora EMSA (European Medical Students' Association).

Zasebno (če je temu še moč reči zasebno) je računalniški in fotografski zanesenjak. Prvo strast je udeležal kot administrator računalniškega omrežja na Inštitutu za farmakologijo in toksikologijo (1997-2001), administrator internetnega omrežja Inštituta za patologijo (1997-2000), sistemski ope-

rater pri KISS-u - internetnem dostopu za študente (1997-2000), oblikovalec spletnih strani za različne projekte: SloMSIC, EMSA, farmakološki inštitut, Kongres endoskopske kirurgije, 8. kongres samomorilstva, in kot vodja različnih računalniški tečajev. Organiziral je tudi postavitve Cyber kamrice na Medicinski fakulteti (1998). Največji projekt predstavlja zagotovo izgradnja spletnega strežnika z medicinskimi informacijami za laike www.zdravnik.net, ki se je pričel vrteti po spletu marca leta 2001 in je imel do sedaj preko 80.000 obiskov.

Fotografsko zanesenjaštvo spremlja velik del njegovega življenja. Poleg rednega štiriletnega sodelovanja z našo Izido je vodil več tečajev fotografije za študente MF (1999-2000) in organiziral 27. fotografski natečaj treh dežel Slovenije, Avstrije in Italije (jeseni 1999). Njegovo delo je bilo deležno tudi širšega priznanja, saj je dobil posebno nagrado na 24. slovenski razstavi diapozitivov (decembra 1998) in nagrado na 27. fotografskem natečaju treh dežel (novembra 1999).

Za Izido je tokrat izbral fotografije še ene strasti - potovanj. Prostor je na žalost omejen, sicer bi imeli priložnost občudovati fotografije, nastale na potovanjih širom Evrope, po Mehiki, Gvatemali ter drugih državah Srednje Amerike, Tajski, Laosu, Vietnamu, Kambodži, Papui - Novi Gvineji in Indoneziji.

Vsak izbor je vedno kompromis - tokrat za droben vtis le fotografije s Papue - Nove Gvineje ter Irian Jaya, kdaj v prihodnosti pa še kaj več za utrditev in širitev obzorij.

Več fotografij si lahko ogledate na domači strani www.amadej.net. ■

Elizabeta Bobnar Najžer

Papua - Nova Gvineja



Jutro

Deboin

Dvomesечно delo v oddaljenih vaseh Papue - Nove Gvineje z omejeno medicinsko opremo je velika preizkušnja znanja in predvsem iznajdljivosti.



Sprejem v vasi z najvišjimi častmi



Ob obali. Morje predstavlja vaščanom edini vir zaslužka.



Nepozabni trenutki: rojstvo baby Amadeja



'Aid-post' pod kokosovimi palmami je predstavljal naše delovno mesto.

Prizori s festivala v vasici Gembogl

Na prireditvah 'sing-sing' plešejo in pojejo prebivalci iz okoliških vasi v polnih bojnih opravah. S tovrstnimi dogodki skuša država

zmanjšati število medvaških obračunov. Zahodna Papua ali Irian Jaya predstavlja zahodno polovico otoka Nova Gvineja. Kljub temu,

da je del Indonezije, se od preostalih indonezijskih otokov močno razlikuje. Zelo močne so težnje po odcepitvi in samostojnosti.



Na prvi pogled so videti kot bojevniki - v resnici so bojevnice.

.....



Črno-belo, hkrati kot zaščita in element zastraševanja

.....

Zahodna Papua



Domačin v bojni opremi z lokom in puščicami na demonstracijah za neodvisnost



Moški iz doline Baliem v Zahodni Papui imajo zelo zanimiv način oblačenja. Njibovo edino vsakdanje oblačilo predstavlja koteka - tulec iz buče, ki ga nosijo na penisu. Kapa je zgolj modni dodatek.



Nataša, sopotnica na vseh poteh, v družbi domačink

Zobobol

Ljerka Glonar

Pričelo se je z zobobolom. Najprej prav majčkenim: če se je dotaknila z jezikom zobnega mesa, jo je neprijetno spreletelo. Vendar ne taka hudo, da bi to motilo njeno razpoloženje, ko je pripravljala vso mogočo ropotijo za na dopust. Neskončno se ga je veselila. Poročena je bila v zamejstvu in je nameravala z otroki in možem preživeti dopust na čudovitem Jadranu.

Bolečine v zobu so se nekoliko umirile in družina se je v najzgodnejših jutranjih urah veselo odpeljala proti jugu. V kraju, kjer so živeli, je v presledkih deževalo že več mesecev. Zagotovo jih čaka na počitnicah sonce, toplo morje, dobro voljo pa nosijo s seboj.

Med vožnjo ga je zopet čutila - zob narmreč. Tokrat jo je neprijetno zbudilo, ko se ga je dotaknila. Vendar je bolečina čez čas minila, ona pa je skrbno pazila, da bi se zoba čim manj dotikala.

Deževati je med potjo prenehalo in ko so se pripeljali do morja, jim je udaril nasproti veter, dehteč po soli in morju, nebo pa se je v modrem oboku vzpenjalo nad njimi in se na obzorju spajalo z morjem.

Kakšna krasota! Vesel vrišč otrok, prijateljsko objemanje in stiskanje rok in že se je pričelo razkladanje skrbno zloženih kovčkov, posod, cekrov, zložljivega sončnika, napihljivih blazin in ostalih pisanih potrebščin za na morje.

Družina je povečerjala in se tokrat zgozdaj odpravila k počitku. Ona sama in njeni dragi, srečni v kraju, od koder je bila doma. Srečna in ponosna na svojo lepo domovino.

Zob se je zjutraj oglasil močneje, vendar še ne zadosti. Zahrbtno je ostal občutljiv na pritisk. Podali so se na plažo, vso skalnato, kjer so se zadržali ves dan. Otroci so plavali in se prekopicavali v vodi, onadva z možem pa sta uživala dolgo pričakovani dopust.

Ko se je sonce nagnilo in je ura kazala popoldne, so se odpravili s plaže, se preoblekli in odšli v mestece na večerjo. Medtem se je počasi nočilo. Tisoče zvezd je utripalo na nebu, stotine turistov, belih, rožnatih, rdečih in vseh odtenkov rjave, se je gnetlo na obali. Matere so vlekle svoje najmlajše tik izpred vrtečih se koles. Parkirani avtomobili so s hupanjem opozarjali, da se mislijo pre-

makniti. Slaščičarne so bile polne, cele gore sladoleda so izginjale iz pultov zadovoljnih prodajalcev.

