

# I S I S

Leto XII. Številka 2 / 1. februar 2005



## Je naše zdravstvo zbolelo za rakom?

V novem letu nič novega, lahko zapišem popolnoma brez slabe vesti v prvem stavku tega uvodnika. Zdravstvo že od prvih dni tega leta ponovno zaseda prve strani medijev. Problemi se množijo kot rakava celica. In prav v tem vidim analogijo z medicino. Ali lahko trdimo, da je naše zdravstvo zbolelo za rakom?

Številni dejavniki tveganja za razvoj bolezni našega zdravstva so znani že dalj časa. Zelo objektivno in argumentirano so bili prikazani že v zadnjih letih devetdesetih let. Napovedani primanjkljaj Zavoda za zdravstveno zavarovane Slovenije, zastarela in dotrajana medicinska oprema, število zdravnikov v državi in pomanjkanje ob upokojevanju povprečno zelo stare zdravniške populacije, nevarnost vključevanja zdravnikov v Zakon o javnih uslužbencih in s tem v novo, z Evropsko unijo usklajeno delovnopravno zakonodajo, premajhne in neustrezne zmogljivosti kirurškega in drugih oddelkov Onkološkega inštituta, neenaka dostopnost do zdravstvenih storitev, preskrbljenost prebivalcev določenih regij države z zdravniki, staranje prebivalstva, srčna kirurgija. Po zaslugi

izkoriščanja funkcionalnih rezerv posameznih delov in zaradi usklajenega delovanja vseh delov sistema, je tudi sistem kot tak deloval dokaj stabilno. Vendar je delovanje sistema na skrajnih mejah zmogljivosti zelo občutljivo, zato ne dovolj premišljeni, celo hitri posegi, v kratkem času lahko izčrpajo rezerve in ogrozijo njegov celotni obstoj.

Tako se je zgodilo našemu sistemu. Po letu 2001 so se pojavili prvi znaki bolezni. Posamezni organi organizma »zdravstvo« so začeli kazati znake popuščanja - prvi znaki izčrpanih rezerv. Ne glede na delovanje v zgoraj opisanem okolju v devetdesetih, se je, namesto, da bi ugotovili vzrok popuščanja in ga skušali odstraniti, namerno dodatno izpostavila odgovornost teh, očitno oslabljenih organov. Slednji so se tako znašli v položaju, ko so se morali boriti z bolečino skoraj brez ustreznih analgetikov. Da o kavzalnih zdravljenih sploh ne govorimo.

Ne glede na več let znano dejstvo, da v Zdravstvenem domu Radlje ob Dravi v okviru sprejemljivih obremenitev zdravnikov ne morejo zagotoviti organizacije dežurne službe, odgovorni do danes še vedno niso pripravili jasne strategije, kako podobnim regijam zagotoviti primerno število zdravnikov. Rezerva se očitno kritično zmanjšuje pri naslednjem organu.

Na žalost nič boljše ne kaže kirurškemu oddelku Onkološkega inštituta. Že pred nesrečnim dogodkom (poplavo operacijskih prostorov) so bolniki na zdravljenje na tem oddelku najprej čakali nesprejemljivo dolgo in bili nato zdravljeni v prostorih, kjer so imeli pred 200 leti nastanjene konje. Ni državnega uradnika, ki bi smel imeti zatisnjene oči in ušesa pred tem dejstvom. V posameznih obdobjih leta morajo različni bolniki čakati na radioterapijo nesprejemljivo dolgo. Pa ne zaradi zdravnikov, ki delajo na meji možnega. Razočaran sem nad medlim odzivom države na problem ob poplavi operacijskih dvoran Onkološkega inštituta. Glede na število prizadetih bolni-

kov, bi ga morali tudi na ravni države obravnavati kot naravno katastrofo in čez noč poiskati potrebna sredstva iz državnih rezerv za takojšnje dokončanje nove stavbe z novimi operacijskimi dvoranami. Selite te dejavnosti v Klinični center, ki že sam po sebi ni sposoben širiti zmogljivosti za povečanje števila operacij na odprtem srcu, zagotovo ne more biti najustreznejša rešitev. Zdravniki, ki zdravimo maligna obolenja, se zavedamo, kako strokovno pomembno je zagotavljanje kirurške dejavnosti znotraj Onkološkega inštituta. Še posebej za tista področja, kjer je potrebna skupinska obravnava bolnika in multimodalno zdravljenje.

Koliko odgovornim v tej državi v resnici pomeni človeško življenje in koliko kakovost človeškega življenja? Naša država že nekaj časa ni več revna država. Saj se vendar prav z dejstvom, da smo med kandidatki za Evropsko unijo po ekonomskih kriterijih na vrhu, naši politiki pogosto hvalijo. Čakalna doba za zamenjavo okvarjenega kolka z umetnim ni posledica lenobe ortopedov ali pomanjkanja operacijskih dvoran. Je posledica cene umetnega kolka, ki je v Sloveniji enaka kot na Danskem. V Sloveniji za zdravstvo namenimo trikrat manj denarja kot na Danskem. Na žalost Slovenca obrabljen kolk ne boli trikrat manj. Strošek dela ortopeda pri zamenjavi kolka je v primerjavi s ceno kolka zanemarljiv. Enako velja tudi za druge visoko usposobljene specialiste. Nesprejemljivo dolgih čakalnih dob nimamo na vseh področjih zdravstva. Imamo jih na področjih, kjer je cena zdravstvene storitve visoka zaradi drage medicinske opreme, zdravil ali nadomestkov, ki jih je potrebno vgraditi v bolnikov organizem. Čakalne dobe so do določenih razsežnosti lahko obvladljive, kasneje slabše in po določenih razsežnostih neobvladljive. Tako kot v medicini, je potrebno tudi v zdravstveni politiki ukrepati pravočasno.

Zdravniki poznamo diagnostične postopke za diagnostiko težav zdravstvenega sistema in tudi posamezne terapevtske ukrepe. To smo dokazovali v vseh letih obstoja samostojne države Slovenije. Zavedamo se tudi pomena skupinske obravnave bolnika, kar prevedeno v slovenščino pomeni: »Več glav več ve«. Že vrsto let imamo naše bolnike za partnerje pri najpomembnejših odločitvah o diagnostiki in zdravljenju. Brez soglasja bolnika se lahko odločamo le v primerih neposredne ogroženosti življenja. Seveda v takih primerih na svoja ramena prevzemamo še večjo odgovornost.

Tudi naš zdravstveni sistem že dolgo potrebuje skupinsko obravnavo, kar preneseno pomeni multimodalno zdravljenje. Pričakujemo diagnoze, ki jih bomo razumeli in sprejeli, ter predlog terapije, s katero se bomo strinjali. Ob različnih milijardnih investicijah v državi se nikakor ne bomo strinjali s čakalnimi dobami za srčne operacije, zdravljenje malignih obolenj, obrabljenih kolkov, sivih mren, golš in z nesprejemljivo neenako preskrbljenostjo prebivalstva z družinskimi zdravniki. To je delovanje na robu rezerve, ki si je Slovenci ne zaslužijo.

Rešujmo zdravstvo po načelih medicine: znaki bolezni, diagnostika, diagnoza, terapija. Saj je tako enostavno upoštevati osnovne zakone narave. Da se rak le ne bi prehitro razrasel!

Marko Bitenc

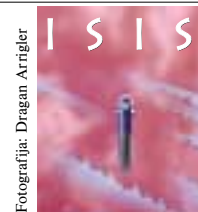


## Uradne ure predsednika Zbornice in članov izvršilnega odbora, generalnega sekretarja, predsednika razsodišča in tožilca

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

## Uradne ure strokovnih služb

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



# Vsebina

<b>uvodnik</b>	Marko Bitenc	• Je naše zdravstvo zbolelo za rakom?	3
<b>novice</b>			4
<b>fotoreportaža</b>	Izidor Kern, Nadja Triller	• Golniški dnevi	24
<b>iz glasil evropskih zbornic</b>	Jiři Hollan	• Kaj je najbolj dragoceno?	
<b>aktualno</b>	Jana Kolman in sodelovci	• Sodelovanje Slovenije v evropskem projektu EARSS - prikaz rezultatov deleža MRSA-izolatov iz hemokultur	30
	Danica Avsec Letonja	• Darovanje organov	34
	Jure Peklar	• Predpisovanje generičnih zdravil slovenskih splošnih zdravnikov in zdravnikov splošne medicine	36
	Miloš Židanik, Suzana Židanik	• Obravnava škodljivega uživanja alkoholnih pijač in odvisnosti od alkohola	40
	Marjan Bilban	• Testiranje na prisotnost alkohola (in/ali drog) v podjetju	44
	Krištof Zevnik, Peter Kadunc	• Digitalna fotografija v medicini in stomatologiji	50
<b>forum</b>	Jurij Fürst	• Recepti za osebno rabo	52
	Matjaž Zwitter	• Vreča gnilega krompirja	53
	Branko Omerzu	• Preprečevanje dela na črno v Sloveniji	56
<b>obvestila</b>	Nives Rožič Vičič	• Ustanovitev Združenja za ambulantno ginekologijo	56
	Jurij Fürst	• Nova lista zdravil	62
	Damjan Kos	• Avtomatično elektronsko obveščanje o novi listi zdravil in drugih elektronskih gradivih Zavoda	65
<b>strokovna srečanja</b>	D. Urlep, D. Mičetić Turk, R. Janša	• Deseti mednarodni simpozij o celiakiji	90
	Živa Novak Antolič	• Poročilo s sestanka izvršnega odbora in sveta EBCOG-a	92
	Uroš Skalerič	• 28. kongres Evropskega združenja za stomatološko izobraževanje (ADEE)	94



*Pomembnosti zdravja in nege ustne votline se marsikdaj zavemo šele, ko je prepozno. Prijazen nasmeh zdravih zob je zagotovo najlepše orožje v vsakdanjem življenju, ki nam ga zobozdravniki s pomočjo sodobnih tehnik lahko vrnejo v polnem sijaju. Na tokratni naslovnici predstavljamo zobni vsadek oziroma zobni implantat. Služi kot nosilec za umetni zob ali kot nosilec za rehabilitacijo brezzobega predela ust (mostiček ali protezo) in omogoča vrnitev širokega nasmeha. Zobje žage simbolno ponazarjajo ponovno opravilno sposobnost človeške ustne votline.*

*Tekst in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer*

	K. Tušek Bunc, S. Židanik	• Fizikalna medicina v ambulanti zdravnika družinske medicine	96
	D. Lonžarič, B. Jesenšek Papež	• Tečaji iz Cyriaxove ortopedske medicine	98
	Milijeva Rener	• Usposabljanje radioloških inženirjev s področja mamografije - I	100
	K. Hertl, M. Rener, M. Senčar	• Usposabljanje radioloških inženirjev s področja mamografije - II	102
	Janja Ahčin	• Paliativna oskrba - izziv medicini	104
	A. Fatur Videtič, M. Teržan	• Biotehnologija in javno zdravje: pričakovanja, koristi in stroški	106
	Martin Rakuša	• Študentje in Dunaj	108
<b>tako mislimo</b>	Andrej Žmitek	• O notranjem in zunanjem ogrodju	110
	Matjaž Kopač	• Razlogi proti kloniranju	112
		• Koliko si res želimo manj delati?	113
	Marinka Kremžar	• Veliki slovar tujk in Slovenski medicinski slovar	114
<b>odmevi</b>	Andrej Žmavec	• Dežurstva v osnovnem zdravstvu	116
	Boštjan Lovšin	• Pavel Gantar: Internet za vse državljane (Delo, 17. 12. 2002) - Ali res?	117
<b>recenzija</b>	Gregor B. E. Jemec	• A. Kansky in sodelavci: Kožne in spolne bolezni	118
<b>nove publikacije</b>	Janko Kersnik	• Zdravje na Gorenjskem	118
	Vida Šušteršič Bregar	• Ahhh, voda "Otroci in voda"	119
	Franc Štolfa	• Dr. Velimir Vulikič: Dr. Milan Dolenc, slovenski veterinar	120
<b>zdravniki v prostem času</b>	Davorin Dajčman	• Lastovo pod kolesarsko čelado	121
<b>s knjižne police</b>	Marjan Kordaš	• Erich Fromm: Človek za sebe	125
<b>personalia</b>		•	126
<b>koledar zdravniških srečanj</b>		•	129
<b>misli in mnenja uredništva</b>	Anton Grad	• Smrt in nesmrtnost	146



91



107



121



# Profesor dr. Leslie Michaels,

zaslužni gostujoči profesor Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

**P**rofeorju Lesliu Michaelsu, zaslužnemu profesorju na Oddelku za histopatologijo na Royal Free & University College London Medical School, je dekan Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, prof. dr. Miha Žargi, dr. med, 3. decembra podelil častni naziv zaslužni gostujoči profesor. Svečano podelitev je pripravil in vodil ceremoniar akademik prof. dr. Marjan Kordaš.

Profesor dr. Leslie Michaels je dolga leta eden vodilnih strokovnjakov na področju patologije glave in vratu. Z več kot 50-letnim uspešnim strokovno-raziskovalnim, pedagoškim in publicističnim delom je skupaj z dr. Vincentom Hyamsom in dr. Johnom Batsakisom najzaslužnejši za vsestranski razvoj in uveljavitev patologije glave in vratu kot posebne veje kirurške patologije.

Rodil se je 24. julija 1925 v Londonu. Študij medicine je končal v Londonu na Westminster Medical School leta 1949. Doktorat znanosti z naslovom "Pathological aspects of pulmonary secretion" je zaključil v Londonu leta 1960 (M.D.) Izredno uspešno akademsko pot patologa je začel na Univerzi v Bristolu (1951-1953) in jo nadaljeval na Univerzi v Manchesteru (1953 - 1957). Za docenta iz predmeta patologija je bil izvoljen leta 1959 na Albert Einstein College of Medicine v New Yorku. Od leta 1961 do 1969 je bil zaposlen kot patolog na Ontario Hospitals v Kanadi. Po povratku na Evropo je delal od 1970 do 1972 kot Senior Lecturer na Institute of Laryngology and Otology, University College London Medical School, kjer je bil leta 1973 izvoljen za rednega profesorja za patologijo. Na tej univerzi je bil med leti 1976 in 1981 tudi dekan. Leta 1990 je bil imenovan za zaslužnega profesorja na Royal Free & University College London Medical School in za častnega patologa konzultanta na Royal National, Throat, Nose & Ear Hospital.

Več kot petdesetletno znanstvenoraziskovalno delo prof. dr. Leslia Michaelsa obsega izjemno obsežen publicistični opus, ki vključuje 7 knjig, posamezna poglavja v 25 knjigah in 187 člankov v revijah, ki jih citira



*Profesor dr. Leslie Michaels na svečani podelitvi naziva zaslužni gostujoči profesor na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani*

"Science citation index". Profesor Michaels je strokovnjak z najširšim znanjem patologije vsega področja glave in vratu, kar je mogoče razbrati v petih knjigah, kjer na izredno didaktičen način, v izbrusenem jezikovnem slogu, sistematično podaja celoten pregled patologije tega področja. V vseh omenjenih knjigah je mogoče zaznati prepletanje avtorjevega izjemnega teoretičnega znanja in bogatih izkušnj iz obsežnega strokovno-raziskovalnega dela. Vse to daje učbenikom patologije glave in vratu še posebno odliko in diagnostično uporabnost.

S posebno zavzetostjo se profesor Michaels že več desetletij poglobljeno ukvarja predvsem s patologijo grla in ušesa. Ti dve ožji področji znanstvenoraziskovalnega dela je predstavil v štirih knjigah. Prav na področju patologije ušesa je že več desetletij nesporno vodilni strokovnjak v svetu. Knjige o ušesni patologiji so izšle pri uglednih založnikih medicinske literature, kot so Springer (London), Kluwer (Dordrecht), Armed For-

ces Institute of Pathology (Washington) in J. Wiley and Sons (London). Vodilna vloga prof. Michaelsa v ušesni patologiji je še posebej vidna v posameznih poglavjih številnih učbenikov patologije. Kar 18 od 25 poglavij je posvetil različnim problemom v ušesni patologiji. Poglavja so objavljena v najvidnejših učbenikih specialne in tumorske patologije, kot so Fletcher: Diagnostic Pathology of Tumors (prva in druga izdaja 1992 in 2000), Damjanov, Linder: Anderson's Pathology, 1995, Sternberg: Diagnostic Surgical Pathology (prva in druga izdaja 1994 in 1999). Vsi ti strokovni učbeniki so najpogosteje uporabljeni diagnostični pripomočki in temelji za podiplomsko izobraževanje patologov in kirurgov. Med ostalimi posameznimi poglavji v knjigah so pomembna tudi tista o predrakavih spremembah in tumorski patologiji v področju glave in vratu ter diagnostičnih metodah za njihovo prepoznavanje.

V Sloveniji sodijo knjige prof. Michaelsa

že več desetletij med temeljne učbenike za specializante in specialiste patologe in otorinolaringologe, kar velja še posebej za prvo in drugo dopolnjeno izdajo knjig "Ear, nose and throat histopathology" (1987, 2001) ter "Pathology of the larynx" (1984), ki sta izšli pri založbi Springer v Londonu.

Strokovno-znanstvene članke z najrazličnejših področij patologije glave in vratu in drugih organskih sistemov objavlja profesor Michaels v številnih najuglednejših strokovno-znanstvenih revijah, med drugim tudi v dveh najprestižnejših, kot sta *Nature* in *Lancet*. Številni prispevki so bili objavljeni v uveljavljenih patoloških, onkoloških, nevroloških in internističnih revijah, kot so: *Hepatopathology*, *Brain*, *Stroke*, *British Medical Journal*, *American Journal of Surgical Pathology*, *Journal of Pathology*, *Cancer*, *American Journal of Cardiology*, *Histopathology* itd. Strokovne in znanstvene prispevke s področja patologije glave in vratu je objavjal v vseh najpomembnejših kliničnih in patoloških revijah s tega področja.

Pomembnost strokovno-znanstvenih publikacij profesorja Michaelsa se objektivno kaže predvsem v izjemni citiranost njegovih del, ki obsega 2.060 citatov v obdobju od 1970 do 2002.

Profesor Leslie Michaels sodeluje z Inštitutom za patologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani od leta 1991 dalje. Prvič je predaval na International Scientific Pathology Meeting "Science for Peace, Collaboration and Liberty" septembra leta 1991 v Ljubljani, ki je zaradi vojne v Sloveniji nadomestil 13. evropski kongres patologov v Ljubljani. Začetek strokovnega sodelovanja z ljubljansko skupino za proučevanje epiteljskih hiperplastičnih sprememb na sluznici grla je uvodnik, ki ga je profesor Michaels napisal za monografijo akademika Vinka Kambiča in prof. Nine Gale "Epithelial Hyperplastic Lesions of the Larynx", ki je izšla pri založbi Elsevier v Amsterdamu leta 1995, in podprl ljubljanski koncept vrednotenja in klasifikacije epiteljskih sprememb sluznice grla. Leta 1996 je pomembno prispeval k uspehu International Conference on Epithelial Hyperplastic Lesions of the Larynx v Ljubljani. Na tej konferenci je skupaj z drugimi najuglednejšimi strokovnjaki z vsega sveta prikazal uporabno vrednost Kambič-Lenartove klasifikacije epiteljskih sprememb na sluznici grla, povezano z napovedjo razvoja bolezni. Na tej konferenci je profesor Michaels postal član Mednarodne delovne skupine za proučevanje epitelij-

skih sprememb na sluznici grla pri Evropskem društvu za patologijo. Skupina se je sestala leta 1997 v Ljubljani in Londonu, kjer so člani, prof. Leslie Michaels, akademik Vinko Kambič, prof. Antonio Cardesa, prof. Henrik Hellquist in prof. Nina Gale, podrobno razčlenili in dopolnili morfološke kriterije razvrstitve epiteljskih sprememb sluznice grla in preimenovali Kambič-Lenartovo klasifikacijo v ljubljansko. Skupina je predstavila dopolnjeno ljubljansko klasifikacijo v dveh odmevnih objavah v revijah *Histopathology* in *Advances in Anatomic Pathology*. Profesor Michaels je eden najzaslužnejših članov Mednarodne delovne skupine, ki so prispevali k mednarodni uveljavitvi izvornih konceptov ljubljanske šole razvrščanja, vrednotenja in zdravljenja predrakavih sprememb na sluznici grla. Prav temu problemu je profesor Michaels namenil tudi v svoji drugi izdaji učbenika "Ear, nose and throat histopathology", ki je izšel pri založbi Springer leta 2001 v Londonu, veliko pozornost in tako pomembno prispeval k uveljavitvi ljubljanske klasifikacije v mednarodnem strokovnem prostoru.

■  
*Nina Gale*

# Podelitev naziva svetnik, višji svetnik

Ob koncu leta je Ministrstvo za zdravje podelilo najvišje strokovne nazive: svetnik in višji svetnik. Brez dvoma se je končalo obdobje količinskega podeljevanja nazivov, saj je sedaj število obeh nazivov omejeno. Naziv svetnik bo v Sloveniji hkrati lahko nosilo le pet odstotkov zdravnikov, naziv višji svetnik zgolj en odstotek. Tokratni prejemniki so čakali na podelitev kar tri leta.

Kot je na podelitvi izjavil minister za zdravje prof. dr. Dušan Keber, naj naziv ne bi pomenil le častne funkcije, temveč naj bi nosilci po svojih najboljših močeh prispevali k dobrobiti slovenskih državljanov na zdravstvenem področju. V prihodnje si bo ministrstvo namreč še bolj prizadevalo, da se bo kakovost zdravstvenega varstva merila po tem, kako dobro je za uporabnike.

Naziv svetnik so prejeli: prof. dr. Staša Kaplan Pavlovčič, dr. med., prof. dr. Marko Snoj, dr. med., prof. dr. Anton Mesec, dr. med., doc. dr. Radko Komadina, dr. med., in asist. mag. Ivan Ferkolj, dr. med.

Naziv višji svetnik so prejeli: prof. dr. Vera Pompe Kirn, dr. med., prof. dr. Rajko Kenda, dr. med., prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., prof. dr. Borut Pust, dr. med., prof. dr. Vane Antolič, dr. med., prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med., in prim. prof. dr. Ivan Krajnc, dr. med.

■

ebn  
Foto: Jolanda Kofol



Skupinska fotografija prejemnikov nazivov: *Rajko Kenda, Anton Mesec, Ivan Krajnc, Dušan Keber, Radko Komadina, Vera Pompe Kirn, Marko Snoj, Staša Kaplan Pavlovčič, Rafael Ponikvar, Ivan Ferkolj, Pavel Poredoš, Borut Pust in Vane Antolič (z leve)*



*Prof. Staša Kaplan Pavlovčič*



*Prof. Marko Snoj*



*Prof. Anton Mesec*





*Doc. dr. Radko Komadina*



*Asist. mag. Ivan Ferkolj*



*Prof. Vera Pompe Kirn*



*Prof. Pavel Poredoš*



*Prof. Vane Antolič*



*Prof. Rafael Ponikvar*



*Prof. Borut Pust*



*Prof. Rajko Kenda*



*Prof. Ivan Krajnc*

Svetovni kongres o bioetiki

# Deklaracija

## Svetovna obljuba dostojanstva človeškemu bitju

**N**a drugem svetovnem kongresu o bioetiki, ki je potekal v Španiji oktobra 2002, so med drugim sprejeli deklaracijo o dostojanstvu človeških bitij. Njen prevod objavljamo v nadaljevanju.

### Opazamo,

da je človeško dostojanstvo kot lastnost ali vrednota, ki je značilna za človeška bitja in iz katere izhajajo druge vrednote in temeljne pravice, priznana v mednarodnih dokumentih ali ga vsebujejo mednarodni dokumenti, kot so:

- Splošna deklaracija o človekovih pravicah (ZN, 10. 12. 1948),
  - Konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin (4. 11. 1950),
  - Evropska socialna listina (18. 10. 1961),
  - Mednarodni pakt o državljskih in političnih pravicah (16. 12. 1966),
  - Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah (16. 12. 1966),
  - Ameriška konvencija o človekovih pravicah (22. 11. 1969),
  - Afriška listina o pravicah človeka in ljudstev (26. 9. 1981),
  - Konvencija o otrokovih pravicah (20. 11. 1989), Arabska listina o človekovih pravicah (15. 9. 1994),
  - deklaracije, pogodbe in protokoli ZN v zvezi z ženskami (1967, 1974, 1977, 1993, 1999),
  - Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino (Svet Evrope, 4. 4. 1997),
  - Splošna deklaracija o človeškem genomu in človekovih pravicah (Unesco, 11. 11. 1997),
  - deklaracije, sporazumi in protokoli, ki so nastali po srečanjih na vrhu v Riu (junij 1992), Kiotu (december 1997), Montrealu (januar 2000) in Johannesburgu (september 2002),
- ali kateri koli taki dokumenti, katerih načela so na splošno vključena v ustave ter pravni in zakoniti red demokratičnih narodov in tudi v
- Mednarodno konvencijo o odpravi

vseh oblik rasne diskriminacije (13. 7. 1967, sprejeto in razglašeno 26. 4. 1968),

- Deklaracijo iz Barcelone: "Človekove pravice do osnovne prehrane" (marec 1992),
- Deklaracijo o bioetiki iz Gijona (I. svetovna konferenca o bioetiki, SIBI, 24. 6. 2000),
- Deklaracijo o bioetiki iz Caracasa (I. ibero-ameriška konferenca o bioetiki, 9. 2. 2001),
- da je popolno dostojanstvo človeškega bitja temeljna pravica vsakega posameznika, ki jo je treba spoštovati in varovati,
- da so v svetu kljub temu dejstvu take norme ali načela mnogo prevečkrat omejena ali celo namenoma kršena, ker niti dostojanstvo človeškega bitja niti pravice, ki iz tega izhajajo, niso priznane v celotnem obsegu,
- da milijoni ljudi trpijo zaradi lakote, pomanjkanja pitne vode in ustreznih bivalnih prostorov, zaradi bolezni (aids je najbolj dramatičen primer), zaradi pomanjkanja, ki je posledica revščine in premalo osnovnih dobrin ali storitev - vse to so nesreče, ki bi jih bilo mogoče enostavno in hitro premagati, pogoji, ki posameznike prisilijo v popolno odvisnost ali jih vodijo v pogubo in smrt, medtem ko družba v izobilju - najmanjši del svetovnega prebivalstva - uživa bogastvo in obilje ter celo uničuje globalne vire,
- narava, biološka raznolikost in okolje prestajajo zaskrbljujoč propad z nenehnim krčenjem zelenih površin, iztrebljanjem živalskih vrst, kopičenjem odpadkov in smeti na kopnem in v morjih, degradacijo zemlje in voda zaradi ravnih globalne onesnaženosti, ne glede na dejstvo, da so to življenjski prostori, viri in kraji duševnega počitka, ki so za človeška bitja bistveni,
- da je nasilje, fizično, psihološko, moral-

no, tehnično ali socialno, nerazumno vedenje, ki je nekulturno in v nasprotju z dostojanstvom človeškega bitja,

- da vojne, oboroženi spopadi, terorizem, politični ali religiozni pregon, prisilna emigracija, napadi na kulturno raznolikost, in predvsem na raznolikost domorodcev, rasizem, sovraštvo do tujcev, izključevanje iz družbe, izkoriščanje in zloraba žensk in otrok, zanemarjanje starejših, propaganda sebičnih ekonomskih interesov in zloraba znanstvene in tehnološke premoči dokazujejo mnoga nasilna in vsakdanja dejanja, ki zadevajo vse sloje in domene človeštva, dejanja, katerih pogostost in intenzivnost vedno bolj narašča in se pogosto izvajajo popolnoma nekaznovano.

### Izjavljamo,

da je posameznikovo in kolektivno dostojanstvo le utvara,

- če ne preprečimo, da milijoni nesrečnih ljudi trpijo zaradi lakote, kronične podhranjenosti in pomanjkanja pitne vode,
- če dopustimo trpljenje milijonov ljudi, ki ga povzročajo bolezni, pogojene z revščino, pomanjkanje hrane in pitne vode in ker nimajo dostopa do osnovnih zdravstvenih storitev,
- če neuspešno širimo idejo, da je vsakdo upravičen do izobrazbe, pravično nagrajenega dela in pravilne informacije na vprašanja, ki ga zadevajo,
- če ne preprečimo diskriminacije oseb in narodov, zlorabe žensk in otrok, zapostavljanja starejših in agresije do kulturnih skupin, njihove identitete in zanje relevantne okolice,
- če dopuščamo ali kakor koli podpiramo rasizem ali sovraštvo do tujcev, ideološko, politično ali kulturno preganjanje ali prisilno emigracijo,
- če ne preprečimo propadanja okolja, narave in samovoljnega izkoreninjanja vrst (biološke raznolikosti),

- če znanosti in tehnologije ne prilagodimo človeku, tako da bosta služili splošnemu interesu človeštva in predvsem v interesu najbolj oškodovanih,
- če bomo za reševanje razlik še naprej uporabljali orožje ali nasilje, namesto da gradimo mostove strpnosti in konstruktivne komunikacije.

## Verjamemo, da

- je le s spoštovanjem in učinkovitim uredničenjem individualnega in kolektivnega človeškega dostojanstva po vsem planetu mogoče doseči mirno življenje, socialno pravico, demokracijo, pluralizem, pravičnost, bratstvo, kulturno raznolikost in ohranjanje narave in jih dokončno ustaliti kot naravne pravice, ki jih kot človeška bitja moramo uživati in posredovati prihodnjim generacijam,
- ima vsaka oseba etično dolžnost, da spodbuja človeško dostojanstvo in prevzame zaščito dostojanstva osebe in tudi dolžnost, da deluje proti njegovim kršitvam in jih naznani,
- je nujno potrebno, da vsaka država čim prej podpiše in ratificira Pogodbo o fitogenetskih virih v zvezi s prehrano in agrikulturo ter spodbuja pravično razdelitev ugodnosti.