Na obali mesteca X je stala znamenita restavracija, od koder so se širile prijetne vonjave. Naša družina se je napotila vsa vesela in neskončno lačna proti vходу na vrt. Pri ražnju je stal en sam človek in ga skrbno obračal, sočasno pa pekel čevapčiče.

Mize so bile zasedene, gostje so trumoma stali med njimi. Z izredno iznajdljivostjo sta si dva natakara utirala pot med njimi. Nosila sta in odnašala, sprejemala denar, računala, kakor je pač naneslo. Na opazke se nista ozirala in tudi oni pri ražnju je umirjeno in dobitljivo obračal čevapčiče.

Postavili so se v množico čakajočih, prav k mizi, kjer so nesporno končali z večerjo in čakali na to, da bodo plačali. Minute so minvale in se spreminjale v četrturte presledke. Dobra volja je lahko popuščala v obratnem sorazmerju z naraščajočo gnečo med mizami.

Končno. Planili so ravno v pravem trenutku, pograbili stole ter sedli. Ah, kaj, dobra večerja in zopet se bo tudi dobra volja vrnila. Otroci so požirali slino ob mislih na čevapčiče. Natakara se je postavil pred mizo in čakal na naročilo. Čevapčiči? Jih ni več. Ribe? Danes jih sploh ni. No, ražnjiče lahko še dobijo, in pijačo seveda tudi.

Nič hudega, bodo pa jutri šli kam drugam na večerjo, kjer bodo dobili čevapčiče. Razjziti se zaradi tega res ne spleča, škoda dopusta.

Zob se je oglasil močneje. Kljuc, kljuc. Prenehala je jesti. Vendar tokrat bolečina ni popustila. Tableta jo je le olajšala. Naslednji dan zvečer se je bolečina vrnila. Trajala je vso noč, se stopnjevala, tableta ni več pomagala.

Drugi dan je prišla k nam. Razložili smo ji, kje je zdravstveni dom, kje je bolnica in kje bi najbrž vsaj izvedela za zobozdravnika. Odšla je z možem, otroci so ostali doma. Zobozdravnika je našla, takšnega, ki ima zasebno ordinacijo doma, v preurejeni kuhinji. Vendar je žena, ki po vsej verjetnosti sprejema stranke, šele na milo prošnjo določila uro prihoda. Zobozdravnik je ugotovil vzrok težavam in bolečine so popustile.

Ponovno so se pojavile zvečer, trdovratne in vztrajne. Pričelo se je zdravljenje z antibiotiki. Ker je imel mož - zdravnik s seboj ampulo blažilnega sredstva proti bolečinam, ji ga je dal v zob, nakar je bolečina čez pet minut prav zares popustila. Noč je minila čudovito in jutranja vročina je dala slutiti nov krasen dopustniški dan. In res je dan minil v prijetnem razpoloženju.

Noč se je spustila in blag vetrič je vel z morja. Pogovarjali smo se na verandi, čez nekaj časa pa opazili, da ona v razgovoru ne sodeluje več. Zresnjeno je opazovala rob mize, ob nagovoru pa je s težavo odpirala usta. Zob! Zahrbtnež je čakal do večera.

Poslovlili smo se, mož pa je ugotovil, da je imel s seboj samo eno ampulo zdravila.

Naslednji dan je bila sobota. Sedla sta v avto in se odpeljala v lekarno v mestece Y, da bi vprašala, če imajo takšen zvarek tudi pri nas. Seveda, so rekli v lekarni, samo ne dajo ga; naj gresta v bolnišnico po njega. Z upanjem v srcu sta se odpravila v bolnišnico. Zdravnik, s katerim je govoril mož in se mu predstavil kot stanovski tovariš, je rekel, naj gresta v lekarno tja in tja, ki je odprta od 7. do 13. ure. Vendar, ko sta prispela tja, sta ugotovila, da skozi hermetično zaprta vrata še pajek ne bi mogel. Zdaj sta izvedela, da dela ambulanta v bližnjem počitniškem naselju nedaleč od tod.

V polno čakalnico sta stopila skoraj istočasno z medicinsko sestro, ki je vstopila skozi druga vrata. Bila je prelepo bitje v obleki barve Jadrana, zelo mlada in zelo učinkovito nalepotičena. Mož je pristopil k njej in jo poprosil za omenjeno zdravilo. Dekletce se je razhudiilo: "Kaj pa vi mislite da mi radimo samo zbog vas stranaca - tega ne morete dobiti, kako pa naj vam zaračunamo?" Naš kolega se je naredil povsem suhljatega, kar mu sicer ni bilo težko, in se postavil k zveličavnim vratom v zdravniško svetišče. Vrat se s te strani ni dalo odpreti. Ko jih je lepa sestra zopet odskrnila, je hušknil v ordinacijo. Zaradi gotovosti se je tokrat izkazal z zdravniško legitimacijo in odžebiral že velikokrat izrečene besede.

Za mizo je sedela zdravnica. Mlada in nadebudna. Njene oči so ga neizprosno opazovale. "Vse kar je prav - nikakor ne - nasvidenje - imamo itak preveč dela - in še pisane računov - ne moremo - to sploh ne gre!"

Sedaj se ga je polotila trma. Ženi se je zadelo, da jo zob boli manj, in ga je prosila, naj se vrne. Ne, njega se je prav zares polotila trma. Nazaj v bolnišnico mesteca Y! Nazaj k zdravniku, ki mu je zagotovil, da bo

zaželeno zdravilo zagotovo dobil tukaj.

Imel je srečo. Naletel je prav nanj. Zdaj mu je pojasnil, kje vse sta bila, koliko časa sta izgubila, in mu obrazložil neuspeh. On, dežurni zdravnik, pa mu je poprej dal taka navodila. In končno, kolega sva.

Dežurni je zajel sapo in rekel: "Zakaj pa

tega niste prej povedali?" Da je to že povedal, je naš prijatelj raje zadržal za sebe. "Sestra, prosim, dajte dve ampuli". "Koliko sem dolžan?" je hotel vedeti srečnež. "Dolžan? Moj bog, to je pa zelo komplicirano. Kdo bo napisal račun? Administratorka je na dopustu. Raje nič." "Ne, ne," se je branil naš pri-

jatelj, "kar povejte." "No, pa toliko in toliko." Za njim je nemo stala naša znanka, ki skoraj ni mogla več odpirati ust, vendar je imela ušesa v redu in je slišala, ko je zdravnik rekel sestri: "To imava za celo leto za kavico." ■

Nedelja, 14. oktober 2001

Mojca Velikonja Vagner

Kje in kako ste preživeli drugo oktobrsko nedeljo? V službi? Ob bolnem otroku? Ste študirali za specialistični izpit? Ali ste se uspeli po napornem tednu oddahniti, naspati, spočiti? Upam, da ste tudi vi doživeli kaj tako lepega, kot jaz s svojo družino, ker sem se odločila v zgodnjem nedeljskem jutru za pot z Gorenjske v Izolo. V tržaškem zalivu se je namreč tistega dne zbralo blizu dva tisoč jadrnic. Obzorje, polno belih jader, sinje modro nebo, veter, temno in razpenjeno morje, boj s samim seboj

in s tekmeci... Nekaj vsega tega smo videli in doživeli, ker smo se s kolegi z barko podali opazovat in spremljat tradicionalno 33. Barcolano v Trstu.

Poklic, ki ga opravljamo, zahteva vztrajnost, voljo, vzdržljivost, potrpežljivost, iznajdljivost, prilagodljivost, a vendar tudi odločnost in moč. Vse to smo videli pri jadrnicah, a tudi razočaranje, utrujenost in nemoč, zlomljen jambor in raztrgana jadra. Delček sebe v našem delovnem dnevu smo videli v teh junakih razpetih jader, napetih mišic in

vrvi, a mi smo ta dan po končanem ogledu počivali, uživali, klepetali, se smejali, dobro jedli in vedeli, da nas v ponedeljek, torek, sredo in vse dni do naslednjega razvedrila čakajo nove poti in novi cilji, ki jih se želimo prepotovati in doseči. Voljo in željo za izzive dobimo tudi po tako preživetih dnevih, zato: **Hvala**, kolegi, ker ste nas povabili in popeljali na morje tudi v oktobru! ■

Kje in kdaj se spet dobimo?



Splošna bolnišnica Maribor

Gregor Pivec, dr. med.,
specialist kirurg, generalni direktor

Prim. prof. dr. **Ivan Krajnc**, dr. med.,
specialist internist, svetnik,
strokovni direktor

Jože Ferik, dr. med., specialist ortoped
in kirurg, vodja kirurških služb

Prof. dr. **Eldar M. Gadžijev**, dr. med.,
specialist kirurg, višji svetnik,
predstojnik oddelka za splošno in abdo-
minalno kirurgijo

Prof. dr. **Kazimir Miksič**, dr. med.,
specialist kirurg, višji svetnik,
predstojnik oddelka za žilno kirurgijo

Aleksander Frank, dr. med.,
specialist kirurg, predstojnik
oddelka za travmatologijo

Prim. **Jože Antonič**, dr. med.,
specialist kirurg, predstojnik
oddelka za torakalno kirurgijo

Asist. **Gorazd Košir**, dr. med.
specialist kirurg, predstojnik oddelka
za kardiokirurgijo

Karel Kisner, dr. med., specialist urolog,
predstojnik oddelka za urologijo

Prim. **Karel Šparaš**, dr. med., specialist
plastične in rekonstruktivne kirurgije,
predstojnik oddelka za plastično in
rekonstruktivno kirurgijo

Mag. **Gorazd Bunc**, dr. med.,
specialist nevrokirurg, predstojnik
oddelka za nevrokirurgijo

Slavko Kramberger, dr. med.
specialist ortoped, predstojnik oddelka
za ortopedijo

Prim. **Zoran Zabavnik**, dr. med.,
specialist anesteziologije in
reanimatologije, predstojnik oddelka
za anesteziologijo in reanimacijo

Dr. **Aleksandar Krušič**, dr. med.,
specialist kirurg, predstojnik kirurške
urgentne specialistične dejavnosti

Prim. mag. **Milojka Molan**, dr. med.,
specialistka pediatrija, predstojnica
odseka za otroško kirurgijo

Doc. dr. **Radovan Hojs**, dr. med., specialist
internist, vodja internistične službe

Asist. **Vojko Kanič**, dr. med., specialist
internist predstojnik oddelka za
kardiologijo in angiologijo

Peter Borin, dr. med., specialist internist,
predstojnik oddelka za hematologijo in
hematološko onkologijo

Prim. doc. dr. **Marjan Skalicky**, dr. med.,
specialist internist, predstojnik oddelka
za gastroenterologijo in endoskopijo

Martin Medved, dr. med., specialist
internist, predstojnik oddelka za
endokrinologijo in diabetologijo

Prim. doc. dr. **Breda Pečovnik Balon**,
dr. med., specialistka internistka,
predstojnica oddelka za nefrologijo

Karl Pečovnik, dr. med., specialist
internist, predstojnik oddelka
za hemodializo

Prim. mag. **Artur Pahor**, dr. med.,
specialist internist, predstojnik oddelka
za revmatologijo in imunologijo

Ludvik Puklavac, dr. med., specialist
internist, predstojnik oddelka za
nuklearno medicino

Mag. **Zlatko Pehnc**, dr. med., specialist
internist, predstojnik oddelka za
internistično intenzivno medicino

Prim. prof. dr. **Borut Gorišek**, dr. med.,
specialist ginekolog-porodničar, vodja
ginekološko-porodniške službe

Prim. doc. dr. **Radovan Breznik**, dr.
med., specialist ginekolog-porodničar,
predstojnik oddelka za splošno
ginekologijo in ginekološko urologijo

Prim. prof. dr. **Veljko Vlajsavljevič**, dr.
med., specialist ginekolog-porodničar,
predstojnik oddelka za reproduktivno
medicino in ginekološko endokrinologijo

Doc. dr. **Iztok Takač**, dr. med.,
specialist ginekolog-porodničar,
predstojnik oddelka za ginekološko
onkologijo in onkologijo dojk

Prim. mag. **Ksenija Ogrizek Pelkič**,
dr. med., specialistka
ginekologinja-porodničarka,
predstojnica oddelka za porodništvo

Anton Munda, dr. med., specialist
otorinolaringolog, predstojnik oddelka
za otorinolaringologijo in cervikofacialno
kirurgijo

Dr. **Dušica Pahor**, dr. med.,
specialistka oftalmologinja, predstojnica
oddelka za očesne bolezni

Tomaz Varga, dr. med., specialist
internist, vršilec dolžnosti predstojnika
oddelka za pljučne bolezni

Prim. doc. dr. **Erih Tetičkovič**, dr. med.,
specialist nevropsihiater, svetnik,
predstojnik oddelka za nevrološke bolezni

Prim. **Helena Kristina Reberšek Gorišek**,
dr. med., specialistka infektologinja,
predstojnica oddelka za nalezljive
bolezni in vročinska stanja

Ida Prelog, dr. med., specialistka
dermatovenerologinja, predstojnica
oddelka za kožne in spolne bolezni