## Dajemo

- trdno **obljubo**, da bomo spodbujali
- razvoj vedenja, ki človeško dostojanstvo pojmuje kot splošni temelj za življenje v miru, prostosti, svobodi in avtonomiji, temelj, ki mora biti dediščina za prihodnje generacije,
  - odločno usmeritev v novo svetovno ureditev, ki temelji na vzajemnem sodelovanju, deljeni odgovornosti, pravičnosti in solidarnosti, da se konča beda ljudi, kot je socialna nepravilnost, lakota in revščina, ekonomske nesreče, brezposelnost, kulturno, ideološko ali religiozno zatiranje, nepismenost, socialno izključevanje, oboroženi spopadi, vojne in nasilje,
  - zaščito pravice vsakega človeškega bitja do osnovne prehrane in zdravstvenega varstva, tako da podpremo kakršna koli sredstva, ki bodo zagotovila to pravico in da omogočimo pravičnost dostopa do prednosti, ki jih prinašata znanstveni in tehnološki napredek na področju prehrane in zdravstvenega varstva,
  - zaščito okolja, narave in biološke raznolikosti in osredotočanje na takojšnjo od-

pravo škode, ki je bila doslej storjena tem temeljnim danostim,

- sprejem ukrepov in proaktivno ravnanje - naj bo individualno, kolektivno, družbeno ali politično - ki je potrebno, da se končajo vse različne oblike nasilja in vzpostavi učinkovito spoštovanje dostojanstva človeških bitij kot nastajajoča nova kultura, ki je neodtujljiva,
- nujen poziv vladam, da takoj izvršijo - brez kakršnih koli opravičil - ukrepe in dejanja, ki so potrebna, da bo ta obljuba učinkovita,
- širite te obljube na vse možne načine širjenja, zlasti preko odborov in/ali nacionalnih komisij za bioetiko, med vse prebivalstvo na planetu in zahtevo, da se upošteva in izvrši. ■

Gijon (Španija), 4. oktober 2002  
II. konferenca o bioetiki

## VZAJEMNA SLOVENSKIM PORODNIŠNICAM PODARJA FOTOTERAPIJSKE LUČI ZA ZDRAVLJENJE ZLATENICE

Vzajemna zdravstvena zavarovalnica je v sklopu donatorske akcije Lučke za naše ljubčke vsem slovenskim porodnišnicam podarila 14 svetilk za fototerapijo, ki se uporabljajo za zdravljenje zlatenice pri novorojenčkih. Naložba, vredna 10 milijonov tolarjev, je le ena izmed mnogih v nizu donatorskih dejavnosti te največje slovenske zavarovalnice za prostovoljna zdravstvena zavarovanja, s katerimi si prizadeva izboljšati raven medicinskih storitev in zdravstvene varnosti Slovencev. V Vzajemni so se odločili, da bodo z donacijo sodobnih tehnoloških luči pomagali porodnišnicam, da bodo lažje zdravile nedonošenčke in novorojenčke ter jih obvarovale pred zlatenico. Zlatenica je pri novorojenčkih zelo pogost pojav, ki se pojavi pri skoraj polovici novorojenih otrok.

Že v letu 2000 je Vzajemna osmim zdravstvenim domovom, domu upokojenec Celje in Onkološkemu inštitutu Ljubljana podarila deset defilibratorjev. ■

## NA SPLET NAMESTO V AMBULANTO

Rezultati obsežne raziskave, ki so jo med prebivalstvom zvezne države na novi celini izvedli strokovnjaki za raziskavo javnega mnenja, pričajo, da postaja "Cyber Doctor" vse bolj obetaven in priljubljen, zaupanja vreden zaveznik, zavetnik, pomočnik, zlasti pa svetovalec modernega človeka. Američani so navdušeni nad virtualnim zdravnikom predvsem zato, ker je vedno dosegljiv, veliko bolj izobražen in razgledan od klasičnega zdravnika, ima na voljo dovolj časa, podatkov in virov informacij, je potrpežljiv in prijazen do pacienta - slednji ga poišče in se od njega poslovi, kadar in kakor sam hoče, obenem pa je tudi cenejši in veliko bolj eksperimentalen. Kadar ga ne potrebuješ, ga preprosto izključiš. Podobne prednosti virtualnega zdravnika v zadnjih letih začenjajo vse bolj ceniti tudi uporabniki zdravstvenih storitev na stari celini. Njegova velika prednost je tudi v tem, da mimogrede prosvetljuje, vzgaja in navdušuje za zdravo življenje, na da bi zato zahteval ogromen proračuna za izvajanje preventivne dejavnosti. Kljub naštetim prednostim virtualnega zdravnika pa se klasični, realni medicini vsaj zaenkrat še ni treba bati, da bi izgubila pomen v tekmi s porajajočo se konkurenco. Gotovo pa bosta, upoštevajoč aktualne razmere, oba tipa "zdravnikov" odslej gotovo posvetila več pozornosti svojim primerjalnim in konkurenčnim prednostim. K slednjim nedvomno sodi tudi človeška toplina, razumevanje in sočutje - naštete elemente v skladu s številnimi raziskavami v razvitem svetu uporabniki najbolj pogrešajo pri svojem zdravniku iz mesa in kosti - tradicionalnemu, klasičnemu zdravniku. Prvi obiski pri virtualnem zdravniku so se začeli v 90. letih. Leta 1996 je može v belem v virtualni ordinaciji samo v ZDA obiskalo kar 7,8 milijonov odraslih Američanov, dve leti kasneje je njihovo število naraslo na 22 milijonov, v letu 2000 pa je bilo klikov z miško na naslovih spletnih zdravnikov že več kot 34 milijonov. In kakšno prihodnost napovedujejo strokovnjaki in poznavalci virtualnemu zdravljenju? V naslednjih letih naj bi še okrepilo svojo vlogo in povečalo svoj tržni delež, tako da bi do leta 2005 v razvitem svetu predstavljalo posel, vreden najmanj dve milijardi ameriških zelencev. ■

nm

Vir: CNN



## ZDRAVNIKI IN DELOHOLIZEM

**R**ežultati raziskav o dolžini delovnega časa v zahodni Evropi in v ZDA pričajo, da sodijo zdravniki med deloholike oziroma med profile, ki največ časa prebijejo na delovnem mestu. Tudi kadar niso v službi, so v stalni pripravljenosti ("latentno dežurstvo"), na obiskih pri bolnikih, na izobraževanju ali pa doma sedijo pri knjigi in študirajo oziroma brskajo za najnovejšimi podatki in informacijami po svetovnem spletu. Večina zdravnikov v pisanem delovnem ritmu uživa oziroma vsaj nima nič proti njemu - dokler se prostovoljno odloča zanj. Čim pa je vmes prisila in administrativno podaljševanje ali krajšanje delovnega časa in birokratsko pospeševanje ali zaviranja "deloholizma", se pojavi negotovanje in odpor. Zdravnik kot suvereni strokovnjak in individualist (sposoben in pripravljen za skupinsko delo in sodelovanje) si je zmožen in pripravljen sam oblikovati svoj delovni ritem in uravnati dolžino delovnega časa po lastni presoji. Neizpodbitno dejstvo, ki je pred časom že streznilo nemško ministrico za zdravstvo, je ta trenutek aktualno tudi v Sloveniji. ■

nm

Vir: Quelle

## PROFESIONALNI STRES

**K**ateri poklici so po najnovejših statističnih podatkih najbolj ogroženi, da zapadejo v psihični stres zaradi pomanjkanja naklonjenosti in posledične nemilosti svoje najbližje okolice?

Učitelji in vzgojitelji, policisti, zdravniki, najnujnejše medicinske pomoči, družinski zdravniki in zobozdravniki, najrazličnejši svetovalci in umetniki. Kakšen je davek, ki ga naštetih poklici plačujejo zaradi preobremenjenosti in stresa na delovnem mestu, bo morala znanost še ugotoviti s poglobljenimi raziskavami na prostovoljcih. Ena takih raziskav bo v letu 2003 stekla na Japonskem. ■

nm

Vir: US Today

## RECEPT ZA VODENJE

**U**spešen menedžment v zdravstvu naj bi po mnenju poznavalcev na pragu 21. stoletja temeljil na t. i. "poslovni demokraciji". Čeprav je demokracija v poslu in karieri na področju zdravstva danes pisana z veliko začetnico, ne predstavlja vedno najboljšo rešitve. Eden največjih teoretikov in praktikov modernega menedžmenta, ameriški strokovnjak izraelskega porekla Ichak Adizes, je na svojem predavanju za ameriške menedžerje v zdravstvu izjavil, da je za sodobno menedžersko vodenje potrebna nekakšna "demokracija" (posrečena mešanica vseodrešujoče demokracije in manj priljubljene, vendar pogosto nujne in neizogibne diktature) - demokracija pri oblikovanju, izbiri in sprejemanju odločitev, diktatura pri njihovem uvajanju, izvajanju in uresničevanju. Bistveno za zagotavljanje uspešnosti in učinkovitosti je predvsem odprto, demokratično oblikovanje odločitev, njihovo izvrševanje pa mora biti strogo, načelno in brezkompromisno. Popolna demokracija je pogosto neprimerna iz dveh razlogov:

1. ljudje povečini zanjo (še) niso dovolj zreli in nad seboj potrebujejo vsaj kanček stroge avtoritete (če ne celo prisile);
2. zelo rada se sprevrže v nespodbudni in nevarni "laissez faire".

Po profesorjevem mnenju so dobri menedžerji predvsem uspešnejši, ki v sebi združujejo štiri temeljne sposobnosti (igrajo 4 ključne vloge):

1. znajo zadovoljiti (pridobiti in ohraniti) kupce in uporabnike - vloga samotnega jezdeca,
2. znajo upravljati v skladu s črko zakona - vloga birokrata,
3. so podjetni in prodorni - vloga zažigalca in navduševalca,
4. znajo združevati in povezovati ljudi v svoji ekipi ("spolzke ribe," oportuniste, ki so prilagodljivi, neukrotljivi, nepredvidljivi in neulovljivi hkrati) - vloga integratorja. ■

nm

Vir: Washington Post

## PRAVA KRIZA ZDRAVSTVA

### "Kdaj je zdravstvo v krizi?"

Zgornje vprašanje je udeležencem zastavila skupina japonskih zdravnikov na decembrskem posvetovanju v Jokohami. Udeleženci posvetovanja z vseh celin, med katerimi so prevladovali zdravniki in strokovnjaki, povezani z zdravstvom, iz Japonske in Azije nasploh, ZDA, Kanade in Avstralije, ki so na strokovnem srečanju predstavili svoje vizije in konkretna prizadevanja za izoblikovanje in vzpostavljanje oziroma ohranjanje čim bolj stabilnega, perspektivnega in učinkovitega sistema zdravstvenega varstva. Na vprašanje o pravem obrazu krize zdravstva so gostitelji dobili številne odgovore, ki so jih ob koncu strnili na en sam skupni imenovalec: Zdravstvo je v krizi tedaj, ko mu uporabniki ne zaupajo več in se ga zato tudi izogibajo, zdravniki in njihovi sodelavci pa se začnejo pospešeno ukvarjati z vprašanjem: "Zakaj ljudje ne 'naročajo in ne kupujejo' več njihovih storitev?" ■

nm

Vir: UPI

## SAMOZDRAVLJENJE - IZID ŽREBANJA PRISPELJIH ANKET

**N**ovembra 2002 so bile reviji Isis priložene ankete podjetja Lek d.d., s katerim so želeli pridobiti mnenja zdravnikov o samozdravljenju. Vsem, ki bi vrnili izpolnjen vprašalnik, so obljubili udeležbo v nagradnem žrebanju, s katerim bi trem anketirancem omogočili udeležbo na 9. konferenci evropskega združenja za splošno/družinsko medicino - WONCA EUROPE 2003, ki bo od 18. do 21. junija 2002 v Ljubljani. Tako se je 6. januarja 2003 sestala komisija in v sestavi Mojca Slana, dipl. oec., mag. Gregor Lipovšek, dipl. ing. kem., mag. Natalija Ulaga, mag. farm., in Tamara Killer, mag. farm., izžrebala tri nagrajence. Brezplačno se bodo konference WONCA EUROPE 2003 udeležile: Nuša Čede, dr. med., Dora Jeler, dr. med., in Silveli Bogataj Premern, dr. med. ■



## POMEMBNA VREDNOTA

Strokovnjaki Gallupovega inštituta ugotavljajo, da imajo intelektualci delo praviloma za vrednoto in jim pravica do dela pomeni veliko več kot le možnost za preživetje. Raziskave med zdravniki v Veliki Britaniji so pokazale, da vse to v največji meri velja tudi za tamkajšnje zdravnike. Odnos do dela se je v zgodovini sicer spreminjal, vendar pa anali pričajo, da je bilo delo za človeštvo že od nekdaj pomembno, morda celo vrednota. Tako sta se pri zdravniških delo in zaposlitev v preteklem 20. stoletju (pa tudi sedaj, na pragu 21. stoletja) vedno nahajala na samem vrhu razvrstitvene lestvice najpomembnejših elementov oziroma tik pod njim. Delu ob bok so na tovrstnih top lestvicah vrednot stopali tudi denar, socialno in materialno blagostanje - entitete, te so povezane z delom in ustvarjanjem.

Novejše raziskave na tem področju pričajo, da imajo najbolj resen, zavzet, institucionalen, brezkompromisen in strog odnos do dela še vedno zdravniki in ostali intelektualci v deželi vzhajajočega sonca in v Singapuru, sledijo pa jim države stare celine, kot so Švica, Luksemburg in Skandinavija (na daljnem severu je delo sicer pomembna vrednota, vendar je odnos do njega veliko bolj sproščen in oseben kot na Japonskem ali v Švici). Delo in ustvarjalnost postavljajo na piedestal tudi v ZDA in Kanadi, pa v Nemčiji, Lichtensteinu, Avstriji... Po ugotovitvah poznavalcev se odnos do dela in poklicnih obveznosti zahvaljujoč kulturnim, sociološkim, vzgojno-izobraževalnim, pa tudi gospodarskim razmeram še vedno dokaj značilno razlikuje med severom (bolj zavzet, resen in nepopustljiv) in jugom (bolj sproščen in lahkoten), pa tudi med vzhodom (delo predvsem kot obveznost, naloga in dolžnost) in zahodom (delo kot vrednota, čast, možnost in priložnost - nepogrešljiva sestavina uspešnega, perspektivnega življe-

nja). Slovenija je glede odnosa do dela neke v zlati sredini - med najbolj zavzetimi in najbolj ravnodušnimi narodi. Maksimalno sproščen in ravnodušen odnos do dela še vedno vlada v številnih nerazvitih državah, pa tudi v obmorskih in ostalih predelih z napornejšo, toplejšo klimo.

Za piko na i še tole: delati je sicer pomembno in potrebno, še pomembnejše pa je nekaj narediti in ustvariti. Pri objektivnem ocenjevanju in realnem vrednotenju dela (tudi v zdravstvu) je namreč ključna ustvarjena dodana vrednost. Zadovoljstvo in navdušenje pa na tem področju še naprej ostajata subjektivna elementa, čeprav so ju britanski zdravniki uvrstili na sam vrh svoje prednostne lestvice - takoj za denarjem.

nm

Vir: Eurostat in BBC

## MEDNARODNI PODIPLOMSKI TEČAJI IZ MEDICINE

Izraelska Sackler Faculty of Medicine v Tel Avivu nudi mednarodne podiplomske tečaje s področja alergologije, nevrologije, anesteziologije, nevrokirurgije, kardiologije, nuklearne medicine, klinične genetike s citogenetiko, porodništva, ginekologije, dermatologije, urgentne medicine, onkologije, endokrinologije, oftalmologije, družinske medicine, ortopedske kirurgije, gastroenterologije, geriatrije, patologije, pediatrije, imunologije, pulmologije, infekcijskih bolezni, radiologije, intenzivne medicine, rehabilitacije, revmatologije, neonatologije, urologije in nefrologije.

Za prijavo je potrebno odlično znanje angleščine. Več informacij in prijavnice najdete na spletnem naslovu: [www.mfa.gov.il/mfa/go.asp?MFAH02050](http://www.mfa.gov.il/mfa/go.asp?MFAH02050)

## ZDRAVNIKI : ODVETNIKI = 0 : 0

Zdravniki in odvetniki veljajo za največje nasprotnike, ne le v ZDA, marveč tudi marsikje na stari celini, pa v Avstraliji, Kanadi in še marsikje. Odvetniki, ki se zahvaljujoč svojim astronomskim honorarjem na lestvici prihodkov nahajaj pred zdravniki, v ZDA že od nekdaj veljajo za največje sovražnike zdravnikov. Vse pogostejši spori med zdravniki in uporabniki zdravstvenih storitev v zadnjem času pospešeno polnijo tudi mošnjičke odvetnikov na Otoku. Rezultati najnovejše britanske študije, v kateri so zavarovalniški strokovnjaki vzeli pod drobnogled 50 najbolj odmevnih procesov proti zdravnikom na tamkajšnjih tleh, so pokazali, da bi se številnim nespornostim in sporom, ki se pogosto končajo na sodišču, lahko izognili oziroma jih rešili na bolj spodbuden način, z izboljšanjem medosebnih odnosov na treh ravneh: zdravnik - bolnik, zdravnik - ostalo zdravstveno osebje in bolnik - ostalo zdravstveno osebje. Zdravniki, ponudniki in izvajalci zdravstvenih storitev v ZDA in na Otoku se pogosto počutijo, kot bi bili pod drobnogledom uporabnikov, ti pa so prepričani, da jih zdravniki obravnavajo preveč mehansko, rutinsko, brezbrizno in brezosebno. V zvezi s tem so medicinski in pravni strokovnjaki na novi celini prepričani, da bi bilo manj napak, predvsem pa manj tožb in sodnih procesov, če bi uspeli doseči bolj sproščene, interaktivne in zaupanja polne odnose med zdravnikom in bolnikom ter ostalim zdravstvenim osebjem. V primeru napake ali spodrsjlaja bi glavnini britanskih bolnikov in njihovim svojcem veliko pomenilo že to, da bi se jim vpleteni zdravnik in/ali predstojnik oddelka oziroma zdravstvene ustanove osebno opravičil in jih prosil za razumevanje (potrpljenje in uvidevnost). Mnogi bolniki se po nasvet in pomoč k odvetniku za tečejo tudi in predvsem zaradi užaljenega ponosa in ranjenega ega.

nm

Vir: Independent

**Komisija za mlade zdravnike pri  
Zdravniški zbornici Slovenije na internetu:**

<http://kakovost.mf.uni-lj.si/mladi/>

# *Nove* LICENČNE LISTINE *Zdravniške zbornice Slovenije*

*Posodobljen način izdajanja  
licenčnih listin*

Zdravniška zbornica se je odločila, da bo posodobila svoje poslovanje, zato je predvidela nov način izdajanja licenčne listine. Izdajo in podaljševanje licence za delo bodo urejale uredbe, izdane v upravnem postopku, slavnostno licenčno listino pa bo vsak član praviloma prejel le enkrat. Drugače kot do sedaj, ko je novo listino prejel v vsakem sedemletnem licenčnem obdobju. Novo listino bo prejel le, ko se bo spremenil kateri od podatkov, vpisanih na njej: osebni podatki, pridobljeni akademski ali strokovni nazivi in podobno. Novost so sprejeli poslanci skupščine Zbornice na 38. redni seji, marca 2002, velja pa od 1. junija 2002. Zbornica bo s tem prihranila sredstva za obnavljanje svečanih listin ter denar raje namenila za druge naloge v dobrobit svojih članov.

*Licenčna listina z zlatim grbom*

Vsaka licenčna listina bo torej dokument, ki ga boste praviloma prejeli le enkrat v življenju. Ob tem je iz zdravniških vrst prispela pobuda, da bi članom omogočili, listini dodati poleg formalno-pravnega tudi slovesno obeležje. Zbornica je ob svoji deseti obletnici dobila svoj znak-grb, iz katerega je izšla zamisel nove razpoznavne grafične podobe licenčnih listin. Znak-grb se navezuje tako na bogato dediščino družbe učenjakov, kjer so bili vidni člani takratni slovenski zdravniki, kot na pravadno antično Eskulapovo izročilo. Slovesnost smo listini namenili s posebno opremo, ekskluzivnim odkovkom znaka-grba v primernem okvirju.

Po vzoru zbornic z mnogo daljšim stažem, kot ga ima slovenska, je dodatna oprema odločitev vsakega posameznika. Zbornica je sklenila dogovor o uporabi znaka-grba, kjer je zunanjega izvajalca tudi zavezala, da so v ceni dodatne opreme všteti le materialni stroški in DDV, brez vseh provizij.



# Naročilnica

Naročam (označite s križcem v kvadratku)

- A** - licenčna listina (brezplačna)
- B** - licenčna listina z zlatim grbom  
Po ceni (vključno z DDV) 19.200,00 SIT
- C** - licenčna listina z zlatim grbom  
v kompoziciji umetniške kreacije iz emajla  
Po ceni (vključno z DDV) 39.800,00 SIT

Podatki o imetniku licenčne listine

\_\_\_\_\_ (ime)

\_\_\_\_\_ (priimek)

\_\_\_\_\_ (naslov)

V primeru, da ste se odločili za varianto **B** ali **C**  
vpišite točne podatke plačnika

\_\_\_\_\_ (naziv)

\_\_\_\_\_ (ulica)

\_\_\_\_\_ (kraj)      \_\_\_\_\_ (pošta)

\_\_\_\_\_ (davčna številka)

\_\_\_\_\_ (žig podjetja)

V kolikor ste se odločili za izvedbo B ali C, boste po naročilu prejeli račun od izvajalca (Studio LAN d.o.o., Koper).  
Po plačilu računa bo v 15 dneh listina dostavljena na sedež Zdravniške zbornice Slovenije v Ljubljani, kjer jo boste lahko prevzeli.

Naročilnico pošljite na naslov:  
**Zdravniška zbornica Slovenije,**  
**Dalmatinova 10, p.p. 1630, 1001 Ljubljana.**



**Licenčna listina (A)**

Velikost je 21 x 29,7 cm



**Listina z zlatim grbom (B)**

Cena za kos (vključno z DDV)  
je 19.200,00 SIT

- listina je pritrjena na **žametni** podlagi
- pod listino je nameščen **pozlačen (24 karat)** znak-grb
- celotna kompozicija je v **paspartuju**
- uokvirjena je v okvirju zlate barve
- prekrita je z antirefleksnim steklom
- pakirana je v zaščitni embalaži iz valovite lepenke
- velikost je 35 x 52 cm



**Listina z zlatim grbom v kompoziciji umetniške kreacije iz emajla (C)**

Cena za kos (vključno z DDV)  
je 39.800,00 SIT.

- Listina v tej izvedbi je večje dimenzije (42,5 x 64,5 cm) in je poleg osnovne dekorativne izvedbe (kot pri B) dodatno likovno opremljena:
- pozlačen (24 karat) znak-grb je v kompoziciji ročno oblikovane **umetniške kreacije iz emajla**
  - **celotna** kompozicija je v **slip** paspartuju in v **razkošnem okvirju** zlate barve



# Sporazumevanje v urgentni medicini

**P**rizadevni organizatorji z Goriškega so konec novembra 2002 pripravili sedmi regijski seminar o urgentni medicini, tokrat s temo "Sporazumevanje v urgentni medicini". Kot je že tradicionalno na srečanjih iz urgentne medicine, je bil tudi tokrat odziv slušateljev izjemen, saj je bila dvorana v novogoriškem hotelu Perla oba dneva srečanja, tako na predavanjih kot na delavnicah, polno zasedena. Kulturnemu pozdravu violinista Marka Kodelje in kontrabasista Vinka Popita je sledil strokovni del srečanja.

Uvodoma ga je predstavila Damijana Šinigoj, dr. med., ki je pojasnila, zakaj so se odločili za temo sporazumevanja. Menila je, da je dobra komunikacija med zdravnikom, bolnikom in njegovimi svojci ne le temelj uspešnega zdravljenja, temveč prispeva tudi k manj stresnemu doživljanju bolezni, hitrejšemu okrevanju in večji zadovoljnosti bolnika. V predavanju je podrobneje predstavila tudi organiziranost nujne medicinske pomoči na Goriškem. Steber tvori Zdravstveni dom Nova Gorica z ambulantami, reševalno postajo, prehospitalno enoto in ambulanto za nujno medicinsko pomoč, seveda ob pomoči zdravstvenih postaj in dobrem sodelovanju tako z bolnišnico v Šempetru kot italijanskimi kolegi v stari Gorici. Slednje je še kako potrebno, saj se zaradi igralniškega turizma prebivalstvo Nove Gorice

vsako noč poveča za 3.000 do 6.000 italijanskih obiskovalcev. Goriška je prostorsko raznolika in razvejana, cestne povezave so neredko težavne, kljub temu je povprečni odzivni čas med desetimi in dvanajstimi minutami, kar je glede na dejstvo, da je do najbolj oddaljenih vasi v njihovi pristojnosti kar 45 km, zelo dober dosežek. Kot vso urgentno medicino, jih tare pomanjkanje sredstev, vendar so v preteklih letih kljub temu negovali izobraževanje vseh sodelavcev v nujni medicinski pomoči ter sodelovanje z drugimi službami za reševanje v regiji. V kolikor so jim finance omogočale, so tudi izboljševali materialne pogoje dela.

Predsednik Združenja za urgentno medicino, spec. akad. st. Andrej Bručan, je v svojem predavanju izčrpno predstavil nujno medicinsko pomoč v Sloveniji, delovanje združenja ter namen in cilj regijskih srečanj. Urgentna medicina je pred leti odločno stopila na pot potrebne reorganizacije, prebrodila je že številne težave, včasih pa se vendarle zdi, da jo najtežje šele čaka. Pred sedmimi leti so pričeli organizirati regijske seminarje, da bi ugotovili dejansko stanje v posamezni regiji ter nudili možnost regionalnim organizatorjem, da predstavijo svoje probleme širši strokovni javnosti. Manjka le še nekaj seminarjev in urgentna medicina bo razpolagala s podrobnim stanjem nujne medicinske pomoči v Sloveniji. Seve



*Zbornik regijskega seminarja je uredila Damijana Šinigoj, dr. med., založil in izdal pa Zdravstveni dom - osnovno varstvo Nova Gorica.*



*Del organizatorjev in predavateljev na sedmem regijskem seminarju o urgentni medicini*



*Polna dvorana novogoriškega hotela Perla*





**Učna delavnica imobilizacija otroka**

da vsakokratnemu pregledu stanja na terenu sledijo analize in predlogi za ukrepe ter redno spremljanje doseženega tako v regiji kot na ravni države. Zelo pomembno za službo nujne medicinske pomoči je sodelovanje predbolnišnične enote z bolnišnico, ki sedaj dobro poteka v Ljubljani, Mariboru in Ce-

lju, drugje so razmere slabše. Bolj podrobno bo dejansko povezanost predbolnišničnih enot z bolnišnično urgenco na posameznih področjih pokazala anketa, ki jo prav sedaj izvaja združenje. Največji problem predbolnišnične urgence je zagotovo neurejeno financiranje opreme in prostorov, ki je na-

stalo zaradi izpada enega stavka iz pravilnika o delovanju in financiranju urgentne medicine. Združenje si bo še naprej prizadevalo, da bo urgentna medicina v Sloveniji pridobila ustrezne kadrovske, finančne in materialne pogoje za delovanje na evropski ravni.

Podrobneje je predstavil delovanje službe nujne medicinske pomoči regiji Friuli-Venezia-Giulia dr. L. Silvestri iz oddelka za nujno medicinsko pomoč bolnišnice v Gorici. Regija je za slovenske razmere zelo velika, saj vanjo gravitira 1.200.000 prebivalcev (kar jo uvršča med eno manjših italijanskih regij). Zato je seveda razumljivo, da neposredne regijske primerjave niso mogoče. Zanimive pa so bile njihove izkušnje ter analize potrebnih izboljšav. Na prvem mestu je znižanje smrtnosti, sledi poenotenje ravni bolnišnic, znižanje časa do primerne terapije, zagotoviti čimbolj ustrezno nujno pomoč (napotiti čimbolj ustrezno ekipo glede na vrsto poškodb), zagotoviti kontinuirano obravnavo kritično bolnih pacientov zunaj bolnišnice in v bolnišnici, izboljšati informacijski sistem, izobraževanje in usposabljanje.

Splošnemu delu je nato sledil sporazumevalni del, v katerem so bili z različnih zornih kotov obdelani različni pristopi in izkušnje s komunikacijo. Tako med zdravnikom in pacientom, svojci, mediji, zdravniki med seboj, zdravstvenim domom in bolnišnico, zdravniki in posameznimi skupinami pacientov. Ob srečanju je izšel odličen zbornik, "Sporazumevanje v urgentni medicini", kjer so zbrani prispevki predavateljev.

Dobro so bile obiskane tudi delavnice, kjer so prisotni lahko izbirali med: Balintovimi skupinami, pogovorom z mediji, temeljnimi in nadaljnjimi postopki oživljanja, vzpostavitev dihalne poti, motnjami ritma in imobilizacijo otroka.

Elizabetha Bobnar Najžer



**Učna delavnica pogovor z mediji**

# Golniški dnevi

Izidor Kern, Nadja Triller

Lani oktobra smo v okviru **Golniških dnevov** združili odprtje obnovljenih garsonjer in oddelka za intenzivno nego z **Mednarodnim strokovnim srečanjem respiratornih endoskopistov**. Tema

strokovnega srečanja ni bila izbrana naključno. Pred petdesetimi leti sta prof. Ivo Drinkovič in akademik prof. Stevo Goldman na Golniku začela z bronhoskopijami. Vpeljala sta novo diagnostično metodo, ki je v se-

demdesetih letih doživela velik razcvet in danes predstavlja eno najpomembnejših diagnostičnih in terapevtskih invazivnih pneumoloških metod. Tridnevno mednarodno srečanje delovne skupine respiratorne endo-



*Prof. Sutedja je vodil delavnico o avtofluorescenčni bronhoskopiji (foto: Tone Lovšin).*



*Prof. Becker je učil udeležence o endobronhialnem ultrazvoku (foto: Tone Lovšin).*



*Prof. Andrej Debeljak in prim. Sašo Letonja pri rigidni bronhoskopiji (foto: Tone Lovšin).*



*Damjan Eržen prikazuje tehniko odstranjevanja tujkov (foto: Tone Lovšin).*



**Katarina Osolnik in Peter Kecelj sta pripravila delavnico o biopsijskih tehnikah in bronhoskopski igelni aspiraciji (foto: Tone Lovšin).**



**Stanko Vidmar v sproščenem pogovoru z udeleženci delavnice med odmorom (foto: Tone Lovšin)**

skopije je potekalo na Golniku in Brdu pri Kranju. Dejansko sta vzporedno potekali dve srečanja: eno namenjeno asistentom pri bronhoskopiji, medicinskim sestram, in drugo zdravnikom bronhoskopistom. Na srečanju so sodelovali tudi tuji udeleženci, največ iz držav, nastalih na ozemlju nekdanje Jugoslavije.

Začelo se je z učnimi delavnicami, kjer se je 30 udeležencev dejavno učilo odstranjevanja tujkov iz dihalnih poti, biopsijskih teh-

nik in bronhoskopske igelne aspiracije, avtofluorescenčne bronhoskopije, endobronhialnega ultrazvoka ter rigidne bronhoskopije in vstavljanja stentov. Med učitelji sta bila dva svetovno znana strokovnjaka, prof. Becker iz Heidelberga in prof. Sutedja iz Amsterdama. Pri izvedbi delavnic so pomagali predvsem znani proizvajalci z opremo. Pri anesteziji prašičkov, ki so bili modeli na dveh delavnicah, so sodelovali tudi veterinarji. Generalni sponzor je bil Olympus.