Prof. dr. **Alojz Gregorič**, dr. med.,
specialist pediater, svetnik,
predstojnik oddelka za otroške bolezni

Asist. mag. **Blanka Kores Plesničar**, dr.
med., specialistka psihiatrinja,
predstojnica oddelka za psihiatrijo

Mag. **Maksimilijan Gorenjak**, mag. farm.
spec., predstojnik oddelka za
laboratorijsko diagnostiko

Jožef Matela, dr. med., specialist
rentgenolog, predstojnik
radiološkega oddelka

Prim. **Vera Urlep Šalinovič**, dr. med.,
specialistka transfuziologinja,
predstojnica oddelka za transfuziologijo
in imunoematologijo

Prim. doc. dr. **Zmago Turk**, dr. med.,
specialist fizikalne medicine in
rehabilitacije, predstojnik oddelka za
medicinsko rehabilitacijo

Boris Židanik, dr. med., specialist
patološke morfologije in specialist
sodne medicine, predstojnik oddelka
za patološko morfologijo

Silvo Koder, mag. farm. spec.,
vodja centralne lekarne

Dr. **Andreja Sinkovič**, dr. med.,
specialistka internistka, predstojnica
oddelka za znanstvenoraziskovalno delo

Bolnišnica Golnik - Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo

Prof. dr. **Jurij Šorli**, dr. med., specialist internist, direktor bolnišnice in predstojnik bolnišničnega oddelka 700

Prof. dr. **Emu Mušič**, dr. med., specialistka internistka, svetnica, namestnica direktorja in predstojnica bolniškega oddelka 300

Andreja Peternelj, dipl. m. s., pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege

Mag. **Aleksander Kupljenik**, univ. dipl. ekon., pomočnik direktorja za upravne, ekonomske in finančne zadeve

Doc. dr. **Mitja Košnik**, dr. med., specialist internist, predstojnik bolniškega oddelka 100

Prof. dr. **Andrej Debeljak**, dr. med., specialist internist, predstojnik bolniškega oddelka 200

Dr. **Zlata Remškar**, dr. med., specialistka internistka, predstojnica bolniškega oddelka 600

Valentin Vesel, dr. med., specialist internist, predstojnik bolniškega oddelka 400

Ana Veternik Debeljak, dr. med., specialistka internista, predstojnica bolniškega oddelka 500

Igor Drinovec, dr. med., specialist internist, predstojnik intenzivnega oddelka

Asist. **Damijan Eržen**, dr. med., specialist internist, vodja epidemiološkega oddelka in registra za TBC

Asist. **Robert Marčun**, dr. med., specialist internist, vodja kardiološkega laboratorija

Doc. dr. **Matjaž Fležar**, dr. med., specialist internist, vodja respiratornega laboratorija

Dr. **Pika Meško Brguljan**, spec. med. biokemije, vodja laboratorija za biokemijo in hematologijo

Asist. **Izidor Kern**, dr. med., specialist patolog, vodja laboratorija za patologijo in citologijo

Viktorija Tomič, dr. med., specialistka mikrobiologinja, vodja laboratorija za respiratorno bakteriologijo

Mag. **Marija Žolnir Dovč**, univ. dipl. biol., vodja laboratorija za mikrobakterije

Rajko Kreft, mag. farm., vodja lekarne in sterilizacije

Prim. **Nadja Triller**, dr. med., specialistka internistka, vodja enote za respiratorno endoskopijo

Boris Škofic, dr. med., specialist internist, vodja enote za abdominalno endoskopijo

Jana Kreč Šorli, dr. med., specialistka internistka, vodja internistične ambulante Kranj

Prof. dr. **Stanislav Šuškovič**, dr. med., specialist internist, vodja prenmološko-alergološke ambulante Ljubljana

PISMA UREDNISTVU

Spoštovana gospa urednica!

Pošiljam Vam prijazne pozdrave iz Celja, natančneje z Zavoda za zdravstveno varstvo, kjer tudi beremo Vašo in našo revijo. Prav dobro vemo, da ne pride do pravih naslovnikov novica, ki ni bila objavljena v reviji Isis. Zato pošiljamo pripeti prispevek Vam, in nikamor drugam. V njem smo opisali način, kako s preventivnimi vsebinami sezna-

niti mlade sodelavce na začetku njihove poklicne poti. Verjamemo, da bo zanimiv tudi za kolege, ki so večji del delovnega časa zaposleni s kurativo. Prispevek bomo popestrili s fotografijo, ki smo jo posneli na zadnjem seminarju za pripravnike (26.-30. 11. 2001), in Vam jo bomo poslali v prihodnjih dneh.

Želimo Vam čestitati, ker ste bili tako prodorni in uspešni v zadnjih 10 letih, kar revija Isis izhaja. Je zelo zanimiva, prinaša

aktualnosti, vzpodbuja razpravo med zdravniki, predvsem pa skrbi za njihovo obveščeno. In to je danes, ko se spremembe kar vrstijo, zelo dobrodošlo. Še enkrat čestitke in prošnja, da prispevek uvrstite v naslednjo številko.

Želim vam prijazen dan.

(Omenjeni prispevek je objavljen v rubriki "Novice".)

Damjana Podkrajšek

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
JANUAR 2001				
16.–17.	19.00	Ljubljana, hotel Lev (16. 1. 2002), Maribor, hotel Habakuk (17. 1. 2002)	FARMAKOLOŠKO LAJŠANJE BOLEČINE S HITRO IN DOLGOTRAJNO DELUJOČIMI MORFINI	80-100 strokovni sestanek za vse zdravnike
18.	11.00–15.00	Vojnik, Psihiatrična bolnišnica	DELAVNICA V PSIHIATRIČNI BOLNIŠNICI VOJNIK	*** predavanje z razpravo: Vesna Novak Rast in (raz)vrednotenje psihoterapevtskega dela, male skupine, srednja skupina, vodi: Iztok Lešer
18.–19.	16.00	Ljubljana, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	III. STROKOVNI SEMINAR: PREDPROTETIČNA KIRURGIJA IN IMPLANTOLOGIJA	200 strokovni seminar
24.–26.	14.00	Celje, Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18	DEPRESIVNI IN SUICIDALNI BOLNIK V AMBULANTI ZDRAVNIKA SPLOŠNE MEDICINE	25 učna delavnica za zdravnike v osnovnem zdravstvu in psihiatre
24.–26.	***	***	OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME – POUK BOLNIKA Z ASTMO	20 učna delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji
25.–26.	9.00	Ljubljana, Katedra za družinsko medicino	18. UČNE DELAVNICE: DELO ZDRAVNIKA IZVEN AMBULANTE – KRONIČNA BOLEČINA	30 strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine, sekundarije
25.–26.	8.00	Ljubljana, Klinični center	III. SIMPOZIJ O RANAH	*** mednarodni simpozij
30.–31.	9.00	Maribor, Splošna bolnišnica Maribor	UČNA DELAVNICA »DOPPLER V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU«	10 učna delavnica za ginekologe, ki želijo razširiti znanje o preiskavah z ultrazvokom v ginekologiji in porodništvu
31.1.–1.2.	19.00	Kranjska Gora	24. IATROSSKI	*** posvetovanje športne medicine združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov Alpe-Adria
FEBRUAR 2002				
2.	9.00	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	XXXVIII. PODIPLOMSKI TEČAJ KIRURGIJE	*** strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine
14.–16.	***	***	OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME – POUK BOLNIKA Z ASTMO	20 učna delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji
15.	9.00	Celje, Narodni dom Celje, Trg celjskih knezov 9	VIII. CEDENS – DAN CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA	ni omejeno podiplomski seminar za zobozdravstvene delavce