Slovesnost ob odprtju je bila pripravljena v protokolarnem objektu Brdo. Ob tej priložnosti smo se spomnili kolegov, učiteljev, ki so pred pol stoletja v skromnih pogojih opravili prve korake na področju respiratorne endoskopije. Začetnikom bronhoskopije, prvim učiteljem te diagnostične metode, so podelili priznanja Bolnišnice Golnik. Posmrtno so jih prejeli sestra Verica Božinovič, prof. Stevo Goldman in prof. Ivo Drinkovič. S ponosom so bila priznanja po



**Tradicionalno vez je na glasbenem področju uprizorila skupina Vruja (foto: Janez Misson).**



**Vodja intenzivnega oddelka Igor Drinovec s sodelavci pri odprtju prenovljenih prostorov (foto: Janez Misson)**





Svečano vzdušje v gradu na Brdu (foto: Janez Misson)



Med dobitniki priznanj sta bila prim. Judita Mešič in prim. Leon Fink (foto: Janez Misson).

deljena osebno prim. Juditi Mešičevi in prim. Leonu Finku. Ob zvokih istrske tradicionalne glasbe skupine Vruja so se srečale vsaj tri generacije učiteljev in učencev, ki uspešno nadaljujejo delo in pripravljajo mednarodni tečaj respiratorne endoskopije tudi za letošnjo jesen.

Naslednja dva dneva sta bila posvečena predavanjem in razpravi ob posterjih. Predavanja so bila usmerjena v teoretične osnove, novosti in predstavitev izkušenj na področju bronhoskopije. Prof. Becker je razpravjal o vlogi endobronhialnega ultrazvoka v diagnostiki pljučnih bolezni. Prof. Sutetja je s pomenom avtofluorescenčne bronhoskopije usmeril pozornost k zgodnjemu odkrivanju pljučnega raka in možnostim zdravljenja le-tega. Predstavil je različne tehnike in pristope interventne bronhoskopije. Oba profesorja imata na področjih, ki sta jih praktično in teoretično predstavila, zelo bogate izkušnje, saj sta bila neposredno vključena v razvoj teh metod, ki so danes na

področju respiratorne endoskopije širše dostopne. Domači avtorji so prikazali vlogo bronhoskopije v zamejevanju pljučnega raka, uspešnost diagnostičnih postopkov pri perifernih pljučnih tumorjih, pomen bronhoalveolarnega izpirka in pregledovanja bronhoskopskih biopsijskih vzorcev v obravnavi intersticijskih pljučnih bolezni, uporabnost invazivnih preiskav v diagnostiki pljučnic, bronhoskopsko diagnostiko tuberkuloze, ugotavljanje odpornosti proti citostatikom pri drobnoceličnem pljučnem raku ter spregovorili o mestu bronhoskopije na kirurškem področju, pri otrocih in na intenzivnem oddelku. V zadnjem dopoldnevu je stekla zelo živahna razprava ob predstavitvi prispevkov na posterjih. Kratke povzetke so pripravili predsedujoči in sledila so vprašanja in odgovori z izmenjavo izkušenj prisotnih v dvorani.

Golniški dnevi so bili v nadaljevanju zelo veseli za zaposlene in predvsem za bolnike. V Bolnišnici Golnik so bila lani v polnem

teku obsežna prenovitvena dela. Potem ko smo v preteklih letih uspeli prenoviti in posodobiti bolnišnične laboratorije in diagnostične enote, smo pričeli s prenavljanjem bolniških oddelkov. S tem želimo dvigniti bivanjski standard bolnikov in jim ponuditi prijaznejše okolje. To je povezano tudi z izboljšanjem delovnih razmer za izvajanje zdravstvene nege in medicinskih aktivnosti. Velika pridobitev za vse je prenovljen in posodobljen oddelek za intenzivno terapijo in nego. Pomembna novost so garsonjere, enoposteljne sobe, namenjene nadstandardni ponudbi bolnikom in njihovim svojcem. O Golniških dnevih in pridobitvah za bolnike smo spregovorili na srečanju z novinarji.

Pripravljajo se že Golniški dnevi 2003, o katerih boste obveščeni na rumenih straneh. Tema letošnjega strokovnega simpozija bo pljučna funkcija. Organiziran bo tudi tečaj respiratorne endoskopije.

*Spletna stran Zdravniške zbornice Slovenije*

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



# Kaj je najbolj dragoceno?

Vzhodne dežele Zvezne republike Nemčije imajo velik primanjkljaj zdravnikov. Za to sta dva vzroka: prvi vzrok je regionalni, drugi pa velja za celotno Nemčijo. Regionalni vzrok so za 30 odstotkov nižje plače zdravnikov v deželah, ki so bile prej sestavni del NDR. V preteklih 12 letih so zdravniki počasi in vztrajno odhajali od tod na "boljše".

Drugi vzrok je značilen ne le za Nemčijo, ampak tudi za večino ostalih razvitih držav. Mlada generacija izgublja interes za zahteven in slabo plačan zdravniški poklic, katerega privlačnost je, v primerjavi z drugimi poklici, vse manjša in manjša. Osemnajstletnik ima pred seboj široko paletu ponudb. Lahko je s 26 leti vrhunski strokovnjak informativne tehnologije ali s 30 leti član najvišjega menedžmenta. Ob ogromnem zaslužku bo imel zanimivo, kreativno in časovno fleksibilno delo. Zato ne preseneča, da se le redki osemnajstletniki odločijo za zdravniški poklic, saj vsakega od njih čaka 6 let garanja na fakulteti in naslednjih 6 let "vajeništva", ko bo za majhen denar v ponižnosti in poslušnosti žrtvoval svoje osebno življenje na oltarju medicine.

Posledice so svarilne. Le v Nemčiji bo v nekaj letih primanjkovalo 27.000 zdravnikov. Zvezna in deželne vlade so vznemirjene in iščejo rešitve. Ena od možnih rešitev je sprejem zdravnikov iz Češke republike. Že zdaj je zanimanje nemških delodajalcev za češke zdravnike veliko. Na to vplivajo dobri odnosi med češko in nemško zdravniško zbornico, geografska bližina in zelo dobra strokovna raven čeških zdravnikov. Kdor zna nemško, lahko zasluži do 150.000 Kč (1.200.000 SIT) na mesec.

Kljub svarilom Češke zdravniške zbornice zaradi tega na Češkem ni nihče vznemirjen. Še nedavno so politiki zatrjevali, da je na Češkem zdravnikov preveč. Ignorirajo dejstvo, da je na uradu za zaposlovanje več prostih mest, kot je brezposelnih zdravnikov, ki jih je v Češki republiki 250. Na šte-

vilnih delovnih mestih zaman iščejo zdravnike. Znan je primer regionalne bolnišnice, ki je celo zaprla oddelek, ko je od tod odšel zadnji zdravnik in zanj ne najdejo zamenjave.

Le v zadnjem mesecu je bilo sprejetih 60 slovaških zdravnikov, ki jih je privabila viš-

sploh ne zavedajo, da so bili vzgojeni dvojezično in da je za mlajšo generacijo slovaščina enako tuja kot poljščina. Večje strokovne in jezikovne probleme je pričakovati pri prihodu zdravnikov iz držav nekdanje Sovjetske zveze. Kljub temu, da so plače čeških zdravnikov 1,5-krat višje kot na Slovaškem, niso tako dobre, da bi zagotovile tujcu na Češkem vsaj povprečen standard. Za nakup stanovanja si ne prihrani, ne more si kupiti povprečnega avtomobila in ne more prehraniti soproge z otroki. Češka bo tipična prestopna postaja. Danes tu, jutri Nemčija, ZDA ali nazaj domov.

Češko republiko ob tem čaka obdobje izrazitega zmanjševanja števila zdravnikov. Približno od leta 2004-2005 bo število zdravnikov padalo za 2.000 na leto. Zdaj se število zdravnikov zmanjša za 1.000 na leto. Sočasno prihajajo nove tehnologije, postopki in zmogljivost zdravstva raste. Češko prebivalstvo se stara in s tem postaja bolj bolno. Da bi "dobili" kvalificiranega in povprečno izkušenega zdravnika, je potrebno 12 let. Če uvozimo tujce, postopek skrajšamo večinoma le za 6 let, ker za ponujeni denar "zgrabijo" le absolutni predstavniki medicine tega dejstva že leta ne dojemajo in si zakrivajo oči. Poleg politične reprezentance so to ignorirali celo direktorji bolnišnic.

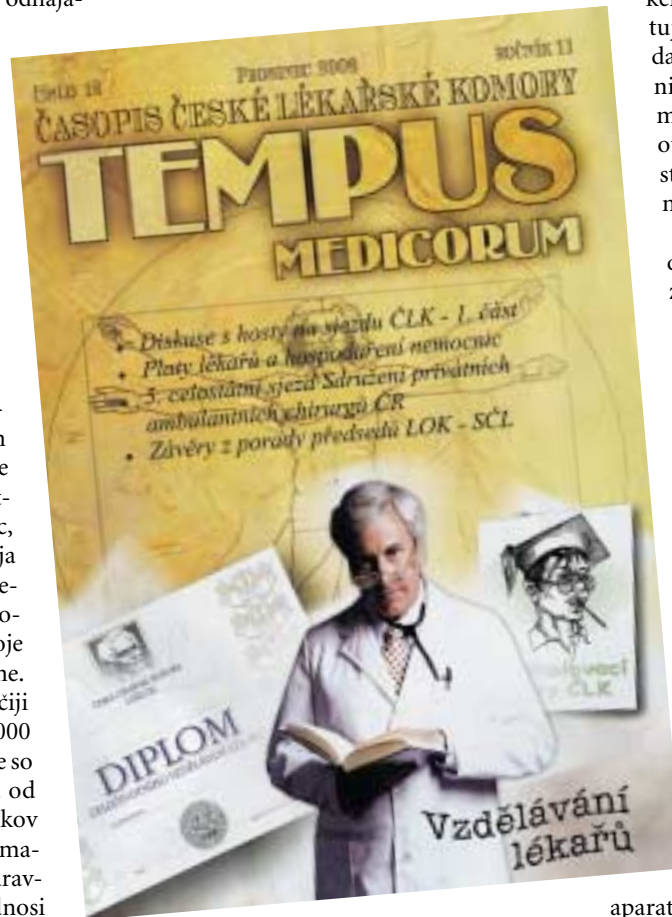
Danes je že prepozno, da bi težave preprečili, vendar jih moramo začeti reševati. Kakršen koli

aparati je možno uvoziti najpozneje v enem mesecu, kakršno koli zdravilo v dveh dneh, na izkušenega kakovostnega zdravnika pa je potrebno čakati 12 let. V zdravstvu niso najbolj vredne zgradbe, "stroji" ali zdravila, temveč zdravniki. Prednost, zdaj že življenjskega pomena, ima investicija v ljudi.

S tem sporočilom se Češka zdravniška zbornica obrača na novo ministrico za zdravstvo.

Prevedel: Jiří Hollan

Vir: *Tempus medicorum*, št. 7-8/2002



ja plača. Na leto sprejme Češka zdravniška zbornica okoli 1.000 članov, od tega 200 Slovakov. Pojavilo se je podjetje, ki ponuja zdravnike iz Ukrajine...

Kratkotrajni primanjkljaj čeških zdravnikov je možno nadomestiti, vprašanje pa je, za kakšno ceno in s kakšno kakovostjo. Slovaški zdravniki so zagotovo kakovostni in imajo minimalno jezikovno "bariero", vendar smo že zaznali negativni učinek razpada federacije. Čehi, rojeni po letu 1990, pogosto ne razumejo slovaščine. Starejši se

# Sodelovanje Slovenije v evropskem projektu EARSS - prikaz rezultatov deleža MRSA-izolatov iz hemokultur

Jana Kolman, Marija Gubina, Manica Müller Premru, Slavica Lorenčič Robnik, Tjaša Žohar Čretnik, Tatjana Harlander, Iztok Štrumbelj, Martina Kavčič, Irena Grmek Košnik, Viktorija Tomič, Helena Ribič, Jerneja Fišer, Lilijana Merljak, Irena Piltaver Vajdec

V prispevku smo želeli prikazati rezultate o deležu MRSA-izolatov iz hemokultur v Sloveniji za dveletno obdobje (od 1. julija 2000 do 30. junija 2002). V tem obdobju je bilo med 561 izolati *Staphylococcus aureus* 18,2 odstotka odpornih proti oksacilinu/meticilinu (MRSA). Z večinsko zastopanostjo mikrobioloških laboratorijev in bolnišnic skoraj v celoti zajemamo invazivne okužbe z MRSA v Sloveniji. Podatki iz vseh držav, ki so vključene v EARSS, se zbirajo sistematično, stalno in enako, kar so osnovni pogoji za njihovo primerjanje!

## Predstavitev EARSS

EARSS (*European Antimicrobial Resistance Surveillance System*) je mednarodna mreža nacionalnih sistemov nadzora, ki zbirajo zanesljive in med seboj primerljive rezultate o odpornosti bakterij proti antibiotikom za javnozdravstvene namene. Koordinacijski sedež EARSS je na državnem inštitutu National Institute of Public Health and the Environment (RIVM) v Bilthovnu na Nizozemskem. Leta 1999 so prve države začele pošiljati podatke o invazivnih okužbah z bakterijami *Staphylococcus aureus* in *Streptococcus pneumoniae*. Države so se postopno vključevale in v letu 2001 so v sledenje vključili tudi invazivne okužbe z bakterijami *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis* in *Enterococcus faecium*. Ob koncu leta 2001 so bili na RIVM zbrani podatki o blizu 65.000 invazivnih bakterijskih izolatih iz več kot 600 mikrobioloških laboratorijev z okrog 970 bolnišnicami iz 27 držav - poleg Slovenije (SI) še Avstrija (AT), Belgija (BE), Bolgarija (BG), Češka (CZ), Danska (DK), Finska (FI), Francija (FR), Grčija (GR), Hrvaška (HR), Estonija (EE), Irska (IE), Islandija (IS), Italija (IT), Luksemburg (LU), Madžarska (HU), Malta (MT), Nemčija (DE), Nizozemska (NL), Norveška (NO), Poljska (PL), Portugalska (PT), Slovaška (SK), Španija (ES), Švedska (SE) in Velika Britanija (UK) ter neevropska država Izrael (IL). V postopku vključevanja sta tudi Romunija in Rusija. EARSS spremlja časovne in krajevne spremembe v odpornosti bakterij, nudi osnove za pripravo nacionalnih pravil in oceno učinkovitosti posegov.

## Slovenska skupina v projektu EARSS - "EARSS Slovenija"

Iz Slovenije se je na povabilo v EARSS, s podatki za 3. četrletje 2000, vključilo 10 mikrobioloških laboratorijev - z Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete v Ljubljani, z Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS), zavodov za zdravstveno varstvo (ZZV) Celje, Koper, Kranj, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica in Novo mesto ter iz Bolnišnice za pljučne bolezni in alergije Golnik. V letu 2002 se je vključila še Bolnišnica

Slovenj Gradec z mikrobiološkim laboratorijem. Tako je trenutno v EARSS vključenih iz Slovenije 11 mikrobioloških laboratorijev s 16 bolnišnicami, za katere ti laboratoriji izvajajo mikrobiološko dejavnost (tabela 1).

Ob pristopu smo izpolnili vprašalnike z zahtevanimi podatki o odgovornih osebah, o prebivalstvu, ki ga laboratoriji pokrivajo, metodah za identifikacijo bakterij in določanje občutljivosti za antibiotike ter o kriterijih za interpretacijo rezultatov. Bolnišnice so nam posredovale podatke o vrsti ustanove, številu letnih sprejemov, številu postelj in njihovi povprečni letni zasedenosti, številu postelj v enotah za intenzivno zdravljenje (EIT), o skupnem številu sprejemov in skupnem številu oskrbnih dni na leto v EIT.

Podatke o izoliranih bakterijah ter njihovi občutljivosti prijavljamo vsako četrletje, in to le prvi izolat določene bakterije pri isti osebi. V letnem poročilu možne kasnejše dvojnike bakterija/oseba ponovno izločijo na RIVM. Poudariti moramo, da je zaupnost podatkov zagotovljena. Vsaka ustanova ima svojo šifro, tako da ni mogoče razpoznati posameznega laboratorija ali bolnišnice.

Glede na možnosti in potrebe, smo se v Sloveniji odločili, da rezultate v posameznih laboratorijih vpisujemo v posebne obrazce ("Isolate Record Form EARSS"), ki jih zbiramo na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete v Ljubljani, kjer jih vnašamo v računalniški program Whonet 5. Pred pošiljanjem izključimo dvojnike ter preverimo ustreznost in popolnost podatkov v skladu z zahtevami EARSS-a.

Izolate bakterije *S. aureus* iz hemokultur testiramo po protokolu za to bakterijo.

Obvezni podatki so občutljivost za meticilin (oksacilin) in ob odpornosti še minimalna inhibitorna koncentracija (MIK) za oksacilin in/ali določitev *mecA*-gena ter MIK za vankomicin. Po lastni presoji lahko pošiljamo tudi podatke o občutljivosti za druge antibiotike. Glavni namen zbiranja teh rezultatov je dobiti epidemiološke podatke o protit metilicinu odpornih izolatih *S. aureus* (MRSA), ki so največkrat odraz bolnišnično pridobljenih okužb.

**Tabela 1: V projekt EARSS vključeni mikrobiološki laboratoriji, bolnišnice in odgovorne osebe. IMI - Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete v Ljubljani, KC - Klinični center, IVZ RS - Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, in ZZV - Zavod za zdravstveno varstvo**

Mikrobiološki laboratorij/odgovorna oseba	Bolnišnica/odgovorna oseba
IMI, Manica Müller Premru	KC Ljubljana, Milan Čizman
	Onkološki inštitut Ljubljana, Milena Kerin Povšič
IVZ RS, Helena Ribič	Splošna bolnišnica Trbovlje, Anton Adamlje
ZZV Maribor, Slavica Lorenčič Robnik	Splošna bolnišnica Maribor, Božena Kotnik Kevorkijan
	Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Majda Šarman
ZZV Celje, Tjaša Žohar Čretnik	Splošna bolnišnica Celje, Branko Šibanc
	Splošna bolnišnica Brežice, Vanda Kostevc Zorko
	Bolnišnica za pljučne bolezni Topolsica, Verica Vrabič
ZZV Murska Sobota, Iztok Štrumbelj	Splošna bolnišnica Murska Sobota, Ivan Prelog
ZZV Nova Gorica, Jerneja Fišer/Lilijana Merljak	Splošna bolnišnica "Dr. Franca Derganca" Nova Gorica, Jerneja Fišer/Diana Bizjak
ZZV Novo mesto, Tatjana Harlander	Splošna bolnišnica Novo mesto, Tatjana Remec
ZZV Kranj, Irena Grmek Košnik	Splošna bolnišnica Jesenice, Matej Dolenc
	Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Ivica Kopač, Andreja Škafar
Mikrobiološki laboratorij Golnik, Viktorija Tomič	Univerzitetna bolnišnica za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Viktorija Tomič
ZZV Koper, Martina Kavčič	Splošna bolnišnica Izola, Stojan Kariž
Mikrobiološki laboratorij, Irena Piltaver Vajdec	Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Irena Piltaver Vajdec

V Sloveniji uporabljamo za določanje občutljivosti bakterij za antibiotike modificirano Kirby-Bauerjevo metodo difuzije v agarju z diski po NCCLS (*National Committee for Clinical Laboratory Standards*), MIK-e pa določamo najpogosteje z Etesti. Vse odporne izolate praviloma shranjujemo za možna dodatna testiranja in preverjanja.

Za primerjavo rezultatov o občutljivosti bakterij v državi, in med različnimi državami, je nujno zagotavljanje kakovosti dela. EARSS je tako v letih 2000, 2001 in 2002 prek NEQAS (*National External Quality Assessment System*) iz Velike Britanije izvedel preverjanje identifikacije in določanja občutljivosti bakterijskih izolatov. Vsakič so se uspešno odzvali vsi sodelujoči slovenski mikrobiološki laboratoriji.



**Slika 1: Povprečni delež proti meticilinu odpornih izolatov *Staphylococcus aureus* (MRSA) iz hemokultur, 1999-2001.**

Vir: EARSS Annual Report 2001.

## Rezultati občutljivosti bakterije *S. aureus* iz hemokultur v Sloveniji

V obdobju od 1. julija 2000 do 30. junija 2002 smo iz hemokultur po izključitvi dvojnikov skupno prijavili 561 izolatov *S. aureus*, od katerih sta bila 102 (18,2 odstotka) odporna proti oksacilinu/metocilinu (MRSA).

V drugi polovico leta 2000 in celotnem letu 2001 je bilo med 424 izolati *S. aureus* 86 (20,3 odstotka) MRSA. Tako smo se na zemljevidu držav EARSS, ki so v letih 1999 do 2001 skupno prijavile 32.942 izolatov *S. aureus*, uvrstili med tiste z deležem MRSA od 10 do 30 odstotkov (slika 1).

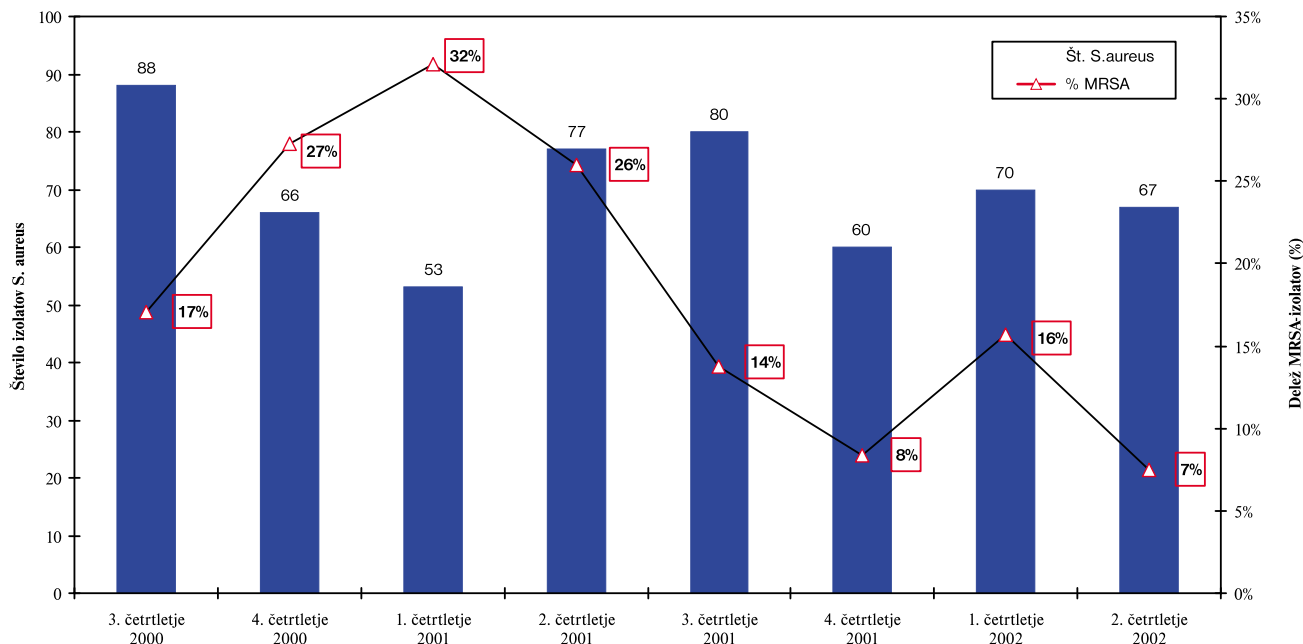
V drugi polovici leta 2000 smo osamili 154 prvih izolatov *S. aureus*, med katerimi je bilo 33 (21,4 odstotka) MRSA.

V letu 2001 je bilo med 270 izolati *S. aureus* 53 (19,6 odstotka) MRSA. Od tega je bilo v prvi polovici leta 28,5 odstotka (37 od 130) in v drugi polovici le 11,4 odstotka (16 od 140) MRSA-izolatov.

V prvi polovici leta 2002 je ostal delež MRSA še vedno razmeroma nizek, to je 11,7 odstotka (16 od 137), ob sicer skoraj enakem številu izolatov *S. aureus*.

Podrobnejše rezultate o številu *S. aureus* in deležih MRSA po četrletjih prijavljanja prikazujemo na sliki 2. Najvišji delež MRSA smo imeli v prvem četrletju leta 2001, in sicer 32 odstotkov. Takrat je bilo med sicer najnižjim številom *S. aureus* (53) kar 17 odpornih proti oksacilinu/meticilinu. Po tem četrletju je nakazan trend upadanja MRSA (slika 2).

Slika 3 prikazuje odstotek MRSA-izolatov v letu 2001 po državah, razvrščenih po relativni pogostosti MRSA. Slovenija je s svojimi 19,6 odstotka MRSA-izolatov uvrščena v samo sredino. V obdelavo je bilo v tem letu zajetih skupaj 14.723 izolatov *S. aureus* iz 764 bolnišnic in 26 držav.

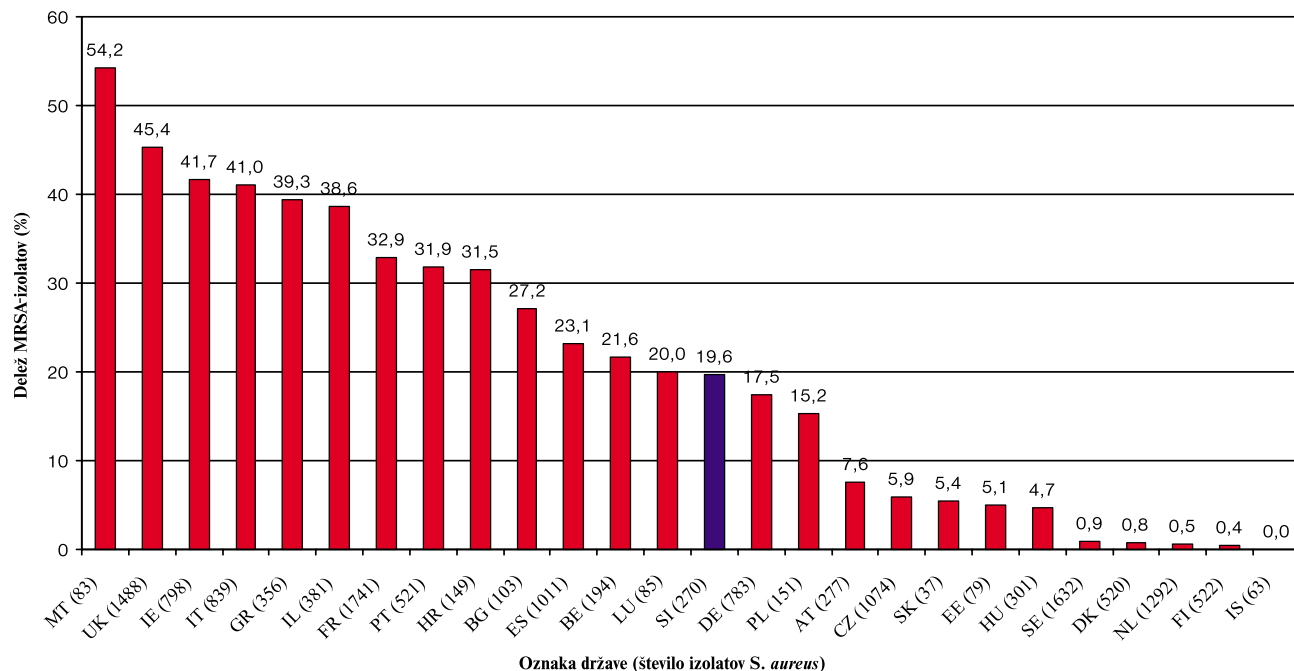


Slika 2

## Zaključek

Prikazani rezultati o deležih MRSA-izolatov iz hemokultur v Sloveniji za dveletno obdobje zanesljivo sodijo med tiste podatke, ki jih lahko primerjamo z drugimi sodelujočimi državami. Podatki se na-

mreč zbirajo sistematično, stalno in po enakih protokolih. Z večinsko zastopanostjo slovenskih laboratorijev in bolnišnic skoraj v celoti zajemamo invazivne okužbe z MRSA in tudi ostalimi izbranimi bakterijami. Posredovani podatki so odsev dejanskega stanja na tem področju v Sloveniji. V dveh letih smo po izključitvi vseh dvojnikov



Slika 3

Vir: EARSS Annual Report 2001.



prijavili 561 izolatov *S. aureus*, med katerimi je bilo 18,2 odstotka MRSA. Z nadaljevanjem stalnega sledenja bomo lahko izvajali bolj poglobljene analize ter ob dodatnih podatkih o bolnikih ocenjevali dejavnike tveganja za tovrstne okužbe v Sloveniji.

V EARSS so, na podlagi zbranih podatkov iz vseh sodelujočih evropskih laboratorijev v letu 1999 in v 1. polovici leta 2000, z analizami ugotovili, da so rizični dejavniki za MRSA država (južnoevropske bolj kot severnoevropske), bolnišnični oddelek, zdravljenje v intenzivni enoti (EIT), ki je predstavljalo 2,9-krat večje tveganje za MRSA kot zdravljenje na drugih oddelkih, ter starost nad 65 let.

Tudi novejši rezultati EARSS kažejo na velike, tudi več kot 100-kratne razlike v deležu MRSA med državami. Posredno to kaže na nezadostno izvajanje higienskih ukrepov za obvladovanje teh invazivnih okužb v državah z višjimi deleži MRSA. Te razlike so verjetno delno tudi posledica različne rabe antibiotikov, kar bo potrebno ovrednotiti z dodatnimi raziskavami, ki že potekajo.

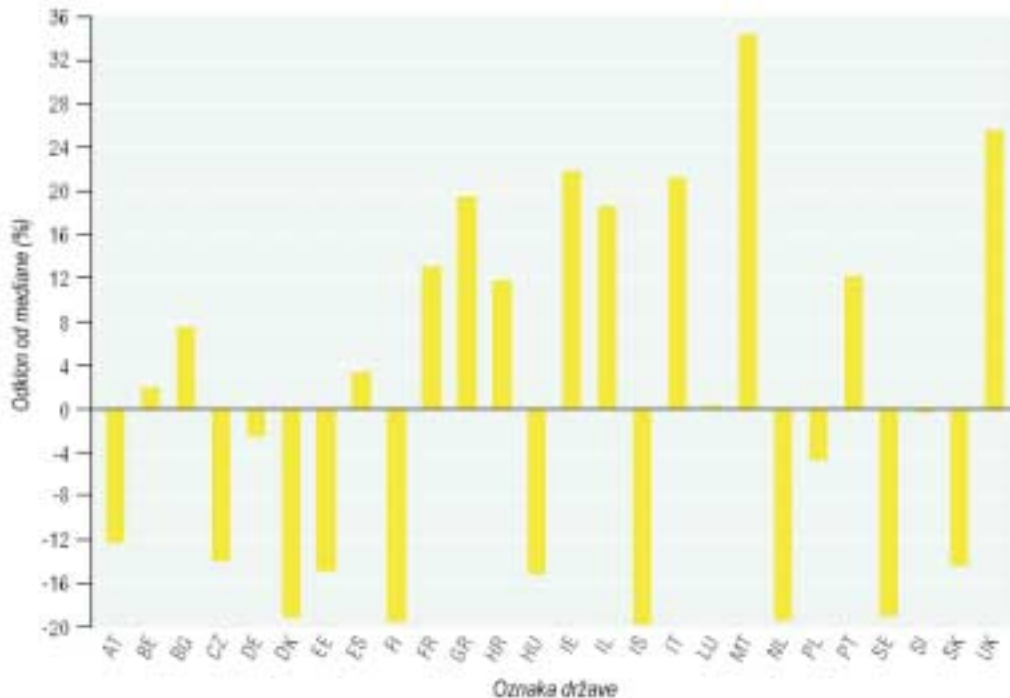
**Slovenija se po rezultatih za leto 2001 z 19,6-odstotnim deležem MRSA uvršča v samo sredino sodelujočih držav (slika 4).**

**Trend upadanja deleža MRSA iz hemokultur v Sloveniji, ki smo ga zaznali v 2. polovici leta 2001, se je v letu 2002 nadaljeval (v prvi polovici 2002 je bilo 11,7 odstotka MRSA).** Lahko bi sklepali, da nam z ustreznimi ukrepi uspeva zniževati bakteriemije in sepe kot najtežje posledice praviloma bolnišnično pridobljenih okužb z MRSA.

Povratne informacije, ki jih dobivamo od EARSS-a, so dobrodošle pri načrtovanju analiz za domače potrebe, za izdelavo nacionalnih pravil in vrednotenje uspešnosti naših akcij. V Sloveniji bomo morali zagotoviti urejen lastni sistem sledenja odpornih bakterij in s tem neločljivo povezan sistem sledenja porabe antibiotikov, da bomo lahko podatke zbirali hitro in enostavno ter čim hitreje ustrezno ukrepali. To bo tudi dolžnost vsake države, ki bo hotela ugoditi zahtevam Evropske skupnosti.

Kljub optimističnim kazalcem se moramo zavedati, da bomo v zažetvi širjenja MRSA in zniževanju deleža teh okužb lahko uspešni le z doslednimi ukrepi na vseh ravneh in v vseh bolnišnicah v Sloveniji.

Najnovejše podatke EARSS si lahko bralci ogledajo na spletni strani [www.earss.rivm.nl](http://www.earss.rivm.nl)



**Slika 4: Proti meticilinu odporni *Staphylococcus aureus*. Srednja vrednost je 19,8 odstotka (povprečna vrednost Luksemburga in Slovenije).**

Vir: EARSS Annual Report 2001.

#### Literatura:

EARSS Management Team, members of the Advisory Board and the national representatives of EARSS. Annual report EARSS 2001. Period: January 1999-December 2001. Bilthoven (NL), 2001.

Kolman J, Gubina M, Müller Premru M, Sočan M, Cvetkovski L, Koren S. Slovenski rezultati občutljivosti bakterij *Staphylococcus aureus* in *Streptococcus pneumoniae* iz hemokultur in likvorjev, zbrani v okviru projekta EARSS. V: Müller Premru M, Gubina M. Mikrobi in antibiotiki 2001, Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije SZD, Ljubljana, 2001; 185-192.

EARSS Management Team, the national representatives of EARSS. Annual report EARSS 2000. Period: October 1999-December 2000. Bilthoven (NL), 2001.

Goettsch W, Bronzwaer SLAM, De Neeling AJ, Wale MCJ, Aubry-Damon H, Olsson-Liljequist B in sod. Standardisation and quality assurance for antimicrobial resistance surveillance of *Streptococcus pneumoniae* and *Staphylococcus aureus* within the European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS). *Clin Microbiol Infect* 2000; 6: 59-63.

EARSS Management Team, advisory board of EARSS. EARSS Manual 2001. Bilthoven (NL), 2001.

EARSS Management Team. EARSS Newsletter 2000; 3: 2-3.



Darovanje organov

# Najbolj etična oblika odgovornosti do soljudi

Poskusno uvajanje zapisovanja odločitve o darovanju organov v mariborski regiji

Danica Avsec Letonja

Slovenija Transplant bo v sodelovanju z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Ministrstvom za zdravje v letošnjem letu začel s projektom uvajanja zapisa odločitve o darovanju organov na kartici zdravstvenega zavarovanja. Začetni projekt bo obsegal mariborsko regijo, v kateri želimo obenem z uvajanjem nove tehnologije zapisovanja podatka o darovanju organov organizirati tudi izobraževalno akcijo. Njen namen je informirati širšo javnost o pomenu darovanja organov kot najvišje oblike pomoči sočloveku in s tem spodbuditi odločitev ljudi za darovanje organov.

Darovanje organov pomeni razširitev odgovornosti človeka čez tradicionalno pojmovanje pomoči sočloveku. Kot tako pomeni pomembno dimenzijo družbene odgovornosti človeka - torej obnašanja, ki se mu človek zaradi medsebojne odvisnosti v sodobni družbi ne more več izogibati. Darovanje organov je ena najbolj etičnih oblik odgovornosti posameznika do soljudi. V tem kontekstu je darovanje organov demonstracija visoke etične zavesti posameznika in visoke stopnje razvitosti odnosov, ki obstajajo med ljudmi v določeni družbi. Odločitev posameznika za darovanje organov je demonstracija njegovih vrednot in odnosa do soljudi. Darovalec svoje organe daruje zaradi želje po pomoči vsakomur, ki to pomoč potrebuje v najbolj občutljivem trenutku svojega življenja, takrat, ko so izčrpane vse druge možnosti zdravljenja. Z darovanjem organov po svoji smrti lahko rešimo zdravje in s tem življenje več ljudi naenkrat. Obenem lahko neznani darovalec reši življenje tudi nam samim, če bi zboleli tako zelo, da nam ne bi več pomagala nobena druga oblika zdravljenja. Darovanje organov je tudi dejanje, ki govori o kakovosti globalne kulture neke družbe. Da bi tudi v Sloveniji dosegli višjo stopnjo zavedanja pomena darovanja organov za potrebe presaditev ter da bi to področje uredili na bolj sistematičen način, bo Slovenija Transplant skupaj z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Ministrstvom za zdravje v letošnjem letu začel s projektom uvajanja zapisa odločitve o darovanju organov na kartici zdravstvenega zavarovanja. Projekt bo spremljala akcija informiranja javnosti o pomenu in možnostih darovanja organov, s katero želimo spodbuditi ljudi k razmišljanju o omenjeni tematiki in posledično k odločitvi za darovanje organov.

## Potrebe po organih za presaditev v Sloveniji

Darovalec je lahko vsakdo, pomembno je le, da je zdrav in ni nosilec infekcijskih bolezni ali virusnih markerjev (npr. virusa HIV,

hepatitisa B in C) oziroma da nima maligne bolezni, ki bi se lahko razširila na presajeni organ ali tkivo. Za darovanje organov po svoji smrti se lahko odloči tudi mladoletna oseba, vendar šele po dopolnjenem 15. letu starosti. Če se človek za časa svojega življenja ni izrecno opredelil proti darovanju svojih organov po smrti, se njegove organe lahko odvzame, če se s tem strinjajo njegovi sorodniki. Pri mrtvem darovalcu lahko dele telesa zdravniki odvzamejo šele takrat, ko je po vseh predpisih ugotovljena možganska smrt. Darovanje organov je popolnoma anonimno, zato prejemnik v nobenem primeru ne more dobiti osebnih podatkov o svojem darovalcu, prav tako tudi darovalčeva družina ne more izvedeti osebnih podatkov prejemnika oziroma prejemnikov. Izvejo lahko le spol prejemnika/-ov in njegovo/njihovo približno starost, transplantacijski koordinator pa jim lahko pove tudi to, ali prejemnik (ali več prejemnikov) živi s presajenim organom naprej. Darovalec lahko daruje svoje organe tudi v času svojega življenja, vendar le ljudem, s katerimi je genetsko, sorodstveno ali emocionalno povezan. Da bi preprečili morebitne zlorabe v smislu komercializacije ali drugih prepovedanih poti, mora vsak primer tovrstnega darovanja obravnavati Etična komisija za presaditve.

Presaditev organov ali tkiv je potrebna takrat, ko so izčrpane vse druge možnosti zdravljenja, bolnikovo zdravstveno stanje pa je tako ogroženo, da ga kljub zdravljenju najverjetneje čaka smrt. V Sloveniji vsako leto presadimo povprečno pet src, deset jeter in nekaj čez petdeset ledvic. Odvzeme organov lahko opravljajo izključno javni zavodi, ki so kadrovsko in prostorsko ustrezno opremljeni. Pri nas so to poleg Kliničnega centra še bolnišnice v Mariboru, Celju, Murški Soboti, Ptujju, Slovenj Gradcu, Jesenicah, Novi Gorici in Novem mestu. Presaditve organov se opravljajo v transplantacijskem centru v Kliničnem centru.

Potrebe po organih za presaditev presegajo obstoječe možnosti v razvitih zdravstvenih sistemih. Podobna situacija je v Sloveniji, zato moramo biti pri pridobivanju organov zelo skrbni in natančni. Trenutni podatki o čakajočih na čakalnih listah ne kažejo realne situacije potreb po organih v Sloveniji, ker so čakalne liste kratke in še dokaj slabo pripravljene. Izjema je čakalna lista za ledvice, pa še ta je po primerjavah z nekaterimi drugimi državami premajhna. Za dobro pripravljeno čakalno listo smo odgovorni vsi zdravniki, pri katerih se bolniki s takšno boleznijo, ki bi potrebovala zdravljenje s presaditvijo, zdravijo. Nenazadnje tudi bolniki sami, ki bodo morali določeno vrsto zdravljenja predlagati in biti zanj zainteresirani.

Prav zato je potrebno znanje o presaditvah organov razširiti do ravni osebnega zdravnika. Zdravniki zelo radi ponudimo bolnikom vse, kar imamo dobrega na razpolago, še zlasti pa, kadar gre za življenje in smrt. Trenutno je v Sloveniji več kot 100 bolnikov, ki pričakujejo presaditev ledvice, a jih je verjetno za presaditev preko 200. Prav tako imamo na čakalni listi do 10 bolnikov za presaditev jeter. Čakalno listo za srce in pljuča še pripravljamo. Bolnikov, ki potrebujejo presaditev tkiv, je tudi zelo veliko in tudi na tem področju še nimamo jasnega pregleda. Vedeti moramo, da so bolniki, ki so na čakalni listi, v nenehni pripravljenosti na operativni poseg in živijo v strahu in upanju. Odgovorni smo zanje.

Zelo pomembno je tudi dejstvo, da v Sloveniji lahko razvijamo transplantacijsko medicino le, če delujemo v okviru nekega večjega sistema pridobivanja in izmenjave organov. To je osnovni razlog, da smo se včlanili v Eurotransplant. Članstvo pomeni priznanje za dobro delo, a tudi veliko obveznost, da bomo delo še naprej opravljali kakovostno.

## Odločitev odslej na kartici zdravstvenega zavarovanja

V Sloveniji do sedaj nismo sistematično zbirali podatkov o opredeljenih darovalcih organov, o ljudeh, ki se že za časa svojega življenja odločijo za darovanje svojih organov po smrti. Svojo opredelitev smo lahko zapisali na kartici Darovalec in jo nato nosili pri sebi ali odložili doma. Kartica je bila pomembna za zavedanje družine o opredelitvi in tudi za lasten odnos do darovanja. Zato bo še vedno ostala v uporabi, toda sistem nima pravne veljave, prav tako ne dopušča vpogleda v to, koliko ljudi je opredeljenih, koliko kartic je sploh uporabljenih.

V Sloveniji velja, da se v primeru, če se človek za časa svojega življenja ni izrecno opredelil proti darovanju svojih organov, po smrti njegove organe lahko odvzame, če temu ne nasprotujejo njegovi sorodniki. Ker je za uspešno presaditev organov ključnega pomena njihova zadostna prekravljivost, je treba po smrti darovalca čim prej urediti vse pogoje za odvzem organov. Prav zato je tako pomembno, da se človek za darovanje svojih organov opredeli že za časa svojega življenja, saj je na ta način prihranjen dragoceni čas, v katerem lahko po ugotovljeni smrti pripravljamo organe za odvzem, ne pa, da ga izgublamo za iskanje sorodnikov in mnenja o darovanju. Tudi sorodniki so zadovoljni, če vedo, kakšna je bila volja umrlega, in v pogovoru lažje sprejmejo možnost o darovanju organov. V tem prihranjenem času lahko drugemu človeku poklonimo življenje.

Prav temu je namenjena nova tehnološka rešitev, ki bo omogočila zapis podatka o opredelitvi posameznika za darovanje organov na kartico zdravstvenega zavarovanja (KZZ). Podatki o opredeljenosti za darovanje, ki bodo shranjeni na KZZ, bodo dostopni izključno darovalčevemu osebnemu zdravniku ter po ugotovljeni izganski smrti ekipi zdravnikov specialistov intenzivne interne medicine in transplantacijskemu koordinatorju. Podatke, zapisane na KZZ, bo možno prebrati le z uporabo t. i. profesionalne zdravstvene kartice, tako da v nobenem primeru ne bodo dostopni nepooblaščenim osebam.

Hkrati z uvedbo novega načina zapisovanja podatkov o darovanju organov želimo oblikovati tudi nov, bolj sistematičen način zbiranja podatkov o odločitvi za darovanje organov, po katerem bo lahko vsakdo, ki bo želel postati darovalec, svojo odločitev izrazil tudi

v ambulanti pri izbranem zdravniku. Tam bo izpolnil poseben obrazec, ki ga bo podpisala oziroma potrdila pooblaščen oseba. Darovalec ima seveda vso moralno pravico in možnost, da svojo prvotno odločitev o posmrtnem darovanju organov prekliče.

Projekt vpisovanja podatkov o odločitvi za darovanje organov na KZZ bo potekal dvostopenjsko. V prvem delu bomo novo tehnologijo preizkusili v mariborski regiji, nato pa bomo projekt kartičnega vpisovanja odločitve o darovanju organov prenesli na celo Slovenijo kot nacionalni projekt.

## Čim več informacij

V Slovenija Transplantu smo se odločili, da obenem z uvajanjem zapisovanja odločitve o darovanju organov na KZZ pristopimo tudi k organizirani informativni akciji, s katero želimo širši javnosti predstaviti pomen darovanja organov kot najvišje oblike pomoči sočloveku in zato tudi najvišje človeške etične vrednote. Ugotavljamo namreč, da je v slovenski javnosti zelo malo informacij o pomenu darovanja organov, o tem, kako in kje sporočiti svojo odločitev, obenem pa je pri ljudeh opaziti precejšnjo zadržanost in dvom, ki pa je v prvi vrsti posledica pomanjkanja relevantnih informacij. Zato je potrebno javnost seznaniti z vsemi pogoji in načini darovanja organov. V Sloveniji je bilo doslej izpeljanih že več promocijskih akcij z zdravstvenimi vsebinami, predvsem na področju preventivnih zdravstvenih programov, ki so imele cilj navajati ljudi na primerne in z vidika medicine zelene oblike vedenja zaradi dolgoročne zdravstvene zaščite njihovega zdravja. Darovanje organov je relativno nova tema v slovenskem medijskem prostoru in doslej še ni bila širše predstavljena kot najprimernejša in družbeno sprejemljiva oblika izkazovanja sočutja in družbene odgovornosti posameznika. To je bilo omejeno samo na področje krvodajalstva. Splošno javno mnenje torej še ni aktivirano v smeri splošne sprejemljivosti darovanja organov, tudi strokovna javnost še ni bila vključena v širšo akcijo podpore darovanju organov, s čimer bi taka odločitev dobila splošno legitimnost v slovenski družbi. Zato bomo z akcijo informiranja, ki bo obsegala več faz, najprej usmerili vso pozornost na promocijo same vsebine ideje darovanja organov in njegovega pomena za ohranjanje življenj, v drugi fazi pa bomo javnost informirali o možnosti, da posameznik svojo odločitev za darovanje sporoči ustrezni instituciji, ki ta podatek shrani na kartici zdravstvenega zavarovanja. Na teh izhodiščih smo oblikovali program komuniciranja omenjenih vsebin kot promotivne akcije s splošno družbeno koristno vsebino.

## Velika vloga zdravnikov

Prepričani smo, da nam bo s skupnimi močmi vseh, ki smo vključeni v projekt, tako Slovenija Transplanta kot Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, pa tudi vse zainteresirane strokovne javnosti, predvsem zdravnikov, uspelo dvigniti raven zavedanja slovenske javnosti o pomenu darovanja organov kot oblike pomoči sočloveku ter spodbuditi ljudi k odločitvi za darovanje. Poleg informiranja, ki bo potekalo preko medijev, bo gotovo potrebno tudi veliko osebne komunikacije med zdravniki in posamezniki, ki bi se želeli odločiti za darovanje. Zato želimo ob tej priložnosti zaprositi za podporo projektu spodbujanja darovanja organov in novega načina zapisovanja odločitve za darovanje organov tudi vse tiste zdravnike in zdravstveno osebje, na katere se bodo ljudje obračali s prošnjo po dodatnih informacijah.



Slovenija Transplant je neprofitna organizacija, ki organizirano deluje od leta 1998, čeprav se je program presaditev v Sloveniji začel že leta 1969, ko je bil ustanovljen laboratorij za tipizacijo tkiv, leta 1970 pa je bila opravljena prva presaditev ledvice (živega darovalca) pri nas.

Slovenija Transplant deluje pod okriljem Ministrstva za zdravje, njena temeljna naloga pa je voditi, organizirati in spodbujati celoten transplantacijski program za Slovenijo. Slovenija Transplant je vključen v Eurotransplant (ET), ki združuje poleg Slovenije še pet

evropskih držav: Nemčijo, Avstrijo, Nizozemsko, Belgijo in Luksemburg. Cilj ET je doseči najboljšo možno uporabo dragocenih organov, izbrati najbolj primerne prejemnika na čakalnem seznamu, izboljšati rezultate na podlagi analiz transplantacijskih podatkov in spodbujati pridobivanje organov. Dosedanje izkušnje potrjujejo, da je mednarodno sodelovanje na tem področju izrednega pomena, saj lahko le na ta način zagotovimo nemoten potek transplantacijskih posegov in če je potrebno, lahko dobimo organ po urgentni poti. ■

# Predpisovanje generičnih zdravil slovenskih splošnih zdravnikov in zdravnikov splošne medicine

Rezultati ankete med slovenskimi zdravniki splošne in družinske medicine

Jure Peklar

## Namen vprašalnika

S pomočjo vprašalnika smo želeli na oddelku za zdravila Zavoda za zdravstveno zavarovanje (v nadaljevanju Zavod) dobiti od zdravnikov splošne in družinske medicine informacije o dejavnikih, ki vplivajo na njihovo predpisovanje zdravil, s posebnim poudarkom na generičnih zdravilih.

Anketo smo izvedli v aprilu 2002. Skupini 200 naključno izbranih zdravnikov splošne in družinske medicine smo poslali vprašalnik z 21 vprašanji. Le-ta so bila v večini zaprtega tipa, v treh primerih pa smo jih povprašali za mnenje. Vprašalnike smo pošiljali po pošti na službene naslove, ki se nahajajo v naši bazi izvajalcev.

Izbrali smo takšna in toliko vprašanj, da je bilo mogoče anketo rešiti v razmeroma kratkem času (okoli 15 minut), reševanje pa je bilo razmeroma nezahtevno (če se le da, se že napisani odgovori samo označijo). Z veliko izbiro možnih odgovorov smo želeli zagotoviti svobodo izbire, hkrati pa še omogočiti enostavno analizo rešenih anket.

Najprej smo želeli od zdravnikov izvedeti, ali je precejšnja medij-ska izpostavljenost področja zdravil v RS upravičena ali ne. Nato smo raziskovali, kateri dejavniki vplivajo na njihovo izbiro zdravila: je to bolnik s svojimi željami, sekundarna raven (specialist ali bolnišnica) ali morda cena zdravila. Štiri vprašanja so bila namenjena predpisovanju generičnih zdravil in oceni zdravnikovega poznavanja. Farmaceutvska industrija je marketinško zelo agresivna; zdravnike smo vprašali, ali je kakšna razlika med povprečnim originatorskim in generičnim proizvajalcem v smislu nudenja strokovne pomoči. Kon-

čali smo z vprašanjema o oceni dela nekaterih institucij v zdravstvu na področju promocije racionalne farmakoterapije in kaj predlagajo Zavodu v zvezi s tem v prihodnje.

Na koncu smo dodali še nekaj splošnih vprašanj, ki omogočajo ovrednotenje izbrane populacije: spol, starost, število let delovnih izkušenj. Za oceno vpliva okolja, v katerem zdravniki delajo, smo jih vprašali še o mestu in neposredni okolici njihove ordinacije, kakšna populacija bolnikov gravitira v njihovo ambulanto in ali so zasebniki ali delajo v javnem zavodu.

Sodelujoči so večinoma odgovorili na vsa vprašanja, nekatera vprašanja so ostala brez odgovora v povprečno 4 odstotkih primerov.

Od 200 poslanih vprašalnikov smo dobili vrnjenih 117, kar predstavlja **58,5-odstotni odziv**. Celotna populacija zdravnikov splošne in družinske medicine šteje okoli 550 zdravnikov, tako da smo zajeli v anketo dobrih 21 odstotkov celotne populacije.

Če predstavimo najprej splošne, demografske podatke o anketirancih: 52,1 odstotka vprašanih je bilo žensk in 47,9 odstotka moških. 62,4 odstotka jih je odgovorilo, da njihovi bolniki prihajajo iz vaško-mestnega okolja, slaba četrtnina (23,9 odstotka), da so pretežno iz mesta, in 13,7 odstotka, da prihajajo iz vaškega okolja. Skoraj tri četrtine (72,7 odstotka) zdravnikov je zaposlenih v javnem ali zasebnem zavodu, preostali (27,3 odstotka) pa vodijo zasebno prakso. V veliki večini imajo izbrani zdravniki ambulanto v zgradbi, kjer so še druge ordinacije splošne medicine.

## Odgovori na vprašanja s komentarjem

### 1. Menite, da naraščajoči stroški za zdravila predstavljajo resen problem, ki zahteva ukrepanje na področju predpisovanja zdravil v RS?

Glede na veliko medijsko izpostavljenost področja zdravil, sistema povračil in z njim Zavoda, ki je bila prisotna v prvi polovici 2002, smo želeli preveriti, kakšno težo pripisuje strokovna javnost tej problematiki.

66,1 odstotka vprašanih je menilo, da predstavljajo naraščajoči stroški za zdravila resen problem, 30,4 odstotka pa se sicer strinja s to ugotovitvijo, vendar naj ne bi bilo tako hudo, kot je bilo prikazano preko medijev. Le 3,5 odstotka vprašanih je na vprašanje odgovorilo nikalno.

Torej kar dobrih 96 odstotkov vprašanih priznava, da so naraščajoči stroški za zdravila, ki zahtevajo spremembe na področju predpisovanja, resna težava. Upamo, da to kaže tudi na pripravljenost spoprijeti se z novimi ukrepi, ki bodo prizadeli tudi zdravnike splošne in družinske medicine.

### 2. Ali in kako pogosto (v zadnjem tednu) so vaši bolniki želeli (zahtevali) točno določeno zdravilo na Rp?

- nikoli niso zahtevali - 18 odstotkov odgovorov
- do 5 bolnikov - 49,6 odstotka
- od 5 do 10 bolnikov - 18,8 odstotka
- nad 10 bolnikov - 13,6 odstotka

Bolniki, ki zahtevajo točno določeno zdravilo, lahko predstavljajo določen vir neracionalnosti pri predpisovanju zdravil. Po rezultatih ankete se s tovrstnimi zahtevami srečuje dobrih 82 odstotkov zdravnikov. Bolniki se za določeno zdravilo odločajo na podlagi nestrokovnih meril. Od zdravnika je odvisno, ali se bo "spopadel" z bolnikovo željo in ga prepričal v svoj prav ali pa bo popustil izsiljevanju.

### 3. Če je odgovor pozitiven, ali upoštevate njihove želje?

Polovica zdravnikov je želim le redko ustregla, 45,1 odstotka zdravnikov pa pogosto. Pri tem je treba tudi upoštevati, da je čedalje več bolnikov ozaveščenih o svoji bolezni, nekateri prihajajo k osebnemu zdravniku iz bolnišnice ali specialistične ambulante, kjer so se z določenim zdravilom že srečali. Včasih so te zahteve torej lahko upravičene.

Vendar si zdravnik nikakor ne sme dopustiti, da mu (laični) bolnik vsiljuje svoje želje po določenem zdravilu, če to strokovno ni ustrezno. Zdravnik ima vsa pooblastila, da bolniku predpiše zdravilo, bolnik pa se mora sam odločiti, ali bo to zdravilo jemal ali ne.

### 4. Kje menite, da ti bolniki, ki želijo konkretno zdravilo, dobijo informacijo o tem zdravilu? (upoštevano več odgovorov)

34,1 odstotka odgovorov se je nanašalo na zdravnika specialista ali zdravnika v bolnišnici in 3,4 odstotka od drugega zdravnika splošne medicine. 62,6 odstotka odgovorov je vključevalo tri (laične) izbire: "mediji", "prijatelji in znanca" ter "v čakalnici pred ordinacijo". Kar 39,1 odstotka bolnikov naj bi dobilo informacijo o zdravilu od prijatelja ali znanca. Tovrstna informacija je zelo verjetno nepopolna in za bolnika lahko celo škodljiva.

### 5. Ali vedno predpišete zdravilo, ki ga je v izvidu predlagal zdravnik specialist?

Na Zavodu ocenjujemo, da zdravniki na sekundarni ravni večkrat nekritično sprejemajo nova zdravila, čeprav so stara, preverjena in velikokrat stroškovno ugodnejša še vedno aktualna. S tem vpra-

šanjem smo želeli izvedeti, ali osebni zdravniki zgolj prepisujejo ime na zdravil iz specialističnih izvidov ali se odločijo tudi po svoji presoji, glede na to, da zdravnik splošne ali družinske medicine najbolj celovito obravnava bolnika, pozna njegovo anamnezo in druge (lahko tudi družbenoekonomske) vidike zdravljenja.

Dobre tri četrtine ali 76,9 odstotka odgovorov se je glasilo, da pogosto predpišejo zdravilo, ki ga je predpisal ali uvedel specialist ali bolnišnični zdravnik, vedno pa 21,4 odstotka vprašanih. Odgovor redko je bil zabeležen le dvakrat (1,7 odstotka vprašanih).

### 6. Ali pri uvedbi za bolnika nove kronične terapije upoštevate čim nižjo ceno zdravila?

To vprašanje se deloma navezuje na prejšnje. Na Zavodu bi si želeli, da bi zdravniki splošne in družinske medicine upoštevali ceno zdravila, še posebej ob uvedbi dolgotrajnega zdravljenja. Tu so lahko prihranki ob enaki učinkovitosti največji. Poudarjamo, da je na prvem mestu strokovna izbira zdravila in šele nato njegova cena. Če je možna izbira med več enakovrednimi zdravili, naj se predpiše najcenejše, kar je tudi v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Pogosto upošteva ceno zdravila pri uvajanju zdravila v dolgotrajno zdravljenje 55,6 odstotka vprašanih zdravnikov, natanko tretjina pa le redko. Delež tistih, ki vedno upoštevajo tudi ceno zdravila, in tistih, ki se jim to ne zdi pomembno, je izenačen: dobrih 5 odstotkov.

Na Zavodu se bomo trudili, da bi se ozaveščenost zdravnikov, tako na primarni kot (morda še bolj) na sekundarni ravni glede stroškov farmakoterapije izboljšala. Nobeni drugi ukrepi ne zaležejo bolj kot to, da se predpisovalci zavedajo, kakšno ekonomsko breme pomenijo njihove predpisovalne navade.

### 7. Kako vi ocenjujete razliko med originatorskim in generičnim zdravilom?

- gre za popolnoma enako zdravilo z isto učinkovino - 52,1 odstotka odgovorov
- gre za podobno zdravilo, a razlika ni bistvena - 47 odstotkov
- podobno zdravilo z bistvenimi razlikami - 0,9 odstotka
- gre za popolnoma različna zdravila

Popolna podobnost je relativen pojem. Če upoštevamo veljavno regulativo, ki opredeljuje kriterije za pridobitev dovoljenja za promet z generičnim zdravilom, potem so vsi generiki "bistveno podobni referenčnemu zdravilu" - to je originatorski paraleli. Vendar, ker so bili uporabljani drugačni tehnološki postopki in izbor možnih snovi (lahko tudi boljši kot pri izvirnem zdravilu!), je med njima lahko za določenega bolnika pomembna razlika; primer je možna preobčutljivost na pomožne snovi.

### 8. Ali menite, da so generične paralele cenejše ali dražje od enakih originatorskih zdravil in za koliko?

Generiki veljajo praviloma (poznamo tudi izjeme!) za cenejšo izbiro, zato je velika večina (98,2 odstotka) zdravnikov menila, da so generične paralele cenejše. 56,2 odstotka le-teh je ocenila, da so cenejše le za okoli 5 do 10 odstotkov. 10,5 odstotka jih misli, da so cenejše pod 5 odstotkov, dobra petina (21,9 odstotka), da so cenejše od 10 do 20 odstotkov, in le desetina (11,4 odstotka) ocenjuje, da so cenejše nad 20 odstotkov.

Očitno slovenski zdravniki poznajo cene zdravil ali pa imajo za to dober občutek. Glede na aktualen cenik zdravil so generična zdravila v tehtanem povprečju cenejša za 5,6 odstotka (generiki so lahko dražji (!) do 30,4 odstotka oziroma cenejši do 35,3 odstotka glede na originatorsko zdravilo, vendar je cenejših bistveno več). Glede na

svetovno povprečje je v Sloveniji razlika med originatorskimi in generičnimi zdravili majhna, vendar je to moč razložiti z nekaterimi pravnimi dejstvi (npr. Pravilnik o oblikovanju cen zdravil na debelo). Tudi na trgu zdravil deluje konkurenca, zato so cenejši generiki povzročili padec cen originatorskih proizvajalcev. Posebej velja opozoriti, da so morebitni prihranki ob večjem predpisovanju generičnih zdravil nekaterih skupin zdravil lahko zelo veliki, tudi če je razlika v ceni 15 odstotkov (npr. hipolipemiki). Ugotovili smo, da bi lahko v letu 2001 ob večjem predpisovanju (najcenejših) generičnih paralel prihranili preko milijarde slovenskih tolarjev.

### 9. V kakšnem primeru bi več(krat) predpisovali generične paralele (možnih več odgovorov)?

S tem vprašanjem smo želeli ugotoviti, kaj bi lahko zdravnike najbolj motiviralo za večje predpisovanje generičnih zdravil. Najbolj bi se obneslo, če bi jih promoviral neodvisni strokovnjak z osebnim svetovanjem. Tako je odgovorilo 37,3 odstotka vprašanih.