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, prim. mag. Nevenka Krčevski Škvarč, dr. med.	prim. mag. Nevenka Krčevski Škvarč, dr. med., Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 11 536, 32 11 568	kotizacije ni	***	v postopku	Isis 1/2002
Slovensko društvo za skupinsko analizo	prim. Franc Peternel, dr. med., tel.: 01 23 15 990, 43 44 517, Lev Požar, e-pošta: lev.pozar@guest.arnes.si	***	***	***	Isis 8-9/2001
Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije	ga. Milena Žajdela, Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, KC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, tel.: 041 573 791 med 13. in 19. uro	30.000,00 SIT	50100-620-133-05-1016113-126101	***	Isis 1/2002
Zavod za zdravstveno varstvo Celje, prof. dr. Onja Tekavčič Grad	ga. Nuša Konec Jurčič, Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18, 3000 Celje, tel.: 03 42 51 202, faks: 03 42 51 115, e-pošta: nusa.konec@zzv-ce.si	30.000,00 SIT	50700-603-31733, sklic na št. 00 01500	***	Isis 12/2001
Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik	ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36, 4204 Golnik, tel.: 04 25 69 111, faks: 04 25 69 117, e-pošta: irena.dolhar@klinika-golnik.si	45.000,00 SIT	***	15,5	Isis 1/2002
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF, Maja Klemenc, dr. med., prof. dr. Igor Švab, dr. med.	ga. Ana Artnak, katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 86 910, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	20.000,00 SIT	50101-678-48620, sklic na št. 20400	11	Isis 12/2001
Združenje za zdravljenje ran Slovenije	prim. Ciril Triller, dr. med., Klinični oddelek za kirurške infekcije, Klinični center Ljubljana, Njogoševa ul. 4, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 319, e-pošta: irma.kiprijanovic@kclj.si	15.000,00 SIT do 15. 1. 2002, potem 20.000,00 SIT (v kotizacijo je vštet DDV)	***	v postopku	Isis 1/2002
Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo, Služba za ginekologijo in perinatologijo, prof. dr. Veljko Vlaisavljevič, dr. med.	ga. Andreja Šlag, Splošna bolnišnica Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 178, faks: 02 33 12 393, e-pošta: gin.perinat@sb-mb.si	50.000,00 SIT	51800-743-47228, sklic na št. 30-08	v postopku	ISIS 12/2001
Goriško zdravniško društvo	Franci Koglot, dr. med., Bolnišnica Šempeter, Padlih borcev 13, 5290 Šempeter, tel.: 05 30 31 811	3.500,00 SIT teki, 10.000,00 SIT VSL, 12.000,00 SIT teki in VSL	52000-678-80987	***	Isis 12/2001
Medicinska fakulteta, Katedra za kirurgijo, prof. dr. Vladimir Smrkolj, dr. med.	Katedra za kirurgijo, Medicinska fakulteta, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, tel.: 01 2 47 384, 52 22 525	glej rumene strani	50103-603-41175, sklic na št. 230-10	v postopku	Isis 12/2001
Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik	ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36, 4204 Golnik, tel.: 04 25 69 111, faks: 04 25 69 117, e-pošta: irena.dolhar@klinika-golnik.si	45.000,00 SIT	***	15,5	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

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
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
3.–7.	17.00	Ljubljana, Cankarjev dom	13. MEDNARODNA KONFERENCA O ZMANJŠEVANJU ŠKODE ZARADI DROG IN 2. MEDNARODNI KONGRES ŽENSKES 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
22.–23.	***	Maribor, hotel Habakuk	XII. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU	ni omejeno	simpozij za pediatrie, 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, pediatrie, 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					
5.–6.	***	Toplice Dobrna	NEFROLOGIJA 2002	***	strokovno srečanje
5.–6.	***	Čatež, hotel Terme	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
8.–11.	8.00	Maribor, SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Odelek 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
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
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 1/2002
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	***	***
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	***	***	***
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	***	Isis 1/2002
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	***	***	v postopku	***
Sekcija za kemoterapijo SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Milan Čižman, dr. med., prof. dr. Franc Strle, dr. med.	ga. Andreja Sorman, Tajništvo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 10 558, faks: 01 23 02 781	17.000,00 SIT z DDV	50101-678-48620, s pripisom "Infektološki simpozij 2002"	***	Isis 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	***
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 1/2002
Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo SZD, prof. dr. Uroš Skalarič, 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 13 22 148	***	***	***	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.zzs@s-net.net, Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, tel.: 01 30 72 123	***	***	***	***
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, Odelek 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

14.	11.00	Bled, hotel Kompas	AKUTNI KORONARNI SINDROM V SLOVENIJI	ni omejeno	2. simpozij za vse zdravnike
18.–20.	14.00	Kranjska Gora, hotel Kompas	3. SPOMINSKO SREČANJE JANIJA KOKALJA, DR. MED.: POŠKODBE V OSNOVNEM ZDRAVSTVU	150	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine
18.–21.	***	Radenci, Zdravilišče Radenci	KREPIMO ZDRAVJE Z GIBANJEM IN PREHRANO	250	mednarodna konferenca za snovalce usmeritev, nosilce odločitev, administratorje, načrtovalce in vodje programov, predstavnike skupnosti, ki se ukvarjajo s krepitvijo zdravja
20.	13.00	Murska Sobota, stadion pri OŠ I	II. PREKMURSKI ZDRAVNIŠKI TEK	ni omejeno	tek za zdravnike, zobozdravnike, zdravstvene sodelavce in udeležence izven kategorije