Dobili smo nekaj pripisov, naj Zavod zaposli nekaj farmakoinformatorjev v ta namen, zdravnikov, ki se ne bodo ukvarjali z nadzorom količnikov, ampak bodo svetovali o racionalni farmakoterapiji in podobno.

Če bi bili generiki cenejši, bi jih v večji meri predpisovalo 30,3 odstotka vprašanih, slaba četrtina (23,8 odstotka) pa v primeru, če bi imeli več strokovne podpore, še posebej kliničnih študij. Klinične študije bi bile zelo zanimive in bi marsikaj povedale o zdravilu, vendar so zelo drage in bi se pomembna prednost generičnih zdravil - to je ugodna cena - zmanjšala ali celo izgubila.

### 10. Koliko bi morale biti generične paralele cenejše (okvirno) od originatorskih zdravil, da bi se v večji meri odločali za njihovo predpisovanje?

Vprašanje se navezuje na prejšnje. Za večino (63 odstotkov) bi bilo dovolj, če bi bile cenejše za več kot 15 odstotkov, tretjini bi morale biti generične paralele cenejše za četrtino, 3,7 odstotka vprašanim pa bi pomagalo, da bi v večjem obsegu predpisovali generike, če bi bili le-ti cenejši za vsaj 35 odstotkov.

Na Zavodu ugotavljamo, da je kar nekaj skupin zdravil, kjer so cene generičnih proizvajalcev nižje za več kot 15 odstotkov (npr. že omenjeni hipolipemiki), pa je razmerje med predpisanimi originatorskimi in generičnimi zdravili močno v prid prvim. Konec 2001 in v letu 2002 je bilo registriranih kar nekaj pomembnih generičnih zdravil z bistveno nižjo ceno od že obstoječih, tako da so ta zdravila lahko vir prihranka v prihodnje (npr. novi hipolipemiki, antihipertenzivi in zdravila za zdravljenje demence).

### 11. Menite, da je pritisk farmacevtske industrije glavni dejavnik za neracionalno predpisovanje zdravil?

- absolutno glavni dejavnik - 15,5 odstotka odgovorov
- velik dejavnik, vendar so še drugi dejavniki - 63,8 odstotka
- prevladujejo drugi dejavniki, farm. ind. je le manjši dejavnik - 4,3 odstotka
- farm. ind. nima vpliva na (ne)racionalnost predpisovanja - 16,4 odstotka

Ocenjujemo, da vsakodnevni obiski predstavnikov, vabljenega predavanja in drugi pritiski, ki jih farmacevtska industrija izvaja na predpisovalce zdravil, igrajo pomembno vlogo pri neracionalnem predpisovanju.

Kateri so še drugi dejavniki, so nam zdravniki zaupali v naslednjem vprašanju.

### 12. Kateri so še drugi dejavniki za neracionalno predpisovanje

#### (prosimo napišite prve tri, ki se vam zdijo pomembni)?

Kot vir potencialne neracionalnosti so zdravniki najpogosteje navajali navodila specialistov, ki se ne obnašajo dovolj racionalno. Na drugem mestu so želje (izsiljevanje) bolnikov in vpliv farmacevtske industrije. Nekateri so navajali nepoznavanje cen in neustrezno sodelovanje bolnikov pri zdravljenju.

Ocenjujemo, da so nekatere od naštetih težav rešljive. Osební zdravnik lahko prilagodi ali celo zamenja zdravilo, ki ga je predlagal specialist, še posebej v primeru, ko lahko s podobnim zdravilom zagotovi večjo klinično in stroškovno učinkovitost. Odnos zdravnik - bolnik je stvar medsebojnega zaupanja, pa tudi vzgoje. Bolniku, ki zahteva določeno zdravilo, mora zdravnik razložiti, zakaj le-to ni najbolj ustrezno zanj. Včasih je to res naporenje in časovno potratno, vendar je zdravstvena vzgoja tudi eno izmed poslanstev zdravnikove splošne oziroma družinske medicine.

Aktualni cenik zdravil (skupaj s seznamom zdravil z omejitvami predpisovanja) lahko vsakdo kadarkoli prenese na svoj računalnik (in po potrebi natisne) s spletne strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje (<http://www.zzzs.si/zdravila>, cenik).

### 13. Katera farmacevtska industrija (generična ali originatorska) je bolj vsiljiva pri vsakdanjem delu?

Glede na poznavanje področja farmacevtskega marketinga smo sklepali, da je originatorska industrija bolj vsiljiva s svojimi metodami prepričevanja zdravnikov o kakovosti svojega zdravila. Pa poglejmo odgovore.

Večina, 60,9 odstotka vprašanih je označila, da sta obe, tako originatorska kot generična industrija, enako vsiljivi, vendar tretjina vprašanih meni, da je originatorska industrija bolj vsiljiva pri vsakdanjem delu. 3,5 odstotka anketirancev meni, da je generična industrija bolj moteča od originatorske, dva zdravnika pa sta menila, da nobena od obeh vrst farmacevtskih proizvajalcev ni moteča.

Iz odgovorov je možno nedvoumno razbrati, da je farmacevtska industrija preveč prisotna (beri moteča) pri vsakdanjem delu zdravnikov splošne in družinske medicine.

### 14. Poznate predpise, ki obravnavajo trženje zdravil (npr. Pravilnik o oglaševanju zdravil in medicinskih pripomočkov - Uradni list, št. 76/2001)

Zadnja verzija Pravilnika o oglaševanju je relativno nova in v primerjavi s predhodnim še dodatno opredeljuje dovoljene postopke, ki se jih lahko poslužujejo proizvajalci zdravil. Prav bi bilo, da bi zdravniki pravilnik poznali, saj se z očitno vsiljivim marketingom srečujejo vsak dan.

Kar 94,8 odstotka odgovorov se je glasilo, da poznajo pravilnik le približno (57,2 odstotka) ali pa sploh ne (37,6 odstotka). Natančno pozna vsebino pravilnika le 5,1 odstotka vprašanih.

Glede na aktualnost teme bi predlagali, da se zdravniki seznanijo z vsebino omenjenega besedila, najlažje na brezplačno dostopnem naslovu Uradnega lista (<http://objave.uradni-list.si/bazeul/URED/2001/076/B/523985257.htm>).

### 15. Menite, da bi morali poostri predpise, ki omejuje neposredno trženje zdravil (predvsem obiske t. i. farmakoinformatorjev)?

Mnenje se je pri tem vprašanju razdelilo na tiste, ki pravijo, da bi se morali predpisi spremeniti (53,1 odstotka), in na tiste, ki v tem ne vidijo potrebe (46,9 odstotka).

Načeloma smo mnenja, da je vsak zdravnik sam odgovoren za red v svoji ordinaciji. Nihče ga ne sili, da mora sprejeti na pogovor farmakoinformatorja. Zato verjetno ne bi bilo potrebno spreminja-



ti predpisov, ki opredeljujejo delo farmakoinformatorjev. Dejstvo je, da (naj bi) se z neustreznim pristopom sami izločijo iz posla. Zelo radi pa bi videli, da bi se zdravniki zavedali, da lahko sami prilagodijo odnos do strokovnih sodelavcev farmacevtskih podjetij.

#### 16. Če da, v kakšnem smislu?

Odgovori tistih, ki mislijo, da bi morali spremeniti pravne podlage za delo farmakoinformatorjev, so se v glavnem nanašali na vsebino njihovih sporočil in pogostnost obiskov. Najbolj si zdravniki želijo neodvisnih strokovnih informacij, ki bi bolj jasno pokazale, ali je neko novo zdravilo bolj učinkovito od že obstoječega in v katerih primerih. Želijo si tudi manj obiskov, še posebej, če niso utemeljeni.

Dejstvo je, da so klinične študije zelo velikokrat prilagojene plačniku raziskave, zato so pripravljene tako, da v kar največji meri prikazujejo dobrobit novega zdravila. Spremljanje strokovne literature je seveda nujno, še posebej nekatere tuje (npr. British National Formulary, Drug and Therapeutic Bulletin, Journal Watch, Medical Letter, Prescrire, Arznei Telegramm ipd.).

#### 17. Katera farmacevtska industrija ponuja večjo strokovno korist v smislu svetovanja in ponujanja informacij o koristi zdravljenja (literatura, simpoziji, udeležba na strokovnih srečanjih)?

Pri tem in naslednjem vprašanju smo želeli dobiti informacijo, kako gledajo zdravniki na "protiusluge", ki jim jih nudita obe vrsti industrije na eni strani, in resnično kakovost informacij, ki jih predstavnik obeh industrij sporočajo o svojih zdravilih.

Tri četrtnine (74,4 odstotka) zdravnikov priznava, da jim obe industrij nuditela določene ugodnosti, med tistimi, ki dajejo prednost eni ali drugi, skoraj ni razlike. Generična industrija naj bi bila v 12,8 odstotka primerov bolj radodarna pri ponujanju informacij o koristi zdravljenja v smislu literature, simpozijev in udeležb na strokovnih srečanjih ipd., kar je za 2,6 odstotne točke več od originatorskih tovarn. Našli so se tudi tisti, ki jim nobena vrsta industrije ni ponudila dovolj koristnih informacij; le-teh je malo, pa vseeno - 2,6 odstotka.

#### 18. Katera industrija daje bolj objektivne, nepristranske informacije o zdravljenju posameznih bolezni (tudi stroškovno)?

Dobra polovica (53,5 odstotka) tistih, ki so odgovorili na vprašanje, se je strinjala s trditvijo, da obe industrij "igrata fair play" na področju farmacevtskega marketinga, in le 15,8 odstotka jih pravi, da nobena ne daje nepristranskih, objektivnih informacij. "Le" zato, ker smo prepričani, da so informacije, ki jih posreduje zainteresirana tovarna, najsibo generična ali originatorska, neobjektivne. Glede na komentarje pri 16. vprašanju, kjer so nekateri zdravniki navajali, da se podjetja blatijo med seboj in da pretirano poudarjajo enostranske informacije, odgovorom pri tem (18.) vprašanju ni moč verjeti brez zadržkov. Sicer daje generična industrija dvakrat pogosteje bolj nepristranske informacije kot originatorska (20,2 odstotka proti 10,5 odstotka). To je tema, ki bi zahtevala bolj podrobno analizo.

#### 19. Menite, da naslednje institucije naredijo dovolj za promocijo smotrnejšega predpisovanja?

##### ■ Ministrstvo za zdravje:

- dovolj - 5,2 odstotka odgovorov
- premalo - 81,7 odstotka
- to ni njihova naloga - 13,1 odstotka

##### ■ Medicinska fakulteta (dodipl. študij):

- dovolj - 7,8 odstotka
- premalo - 73,9 odstotka

- to ni njihova naloga - 18,3 odstotka

##### ■ Podiplomsko izobraževanje MF:

- dovolj - 17,4 odstotka
- premalo - 76,5 odstotka
- to ni njihova naloga - 6,1 odstotka

##### ■ Zdravniška zbornica:

- dovolj - 7,8 odstotka
- premalo - 63,5 odstotka
- to ni njihova naloga - 28,7 odstotka

##### ■ Slovensko zdravniško društvo:

- dovolj - 14,8 odstotka
- premalo - 52,2 odstotka
- to ni njihova naloga - 33 odstotkov

##### ■ Inštitut za varovanje zdravja:

- dovolj - 6,1 odstotka
- premalo - 74,8 odstotka
- to ni njihova naloga - 19,1 odstotka

##### ■ Zavod za zdravstveno zavarovanje:

- dovolj - 37,4 odstotka
- premalo - 59,1 odstotka
- to ni njihova naloga - 3,5 odstotka

Tu smo želeli uvrstiti Zavod med tiste institucije, ki naj bi promovirale smotrnejše predpisovanje. Zajeli smo vse tiste velike institucije, ki aktivno posegajo v področje zdravstva, bodisi iz izobraževanjem bodisi administrativno.

Zavodu se pripisuje največja pristojnost za to področje; da to ni naše področje, je ocenilo le 3,5 odstotka vprašanih. Izgleda, da so z našim delom tudi najbolj zadovoljni, saj so Zavodova prizadevanja ocenili za zadovoljiva v dobrih 37 odstotkih. Res pa jih večina še vedno meni, da bi lahko naredili na tem področju še več, kar brez dvoma drži. Na Zavodu želimo vzpostaviti sistem, ki bo omogočal enostavne vpogled v podatke o predpisovanju zdravil, pa naj bo to glede na zdravnika, bolnika ali zdravila.

Ne moremo se izogniti oceni, da so bili anketiranci zelo (pretirano?) kritični do omenjenih institucij. Pa vendarle dovolj za spremembe?

#### 20. Ali bi bili pripravljeni sprejeti na svetovalni pogovor strokovnjaka z Zavoda za zdravstveno zavarovanje, ki bi vam predstavil vaše osebne podatke o predpisovanju, in se z njim kritično pogovoriti o morebitni spremembi predpisovalnih navad?

82,8 odstotka vprašanih je odgovorilo, da bi brez zadržkov sprejeli Zavodovega strokovnjaka in se z njim odkrito pogovorili o predpisovanju zdravil. Na podlagi strokovne literature ocenjujemo, da bi tovrsten pristop znatno pripomogel k umiritvi rasti stroškov za zdravila.

11,2 odstotka vprašanih bi jih sprejelo povabilo na pogovor, čeprav ne zelo radi. Nikakor se o svojih predpisovalnih navadah ne bi pogovarjalo 6 odstotkov vprašanih. Ko bomo imeli tako sodelavci Zavoda kot tudi zdravniki na tem področju več izkušenj, si lahko obetamo manj odklonilnih stališč.

#### 21. Prosimo, napišite nam, kako naj bi po vašem mnenju Zavod za zdravstveno zavarovanje obvladoval stroške za zdravila in kakšnih pristopov naj se loti, da bo pri tem uspešen.

Vprašanje je bilo zastavljeno široko, zato so bili tudi odgovori zelo različni. Da bi bilo smiselno zdravnikom enkrat na leto sporočiti (individualno) listo predpisanih zdravil, smo prepričani tudi na Zavodu. Zdaj že delamo na tem, da bi lahko sčasoma zdravniki sami

preverili svoje predpisovanje. Po drugi strani pripravljamo predstavitve vzorcev predpisovanja posameznih zdravnikov v dogovoru z zdravniki v posameznih zdravstvenih domovih.

Nekateri zdravniki so v anketi tudi napisali, da bi si želeli za sogovornika farmakoinformatorja, ki bi jim dal prave, neodvisne informacije o farmakoterapiji, oziroma naj Zavod namesto zdravniškega (finančno-strokovnega) nadzora vrši raje svetovalno funkcijo na področju zdravil kot nekako protiutež predstavnikom farmacevtske industrije. Ti predlogi so zanimivi, vendar bo Zavod le težko zaposlil toliko zdravnikov in farmacevtov, da bi lahko delal "konkurenco" farmacevtski industriji, kjer ima le eno predstavništvo zaposlenih tudi do 50 (petdeset!) farmakoinformatorjev, ki obiskujejo zdravnike dva- in večkrat na mesec.

V anketi se je pojavila tudi ideja, da bi bili zdravniki, ki bolj racionalno predpisujejo zdravila, za to tudi nagrajani (stimulirani). To je kompleksno vprašanje, ki se mu bo še potrebno posvetiti. Da so denarna nadomestila zelo učinkovit instrument, so se strinjali tudi tisti, ki so predlagali, da bi morali (ponovno) uvesti participacijo (lahko le nekaj 10 tolarjev), ki naj bi zmanjšala nepotrebne stroške s strani bolnikov, ter da bi bilo potrebno omejiti dostopnost bolnikov do zdravnikov na primarni ravni - seveda le za nepotrebne obiske. S

tem bi se sprostil zdravnikov čas za tiste bolnike, ki zdravstveno storitev res potrebujejo.

Participacije in kakršnokoli omejevanje bolnikov je izjemno občutljiva tema, ki bi se je morali lotiti zelo previdno. Ker javno zdravstvo deluje na podlagi partnerskega odnosa med izvajalci, plačnikom in bolniki - zavarovanci, bi bilo potrebno doseči soglasje znotraj tega trikotnika.

## Zaključek

Z anketo smo uspeli pridobiti nekaj zanimivih podatkov, ki nam bodo pri nadaljnjem delu zelo koristili. Zavedamo se, da brez dialoga med vsemi zainteresiranimi skupinami, ki nas družijo skrb za bolnika, ne bomo uspeli. To je temeljno vodilo, ki mu sledimo, zato si tudi v prihodnje želimo, da bi z zdravniki in drugo strokovno javnostjo obdržali in poglobljali raven komunikacije v smislu skrbi za bolnike. Izzivov, ki so pred nami, je čedalje več. Zdaj moramo najti še skupne rešitve.

## Zahvala

Zahvaljujem se vsem zdravnikom, ki so odgovorili na anketo, in vsem neimenovanim, ki so mi pomagali pri njeni pripravi. ■

# Obravnava škodljivega uživanja alkoholnih pijač in odvisnosti od alkohola: sodelovanje psihiatrov alkoholologov in zdravnikov splošne/družinske medicine

Miloš Židanik, Suzana Židanik

## Uvod

Konec koledarskega leta in začetek novega je običajno čas, ko delamo različne obračune. Poleg osebnih lahko naredimo tudi strokovne - kaj in kako smo v nekem obdobju delali. Leto 2002 je prineslo v ambulate splošne/družinske medicine pomembno zakonsko utemeljeno obveznost, in sicer preventivne preglede ciljne skupine odraslih oseb. Zakonodajalec je v navodilu za izvajanje tega preventivnega programa zapisal, da je program namenjen dejavnemu nadzoru nad zdravjem ljudi, zgodnjemu odkrivanju visoko ogroženih za razvoj bolezni srca in ožilja in ustreznemu ukrepanju, vključno s svetovanjem za dejavnike tveganja in spremembo življenjskega sloga. Pri pregledu naj bi izbrani osebni zdravnik opravil tudi orientacijsko anamnezo življenjskega sloga in ocenil dejavnike tveganja, med drugim uživanje alkoholnih pijač (1). Tudi Svetovna zdravstvena organizacija uvršča uživanje alkoholnih pijač med osem

najpomembnejših dejavnikov tveganja, o katerih vodi poseben nadzor in epidemiološko spremljanje (2). Ob zaključku preventivnega pregleda posameznika mora zdravnik med ugotovitvami opredeliti, ali predstavlja za tega preiskovanca alkohol dejavnik tveganja ali ne. Pričakovali bi, da se bodo zaradi preventivnih pregledov povečale in spremenile napotitve tistih oseb, ki škodljivo uživajo alkoholne pijače ali pa so že odvisne, na alkoholološko specialistično obravnavo.

Tudi tradicionalno prisotno prepričanje, da je alkohol neločljivi del naše kulture, dobiva drugačne razsežnosti. Po eni strani lahko to pripišemo prosvetljevanju s strani medijev, ki poročajo o posledicah škodljivega uživanja in odvisnosti, in različnim akcijam, npr. Fundacija Z glavo na zabavo. Po drugi strani se je letos povečalo zanimanje javnosti za to področje tudi s polemikami ob sprejemanju nove zakonodaje, ki naj bi urejala področje trgovanja in uživanja

alkohola. Tako stopa problematika odvisnosti od alkohola iz nekakšnega tabuiziranega ozadja v ospredje in ta čas bi morali znati izkoristiti. Sedaj imamo priložnost za spreminjanje družbenih norm in te priložnosti ne bi smeli zamuditi.

Namen tega prispevka je predstaviti analizo vzorca ljudi, ki so bili pregledani v Dispanzerju za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti (enota Dispanzerja za psihohigieno odraslih) Zdravstvenega doma Maribor, in ob tem razpravljati o napotitvah na zdravljenje.

## Predstavitev skupine pacientov

### Metode

V analizo podatkov sva zajela vse paciente, ki so bili pregledani zaradi škodljivega uživanja ali odvisnosti od alkoholnih pijač med aprilom 2001 in septembrom 2002. Za statistično primerjavo vzorcev sva uporabila test z in statistični program Excell.

## Rezultati

### 1. Značilnosti vzorca

Vseh pacientov je bilo 164, kar pomeni 5,6 odstotka vseh pregledanih na Dispanzerju za psihohigieno odraslih v tem času. Moških je bilo 131 (79,9 odstotka) in žensk 33 (20,1 odstotka). Srednja starost moških ob prvem pregledu je bila  $43,6 \pm 10,3$  let z mediano 44 let in žensk  $45,6 \pm 10,5$  let z mediano 46 let. Razlika je statistično značilna s  $p < 0,01$ . Med pregledanimi je bilo 16 pacientov (9,8 odstotka) pod vplivom alkoholnih pijač.

### 2. Vzrok prihoda, odločitev za obravnavo in osip

Najpogostejši razlog prihoda v ambulanto je bila želja po izvidu za invalidsko komisijo. Teh pacientov je bilo 28 (17,1 odstotka). Samo trije od njih so se odločili za nadaljnjo obravnavo, vendar na kontrolni pregled ni prišel nihče. Sicer so zdravniki splošne medicine usmerili na zdravljenje odvisnosti 14 pacientov (8,5 odstotka): sedem jih je prišlo na pregled le enkrat, enega smo usmerili na Psihiatrični oddelek Splošne bolnišnice Maribor (SBM) zaradi predelirantnega stanja, pet jih je vstopilo v psihiatrično obravnavo, eden se je odločil za intenzivno skupinsko obravnavo odvisnosti. Pet pacientov je bilo usmerjenih od nevrologov in internistov. Za intenzivnejšo obravnavo se ni odločil nihče od njih. Med temi, ki so prihajali, so izstopali pacienti s številnimi telesnimi in psihičnimi posledicami dolgoletnega uživanja alkoholnih pijač, ki intenzivnejše obravnave niso bili sposobni zaradi funkcioniranja na nizki kognitivni ravni in ki niso bili motivirani za zdravljenje ter so vstopali v ambulanto s klasično izjavo: "Ne vem, zakaj sem tu. Zdravnik me je poslal."

Sicer je 27 pacientov prišlo pod pritiskom svojcev in 27 z lastno motivacijo (oboje 16,5 odstotka), 13 pacientov je bilo preusmerjenih s Psihiatričnega oddelka SBM, devet pacientov zaradi obravnave recidiva, osem zaradi pritiska na delovnem mestu, pet zaradi pritiska Centra za socialno delo z grožnjo odvzema starševskih pravic. Če na kratko omeniva še dve obravnavi zaradi želje po ponovni pridobitvi voznškega dovoljenja, ki so ga izgubili zaradi vožnje v opitem stanju, in štiri zaradi zavrnitve na zdravniških pregledih ob zaposlitvi, se lahko ustaviva pri zadnji skupini pacientov (18 ali 11 odstotkov), ki so prišli na pregled zaradi drugih psihičnih motenj. Med temi so bila v ospredju depresivna stanja, katerim so sledile epilepsija, shizofrenija in druge oblike odvisniškega vedenja, kot je hazardiranje in preobjedanje.

Za obravnavo problematike škodljivega uživanja alkohola ali od-

visnosti od alkohola v obliki individualnih pregledov ali obiskovana dispanzerske skupine se je odločilo in v obravnavi vztrajalo skupno 38 pregledanih bolnikov (23,2 odstotka), od tega je bilo 25 moških in 13 žensk.

### 3. Komorbinost

Kar 76 odstotkov moških in 65 odstotkov žensk v tem vzorcu je imelo še dodatno psihično motnjo, najpogosteje depresijo (24 odstotkov moških in 48,5 odstotka žensk) in tesnoba (do 50 odstotkov). Pogoste so bile osebnostne motnje: na psihiatričnih oddelkih je njihov delež okrog 70 odstotkov (3). V opisanem vzorcu je bila prisotna depresija v 48 primerih (29,3 odstotka). Pri ženskah pri 13 (39,4 odstotka) in pri moških pri 35 pacientih (26,7 odstotka). Številne so bile osebnostne motnje: v 58 primerih (35,4 odstotka), in sicer: disocialna (12 primerov), obsesivno-kompulzivna (9), depresivna (8) in odvisnostna (4). V desetih primerih je šlo za mešano osebnostno motnjo, v treh primerih osebnostne motnje ni bilo možno natančneje diferencirati, diagnosticirali smo po dve paranoidni, izogibajoči in mejni ter po eno narcistično in eno osebnostno motnjo po katastrofični izkušnji. Ostalih psihičnih motenj zaradi nizke pojavnosti v vzorcu ne omenjamo.

## Razpravljanje

Škodljivo uživanje alkohola predstavlja pomemben javnozdravstveni problem, saj se ocenjuje, da je od 3 do 10 odstotkov smrti povezanih z uživanjem alkohola (4). Po grobih ocenah je v Sloveniji od 75.000 do 100.000 ljudi, ki so odvisni od alkohola. Podatki Svetovne zdravstvene organizacije (5) kažejo, da v splošni populaciji do 40 odstotkov ljudi uživa alkoholne pijače na škodljiv način. V prikazanem vzorcu je bilo teh in tistih, ki so od alkohola odvisni, 5,6 odstotka, kar pomeni, da zajamemo v obravnavo premajhen del rizičnega prebivalstva. Od pregledanih 164 bolnikov se jih je za intenzivnejšo obravnavo zdravljenja škodljivega uživanja alkohola ali odvisnosti odločila le slaba četrtina, tako da od že tako skromnega deleža rizičnega prebivalstva zdravimo le majhno skupino tistih, ki zdravljenje potrebujejo.

Ob prikazanih podatkih se kar samo poraja vprašanje, kakšna je situacija glede obravnave problematike pitja alkohola v Sloveniji na področju splošne/družinske medicine? Ker je pitje alkohola dejavnik, ki pomembno vpliva na zdravje posameznika in njegove družine, naj bi zdravnik splošne medicine poznal t. i. "pivski status" vsakega opredeljenega pacienta. Vsaj enkrat ali še bolje dvakrat na leto naj bi vsakega bolnika, ki ga obišče, povprašal o pitju alkohola (6). Podatek bi moral biti zabeležen v zdravstveni kartoteki, podobno kot podatek o telesni teži, indeksu telesne mase, višini krvnega tlaka ali koronarni ogroženosti. Do tega podatka lahko zdravnik pride na različne načine: z ustreznim pogovorom, posebnimi vprašalniki, kliničnim pregledom in nekaterimi preiskavami. Preventivni pregled odraslega nam daje sedaj odlično priložnost, da lahko na zelo nevtralen način dobimo podatek o pitju alkohola. Priporočljivo je, da bi uporabili katerega od standardiziranih vprašalnikov (AUDIT, CAGE), ki ga lahko preiskovancu vroči že medicinska sestra pred pregledom pri zdravniku. Oba vprašalnika sta dostopna v novem učbeniku Družinska medicina (7). Za marsikaterega zdravnika je pogovor z bolnikom, za katerega sumi, da je alkoholik ali da uživa alkoholne pijače na škodljiv način, ena najneprijetnejših nalog v poklicu zaradi predpostavke, da bolnik v razgovoru ne bo želel sodelovati ali da bo postal celo sovražen do njega. Vendar opažanja ka-



žejo, da se ljudje, ki uživajo alkoholne pijače na škodljiv način, zelo dobro odzivajo na priporočila s strani izbranega zdravnika splošne medicine. Cenijo, da njihov zdravnik pokaže zanimanje za njihov odnos do uživanja alkoholnih pijač in zdravja. V splošnem pacienti sprejmejo vprašanja glede uživanja alkoholnih pijač kot del običajne zdravniške preiskave in pomoči. Obrambo v smislu zanikanja in odpor lahko pričakujemo šele pri ljudeh, ki so odvisni od alkohola (5). Potrebno je napraviti premik v terapevtskem razmišljanju, ki od somatskega zdravnika zahteva čimprejšnjo postavitev točne diagnoze, ki šele da osnovo za nadaljnje ukrepanje. Med obravnavo ljudi, ki so odvisni od alkohola, je lahko oblikovanje diagnoze že del terapevtskega procesa. Pri opredelitvi za škodljivo uživanje alkoholnih pijač lahko dosežemo bolnikovo strinjanje z diagnozo na podlagi laboratorijskih izvidov, anamnestičnih podatkov glede konfliktnih družinskih odnosov (Kako se doma razumete? Zaradi česa se pripravate? Kaj vam soproga očita? ...) ali pravno-formalnih zapletov (izguba vozniškega dovoljenja, težave v službi). Potem z bolnikom dosežemo dogovor, da opredelitev za to diagnozo preverimo v praksi: z njegovo sposobnostjo abstinence preko določenega časovnega obdobja (npr. tri mesece). Če bo uspel abstimirati, se dogovorimo za pitje znotraj meja še zmernega pitja (za odraslega moškega je ta meja pri 3,5 litra piva ali 1,4 l vina na teden z dvema dnevnoma abstinence; pri starejših od 65 let in pri ženskah je ta količina pol manjša). Če bo zmogel tudi to, smo opravili dobro delo. Če ne, pa imamo argumente, da gre pri njem že za odvisnost od alkoholnih pijač in tako bomo lažje vztrajali pri predlogu intenzivnejše obravnave odvisnosti.

Analiza najinega vzorca je pokazala, da je pristop zdravnikov splošne medicine in tudi drugih specialnosti do ljudi s problematičnim odnosom do alkoholnih pijač še vedno preveč zadržan in oklevajoč. Najpogostejši razlog za napatitev k psihiatru alkoholologu je bila želja po izvidu psihiatra za potrebe invalidske komisije. Ti bolniki imajo praviloma že resne telesne posledice dolgoletnega uživanja alkoholnih pijač in so večinoma toliko psihoorgansko spremenjeni, da za in-

tenzivnejšo obravnavo odvisnosti niso več sposobni. Nad ugotovitvijo, da zdravniki pošiljajo bolnike k psihiatru praviloma šele takrat, ko je za spremembo že prepozno in ko je že prisotna invalidnost, se lahko zamislimo. Kaj lahko naredimo, da bi izboljšali to stanje?

V procesu pridobivanja novega strokovnega znanja so se kot učinkovite in koristne izkazale učne delavnice za zdravnike splošne medicine, ki imajo v našem prostoru že večletno tradicijo. V zadnjem obdobju so potekale številne delavnice glede obravnave depresije v ambulantah splošne medicine, ki so tudi delno zaslužne, da v Sloveniji narašča poraba antidepressivov in rahlo upada poraba anksiolitikov. Na podlagi epidemioloških podatkov in izsledkov predstavljene raziskave meniva, da bi bilo v sedanjem času primerno usmeriti pozornost na škodljivo uživanje in odvisnost od alkohola. Z organiziranjem učnih delavnic zgolj na to temo in predstavitvijo kratkih ukrepov pri skupinah ljudi s povečanim tveganjem za razvoj odvisnosti od alkohola lahko preko izobraževanja zdravnikov splošne medicine bistveno znižamo pojavnost škodljivega uživanja alkohola, preko tega odvisnosti od alkohola in tako vplivamo na znižanje smrtnosti in številnih psihičnih ter telesnih zapletov pri odvisnosti.