MAJ 2002

9.–12.	***	Portorož, Kongresni center Bernardin	2. MEDNARODNA KONFERENCA – SAMOMOR NA STIČIŠČU GENOV IN OKOLJA	100	mednarodno strokovno srečanje za zdravnike psihiatre in druge zdravnike ter strokovnjake z drugih področij, ki jih tema zanima
17.–18.	9.00	Ljubljana, Smelt, Dunajska c. 160	29. SREČANJE DELOVNIH SKUPIN V OSNOVNEM ZDRAVSTVU: IZBRANI ZDRAVNIK IN AMBULANTNO VODENJE BOLNIKA	150	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine
17.–22.	***	***	3. SLOVENSKI KONGRES PREVENTIVNE MEDICINE	200	kongres za vse zdravstvene delavce in sodelavce
22.–25.	***	Portorož	III. KONGRES ZDRUŽENJA KIRURGOV SLOVENIJE	***	Multidisciplinarna obravnava poškodb, kirurško zdravljenje raka, proste teme

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Center za intenzivno interno medicino, Klinični center Ljubljana, doc. dr. Marko Noč, dr. med.	doc. dr. Marko Noč, dr. med., Center za intenzivno interno medicino, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 29 061, faks: 01 43 17 155	kotizacije ni	***	***	Isis 12/2001
Osnovno zdravstvo Gorenjske – ZD Jesenice, Združenje zdravnikov družinske medicine, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Gorenjske in Katedra za družinsko medicino, asist. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Jožica Krevh, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, tel.: 04 20 82 523, faks: 04 20 26 71, asist. dr. Janko Kersnik, dr. med., Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, tel.: 04 58 81 426, faks: 04 58 81 426, e-pošta: janko.kersnik@s5.net	25.000,00 SIT	***	***	***
CINDI Slovenija, Dominika Novak Mlakar, dr. med.	ga. Barbara Lapuh, CINDI Slovenija, Ul. stare pravde 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 83 480, faks: 01 43 83 484, e-pošta: cindi@zd-lj.si	do 1. 3. 2002: 35.000,00 SIT, za spremljevalce 20.000,00 SIT, po 1. 3. 2002: 40.000,00 SIT, za spremljevalce 20.000,00 SIT, na licu mesta: 50.000,00 SIT, za spremljevalce 20.000,00 SIT	50101-603-48587, sklic na št. 02-58-280-86	***	Isis 12/2001
Zdravniško društvo Pomurja, Zdravniško športno društvo Medicus, Mitja Lainščak, dr. med.	Vlasta Petric, dr. med., tel.: 02 53 21 010, mag. Alojz Horvat, dr. med., tel.: 02 53 41 300, Mitja Lainščak, dr. med., e-pošta: mitja@s-gms.ms.edus.si, SB Murska Sobota, Dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota, "Il. 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
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., 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	***	***	***

Datum Pričetek Kraj

Tema

Število
kandidatov

Vsebina

MAJ 2002

30.–31.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	MEDNARODNI SEMINAR O PSIHO SOCIALNI REHABILITACIJI - PSIHO 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
---------	-----	--------------------------	--	------------	---

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
14.–15.	9.00	Ormož, grad Ormož	2. ORMOŠKO SREČANJE: DUŠEVNA BOLEČINA	90	simpozij za psihiatre, klinične psihologe, psihoterapevte
19.–22.	15.00	Portorož, Kongresni center Bernardin	2. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTI MEDICINI	700	mednarodni simpozij za zdravnike vseh specialnosti in zobozdravnike
20.–22	***	Varšava, Poljska	3. EVROPSKA KONFERENCA "TOBAK ALI ZDRAVJE"	***	konferenca

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
29.9.–2.10.	17.00	Portorož, Kongresni center Bernardin	2. EVROPSKI KONGRES URGENTNE MEDICINE	600	evropski kongres za zdravnike vseh specialnosti in zobozdravnike

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
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
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, faks: 01 43 01 714	***	***	***	***
Psihiatrična bolnišnica Ormož, Združenje psihiatrov Slovenije, Združenje psihoterapevtov Slovenije, prof. Milena Srpak	ga. Rolanda Kovačec, Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ptujška c. 33, 2270 Ormož, tel.: 02 74 15 199, faks: 02 74 15 200	10.000,00 SIT	52400-603-30720	***	***
Slovensko združenje za urgentno medicino, spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med.	ga. Irena Petrič, Slovensko združenje za urgentno medicino, SPS Interna klinika, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 02 544, faks: 01 54 31 316, e-pošta: irena.petric@kclj.si, ga. Maja Strajnar, tel.: 01 23 17 375, faks: 01 43 39 300, e-pošta: maja.strajnar@kclj.si	internet: www.ssem-society.si	***	***	***
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	***	***	***	***
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	***	***	***
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	***	***

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
OKTOBER 2002					
3.–5.	***	Portorož, Kongresni center Hoteli Morje	KOMPLEKSNA REHABILITACIJA STAROSTNIKOV	ni omejeno	II. kongres slovenskih zdravnikov za fizikalno in rehabilitacijsko medicino za vse zdravnike, ki se ukvarjajo z rehabilitacijo starostnikov
10.–12.	***	Golnik, Brdo pri Kranju	MEDNARODNO SREČANJE RESPIRATORNIH ENDOSKOPISTOV	30	podiplomsko izobraževanje z učnimi delavnicami za respiratorne endoskopiste
10.–12.	12.00	Čatež ob Savi	3. SLOVENSKI PEDIATRIČNI KONGRES	ni omejeno	kongres s tremi glavnimi in prostimi temami za pediatre in zdravnike šolske medicine
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
JUNIJ 2003					
18.–21.	18.00	Ljubljana, Cankarjev dom	WONCA 2003 – 9TH CONFERENCE OF THE EUROPEAN SOCIETY OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE: CHALLENGE OF THE FUTURE FAMILY MEDICINE/ FAMILY DOCTOR	1.800	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine
SEPTEMBER 2003					
3.–6.	***	Ljubljana	THE 12 th BIENNIAL CONGRESS	***	congress
AVGUST 2004					
22.–26.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	1. SVETOVNI KONGRES RAZVOJNE MEDICINE	1.600	kongres za raziskovalce in klinike
AVGUST 2007					
26.–30.	***	Ljubljana	7. EVROPSKI KONGRES OTROŠKE NEVROLOGIJE	1.600	kongres

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
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	***	***	***	***
Združenje za psihoterapijo Slovenije, Vlasta Meden Klavora, 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 Združenje zdravnikov družinske medicine, Suzana Židanik, dr. med., Majda Masten, dr. med.	informacije: Suzana Židanik, dr. med., Majda Masten, dr. med., tel.: 02 22 86 200, prijave: ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 86 910, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	25.000,00 SIT	***	***	***
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.woncaeuropa2003.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 prireditve

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. 1, 1. januar 2001
UDK 61(497.12)(060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK
PUBLISHED BY

The Medical Chamber of Slovenia
Zdravniška zbornica Slovenije
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
tel.: 01/30 72 100
faks: 01/30 72 109
E-pošta: zdravniška.zbornica@zss-mcs.si
Žiro račun št.: 50101-637-58629

UREDNIŠTVO • EDITORIAL OFFICE
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana

tel.: 01/30 72 152
faks: 01/30 72 159
E-pošta: isis@zss-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK
EDITOR-IN-CHIEF AND RESPONSIBLE
EDITOR

prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.
E-pošta: eldar.gadzijev@sb-mb.si
Tel.: 02/32 11 244

UREDNIKA • EDITOR
Elizabeta Bobnar 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. Vodušek, dr. med.
doc. dr. Matjaž Zwitter

LEKTORICA • REVISION
Marta Brečko Vrhovnik

TAJNICA UREDNIŠTVA • SECRETARY
Marija Cimperman

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN
PRIPRAVA ZA TISK • DTP
Camera d.o.o.
Ob Dolenjski železnici 182, Ljubljana
tel.: 01/420 12 00

TRŽENJE • MARKETING
Atelier IM d.o.o.,
Design•Promocija•Komunikacije
Breg 22, Ljubljana,
tel.: 01/24 11 930
faks: 01/24 11 939
E-pošta: atelier-im@siol.net

TISK • PRINTED BY
Tiskarna Povše, Povšetova 36 a,
Ljubljana
tel.: 01/230 15 42

Isis

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

Prim. doc. dr. Marjan Bilban, dr. med., zdravnik, Zavod za varstvo pri delu d.d., Ljubljana • Elizabeta Bobnar Najzer, prof., ZSS • Jurij Bon, dr. med., zdravnik, Psihiatrična bolnišnica Begunje na Gorenjskem • Marta Brečko Vrhovnik, ZSS • Asist. Mateja Bulc, dr. med., zdravnica, ZD Ljubljana - Šiška • Jože Četina, dr. med., upokojeni zdravnik, Celje • Marko Četina, dr. med., zdravnik, Celje • Jasna Čuk Rupnik, dr. med., zdravnica, ZD Logatec • Prof. dr. Nenad Funduk, dr. stom., zobozdravnik, SPS Stomatološka klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., zdravnik, ZSS • Prof. dr. Ljerkica Glonar, dr. med., upokojena zdravnica, Ljubljana • Vojka Gorjup, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za intenzivno interno medicino, SPS Interna klinika, KC

Ljubljana • Janez Gregorič, univ. dipl. prav., Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Ljubljana • Marjana Grm, dr. med., zdravnica, ZD Radovljica • Sanja Grm, absolventka Medicinske fakultete, Žirovnica • Dr. Maja Hojnik, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za revmatologijo, Bolnica dr. Petra Držaja Ljubljana • Mag. Anja Jazbec, dr. med., zdravica, Klinični oddelek za intenzivno interno medicino, SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Irena Keber, dr. med., svetnica, zdravica, Klinični oddelek za žilne bolezni, SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Asist. Izidor Kern, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergologijo, Bolnišnica Golnik • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Mag. Eva Kosta, dr. med., zdravica, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Območna enota Kranj • Prof. dr. Janko Kostnapfel, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Tatja Kostnapfel Rihtar, mag. pharm., Ministrstvo za zdravje RS, Ljubljana • Vida Košmelj Beravs, dr. med., upokojena zdravica, Kranj • Doc. dr. Pavle Košorok, dr. med., zasebni zdravnik, latros d.o.o., Ljubljana • Milica Kramberger, dr. med., zdravica, Splošna bolnišnica Maribor • Mag. Darko D. Lavrenčič, dr. med., zasebni zdravnik, MED zasebna splošna ambulanta Vrhnika • Mag. Branimir Leskošek, univ. dipl. ing., ZSS • Marko Mlinarič, dr. med., zdravnik, ZD Zagorje • Prof. dr. David Neubauer, dr. med., svetnik, zdravnik, SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana • Doc. dr. Marko Noč, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za intenzivno interno medicino, SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Mag. Dušan Noliml, dr. med., stalni korespondent RS v skupini Pompidou • Prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med., zdravica, SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., višji svetnik, zdravnik, ZSS • Žarko Pinter, dr. med., zdravnik, ZSS • Asist. mag. Damijana Podkrajšek, dr. med., zdravica, Zavod za zdravstveno varstvo Celje • Prof. dr. Dražigost Pokorn, dr. med., zdravnik, Inštitut za higieno, MF Ljubljana • Tatjana Praprotnik, KUD dr. Lojz Kraigher, KC, Ljubljana • Prof. dr. Stane Repše, dr. med., višji svetnik, zdravnik, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Dušan Senica, dr. med., zdravnik, ZD Sevnica • Prof. dr. Uroš Skalerič, dr. stom., višji svetnik, zobozdravnik, SPS Stomatološka klinika, KC Ljubljana • Nataša Smrekar, dr. med., zdravica, Klinični oddelek za gastroenterologijo, SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Asist. Albin Stritar, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za plastično kirurgijo in opeklino, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Rudi Škapin, dr. med., upokojeni zdravnik, Celje • Prim. Franc Štolfa, dr. stom., upokojeni zobozdravnik, Celje • Iztok Štolt, študent medicine • Rok Šušterčič, dr. stom., zobozdravnik, Dentart d.o.o., Ljubljana • Akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., višji svetnik, zdravnik,

Inštitut za klinično nevrofiziologijo, SPS Nevrološka klinika, KC Ljubljana • Asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., zdravica, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Vilma Urbancič, dr. med., zdravica, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Mojca Velikonja Vagner, dr. stom., zobozdravica, Mediacom d.o.o., Kranj • Miloš Vesel, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za travmatologijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Domen Vidmar, dr. stom., zasebni zobozdravnik, Vidmar & co., Ljubljana • Prim. mag. Matjaž Vrtovec, dr. med., Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Doc. dr. Branko Zakotnik, dr. med., zdravnik, Onkološki inštitut Ljubljana • Jurij Zalokar, dr. med., upokojeni zdravnik, Radovljica • Doc. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., zdravnik, Onkološki inštitut Ljubljana • Ivan Žebeljan, dr. med., zdravnik, Kamnica • Prim. Anton Židanik, dr. med., zdravnik, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor • Vladimir Zura, dr. stom., zobozdravnik, Nemčija

Navodila avtorjem

Rok za oddajo vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 10. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članki naj bodo natipkani ali računalniško izpisani tako, da je 30 vrst na stran in 60 znakov v vrsti. Članki naj ne presegajo šest tipkanih strani. Prispevek lahko vsebuje tudi angleški povzetek (naslov in največ 300 znakov). Avtorjem sporočamo, da svoje prispevke lahko oddajajo na disketah. Disketi mora biti priložen tudi izpis. Prispevku priložite svoj polni naslov, občino stalnega bivališča, EMŠO, davčno številko in številko 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.