#### Literatura:

1. Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS 2001, 67: 6921-8.
2. The SuRF (Surveillance of Risk Factors) Report. Dostopno na URL: <http://www5.who.int/noncommunicable-diseases/main.cfm?p=0000000394>
3. Hovnik Keršmanc M, Čebašek Travnik Z. Najpogostejši osnovni vzroki smrti in poraba alkohola v Sloveniji. *Zdrav Var* 1998; 37: 19-25.
4. Židanik M. Sindrom odvisnosti od alkohola. Maribor: Dispanzer za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti, ZD Maribor 2001. Dostopno na URL: <http://www.zd-mb.si/nasveti/milos/sindrom.htm>
5. Babor TF, Higgins-Biddle. Brief Interventions for Fazardous and Harmful Drinking. *A Manual for Use in Primary Care*. WHO 2001: 9.
6. Kolšek M. Vloga družinskega zdravnika pri tveganem in škodljivem pitju alkohola. *Med Razgl* 2002; 41: S1: 157-62.
7. Kolšek M. Pitje alkohola. In: *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002: 322-34.



# Testiranje na prisotnost alkohola (in/ali drog) v podjetju

Marjan Bilban

**P**odročje dela je eno od tistih, v katerem škodljiva raba alkohola ali celo odvisnost od alkohola napravi največ materialne škode. Opiti delavci, ki so lahko odvisni od alkohola ali pa tudi ne, ter odvisni od alkohola, ki so lahko opiti ali trezni, so vir slabe kakovosti izdelkov, nizke storilnosti, nesreč z materialno škodo, poškodb pri delu, nesporazumov in prepиров ter še vrste drugih motenj.

Prevalenco alkoholizma težko natančno merimo, ker nimamo standardiziranih diagnostičnih kriterijev, vendar pa večina raziskav kaže, da okrog 30 odstotkov moških in 3 odstotke žensk pije veliko in bi verjetno izpolnjevali diagnostične kriterije za odvisnost od alkohola. Natančnejših podatkov o razširjenosti pitja alkohola in posledicah le-tega v Sloveniji nimamo. Ocenjujemo, da je približno 10 odstotkov moških odvisnih od alkohola, približno 15 odstotkov je problematičnih pivcev, abstinentov pa je približno od 10 do 15 odstotkov. Ostali so t. i. zmerni pivci ali pivci po pameti. Ženske v Sloveniji pijejo v povprečju bistveno manj. (1)

Alkohologi si že dolga leta prizadevajo za sankcioniranje opitosti na delovnem mestu in drugih motenj, ki so v zvezi s pitjem alkoholnih pijač in odvisnostjo od alkohola (neupravičeno izostajanje, zamujanje ipd.), in za usmeritev v zdravljenje tistih kršilcev delovnih obveznosti, ki so odvisni od alkohola.

Delodajalci običajno ne vedo, kaj storiti z opitim delavcem, in še manj, kaj z odvisnikom od alkohola. Pogosto si zatiskajo oči in niti nočejo videti problema ter zaposlujejo tudi take delavce. Ko so postavljeni pred dejstvo, delavca odpustijo ali pa iščejo pomoč v medicini dela. Na zdravljenje običajno ne pomislijo, ker ga preslabo poznajo oziroma ker menijo, da ni dovolj uspešno ali pa, da ga njihov delavec ne potrebuje. Delavca pošljejo na preventivni zdravstveni pregled in nato pričakujejo odrešitev "od medicine dela". Če se na pregledu ugotovi, da je potrebno zdravljenje, dobita delavec in njegov izbrani zdravnik ustrezno sporočilo oziroma napotilo. Če delavec zaradi bolezni za delo ni zmožen, bi se res moral zdraviti, kajti sicer izgubi pravico do bonitet zdravstvenega zavarovanja (bolniški stalež). Ker ne dobi pozitivnega zdravniškega spričevala in torej ne more delati, bi moral izgubiti delo. Če poleg diagnoze odvisnost od alkohola ne ugotovimo nobene od takih posledic, zaradi katerih ne bi bil zmožen za delo, dobi izvid, da je zmožen za delo.

Alkoholiziranost na delu namreč ni medicinska kategorija (razen v primeru nevarne zastrupitve z alkoholom), ampak je stvar reda in discipline. Delodajalci si pogosto pomagajo z odločbo, s katero delavcu - odvisniku od alkohola odredijo obvezno zdravljenje. (2, 3)

Če v delovni organizaciji želijo delavcu - odvisniku od alkohola dobro, mu morajo ob hujši kršitvi izreči disciplinski ukrep prenehanja delovnega razmerja. V sklepu napišejo naj se zaradi zasvojenosti z alkoholom posvetuje z zdravnikom oziroma naj se gre zdra-

vit. Če bo upošteval njihova navodila, mu bodo brezpogojno kazen lahko spremenili v pogojno. Tak delavec bo motiviran za zdravljenje, kajti le-to mu prinaša rešitev. Dekompenzacija na delovnem področju je najbolj običajen in zelo uporaben trenutek za začetek zdravljenja. Vedeti moramo, da dokler ga zaposlenost še skrbi, še obstaja možnost za rehabilitacijo.

Osnovni zakon, ki posega v to področje, je **Zakon o varnosti in zdravju pri delu**. (4) S tem zakonom se določajo pravice in dolžnosti delodajalcev in delavcev v zvezi z varnim in zdravim delom ter ukrepi za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu. V temeljnih načelih tega zakona je zapisano, da je delodajalec dolžan zagotoviti varnost in zdravje delavcev v zvezi z delom. V ta namen mora delodajalec izvajati ukrepe, potrebne za zagotovitev varnosti in zdravja delavcev, vključno s preprečevanjem nevarnosti pri delu, obveščanjem in usposabljanjem delavcev, z ustrezno organiziranostjo ter potrebnimi materialnimi sredstvi.

Delavec ima pravico do dela in delovnega okolja, ki mu zagotavlja varnost in zdravje pri delu, delovni proces mora biti prilagojen telesnim in duševnim zmožnostim delavca. Delovno okolje in sredstva za delo morajo, glede na naravo dela, zagotavljati delavcu varnost in ne smejo ogroziti njegovega zdravja. Delavec mora spoštovati in izvajati ukrepe za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu. Delo mora opravljati s takšno pazljivostjo, da s tem varuje svoje življenje in zdravje ter življenje in zdravje drugih oseb. Delavec mora upoštevati predpisane varnostne ukrepe. Če ne ravna v skladu s tem, se šteje, da ogroža svojo varnost in zdravje ter varnost in zdravje drugih delavcev in zaradi tega huje krši obveznosti iz delovnega razmerja, zaradi česar mu lahko delovno razmerje preneha. Delodajalec je lahko za neopravljanje vseh ali posameznih nalog organiziranja in zagotavljanja varnosti pri delu kaznovan z denarno kaznijo najmanj 300.000,00 tolarjev, delavec, ki ne upošteva predpisanih varnostnih ukrepov, pa z denarno kaznijo 20.000,00 tolarjev, ki jo izterja inšpektor na kraju samem.

V **Zakonu o temeljnih pravicah iz delovnega razmerja** (5) je v poglavju o varstvu delavcev napisano, da mora organizacija oziroma delodajalec zagotoviti potrebne pogoje za varstvo pri delu v skladu z zakonom in splošnim aktom oziroma kolektivno pogodbo. Delavec mora upoštevati ukrepe za varstvo pri delu in pazljivo opravljati dela delovnega mesta, da zavaruje svoje življenje in zdravje ter življenje in zdravje drugih delavcev in občanov. V poglavju o odgovornosti za delovne obveznosti je zapisano, da delavec, ki po svoji krivdi ne izpolnjuje svojih dolžnosti in delovnih obveznosti ali ki ne upošteva sklepov, sprejetih v organizaciji, oziroma tistega, kar je odločil delodajalec, krši delovno obveznost. Kazenska odgovornost oziroma odgovornost za gospodarski prestop ali prekršek ne izključuje disciplinske odgovornosti delavca, če pomeni to dejanje tudi kršitev

delovne obveznosti. Kršitve delovnih obveznosti določajo ta zakon, splošni akt oziroma kolektivna pogodba. Za kršitev dolžnosti in delovnih obveznosti je delavcu mogoče izreči enega od naslednjih disciplinskih ukrepov: javni opomin, denarno kazen, prenehanje delovnega razmerja. Prenehanje delovnega razmerja se izreče za hujše kršitve dolžnosti in delovnih obveznosti, ki se nanašajo tudi na kršitev predpisa o varstvu pred požarom, eksplozijo, elementarnimi nesrečami in škodljivim delovanjem strupenih in drugih nevarnih materialov, ter določb splošnega akta oziroma kolektivne pogodbe, za kršitev predpisov in opustitev ukrepov za varstvo delavcev, delovnih sredstev in življenjskega okolja, za motenje enega ali več delavcev v delovnem procesu, ki izrazito otežuje izpolnjevanje delovnih obveznosti. Ukrep prenehanja delovnega razmerja se izreče tudi za druge hujše kršitve delovnih obveznosti, določenih z zakonom in splošnim aktom oziroma kolektivno pogodbo. V istem zakonu je tudi zapisano, da je delavca mogoče začasno odstraniti z delovnega mesta pri delodajalcu ali iz organizacije v primerih in pod pogoji, določenimi s splošnim aktom oziroma kolektivno pogodbo v skladu z zakonom. Kadar stori delavec s svojim ravnanjem hujšo kršitev delovne obveznosti, s katero neposredno ogroža življenje ali zdravje delavcev ali drugih oseb oziroma kadar ogroža materialna sredstva večje vrednosti, ga lahko poslovodni organ oziroma delodajalec ali drug pooblaščen delavec s pisnim nalogo odstrani z delovnega mesta ali iz organizacije, s tem, da mora ta nalog v treh dneh predložiti pristojnemu organu, ki je določen s splošnim aktom oziroma kolektivno pogodbo. Delavca je mogoče odstraniti z dela tudi v drugih primerih in pod pogoji, določenimi s splošnim aktom oziroma kolektivno pogodbo.

**Zakon o delovnih razmerjih** (6) v poglavju o odgovornosti za delovne obveznosti govori, da je delavec disciplinsko odgovoren za kršitev delovnih obveznosti, ki jih določajo zakon, kolektivna pogodba oziroma splošni akt. Disciplinski ukrep prenehanja delovnega razmerja se lahko izreče za vse hujše kršitve delovne obveznosti, določene z zakonom, kolektivno pogodbo oziroma splošnim aktom, če je bilo s storitvijo ali opustitvijo dejanja ogroženo življenje in zdravje delavcev ali drugih delovnih ljudi, povzročena ali bi lahko bila povzročena večja škoda, ogrožen ali bi lahko bil bistveno moten delovni proces v organizaciji oziroma pri delodajalcu ali kako drugače bistveno oteženo poslovanje organizacije oziroma delodajalca. Izvršitev disciplinskih ukrepov, denarne kazni in prenehanja delovnega razmerja se lahko pogojno odloži največ za dobo enega leta. Pogojno odložena izvršitev disciplinskega ukrepa se lahko preklic, če delavec stori v času iz prejšnjega odstavka hujšo kršitev delovne obveznosti ali če neupravičeno odkloni zdravljenje stanja zasvojenosti, ki je bilo razlog za ugotovitev njegove disciplinske odgovornosti. V poglavju o prenehanju delovnega razmerja piše, da delavcu preneha delovno razmerje tudi, če ob sklenitvi delovnega razmerja zamolči ali da neresnične podatke, ki so pomembni za opravljanje dela, za katero je sklenil delovno razmerje, in da mu delovno razmerje preneha, če mu je izrečen disciplinski ukrep prenehanja delovnega razmerja.

Tudi v novem **zakonu o delovnih razmerjih** (7), ki je bil objavljen v Uradnem listu št. 42/2002 in bo začel veljati 1. 1. 2003, je v poglavju Obveznosti delavca določilo, da mora delavec vestno opravljati delo na delovnem mestu, za katerega je sklenil pogodbo o zaposlitvi, v času in na kraju, ki sta določena za izvajanje dela, upoštevaje organizacijo dela in poslovanje pri delodajalcu. Delavec mora spo-

štovati in izvajati predpise o varnosti in zdravju pri delu ter pazljivo opravljati delo, da zavaruje svoje življenje in zdravje ter življenje in zdravje drugih oseb. V poglavju o izredni odpovedi je zapisano, da delodajalec lahko delavcu izredno odpove pogodbo o zaposlitvi, če delavec krši pogodbeno ali drugo obveznost iz delovnega razmerja in ima kršitev vse znake kaznivega dejanja ter če delavec naklepno ali iz hude malomarnosti hujše krši pogodbene in druge obveznosti iz delovnega razmerja.

Seveda je odgovornost za delovne obveznosti opredeljena tudi v internih pravilnikih o delovnih razmerjih. Tako je npr. v **Pravilniku o delovnih razmerjih** ZVD Zavoda za varstvo pri delu d.d. zapisano, da se ukrep prenehanja delovnega razmerja izreče tudi za kršitve, če delavec krši predpise o varstvu pred požarom, eksplozijo, elementarnimi nesrečami, če krši predpise in opusti ukrepe za varstvo delavcev in če moti enega ali več delavcev v delovnem procesu, kar izrazito otežuje izpolnjevanje delovnih obveznosti. Ukrep prenehanja delovnega razmerja se lahko izreče tudi za naslednje kršitve: prihajanje na delo v vinjenem stanju ali pod vplivom narkotičnih sredstev ali uživanje alkohola ali narkotičnih sredstev med delom ter povzročanje nereda ali pretepa. Delavca je mogoče začasno odstraniti z delovnega mesta, če je zoper njega uveden disciplinski postopek zaradi hujše kršitve delovnih obveznosti, za katero se lahko izreče ukrep prenehanja delovnega razmerja, ali pa, če s svojim ravnanjem ogroža svoje življenje ali zdravje ter življenje ali zdravje drugih oseb, materialna sredstva večje vrednosti ali če bi njegova prisotnost ogrozila nemoten in varen potek delovnega procesa ali poslovanja.

Vinjena oseba s svojim nenadzorovanim ravnanjem povzroča motnje v delovnem procesu podjetja, ker negativno vpliva na počutje zaposlenih, kakovost njihovega dela, njihovo storilnost ter varnost in nenazadnje tudi na zdravje. Iz tega izhaja, da ima problematika širše razsežnosti, zato jo je nujno potrebno celovito obravnavati in poskrbeti za sistemsko rešitev.

Z vidika varnosti in obvladovanja tveganj prisotnosti alkohola v podjetju predstavlja določeno prikrito grožnjo, saj njegovo uživanje in s tem povezan pojav vinjenosti pomeni novo tveganje v poslovnem procesu podjetja. Poleg tega je v podjetjih, kjer se pojavlja problematika vinjenosti zaposlenih, zaznati vzporedno problematiko: povečano odsotnost z dela, večje izrabe bolniškega staleža, zamuhanje na delo, slabšanje odnosov med zaposlenimi, slabšanje ugleda podjetja, nastanek raznih škodnih primerov, večji odstotek nezgod pri delu, pojavljajo pa se seveda tudi problemi pri vodenju in organiziranju delovnih procesov. Veliko vlogo pri reševanju problematike alkohola v delovnem okolju ima tudi služba, ki skrbi za varnost objektov in premoženja, saj je zadolžena za izvajanje nadzora nad vsemi dogajanji na varovanem objektu, torej tudi nadzora nad obnašanjem in vedenjem zaposlenih. Zmanjševanje tveganj se začne že pri sami vzgoji zaposlenih in vzpostavljanju pravil obnašanja na varovanem objektu, ki so ponavadi zapisana v hišnem redu. Vnos in uživanje alkohola morata biti strogo prepovedana, vsaka zloraba pa najstrožje sankcionirana. Vsaka izjema oziroma odstopanja od hišnega reda lahko pomenijo zlorabo zaupanja podjetja, kar dolgoročno prinaša negativne posledice.

Evropska listina o alkoholu določa, da imamo vsi ljudje pravico, da smo v družinskem, družabnem in delovnem okolju zavarovani pred nezgodami, nasiljem in drugimi negativnimi posledicami, ki jih povzroča uživanje alkohola. Države, ki so sprejele listino, tudi



Slovenija, so dolžne pripraviti in izvajati takšno zakonodajo, ki bo kar najbolje zagotovila izvajanje te pravice. (8) V delovnem okolju naj bi torej dosegli, da ne bi prihajalo do nezgod, nasilja in drugih škodljivih posledic rabe alkohola. To je resno vprašanje, s katerim se v bolj razvitih okoljih ukvarjajo že desetletja. Pri tem sistematično ugotavljajo ekonomsko škodo, povezano z rabo alkohola, posledice dostopnosti alkohola na delovnem mestu, vpliv sodelavcev, ki uživajo alkoholne pijače, in tudi bolj specifične teme, kot je samoocenjevanje pivskih navad pri uspešnih moških itd. Seveda moramo imeti pri tem načrtovano alkoholno politiko, pri kateri moramo najprej odgovoriti na vprašanje *dostopnosti alkoholnih pijač na delovnem mestu* (9).

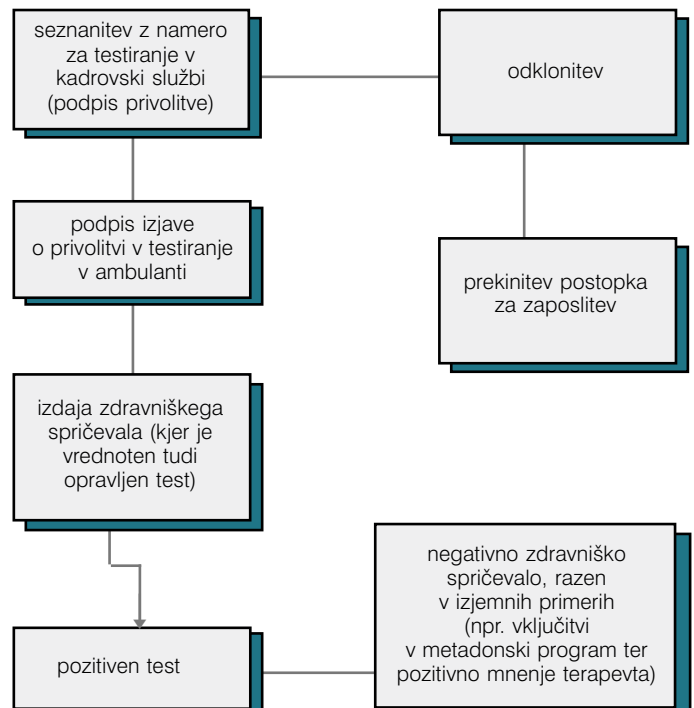
Vsak zaposleni mora imeti nedvoumno informacijo o tem, ali je uživanje alkoholnih pijač v njegovem podjetju dovoljeno ali ne. Če seveda dobro preberemo vso citirano zakonodajo, je odgovor jassen in dileme ne bi smelo biti. Pitje v delovnem procesu je absolutno prepovedano in tu ne more biti nikakršnih izjem, kot npr., da je pitje v sobi vodstvenih delavcev dovoljeno, da je pitje v obratu družbene prehrane dovoljeno itd.

Natančno mora biti tudi dogovorjeno, kakšen je postopek ugotavljanja alkoholiziranosti na delovnem mestu. V nekaterih delovnih sredinah so že sprejeli posebne pravilnike o odreditvi in izvajanju preizkusa alkoholiziranosti v izdihanem zraku oziroma vpliva mamil ali psihoaktivnih sredstev. Seveda je najprej potrebna ustrezna pravna ureditev, ustrezen pravilnik o delovnih razmerjih, ki določa, kaj so hujše kršitve, med njih uvršča tudi delo v vinjenem stanju ali pod vplivom psihoaktivnih snovi, njihovo prinašanje ali pomoč pri tem, uživanje alkohola oziroma psihoaktivnih snovi med delovnim časom in da se za tako hujšo kršitev lahko izreče ukrep prenehanja delovnega razmerja. Testiranje naj se izvede vedno, kadar obstaja sum na alkoholiziranost oziroma vpliv psihoaktivnih sredstev, pri vsaki nezgodi pri delu, pa tudi pri nevarnih dogodkih, ki so imeli za posledico le materialno škodo. Preizkus vedno zahteva nadrejeni delavec, ki je tudi odgovoren za varnost in zdravje pri delu vseh svojih podrejenih in ki svojo zahtevo tudi sporoči ustreznemu izvajalcu analize. Ustrezni izvajalec je pooblaščen delavec, ki ima ustrezno izobrazbo in pooblastilo. Lahko je pogodbeni služba varovanja, lahko pa pri tem sodeluje tudi zdravnik medicine dela. Pri preizkusu naj bi bil vedno prisoten nadrejeni, ki je zahteval preizkus, delavec, ki izvaja preizkus (služba varovanja itd.), v primeru, ko gre za nezgodo pri delu, pa tudi varnostni inženir oziroma delavec, ki je pooblaščen za varstvo pri delu. Za sam preizkus je potrebno, da so izdelana stroga navodila, ki jih vsi delavci poznajo, in da se vodi zapisnik, ki ga na koncu vsi, vključno s preizkušancem, tudi podpisujejo. Če delavec odkloni podpis zapisnika iz razloga, da se ne strinja z rezultatom, se šteje, da je pod vplivom alkohola oziroma pod vplivom psihoaktivnih substanc. Prav tako se tudi šteje, da je delavec pod vplivom alkohola, če kaže alkoholne motnje in odkloni preizkus alkoholiziranosti. Za izvajanje preizkusa alkoholiziranosti, vpliva mamil oziroma psihoaktivnih sredstev v podjetjih, kjer nimajo ustrezno izobraženih delavcev oziroma strokovnega osebja, se sklenejo pogodbe s pooblaščenimi organizacijami za opravljanje teh storitev. Če je s preizkusom ugotovljeno, da je delavec pod vplivom alkohola, ali če se z zdravniškim pregledom ugotovi, da je pod vplivom mamil ali psihoaktivnih sredstev, se delavcu ne dovoli, da bi opravljal delo oziroma z njim nadaljeval, in se ga začasno odstrani z delovnega mesta, zoper njega pa poda zahtevo za uvedbo postopka zaradi hujše kršitve delovnih obveznosti. Vinjeno osebo mo-

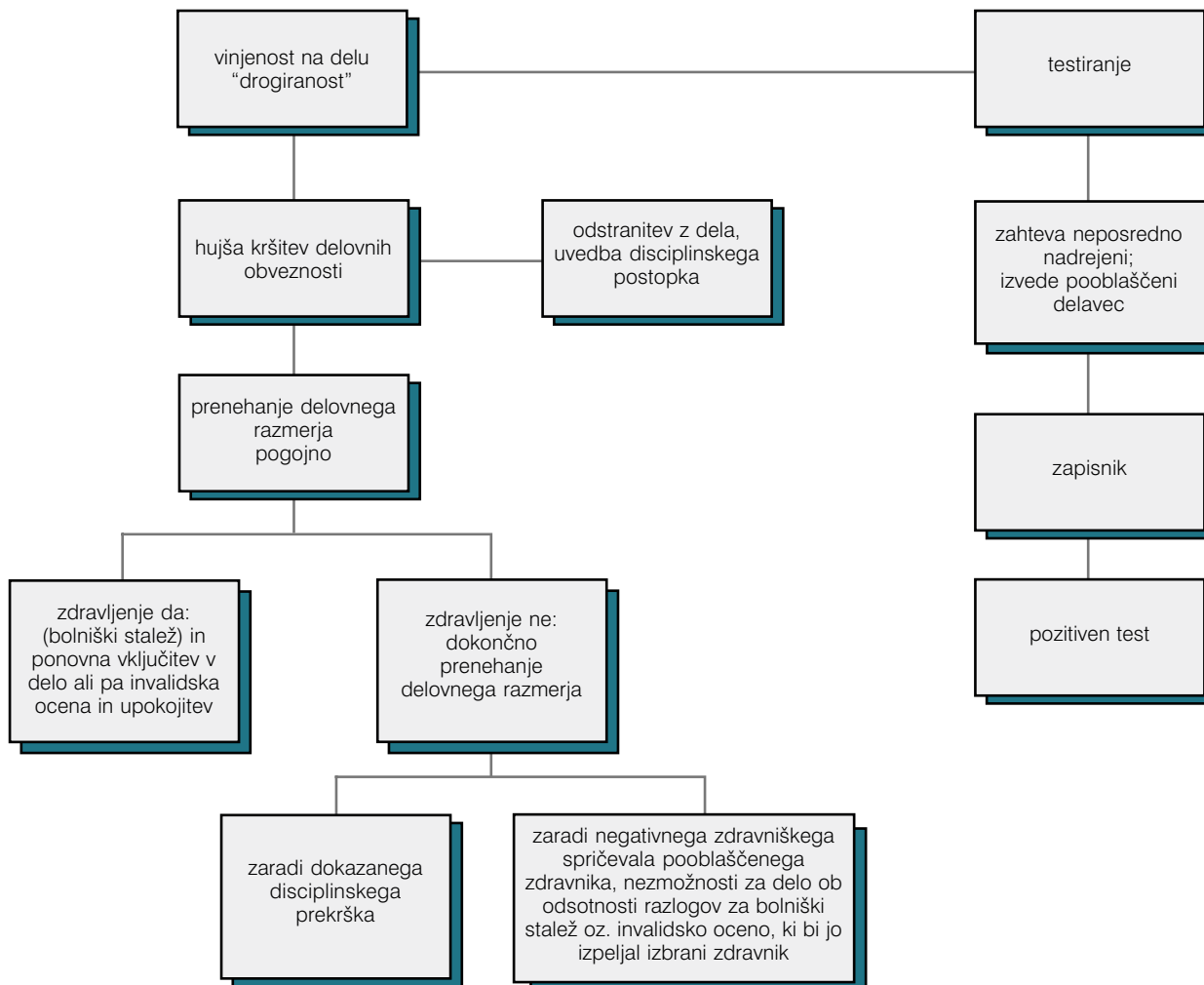
ramo odstraniti z delovnega mesta ter poskrbeti za varno pot do doma. Zavedati se je namreč treba, da vinjene osebe ne smemo odstraniti z delovnega mesta, ne da bi poskrbeli za njeno varnost na poti domov. Najpametneje je, da podjetje določi nekoga, ki ga pospremi do doma in na ta način prepreči morebitno nadaljnjo škodo, ki bi jo lahko alkoholizirani povzročil s svojim nekontroliranim ravnanjem. V primeru, da imamo opravka s kroničnim uživalcem alkohola, moramo poskrbeti za njegovo zdravljenje in mu kar najbolj pomagati, da prebrodi krizo in nadaljuje z normalnim življenjem.

Enako se ravna tudi v primeru odklonitve preizkusa z alkotestom ali zdravniškega pregleda. Postopki preizkušanja alkoholiziranosti oziroma dela pod vplivom mamil ali drugih psihoaktivnih sredstev ter rezultati teh postopkov so zaupni, zato je potrebno ravnati v skladu z zakonom o varovanju osebnih podatkov.

Posebno v zadnjih letih se vse več uporabljajo tudi postopki za testiranje na psihoaktivne substance oziroma mamil. Ta postopek se najpogosteje uporablja že pri sprejemu na delo. Pri sprejemu na delo kandidat za delo opravi razgovor v kadrovski službi, kjer že izve za sklep podjetja o testiranju na psihoaktivne substance oziroma mamil zaradi same narave dela. Če kandidat te pogoje sprejme, opravi na naslednji stopnji pregled v ambulanti medicine dela. Pred pregledom izpolni vprašalnik, ki vsebuje tudi vprašanja o uživanju psihoaktivnih zdravil in mamil. Nato med pregledom pri zdravniku prebere in podpisuje izjavo, da je seznanjen z odvzemom telesnih tekočin v namen omenjenega testiranja in da se z njim strinja. Z rezultati testiranja podjetje ni seznanjeno, vendar v primeru pozitivnega izvida delavcu ne izda pozitivnega zdravniškega spričevala. V primeru, da se pacient s postopkom ne strinja in ne podpisuje izjave, je to praktično enako pozitivnemu izvidu in ne dobi pozitivnega zdravniškega spričevala.



**Predhodno testiranje na droge (psihoaktivne snovi)**



### **Testiranje zaposlenega na alkohol (in/ali droge ter psihoaktivne snovi)**

Podjetje mora imeti zgrajeno alkoholno politiko oziroma politiko odnosa do alkohola in vseh ostalih prepovedanih drog oziroma do zaposlenih, ki uživajo alkohol ali druge prepovedane droge ali psihoaktivne substance.

V njihovih internih pravilnikih mora biti jasno opredeljeno to področje, prav tako pa tudi, kdo, kdaj, na kakšen način in kako lahko izvaja testiranje in kako ravnati v primeru pozitivnega rezultata.

S celotno politiko do alkohola, prepovedanih drog in drugih psihoaktivnih substanc v podjetju mora biti seznanjen vsak zaposleni, prav tako naj bi vsak poznal tudi možnosti pomoči in zdravljenja v primeru odvisnosti (ali zgolj škodljive rabe), ki jim jo na predlog delodajalca lahko predstavi pooblaščen zdravnik v okviru promocije zdravja v podjetju. ■

1. Kolšek M.: Preprečevanje čezmerne pitja alkohola v splošni - družinski medicini, *Preventiva v splošni medicini, Sekcija za splošno medicino SZD, Ljubljana 1996*
2. Jakopič J.: Pitje alkoholnih pijač, odvisnost od alkohola in delo, *Delo in varnost* 42 (1997) 5; 239-45
3. Jakopič J.: Delo z odvisnimi od alkohola je pogosto (navidezno ali pa tudi zares) strokovno napačno; *Medicina odvisnosti, Zbornik I, Slovenska konferenca o medicini odvisnosti, Republiški strokovni kolegij za psihiatrijo - delovna skupina za odvisnost od alkohola, Ljubljana 1996; 91-111*
4. *Zakon o varnosti in zdravju pri delu Ur. list RS, št. 56/99, 64/01*
5. *Zakon o temeljnih pravicah iz delovnega razmerja Ur. list SFRJ, št. 60/89, 42/90*
6. *Zakon o delovnih razmerjih Ur. list RS, št. 14/90, 5/91, 71/93, 2/94*
7. *Zakon o delovnih razmerjih Ur. list, št. 42/2002*
8. Čebašek Travnik Z.: *Evropska listina o alkoholu: Ali jo bomo v Sloveniji lahko uresničevali?, Isis 1996; 6:57-8*
9. Čebašek Travnik Z., Hovnik Keršmanc M.: *Nimamo alkoholne politike: Ocenjevanje delazmožnosti pri odvisnih od alkohola in drog ter pri epilepsiji; ZZZD - Združenje za medicino dela, prometa in športa, Rogaška Slatina, 2000: 39-47*

# Digitalna fotografija v medicini in stomatologiji

Ste zmedeni ob nakupu digitalnega fotoaparata?

Krištof Zevnik, Peter Kadunc

**V**izualni zapis ima v medicini in stomatologiji visoko vrednost. Terapevt se vsak dan poslužuje različnih vizualnih zapisov, ki omogočajo učinkovito diagnostiko in terapijo pacientov.

Klasična fotografija je prisotna v našem poklicu že mnogo let. Pri tem so veljale nekatere tehnične omejitve, npr. zamudno razvijanje filmov, problemi pri osvetlitvah slikanega objekta, predvsem pa zamudno iskanje in arhiviranje razvitih slik. Vsi našeti problemi in najbrž še cela vrsta drugih so slovenskega zdravnika in zobozdravnika oddaljevali od vsakodnevne uporabe fotografije pri njegovem delu.

Digitalna fotografija se v širšem slovenskem prostoru razvija z nesluteno hitrostjo. Navdušenost nad uporabnostjo digitalnega zapisa se večja iz dneva v dan. Tako je digitalna fotografija že močno zakorakala tudi v našo stroko.

Danes obstaja približno 200 digitalnih fotoaparatorov različnih oblik, zmožnosti in cen.

Vsak zdravnik in zobozdravnik, ki se odloči za nakup digitalnega fotoaparata, pa se ustavi pred prvo in odločilno dilemo: "Kakšen digitalni fotoaparati naj kupim?"

Odločitev je za začetnika in laika na tem področju težka, zato pogosto verjame besedam prodajalca. Le-ti večkrat izkoristijo nevednost kupca in mu prodajo najdražje, kar imajo na policah trgovine. Kupec si ob "ugodni ponudbi" postavi drugo vprašanje: ali bom tako drag fotoaparati zares potreboval?

Ker cene digitalnih fotoaparatorov niso nizke, se pogosto zgodi, da kupec zmeden odide iz trgovine in čaka na "cenejše" čase...

## ABC digitalne fotografije

Predstavljajte si, da so vaše oči priključene na elektronsko napravo, sposobno meriti električne impulze, ki jih proizvede mrežnica v vašem očesu. Teoretično bi lahko iz teh zapisov sestavili sliko. Digitalni fotoa-



parati deluje zelo podobno. Poseben mikroprocesor v digitalnem fotoaparatu sestavi sliko iz meritev električnih signalov, ki jih proizvajajo svetlobno občutljiva tipala (Charged-Coupled Device - CCD).

Nastalo sliko zapiše v digitalni obliki v pomnilnik. Od tam jo lahko prenesemo v računalnik ali tiskalnik. Fotoaparati producira sliko v točkah. Število točk je odvisno od vrste CCD-ja.

Npr. fotoaparati s 3 milijoni točk (pixel) je sposoben posneti sliko velikosti 2.058 x 1.536 točk. Pretvorjeno v centimetre pomeni, da je slika velika približno 50 x 70 cm. Slika, ki se shrani na pomnilniku, zasede določen prostor.

S fotoaparatom, ki ima 3 milijone točk, pa lahko naredite tudi slike manjšega formata. S tem boste na pomnilnik shranili več slik, seveda manjšega formata.

## Pomnilniki oziroma shranjevanje slik na fotoaparatu

Obstaja več sistemov shranjevanja posnete slike na digitalnih fotoaparatih. Slika, ki jo posnamete, je v bistvu datoteka (file), s katero lahko ravnate kakor s katerokoli



datoteko na vašem osebem namiznem računalniku. Shranjevalni medij se razlikuje od proizvajalca do proizvajalca.

V ceno aparata je všteti pomnilnik v velikosti od 8 do 16 Mb.

Pomnilniške kartice lahko dokupujete po lastni presoji. Pomnilnik je ekvivalent filmu klasičnega fotoaparata, le da ga ne menjujete kot filma, ampak ga "praznite" na računalnik ali tiskalnik.

## Energijsko napajanje digitalnega fotoaparata

Zaradi dodatnega zaslona, s katerim imamo možnost takojšnje analize slike, vgrajene bliskavice in drugih energetsko zahtevnih sistemov v fotoaparatu, le-ta porabi veliko energije.

Trenutno obstajajo NiCad, NiMH, Li in LiIon baterije. Klasične alkalne baterije niso primerne za energetske potrebe fotoaparata.



Zahteva	Opis zahteve	Pripomba
Maksimalno število točk (pikslov)	Od 2 do 3 milijone točk	Število točk v veliki meri določa ceno fotoaparatu. Večje število točk ne pomeni nujno boljšega fotoaparata. Res pa je, da proizvajalci z večanjem števila točk dodajajo fotoaparatu tudi ostale kvalitete.
Makro zmožnost	Od 2 do 10 cm	Makro zmožnost ima v naši stroki pomembno vlogo. Z dobro makro zmožnostjo se lahko pacientu približamo na 2 cm in posnamemo sliko. Tako nam ni treba vstajati, se oddaljevati od operativnega področja, da bi dobili primerno ostrino slike.
Clip motion	320 x 200 točk ali priporočljivo 640 x 400 točk skupaj z zvočnim zapisom	Fotoaparati imajo zmožnost snemanja kratkih filmov z/brez zvočnega zapisa. S to lastnostjo boste svoj fotoaparat spremenili v kamero. Film z zvočnim zapisom zavzame veliko prostora na pomnilniškem mediju. Morda boste primorani kupiti dodatni pomnilniški medij.
Optični zoom	35 do 150 (po izbiri)	Optični zoom vam koristi predvsem v amaterske namene. Dober optični zoom je odlična lastnost vsakega fotoaparata.
Digitalni zoom	nepomemben	Digitalni zoom je tržna zanka. Sliko, ki jo posnamete, lahko takoj pogledate na fotoaparatu. Pri tem uporabljate digitalni zoom za približevanje. Ta varira pri fotoaparatih (od 3 do 10 x). Na računalniku lahko digitalno sliko povečate, kolikor hočete. Za to ne rabite digitalnega zooma na fotoaparatu.
Pomnilniški medij	CompactFlash tip I in II, Smartmedia card, CF+tip II Microdrive Memory stick, PC card...	Zelo pomembno je, da izberete tak pomnilniški medij, ki je kompatibilen z vsemi napravami, ki jih boste uporabljali v prihodnosti. Prenosnik, žepni računalnik, tablet PC...
Baterije	Baterije Li in Lilon, baterije NiMH	Po naših izkušnjah je poraba energije odvisna od fotoaparata. Na splošno baterije Li in Lilon držijo več. Dobra baterija je ključna za uporabnost fotoaparata.

## Prenos slik na računalnik

Prenos slik preko fotoaparata se razlikuje od fotoaparata do fotoaparata. V začetnem razvoju digitalne fotografije so se uporabljali prenosi preko serijskih, SCSI in paralelnih portov. Z razvojem fotoaparatorov in večanjem zmogljivosti CCD-jev se je uveljavil prenos preko USB-porta (Universal Serial Bus) in firewire.

V prihodnosti bo prenos možen tudi preko BlueTootha in IR-povezave.

## Obdelava in shranjevanje slik na računalniku

Ob redni uporabi digitalnega fotoaparata se vam bodo slike začele kopičiti v računalniku. Slike lahko preko pečiice shranjujete na zgoščenke, jih arhivirate ali jih razvijete na navaden/fotografski papir.



V naši stroki se pojavljajo zahteve za digitalno vodenje kartotek skupaj s slikami. Smotno in pregledno arhiviranje slik je v naši stroki ključnega pomena.

Več o tej temi bomo govorili v naslednjem prispevku.

## Kakšen fotoaparat je potreben zdravniku in zobozdravniku?

Prva napaka, ki jo naredi nepoučeni kupec, je, da kupi najdražji fotoaparat, kar jih obstaja. Seveda je nedvomno kupil višek tehnologije na tem področju, vendar se takoj postavlja vprašanje, ali bo to tehnologijo lahko tudi izkoristil?

Zaradi tega razloga smo, s kolegi iz zdravniškega in zobozdrav-

niškega poklica, postavili standardne zahteve, ki jih lahko kolega ali kolegica upošteva pri nakupu digitalnega fotoaparata.

Zahteve, ki morajo biti izpolnjene za naš poklic, so združljive z amaterskimi zahtevami z nekaterimi posebnostmi.

Upam, da se boste sedaj lažje odločili za nakup učinkovitega digitalnega fotoaparata. Zahteve so namenjene vsem zdravnikom in zobozdravnikom, ki si želijo kakovostne slike pri svojem delu in tudi v domačem okolju. Pri tem popolno izkoristijo zmožnosti fotoaparata.

O cenah fotoaparatorov je težko govoriti. Na splošno velja, da so fotoaparati zunaj Slovenije do 20 odstotkov cenejši. Pri tem je treba pomisliti na servis, ki velja samo v državi nakupa (posebno pri nakupih v ZDA ali Aziji).

Seveda ste izbiri določene znamke prepuščeni sami, kajti reklama posameznih proizvajalcev bi bila resnično pristranska. V tem trenutku boste za zmerno ceno težko dobili vse našete zahteve za vaše učinkovito fotografiranje. Največ informacije boste dobili pri neposrednih zastopnikih po telefonu ali preko poizvedbe po internetu. Popolna internetna stran o digitalni fotografiji se glasi: [www.dpreview.com](http://www.dpreview.com).

O dilemah in dodatnih informacijah lahko pišete tudi meni na [zevnikkristof@hotmail.com](mailto:zevnikkristof@hotmail.com)

## Prihodnost

Digitalna fotografija se razvija z neznansko hitrostjo. Trud raziskovalcev je usmerjen na več področij. Področje, zanimivo za našo stroko, je razvoj naprave "all in one". Tako naj bi žepni računalnik, z zmogljivostmi osebnega računalnika, vseboval učinkovit GSM-modul, dober fotoaparat in še kakšno možnost. Mobilno pisarno bomo tako lahko uporabljali v službi in doma. ■

# Recepti za osebno rabo

Jurij Fürst

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila) omogočajo vsakemu zdravniku 50 receptov na leto za osebno rabo. Zaradi sprožene razprave v javnosti, med drugim tudi prispevka ministra za zdravje v predzadnji številki Izide (Da, kršim pravila), želimo posredovati predvsem strokovni javnosti nekaj povratnih informacij. V Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Zavod) smo naredili analizo podatkov avtomatske obdelave teh receptov za obdobje prvega polletja 2002 (od januarja do junija).

V prvem polletju leta 2002 so predpisali zasebne recepte 4.803 zdravniki. Ostali pomembni podatki so zbrani v tabeli 1.

Glede na vse predpisane recepte v tem obdobju je bilo zasebnih 0,50 odstotka. Njihova vrednost predstavlja 0,54 odstotka celotne vrednosti receptov. Zdravniki so predpisali le 26 odstotkov vseh svo-

**Tabela 2: Zdravila, predpisana na zasebne recepte v 1. polovici leta 2002, razvrščena po številu škatel**

Št. škatel	Ime zdravila
2101	AMOKSIKLAV 2X tableta 10x1000mg
1805	SUMAMED tableta 3x500mg
1605	LEKADOL tableta 20x500mg
1493	RANITAL film. obl. tableta 20x150mg
1458	ULTOP kapsula 14x20mg
1277	MAGISTRALNA ZDRAVILA
1230	NAKLOFEN DUO kapsula 20x75mg
1113	KETONAL FORTE film. obl. tableta 20x100mg
1089	SINVACOR 20 mg film. obl. tableta 20x20mg
1070	ASPIRIN 100 tableta 30x100mg
913	BLOXAN tableta 30x100mg
897	CLARITINE tableta 30x10mg
845	NALGESIN tableta 10x550mg
776	OLIVIN tableta 20x10mg
714	DEXAMETHASON-NEOMYCIN kapljice
664	ENAP TABLETE 10 mg tableta 20x10mg
655	IBUPROFEN obl. tableta 30x400mg
652	SANVAL tableta 20x5mg
617	APAUIN obl. tableta 30x5mg
610	LEXAURIN tableta 30x1,5mg
605	LEXAURIN tableta 30x3mg
604	SINVACOR 10 mg film. obl. tableta 20x10mg
589	PRIMOTREN tableta 20x480mg
571	HICONCIL kapsula 16x500mg
564	AMLOPIN 5 mg tableta 20x5mg
554	PENTILIN tableta retard 20x400mg
550	COZAAR tableta 28x50mg
543	VIBRAMYCIN kapsula 5x100mg
539	CANESTEN krema 20g 1%

**Tabela 1: Izbrani podatki o zasebnih receptih (Rp) in njihovi vrednosti v 1. polovici leta 2002**

Št. zdravnikov	4.803
Št. predpisanih Rp	31.156
Št. Rp na zdravnika (razpon)	6,5 (1-55)
Celotna vrednost Rp v SIT	205.381.294
OZZ vrednost Rp v SIT	135.497.904
Povprečna vrednost na zdravnika v SIT (razpon)	42.761 (56-1.360.867)
Povprečna vrednost Rp v SIT (razpon)	6.592 (561-221.719)

jih razpoložljivih receptov za to obdobje. Le 41 zdravnikov je predpisal več kot 25 receptov, torej več kot polovico letne kvote.

Predpisanih je bilo 880 različnih zdravil. V tabeli 2 so prikazana najpogosteje predpisana zdravila. Prevladujeta širokospektralna antibiotika, ki ne sodita v prvi izbor za zdravljenje najpogostejših okužb. Amoksiklav 2X in Sumamed 3 x 500 mg predstavljata 4,5 odstotka vseh predpisanih škatel v tem obdobju. To kaže, da izbiramo protimikrobna zdravila zase in svoje najbližje neracionalno.

Menim, da ni namen javne razprave, ki je bila sprožena s prispevki v časopisu Finance in se nadaljuje v stanovski reviji, kamor edino sodi, iskanje psiholoških ozadij in opravičevanje zaradi morebitnega nepoznavanja pravil. Gre le za to, da je tudi to področje, kot si želimo za vsa ostala področja v zdravstvu, primerno urejeno. Dosedanja ureditev je omogočila zdravnikom predpisovanje receptov izven ambulante ter jim s tem olajšala dostop do zdravil, kar je podrobneje opisal M. Toth v zadnji številki Izide. Če je bilo to v pomoč najbližjim sorodnikom ali eventualno prijateljem in znancem, morda z vidika Zavoda ni najpomembnejše (osebno me je tehten prispevek M. Zwitterja v zadnji številki Izide seveda prepričal o nasprotnem), saj Zavod teh receptov doslej sploh ni posebej nadzoroval. V želji po večji preglednosti celotnega področja predpisovanja zdravil je prav, da pravila oblikujemo tako, da bodo povsem jasna in da bo mogoče predpisovanje tudi nadzorovati. Tako so oblikovana tudi naša izhodišča. Izognili smo se torej kriterijem sorodstvenih vezi, saj jih ni mogoče preverjati, kot tudi naštevanju, kateri zdravniki lahko te recepte dobijo. Licenca kot edini in preverljivi kriterij, ki jo podeljuje Zdravniška zbornica, torej neodvisna ustanova, predstavlja eno od primernejših rešitev.

Za popolnejšo informacijo citiram 210. člen Pravil:

(1) Zavod za posameznega zdravnika lahko določi na leto zgornje število receptnih obrazcev in finančni limit za predpisovanje zdravil.

(2) Izjemoma lahko v breme Zavoda predpisujejo zdravila na recept zase in za svoje družinske člane tudi zdravniki, ki niso osebni zdravniki teh zavarovanih oseb oziroma od teh zdravnikov niso prejeli pooblastila za predpisovanje zdravil na recept. To so zdravniki, ki so delali in se upokojili v Sloveniji, zdravniki, zaposleni v Zavodu,

zavodih za zdravstveno varstvo, Inštitutu za varovanje zdravja, inštitutih Medicinske fakultete, v zdraviliški dejavnosti, visokih in višjih zdravstvenih solah in državni upravi. Tem dodeli Zavod na zaprosilo 50 receptnih obrazcev na leto. Ti receptni obrazci imajo žig Zavoda.

Temeljna izhodišča Zavoda za prenovo 210. člena, ki smo jih pripravili zaradi zagotovitve boljše preglednosti:

- recepte (zelene ali bele, čeprav slednji niso v domeni Zavoda) sme predpisovati le zdravnik z veljavno zdravniško licenco;

- za osebno rabo naj bi smel zdravnik predpisati le recepte z običajnim režimom izdaje (Rp);
- prav tako naj ne bi na te recepte predpisovali zdravil z omejitvijo predpisovanja - želimo, da so zdravila z omejitvijo predpisovanja izključno v rokah osebnega zdravnika oziroma napotnih specialistov;
- zmanjšanje števila receptov za osebno rabo na 30 na leto;
- v primeru predpisovanja, ki ni v skladu s temi določili, bi lahko zdravnik začasno ali trajno izgubil možnost dodelitve teh receptov.

# Vreča gnilega krompirja

Matjaž Zwitter

**M**arca bo na tržnici nov krompir. Nekaj tednov bom star krompir še prebiral v kleti. Tam nekje maja se vsako leto zgodi isto: ostanek starega, napol nagnitega in od poganjkov mehkega krompirja roma na kompost.

Si mislite, da bi to vrečo starega krompirja peljal nazaj kmetu v Cerklje? Glejte, gospod kmet, kakšen krompir ste mi lani prodali, vi falot!

Nekako tako ravnamo, ko gre za delavce s Hrvaškega, iz Bosne, s Kosova, Makedonije. Dokler so zdravi, so naši; ko zbolijo, jih ne poznamo več.

Franjo (F. H., številka bolniške dokumentacije 2948/01) je prišel v Slovenijo pred tridesetimi leti. Osemnajstletnega zidarja iz Medjimurja so v Maribor k velikemu gradbenemu podjetju pripeljali posredniki, ki so novačili med mladimi izučeni mojstri onkraj tedaj nevidne republiške meje. Deset let je gradil ceste, nato je šel delat k zasebniku. Za več denarja, se razume. Da je bila plača izplačana na roko in da ni imel zavarovanja, se mu tedaj ni zdelo pomembno. Potem je prišlo leto enaindevetdeset. Za slovensko državljanstvo ni zaprosil: bal se je oblasti, ker ni imel urejene zaposlitve, in bal se je, da doma v Čakovcu kot tujec ne bo mogel dedovati posestva. Pa sploh: kdo ve, koliko časa bo zdržala tale slovenska državica - ali naj vsako leto menjam državljanstvo?

Spomladi leta 2000 so se pričele slabosti in bolečine v želodcu. Po dveh mesecih je vendarle obiskal zdravnika. Karcinom želodca je bil tedaj še v začetnem stadiju. Ker ni imel niti zdravstvenega zavarovanja niti slovenskega državljanstva, bi moral zdravljenje plačati iz svojega žepa. Toliko časa je odlašal, da je bil rak inoperabilen. Celo leto je nato trajala kalvarija: enkrat na mesec je bil kot nujen primer sprejet v bolnišnico, prejel je infuzije ali transfuzijo krvi in zdravila proti bolečinam, nato so ga po nekaj dneh kot nezavarovano osebo odpustili. Dva dni pred smrtjo mu je poleti leta 2001 slovenska država velikodušno podelila slovensko državljanstvo.

Franjo je bil eden od ne tako redkih, ki živijo pri nas, pa so brez vsakršnega zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja. Za svoj nekdanji dom tujec, za tujino ilegalec. Človek brez zavetja, kamor bi se ob stiski lahko zatekel.

Ko Slovenija gradi avtoceste ali prenavlja vladne palače, inšpekcija za delo tiho spregleda, da kooperanti velikih gradbenih podjetij zaposlujejo mnogo delavcev brez urejenega delovnega položaja in brez zdravstvenega ali pokojninskega zavarovanja. Še tega ne verjamem, do bo kilometer avtoceste zaradi tega kaj cenejši; prej je res, da bo mogočnejem kaj več ostalo v žepu.

Ko govorimo o delu na črno, govorimo o malih, nemočnih ljudeh. Ne bodimo torej naivni in ne pričakujmo, da je mogoče problem neprijavljenih delavcev rešiti tako, da bodo ti delavci sami zahtevali, naj jih njihov šef zavaruje pri zdravstveni in pokojninski blagajni. Dokler so kazni le simbolične, nam ne pomaga nobena inšpekcija. In kazni so simbolične: ali ste že slišali, da bi gradbenik ali lastnik bifeja izgubil dovoljenje za delo, ker delavce zaposluje na črno? Rešitev je preprosta in ne zahteva množice dodatnih inšpektorjev: potreben je le strah pred nepodkupljivo delovno inšpekcijo, ki bo podjetniku za trajno prepovedala samostojno poslovanje. Le nekaj bi jih tako kaznovali, potem bi ostali sami prišli in prijavili delavce, celo v zdravstveno blagajno bi padlo kar nekaj odstotkov več denarja.

Res je, po poslovni logiki ni prav, da bi nezavarovane osebe zdravili na račun naše zavarovalnice. Pa saj ne gre za to: gre za to, da oblast prisilimo, da bodo vsi, ki pri nas delajo, tudi zdravstveno zavarovani. Mi, zdravi, zdravstveno in pokojninsko zavarovani državljani te države moramo opozoriti na problem, ki ga bolni, nezavarovani nedržavljeni ne morejo rešiti.

Ob strani smo tokrat pustili etične dileme zdravnika, ki zdravi nezavarovanega bolnika s kronično boleznijo. Marsikaj bi se našlo: na primer ravnanje zdravnika, ki je postavil diagnozo raka v še ozdravljivi obliki, pa se je zadovoljil zgolj z medicinsko stranjo problema.

Kot pri vsakem etičnem vprašanju, se tudi tukaj lahko vprašamo po ozadju, torej po vzrokih, ki so nas pripeljali do zagate, in po poteh, da bi bilo v prihodnje takih primerov čim manj. To so očitno vprašanja, ki jih zdravniki sami ne moremo rešiti. Za komentar bo zato prosili ministra za delo, dr. Vlada Dimovskega.

Naj se za konec vrnem k prisprodi iz uvoda. Gnilega krompirja ne moreš peljati nazaj h kmetu in tudi v kleti ga ne moreš pustiti, sicer ti bo smrdela cela hiša.

# Preprečevanje dela na črno v Sloveniji

Branko Omerzu

Siva ekonomija je pojav, ki ga najdemo v vseh državah, v vseh gospodarstvih in v vseh političnih sistemih. V različnem obsegu in različni moči je siva ekonomija prisotna v vseh fazah družbenega razvoja in v nobeni družbi ni obrobne pomena. Tudi v Republiki Sloveniji je prisotna siva ekonomija.

Zavedajoč se negativnih vplivov sive ekonomije je Vlada RS že julija 1997 sprejela program odkrivanja in preprečevanja dela in zaposlovanja na črno, ki ga je pripravilo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve in se izvaja že šesto leto.

Na osnovi tega programa se je okreplil nadzor nad delom in zaposlovanjem na črno s posebej koordiniranimi dejavnostmi, v katerih sodelujejo različni nadzorni organi. V ta namen je Vlada Republike Slovenije ustanovila tudi posebno komisijo, ki jo vodi Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Značilnost akcij skupnega poostrejenega nadzora nad delom in zaposlovanjem na črno je hkratno sodelovanje več nadzornih organov pri odkrivanju in preprečeva-

nju dela in zaposlovanja na črno. Posebej je potrebno poudariti, da te koordinirane skupne akcije niso nadomestilo rednih dejavnosti posameznih nadzornih organov.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je pripravilo tudi zakon o preprečevanju dela in zaposlovanja na črno, ki je bil v Državnem zboru sprejet v aprilu leta 2000 in se je začel v celoti uporabljati maja 2001.

Ukrepi za preprečevanje dela in zaposlovanja na črno se odražajo tudi v drugi zakonodaji, predvsem s sankcioniranjem dela in zaposlovanja na črno, ko gre za uveljavljanje posameznih pravic.

Zakon o preprečevanju dela in zaposlovanja na črno (Ur. l. RS, št. 36/00) v svojih določilih predvideva tudi možnost, da se posamezniku, ki opravlja dejavnost oziroma delo in ni vpisan ali priglasen, kot to določa ta ali drug zakon, prepove samostojno opravljanje dejavnosti ali del za dobo od treh mesecev do enega leta. ■

## OBVESTILA

Ustanovitev Združenja za ambulantno ginekologijo

# Zapisnik ustanovnega sestanka

Zapisnik ustanovnega sestanka "Združenja za ambulantno ginekologijo" ter problemske konference o viziji razvoja ginekologije in porodništva v Sloveniji, ki so ga sklicali člani podskupine za ambulantno ginekologijo pri Zdravniški zbornici Slovenije dne 30. 11. 2002 v dvorani Krke, Dunajska 65, Ljubljana.

Prisotni:

**Člani podskupine za ambulantno ginekologijo:** Magdalena Božič, dr. med., mag. Dušica Glušič, Polona Jerman Kacič, dr. med., Jasna Kostanjšek, dr. med., Marko Mlinarič, dr. med., Dragica Rejec Taljat, dr. med., Nives Rožič Vičič, dr. med., Filip Simoniti, dr. med., Alenka Krenčič Zagode, dr. med., predsednica.

**Vabljeni:** prim. Andrej Možina, podpredsednik Zdravniške zbornice Slovenije, asist. Gordana Živčec Kalan, predsednica odbora za osnovno zdravstvo ZZS, prof. dr. Maja Primic Žakelj, projekt Zora, Irena Kirar Fazarinc, dr. med., z Inštituta za varovanje zdravja, mag. Dunja Obersnel z Znanstvenoraziskovalnega centra SAZU, mag. Gorazd Kavšek, predsednik Sekcije specializan-

tov ginekologije in porodništva pri SZD.

**Opravičeno odsotni:** prof. dr. Helena Meden Vrtovec, višja svetnica, predsednica RSK za ginekologijo in porodništvo, in Jožica Maučec Zakotnik, državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje.

**Vseh prisotnih** na začetku 58.

**Pričetek sestanka** ob 11. uri.

**Sestanek je vodila Magdalena Božič, dr. med.**

Dnevni red:

1. Uvodni pozdrav
2. Izvolitev skupščinskih organov
3. Poročilo o pripravah za ustanovitev Združenja za ambulantno ginekologijo
4. Predstavitev ankete
5. Razprava o vsebinah in organizaciji našega dela ter viziji razvoja ginekologije in

porodništva

6. Poročilo verifikacijske komisije
7. Obravnava in sprejem statuta društva in smernice za delovanje društva
8. Volitve organov društva
9. Razno

## K 1. točki: Uvodni pozdrav

Vse prisotne je pozdravila predsednica podskupine za ambulantno ginekologijo pri Zdravniški zbornici Slovenije **Alenka Zagode Krenčič, dr. med.** Zahvalila se je predstavnikom Krke, ki so ponudili dvorano za srečanje. Opravičila je odsotni: prof. dr. Heleno Meden Vrtovec in Jožico Maučec Zakotnik. Na osnovi odgovorov v anketi in števila prisotnih na sestanku je ugotovila, da je bil sklic ustanovnega sestanka nujen, k po-



budi za ustanovitev pa so še dodatno pripomogli in jo pospešili tudi podpisani 18 ginekologov, ki so izrazili pobudo za čimprejšnje srečanje. Povedala je, da se vrtimo v začaranem krogu kolizije ponujenega programa storitev, predpisanih normativov in standardov varnega in strokovnega dela, zato je nujno potrebno, da se v to vključi stroka. Zaradi istega razloga je bila pred več kot štirimi leti ustanovljena projektna skupina, kasneje skupina za spremljanje glavarinskega sistema v ginekologiji in nazadnje podskupina za ambulantno ginekologijo pri Zdravniški zbornici Slovenije, ki je spremljala in opozarjala na organizacijske in vsebinske nepravilnosti ter se pogajala o pomembnih vsebinah z zavarovalnico. V Združenju za preventivno in ambulantno ginekologijo, ki ga ustanovljamo, vidi možnost dejavnega oblikovanja strokovnih vsebin in soustvarjanja novih smernic za razvoj ginekologije in porodništva v Sloveniji, izrazila je tudi željo, da bi bilo to "rojstvo" zdravega in vitalnega združenja.

## K 2. točki: Izvolitev skupščinskih organov

Izvolitev skupščinskih organov je vodila **Magdalena Božič, dr. med.**

Predlagani kandidati v delovno predsedstvo (Magdalena Božič, dr. med., Polona Jerman Kačič, dr. med., Alenka Zagode Krenčič, dr. med., Dragica Rejec Taljat, dr. med.), za zapisnikarja (Nives Rožič Vičič, dr. med.), za overovatelja zapisnika (Jasna Kostanjšek, dr. med., Cvetka Fakin, dr. med.), za volilno komisijo (Filip Simoniti, dr. med., Mojca Jemec, dr. med., Darja Arko, dr. med., Miroslov Laktič, dr. med.), za verifikacijsko komisijo (Marko Mlinarič, dr. med., mag. Dušica Glušič), za komisijo za sklepe (Polona Jerman Kačič, dr. med., Marko Mlinarič, dr. med., Alenka Zagode Krenčič, dr. med.) so bili enoglasno potrjeni z dvigom rok.

## K 3. točki: Poročilo o pripravah za ustanovitev Združenja

Poročilo je pripravila **Alenka Krenčič Zagode, dr. med.** Povedala je, da je ideja o ustanovitvi združenja prisotna s strani kolegov ginekologov in porodničarjev in s strani RSK že dalj časa. Na področju ginekologije in porodništva je v Sloveniji organiziranih že nekaj združenj, od katerih so nekatera že vrsto let dejavna in priznana, nekaj pa jih je v ustanavljanju. Področje, ki dejavno povezuje

največje število ginekologov, več kot 100, nima svojega strokovnega združenja. Na pobudo RSK je bil 30. 9. 2002 sklican sestanek predsednikov združenj za: perinatalno medicino, za reproduktivno medicino, za endoskopsko kirurgijo, ultrazvočnega društva, senološkega društva, društva za ginekološko onkologijo in kolposkopijo, za menopavzo, za uroginekologijo in združenja ginekologov in porodničarjev. Sestanka sta se udeležila prof. dr. Živa Novak Antolič kot predstavnica Slovenije v EBCOG-u (evropskem ginekološkem forumu) in prim. Matija Cevc, ki je predstavil poglede in stališča Slovenskega zdravniškega društva z vidika ustanavljanja številnih strokovnih združenj ter legitimnosti predstavljanja le-teh v mednarodnem prostoru. Sestanka sta se udeležili Dragica Taljat, dr. med., ki je naša predstavica v RSK, in Alenka Zagode, dr. med., ki sta pojasnili skupno mnenje podskupine za ambulantno ginekologijo, da smo ZA ustanovitev Združenja, vendar je to potrebno potrditi na zboru ambulantnih ginekologov. Predstavljen je bil tudi koncept dela novoustanovljenega RSK-ja, ki temelji na sodelovanju z združenji in društvi in poudarja tudi pomen povezave med njimi. Posamezna združenja naj bi se, če bodo tako želela, povezala v zvezo združenj ob ohranjeni avtonomiji posameznega od njih. Predlagana je bila ustanovitev začasnega odbora združenj, ki ga bo vodila prof. Živa Novak Antolič, namestnica pa bo prof. Helena Meden Vrtovec, vse do ustanovnega sestanka "krovnega združenja" in volitev, ki bodo potekale jeseni 2003, hkrati s tretjim kongresom ginekologov in porodničarjev Slovenije.