Sodelovanje med Izido in Zdravniškim vestnikom

O občutkih, ki so me spremljali, ko me je izvršilni odbor revije Isis imenoval za glavnega in odgovornega urednika revije Isis, sem pisal v julijski številki. Takrat sem na kratko predstavil nekatere načrte in med njimi sem omenil tudi ustvarjalne stike z uredništvu slovenskih zdravniških strokovnih revij. Seveda sem se najprej želel sestati z uredništvom Zdravniškega vestnika, ki ga kot strokovno revijo slovenskega zdravništva poznamo že dolga desetletja, zato si posebej želim, da bi naše sodelovanje temeljilo na spoštovanju, razumevanju in skupni želji, da bi bili obe reviji uspešni. Poleg dogovora o sodelovanju sem se s cenjenim in uveljavljenim glavnim urednikom Zdravniškega vestnika prof. Jožetom Drinovcem želel pogovoriti tudi o uredniških politikah

obeh revij. Zelo sem bil počaščen, ker se je prof. Jože Drinovec z veseljem odzval vabilu, menim pa tudi, da je najin pogovor vseboval dovolj zanimivosti, ki bi jih želel deliti z vami.

Menila sva, da zaradi majhnosti naše lepe Slovenije še posebej potrebujemo trdno sodelovanje in iskanje novih poti na vseh možnih področjih. Zdravniški vestnik in Izida sta danes najpomembnejši zdravniški reviji. Pri tem je Zdravniški vestnik znanstvena strokovna revija in ima temu prirejene svoje zakonitosti, pravila in uredniško politiko, popolnoma primerljive s podobnimi svetovnimi revijami. Njena vloga in pomen sta predvsem v njeni nacionalni in vsestranski zasnovi, saj so v njej lahko objavljene prispevki s kateregakoli znanstvenega medicinskega področja. Slovenija je premajhna, da bi lahko zagotavljala uspešnost in odmevnost znanstvenih revij s posameznih medicinskih področij, ki se že pojavljajo. Razumljive so seveda težnje strok po lastnih revijah, zavedati pa se moramo, da je zdravnikov posameznih strok pri nas premalo, da bi takim revijam zagotovili strokovni in poslovni obstoj. Zaradi razdrobljenega delovanja pa se sedaj uredništva tako Zdravniškega vestnika kot drugih revij soočajo s pomanjkanjem prispevkov, težave nastajajo pri njihovem razvrščanju, vse skupaj pa spravlja v nejevoljo tako urednike kot avtorje. Strokovna revija Isis je osnovana kot glasilo Zdravniške zbornice, namenjena je prvenstveno stanovski problematiki v vseh njenih različnih pojavnih oblikah. Izido je kot strokovno revijo leta 1992 registriralo takratno Ministrstvo za kulturo, ker po svoji zasnovi ni izpolnjevala kriterijev laičnega tiska. Danes se je uveljavila kot strokovna revija za področje stanovskih zdravniških vprašanj. Njeno poslanstvo ji dopušča veliko notranje uredniške svobode, tako vsebinske kot oblikovalske. Ker je hkrati glasilo članov Zdravniške zbornice, imajo v njej pravico objav-



ljati svoje različne misli prav vsi člani Zbornice. Kriteriji za objavo člankov v Izidi ne temeljijo na znanstvenih ocenah, temveč na zanimivosti, aktualnosti, raznovrstnosti, nežaljivosti, resnicoljubnosti. V njeno mnogoterost ne sodijo znanstveno-strokovni članki, objave raziskav in študij, strokovna poročila z izrazito poudarjeno strokovno vsebino.

V prijaznem in prijetnem pogovoru sva si bila enotna v tem, da je potrebno spoštovati in uveljavljati osnovno poslanstvo obeh revij. Dogovorila sva se, da bova sodelovala in se sproti dogovarjala o konkretnih primerih. Med drugim bova sodelovala pri (pre)razporejanju prispevkov med obema revijama: če bomo v uredništvu Izide prejeli prispevek, ki bo bolj sodil v Zdravniški

vestnik, ga bomo posredovali uredništvu Zdravniškega vestnika, če pa bo Zdravniški vestnik prejel članek, ki bo bolj sodil v Izido, ga bo posredoval nam.

Vsi si želimo, da bi bili naši reviji uspešni, osrednja znanstveno-strokovna revija pa potrebuje tudi čim višji vplivni faktor (ali rating) med revijami svoje vrste. V nekem obdobju je že bila na seznamu SCI, ob sedaj veljavni politiki in merilih za akademsko napredovanje, ko vsi kandidati iščejo le objave v revijah s kar najbolj visokim faktorjem vpliva, pa bi bilo prav, da bi se ponovno lahko merila s citiranimi revijami. Eden od načinov, kako oživiti vlogo in pomen Zdravniškega vestnika, je tudi sodelovanje s strokovnimi sekcijami in združenji. Prav bi bilo, da bi se dogovorili, da bi vsaj za najbolj pomembne, predvsem nacionalne, kongrese izdajali kongresna predavanja in povzetke kot prilogo Zdravniškega vestnika. Smo res tako "majhni", da tega ne bi uredili in izvajali? V Izidi bi o posameznem strokovnem srečanju izšlo poročilo, ki bralce obvešča o udeležbi, prispevkih in vlogi naših stanovskih kolegov na različnih strokovnih srečanjih. Pri tem si želimo, da bi za vsa mednarodna strokovna srečanja avtor dopisal nekaj vrstic o stanju stroke v Sloveniji. Natančnejša strokovna poročila s podrobnimi strokovnimi podatki in navedbami, opisi izvlečkov predavanj pa bi bila objavljena v Zdravniškem vestniku.

Seveda sva razmišljala tudi o prihodnosti. Strinjala sva se, da bi bilo prav in dobro za vse, če bi uspeli združiti obe zdravniški organizaciji. S tem bi slovensko zdravništvo pridobilo svojo strokovno, stanovsko, lahko tudi sindikalno vejo pod eno streho, ki bi potem omogočala skupno infrastrukturo, logistiko in management za obe reviji.

Eldar M. Gadžijev