Alenka Zagode, dr. med., je razložila, da se lahko organiziramo:

1. kot samostojno društvo v skladu z Zakonom o društvih (Ur. l. RS, št. 60/95), za katerega je potrebna ustanovitvena skupščina in statut, ki ga je potrebno skupaj z zapisnikom skupščine predočiti in vložiti pri pristojni UE, ter najmanj trije člani, ki morajo overiti svoje podpise pri notarju. Avtonomija samostojnega društva je večja;
2. v okviru že obstoječega Zdravniškega društva kot sekcija oziroma združenje, za kar pa prej omenjeni postopki niso pomembni. Za to varianta se je odločilo večina za zdaj registriranih društev.

Pojasnila je, da je namen Združenja prostovoljno, samostojno, strokovno, stanovsko, nestransko, neprofitno, javno in

strokovno združevanje ginekologov, ki delajo na področju preventivne ambulantne ginekologije.

## K 4. točki: Predstavitev ankete

Rezultate ankete je predstavil **Marko Mlinarič, dr. med.** Povedal je, da je bilo izpolnjenih 70 anket, starost ginekologov od 32 do 69 let, več kot polovica vprašanih ginekologov dela na primarni ravni do 10 let, najstarejši pa že 37 let.

Na vprašanje, koliko medicinskih sester imamo v delovni skupini, smo dobili odgovor, da ima 53 odstotkov eno sestro, 34 odstotkov dve sestri, na vprašanje o izobrazbeni strukturi smo dobili odgovor, da 42 delovnih skupin od 70 nima babice, ob 28 babic jih ima 23 srednjo izobrazbo, 4 višjo, 1 visoko. Druga medicinska sestra v delovni skupini: 37 je srednjih medicinskih sester, 13 je višjih medicinskih sester, 4 ambulate imajo višjo sestro le občasno ali za 4 ure, 5 medicinskih sester ima visoko izobrazbo.

Na vprašanje, ali se ginekolog želi vključiti v delo v bolnišnici, se jih je 32 (46 odstotkov) opredelilo, da želijo sodelovati pri delu v bolnišnici, 34 (48 odstotkov) pa jih je dejalo, da v bolnišnici ne bi delali.

Odgovori na vprašanje, ali bi mlajši kolegi raje delali v bolnišnici, starejši pa ne ali obratno, niso bistveno odstopali pri mlajših ali tistih z daljšim specialističnim stažem.

Na vprašanje, kakšna naj bi bila oblika sodelovanja in ali bi samo dežurali, jih je 61 (87 odstotkov) dejalo, da ne bi bili pripravljene samo dežurati, trije pa bi bili pripravljene tudi samo dežurati.

Na vprašanje, ali bi delali in dežurali v bolnišnici, jih je 24 (34 odstotkov) odgovorilo, da bi bili pripravljene tako delati kot dežurati v bolnišnici, 43 (62 odstotkov) pa ne. 32 bi jih delalo samo v bolnišnici, 3 bi bili pripravljene le dežurati.

Na vprašanje, kako si zamišljamo vključevanje babic v nadzor zdravih nosečnic, se 34 odstotkov ginekologov s tem strinja, 64 odstotkov pa jih je kategorično proti; glede jemanja brisov je 84 odstotkov ginekologov v anketi izrazilo nasprotovanje, 11 odstotkov pa jih je za to, da bi ustrezno izobražene medicinske sestre jemale brise. Glede imena združenja se je večina ginekologov opredelilo za ime "Združenje za ambulantno ginekologijo". Za dejavno sodelovanje se je izreklo 38 odstotkov ginekologov. Sledili so

predlogi 15 kandidatov za predsednika društva.

## K 5. točki: Razprava o vsebinah in organizaciji našega dela ter viziji razvoja ginekologije in porodništva

V razpravo se je najprej vključil **prim. Andrej Možina**, podpredsednik ZZS, ki je vse prisotne pozdravil v imenu Zdravniške zbornice in pojasnil, da je na področju slovenske ginekologije nastalo več združenj in da je prof. Živa Novak Antolič prevzela vodenje začasnega odbora. Glede vizije razvoja je izrazil mnenje, da je to stvar strpnega dialoga in izmenjave mnenj, morda pa se bodo nekoč vsa združenja povezala v eno združenje.

**Prof. Maja Primic Žakelj** je poudarila, da je namen izboljšati zdravstveno stanje žensk. Glede na to, da so epidemiološki podatki pokazali, da se je, kljub priporočenim letnim preventivnim pregledom brisa materničnega vratu, incidenca raka materničnega vratu od leta 1994 v Sloveniji začela povečevati, se je iskal način, kako ga obvladati. Dobre izkušnje iz Finske so bile vodilo, kako z organiziranim programom zmanjšati zbolevalnost in umrljivost za to obliko bolezni v Sloveniji. Nova Navodila so pomemben korak k vzpostavitvi organiziranega presejalnega programa, saj določajo ciljno skupino žensk od 20 do 64 let, ki je zajeta v aktivno presejanje. Če teh žensk v določenem intervalu ne bo na preventivni pregled, jih bodo nanj pisno vabili. Opredeljenim ženskam bo vabilo poslal izbrani ginekolog, neopredeljene pa bodo vabilo dobile iz Registra, če njihov bris ne bo registriran v obdobju treh let. Najmanj 70 odstotkov žensk od 20 do 64 let naj bi bilo pregledanih v treh letih, kako jih vabiti, je stvar dogovora. Neopredeljene ženske bi povabili na pregled in te bi se odzvale vsaj v 50 odstotkih.

**Mag. Irena Fazarinc** z IVZ, nacionalna koodinatorka za področje preventivnega reproduktivnega zdravstvenega varstva žensk, je povedala, da je bil narejen terminski načrt delovanja z mrežo območnih odgovornih ginekologov in območnih koordinatorjev preventivnega reproduktivnega zdravstvenega varstva žensk in da so odprta številna vprašanja s področja evidentiranja.

**Mag. Dunja Obersnel** z Rep. raziskovalnega centra je vesela povezovanja ginekolo-

gov, ki predstavljajo zelo pomemben segment dela s področja ginekologije in porodništva in so bili do sedaj zelo malo upoštevanji. Menila je, da je organiziranost na I., II., III. raven do sedaj dala dobre rezultate in razmišljala o imenu "Združenje za ambulantno ginekologijo" (ambulanta je lahko tudi na II. in III. ravni) ter "preventivno ginekologijo" (ukvarjamo se tudi s kurativno).

**Mag. Gorazd Kavšek**, predsednik Sekcije specializantov ginekologije in porodništva pri SZD, je razmišljal o "Združevanje ali razdruževanje ginekologov?" in povedal, da so specializanti zaskrbljeni in zainteresirani za prihodnost dela na področju ginekologije in porodništva, saj bodo sami čez 10 let v situaciji, v kakršni so ginekologi danes. V združenju se problemi definirajo in razrešujejo, zato je ustanovitev združenja smiselna in potrebna. Predstavil je svoje razmišljanje, da se ginekologi po eni strani združujemo po posameznih segmentih delovanja, po drugi strani pa je vseh ginekologov v Sloveniji 238, združenj približno 10 in v vsakem združenju bo od 20 do 30 ginekologov. Morda se bo kasneje pokazala potreba, da se zopet združimo v eno združenje. Menil je, da ima naša družba potrebo po centralizaciji stroke (zaradi stroškov), subspecializaciji (zaradi maksimalne oskrbe s čim manj denarja), privatizaciji, po več ambulantnih oskrbah pacientov na račun bolnišničnega zdravljenja, po večji produktivnosti, soočamo pa se tudi z vse večjo zahtevnostjo in pričakovanji pacientov. Problem je tudi feminizacija poklica.

**Polona Jerman Kacič, dr. med.**, je pojasnila, da je Ministrstvo za zdravje novembra 2001 zadolžilo RSK in Ginekološko kliniko, da zaradi slabih kazalcev kakovosti na področju ginekološke dejavnosti in organizacijskih težav pripravita smernice za reorganizacijo. Na problemski konferenci "Varnost, kakovost dela in organizacija ginekološko-porodniške službe v Sloveniji" 3. 12. 2001, katere sta se udeležili z Marijo Kožel Ilijaš, dr. med., je prim. mag. Alenka Fetih s sodelavci pripravila delovno gradivo z analizo stanja in predloge možnih oblik sodelovanja primarne in sekundarne ginekološke službe. Prim. mag. Alenka Fetih je takrat podala analizo obstoječih sistemskih napak v ginekološko-porodniški službi na obeh ravneh, izrazila željo po večji strokovni povezanosti ginekologov z obeh ravni, uravnoteženi časovni obremenitvi ginekologov

na obeh ravneh, razbremenitvi ambulantnih ginekologov, ustvarjanju pogojev za hospitalno delo ginekologov, ki opravljajo le ambulantno delo. V delovnem gradivu analizira stanje in izhaja iz tega, da imamo ginekologi enotno specializacijo, da delajo ginekologi v bolnišnici za 70 odstotkov več, kot je njihov redni delovni čas, da poleg tega delajo tudi na primarni ravni, da ginekologi na primarni ravni delajo le reden delavnik, so edini, ki nimajo organizirane svoje dežurne službe, so pa zavezani, da poskrbijo za preveliko število žensk. Ugotavlja, da so potrebne take spremembe, ki bi uravnotežile delo ambulantnih in bolnišničnih ginekologov in omogočile dostop ginekologom s primarne ravni v bolnišnice, kar naj bi zmanjšalo stroške zaradi podvajanja preiskav in nepotrebnih napotitev, dosežena bi bila večja strokovna povezanost in pretok znanja. Trenutna možnost je le pogodbeno delo, ukrepi ob sedanjih zakonodaji pa naslednji: postopno vključevanje babic, priprava ustrezne zakonodaje, ki bi predpisovala enake obveznosti v zvezi z dežurno službo vsem ginekologom; v viziji razvoja pa: racionalen preventivni reproduktivni program, javni zavod naj bi skrbel za obe ravni reproduktivnega zdravstvenega varstva, specialisti ginekologi naj bi delali na obeh ravneh, uredili naj bi stabilen obračunski sistem primarne ravni za preventivno dejavnost s standardizirano in pregledno kakovostjo dela in velik del reproduktivnega zdravstvenega varstva bi se prenesel na babice.

**Polona Jerman Kacič, dr. med.**, je nato podala pripombe podskupine za ambulantno ginekologijo na sestanku dne 9. 1. 2002, iz katerih je razvidno, da se člani podskupine strinjajo, da je želja po sodelovanju že dolgo prisotna in nujna, da se možnosti za sodelovanje z uvedbo glavarinskega sistema in opredeljevanjem vse bolj zmanjšujejo, da je ginekolog na primarni ravni obremenjen s prevelikim številom žensk, da je neenakomerna regionalna razporeditev in neugodna starostna struktura ginekologov prisotna tudi na primarni in ne le na sekundarni ravni. Povedala je, da večina kolegov misli, da je samo dežuranje v bolnišnici preveč rizično za ginekologa in za paciente, da je potrebno ginekologom iz ambulant omogočiti delo v bolnišnici v rednem delovnem času, pa tudi enako plačilo, pravno in odškodninsko varstvo, prehod naj bo postopen in sočasno naj se izvedejo sistemski ukrepi za razbremenitev primarnih ginekologov

(npr.: pogodba o zamenjavi). Ginekologi so pravzaprav obremenjeni na obeh ravneh, vendar različno, zato bo težko uravnotežiti njihove obremenitve. Pogrešamo z dokazi podprte analize o podvajanju preiskav in nepotrebnih napotivah, strinjamo se, da je potrebno pripraviti ustrezne pogoje za uresničevanje danih možnosti in izpolnjevanje obveznosti. Polona Jerman Kačič, dr. med., je poudarila, naj se upošteva enak program specializacije za vse specializante, ne glede na kasnejšo zaposlitev, stališče razreda za medicinske vede SAZU o reproduktivnem zdravstvenem varstvu žensk, ki je bilo objavljeno v Izidi marca 2002, in dolgoletna tradicija zdravstvenega varstva žensk, ki se kaže z nizko perinatalno in zgodnjo neonatalno umrljivostjo, zmanjšano splavnostjo, uspešnim zgodnjim odkrivanjem raka materničnega vratu in boljšim načrtovanjem družine. Sodelovanje ginekologov primarne ravni v delu na sekundarni ravni naj ne bi bilo obvezno, vključevali naj bi se le tisti ginekologi, ki to želijo, so usposobljeni in tudi pripravljeni na nenehno teoretično in praktično izpopolnjevanje.

Odprla je prostor za razpravo o vseh pečečih vprašanih povezovanj in sodelovanja primarne in sekundarne ginekološke službe.

**Dragica Rejec Taljat, dr. med.,** je podala poročilo o delu RSK za ginekologijo in porodništvo, ki se je od avgusta sestel štirikrat in predvidel strategijo delovanja, ki bo temeljila na veljavnih Navodilih in Smernicah razvoja ginekologije in porodništva v Sloveniji, ki so bile poslana januarja 2002 na Ministrstvo za zdravje. RSK je v tem času podal strokovno mnenje o predpisovanju hormonske nadomestne terapije in epiduralni analgeziji, pri podajanju svojih mnenj pa upošteva rezultate raziskav in mnenje ginekologov.

**Alenka Krenčič Zagode, dr. med.,** je predstavila svoje razmišljanje o viziji razvoja primarne ginekologije. Organizacija preventivnega zdravstvenega varstva žena, kakršno imamo, je specifična za našo državo in smo jo gradili desetletja. V nekaterih pogledih je dobra, ne pa v vseh. Idejo o spremembah lahko iščemo znotraj delitve dela v primarni ginekologiji na področje preventivne (sistem glavarine) in kurative (storitveni sistem).

**Preventiva** po glavarinskem ključu zagotavlja visoko stopnjo opredeljenosti in preglednosti (manjka odgovornost pacientk). Nikakor ni primerna za področje kurative,

kot to velja sedaj. Razvoj medicinske stroke napreduje, nove diagnostične metode zahtevajo strokovnjake, čas in denar. Verjetno bomo res prešli na uvajanje babic in medicinskih sester v del pregledov zdravih nosečnic (Navodila) in jemanja brisov MV. Če bo to postopno, ne bomo razburkali ženske javnosti, ki že sedaj s pomisleki sprejema jemanje brisov na tri leta. Trenutno imamo tudi izobrazbeno dokaj neustrezen kader, izobraziti bi bilo treba številne sestre, kar bi pomenilo dodatne stroške. Nenazadnje se ob nenadni spremembi počuti razvrednotenega tudi ginekolog in se sprašuje, kaj je v zadnjih dvajsetih letih sploh počel, če ga lahko čez noč zamenjajo medicinske sestre.

**Kurativa** (po storitvenem sistemu) preko napotnic izbranega osebnega zdravnika se lahko izvaja enako kot to velja za ostale stroke (krg., otoped., urolog., int. ...). Ker je ginekologov več, bi pacientke v primeru stiske in bolezni bistveno hitreje in lažje prišle do specialistične storitve. V nekem smislu je izbrani osebni zdravnik sedaj "degradiran", saj je ginekologija področje, s katerim se naj ne bi ukvarjal...?! Ob obisku pacientke iz drugih razlogov bi ji lahko hkrati predpisoval KC, HNZ po priporočilu ginekologa. Preventivni pregledi v zvezi z KC in HNZ pa tako potekajo v okviru Navodil pri izbranem ginekologu - v okviru preventive. V kurativnem delu bi se zmanjšalo število pregledov zaredi bolezni (napotnice); danes nas obiskujejo zdrave pacientke zaradi kontrole zdravja?! Ginekolog bi pridobil več časa za kurativne storitve in diagnostiko, ukvarjal bi se lahko z izbranimi področji (kolposk., UZ gin. - porod., urogin. diag., dojko...) in kar je bistveno: postal bi enakovreden kolegom na sekundarni ravni (saj veste, degradira te že samo delitev na primar-

no, sekundarno in terciarno raven). Naziv "primarni" pomeni najnižjo raven, marsikdo s tem enači tudi znanje. V teh okvirih postane kurativa možnost, v okviru katere bi marsikdo lahko našel svoj prehod v bolnišnično delo.

V ginekologiji je **zdravstvena vzgoja** verjetno že štirideset let plačana pavšalno (skoraj nič). Potreben je skupinski pristop k izdelavi programov šol za starše, posvetovalnic za mladostnice, KC, menopavzo, dojke... Določiti bi morali *licenčni kader*, ki bi to izvajal, in potreben je dogovor z Ministrstvom za *ovrednotenje* programov (po vzorcu CINDI?). Izvajale bi ga lahko, poleg babic, ki to že opravljajo, ob minimalni dodatni izobrazbi, ustrezno izobražene in motivirane medicinske sestre, ki so že vključene v programe CINDI.

**Centri za bolezni dojk** bi morali v celoti prevzeti preventivno dejavnost iz Navodil, vključno s kliničnimi pregledi in diagnostičnimi postopki na enem mestu ter evidenco vabljenja in kontrol. Preventiva do petdesetega leta in kurativa v primeru bolezni ostane v našem programu dela.

**Zaključek:** Vključevanje izbranih osebnih zdravnikov v naše delo je že tako ali tako vzorec, ki je prisoten na drugih področjih (upam, da to ne bi bila prevelika obremenitev za njih); za nas pa je to novo pridobljena možnost za natančno diagnostiko in vključitev v bolnišnično delo (možnost individualne opredelitve posameznega ginekologa). CBD in organizirani preventivni ZV-programi bi končno enkrat izpolnili vrzel v zdravstvenem sistemu. Predvsem takšna ureditev dela, tudi ob ukinitvi ravni, opravičuje enotno specializacijo, nudi enakovredne storitve in odpira možnost sodelovanja kolegov ter ohranja ugled stroke.

PREVENTIVA		KURATIVA	
MED. SESTRA, BABICA	GINEKOLOG	GINEKOLOG	IZBRANI OSEBNI ZDRAVNIK
?? "NAVODILA"?	RMV NOSEČNICE	ZDRAVLJENJA POSEGI	ZDRAVLJENJA (analogija z ostalimi special.)
ŠOLA ZA STARŠE ZV-DELAVNICE ZA: mladostnice, kc, menopavzo, dojke, (po vzorcu CINDI)	MLADOSTNICE, KC, HNZ, DOJKE	DIAGNOSTIKA: (kolposkop., UZ gin., porod., urogin., dojka...) DELO V BOLNIŠNICI	TRIAŽA (napotnice - ad gin.)
GLAVARINA (NACIONALNI PROGRAM)		STORITVENI SISTEM (SPEC. AMB. DEJAVNOST - NAPOTNICE)	

V razpravo se je vključila **Ksenija Šelih, dr. med.**, ki je opozorila na slab odnos bolnišnic do zasebnikov. Tudi njeno sodelovanje z bolnišnico se je s prehodom v zasebnostvo takoj prekinilo. Z ustanovitvijo društva želimo doseči enakopravnost (kot otrok, ki je najprej v skupini, nato želi doseči samostojnost in šele potem je zrel za ponovno združevanje).

**Mag. Damir Franič** je predstavil svoje sodelovanje z bolnišnico in povedal, da je za sodelovanje potrebna dobra volja na obeh straneh, vendar povsod ni tako. Menil je, da ni primarnih, sekundarnih in terciarnih ginekologov, ampak so samo dobri ali slabi ginekologi v majhnih in velikih porodnišnicah. Meni tudi, da smo razvrednotili delo primarnih ginekologov, v projektni skupini Zora ni nobenega ambulantnega ginekologa, še vedno ni jasno podan razlog, zakaj smo šli v program Zora, zakaj naj bi medicinske sestre oziroma babice jemale brise, če se nismo reorganizirali ginekološke službe. Združevanje in razdruževanje je le prehodna faza do cilja: skupnega združenja. Vsak ginekolog ima pravico, da se sam odloči, kako bo sodeloval s sekundarno ravno: nekdo si to želi, drugi pa ne.

**Marija Koželj Ilijaš, dr. med.**, je menila, da je anketa jasno pokazala, da si ginekologi želimo sodelovanja z bolnišnicami, obliko sodelovanja pa naj si ginekologi ob obojestranskem soglasju sami izberejo. Ginekologi na primarni ravni lahko delamo vse, razen da operiramo, sami pa smo krivi, da se za obseg našega dela ne ve. Glede programa Zora je predlagala evalvacijo rezultatov dela v triletnem obdobju, nato naj se organizira vertikalna raven sodelovanja, šele nato naj se nadaljuje s projektom.

**Ratko Tatalovič, dr. med.**, je povedal, da imajo ponekod (npr. Postojna) sodelovanje dobro organizirano, ginekologi delajo deloma v bolnišnicah, deloma v ambulantah, problem je le v Ljubljani, kjer se to sodelovanje ni razvilo.

**Prim. Andrej Možina** je povedal, da v Ljubljani res ni bilo posluha za sodelovanje in da so se v posameznih krajih po Sloveniji razvili različni vzorci sodelovanja. Eden od teh so tudi konziliji o primerih boleznij enkrat na teden, še naprej pa se iščejo različne oblike sodelovanja. Predstojniki oddelkov bodo morali poiskati način sodelovanja. Pomembno je tudi varno nadaljevanje dela v bolnišnici in v ambulantah. Anketa podskupine za ambulantno ginekologijo je poka-

zala, da jih več kot tri četrtine odklanja dežurstvo, ena polovica odklanja oboje: delo v bolnišnici in dežurstvo, zato bo treba iti v model prostovoljstva in upoštevati želje posameznih ginekologov. Nova stališča glede sodelovanja ambulantnega ginekologa v bolnišnici in bolnišničnega v ambulanti moramo načrtovati za v prihodnje z novimi specializanti. Misli tudi, da je v Sloveniji slabo razvita mreža odkrivanja raka dojke.

**Prof. dr. Maja Primic Žakelj** je pojasnila, da je danes opredeljenih 70 odstotkov žensk, vendar tudi te vse ne pridejo na ginekološki pregled. 350.000 odvzetih brisov na leto govori za to, da bi morale biti pregledane vse ženske, pa niso. Večjo pregledanost bomo dosegli z organiziranim vabljenjem na pregled. V programu Zora so neopredeljene prišle na pregled v 30 do 40 odstotkih.

**Polona Jerman Kačič, dr. med.**, je pojasnila, da obstaja določena skupina žensk, ki so se opredelile, torej imajo izbranega ginekologa, hodijo pa vsako leto na odvzem brisa k zasebniku. Predlaga centralno vodenje brisov, ki bi bilo bolj pregledno in racionalno.

**Prim. Andrej Možina** je poudaril, da se premajhno pozornost posveča slabim kazalcem zdravja in preobremenjenosti ginekologov, ki ves čas pregledujejo iste ženske in nimajo možnosti, da bi to ustavili. Zato je program Zora dobrodošel.

**Mag. Dunja Obersnel** je povedala, da je bilo delo ginekologov zadnjih 30 let dobro urejeno, kazalci zdravja prebivalstva pa so se nekoliko poslabšali v zadnjih desetih letih (neonatalna umrljivost, načrtovano rojstvo in splavnost med mladostnicami, v posvetovalnico prihaja 80 odstotkov nosečnic, malo manj uspešni smo v maternalni umrljivosti - vse to zaradi sprememb v 90. letih, ki so nujno imele posledice tudi v kazalcih zdravstvenega stanja prebivalstva). Poslabšala se je dostopnost, zadnja leta se je zvišala na 70 odstotkov, kar pomeni 4.500 žensk na ginekologa, 30 odstotkov žensk pa nima dostopa do ginekologa. Ocenjuje tudi, da smo na pravi poti tudi glede odkrivanja raka dojke.

**Asist. dr. Gordana Živčec Kalan**, predsednica odbora za osnovno zdravstvo pri ZZS, je menila, da bi bilo potrebno v proces odločanja povabiti laično javnost, torej uporabnice, sicer se proces zaključí. Naša generacija je navajena, da ima osebne izbrane ginekologa, enako tudi starejša generacija. To je bila opredelitev te države. Opredelitev države je bil izbrani ginekolog in če že-

limo karkoli spremeniti, moramo o tem povprašati uporabnice - laično javnost. Predlagala je, naj se v zaključkih navede, da se v razpravo o določenih vsebinah ginekologovega dela vključi tudi laična javnost. Ta nosi v sebi velik potencial oziroma težo pri sprejemanju odločitev. Vsako bolnico naj osebni izbrani zdravnik enkrat na leto povpraša, ali je bila v zadnjih treh letih pri ginekologu, in ji, da se bo lažje odločila, morda napiše tudi napotnico. Takega pregleda, na osnovi napotnice, izbrani ginekolog ne bo nikoli odrekel. Poudarila je podporo danes ustnovljenemu društvu. V okviru Zdravniške zbornice Slovenije bomo imeli logistično podporo za izvajanje smernic, organizirani pa smo v okviru Slovenskega zdravniškega društva.

Zaključno besedo je podala **Polona Jerman Kačič, dr. med.**, ki se je zahvalila vsem sodelujočim v razpravi in Zdravniški zbornici za podporo pri nadaljnjem delu ter vodila glasovanje o predlogih sklepov.

**Predlogi sklepov** so bili dani v javno glasovanje z dvigom rok večine. Glasovanja se je udeležilo 50 ginekologov.

1. Ustanovitev združenja ambulantnih ginekologov je nujna.
2. Pododbor za ambulantno ginekologijo pri Zdravniški zbornici se ohrani. Predlaga se razširitev z mlajšimi kolegi.
3. Ministrstvo za zdravje se pozove, da zagotovi dodatna sredstva za kritje stroškov, nastalih z izvajanjem novih Navodil.
4. Poskusni projekt uvajanja babic v vodenje vseh zdravih nosečnic in višjih medicinskih sester za jemanje brisov PAP, kot je predlagano, se zavrne. Smo v obdobju uvajanja 3-letnega presejanja RMV ter na začetku, ko babice sodelujejo pri vodenju zdravih nosečnic. Počakati je potrebno vsaj 2-kratni cikel (2x3 leta), da se bodo pokazali učinki novih Navodil na zdravstvene kazalce. Uvesti bo treba tudi zakonsko podlago za sodno odgovornost medicinskih sester oziroma babic.
5. Ambulantnim ginekologom, ki se želijo vključiti v bolnišnično delo, se pomaga izoblikovati osnutek pogodbe o medsebojnem sodelovanju in plačilu. Predlog: pravna služba ZZS naj se vključi v pripravo te pogodbe.
6. Sodelovanje ambulantnih ginekologov z bolnišnicami vsi čutimo kot nujno potrebo in predlagamo:
  - nadaljevanje izobraževalnega programa,



ki teče na Ginekološki kliniki;

- organiziranje skupnih sestankov za predstavitev in obravnavo zapletenih primerov, t. i. "skupni konziliji";
  - omogoči naj se vključevanje ambulantnih ginekologov v delo v bolnišnici.
7. Vključevanje in upoštevanje laične javnosti (preko predstavnic ženskih združenj) pri sprejemanju odločitev, ki so pomembne za ambulantno ginekologijo.

## K 6. točki: Poročilo verifikacijske komisije

**Mag. Dušica Glušič in Marko Mlinarič, dr. med.**, sta podala poročilo verifikacijske komisije o udeležbi na ustanovni skupščini. Ugotovila sta, da je prisotnih 50 ginekologov in porodničarjev in da skupščina lahko pravno veljavno sklepa.

## K 7. točki: Obravnava in sprejem statuta društva in smernice za delovanje društva

**Mag. Danilo Maurič** je prebral predlog statuta združenja z imenom "Združenje za ambulantno ginekologijo", katerega člani so

slovenski ginekologi-porodničarji, včlanjeni v SZD, ki se povezujejo v to strokovno in neodvisno združenje z namenom poglobljene strokovnega združevanja.

## K 8. točki: Volitve organov društva

Volitve organov društva je vodil **Filip Simoniti, dr. med.** Povedal je, da je za pravno veljavnost združenja potrebno izvesti volitve. Glasovanje bo javno in z navadno večino je sklep sprejet.

Glede na rezultate ankete in opravljene pogovore sta bila predlagana kandidata za predsednika upravnega odbora **Marija Koželj Ilijaš, dr. med.**, in **mag. Danilo Maurič**. Z 28 glasovi je bila izvoljena **Marija Koželj Ilijaš**, Danilo Maurič je prejel 8 glasov.

Potrebno večino glasov za podpredsednika je dobil **mag. Danilo Maurič**, za tajnico je bila izvoljena **Cvetka Fakin, dr. med.**, za blagajnika **Renata Završnik, dr. med.**, v upravni odbor so bili izvoljeni še trije člani: **Damir Franič, dr. med.**, **Polona Jerman Kacič, dr. med.**, **Darija Strah, dr. med.** V nadzorni odbor so bili izvoljeni **Martina Bučar, dr. med.**, **Nives Rožič Vičič, dr. med.**, **Kse-**

**nija Mohorko Kardoš, dr. med.**, predsednica nadzornega odbora je postala **Nives Rožič Vičič, dr. med.**

## K 9. točki: Sprejetje sklepov

**Alenka Krenčič Zagode, dr. med.**, je čestitala novi predsednici **Mariji Koželj Ilijaš, dr. med.**

**Marija Koželj Ilijaš, dr. med.**, se je zahvalila kolegom za zaupanje in povedala, da je danes z ustanovitvijo novega Združenja za ambulantno ginekologijo ambulantna ginekologija dobila svojo osebno izkaznico.

Sestanek je bil zaključen ob 14. uri.

*Zapisala: Nives Rožič Vičič, dr. med.  
Podskupina za ambulantno ginekologijo*

*Alenka Zagode Krenčič, dr. med.,  
predsednica*

*Overila:  
Jasna Kostanjsek, dr. med.  
Cvetka Fakin, dr. med.*

# Nova lista zdravil

Jurij Fürst

12. 1. 2003 je stopila v veljavo nova dopolnitev liste zdravil (Uradni list RS, št. 117/02 z dne 28. 12. 2002). V tabeli 1 so navedena novo razvrščena zdravila. Da bi bil seznam preglednejši, so ob zaščitnem imenu navedena vsa razvrščena pakiranja. Med najpomembnejše novosti sodita budesonid kaps. in rekombinantni inzulin glargin, ki so ju številni bolniki doslej kupovali v tujini. Oksikodon bo povečal izbiro opioidnih

analgetikov. Nove možnosti zdravljenja so dobili tudi bolniki s Parkinsonovo boleznijo (ropinirol), bronhialno astmo (formoterol/budesonid), KOPB (tiotropijevbromid) in bolniki s HIV (didanozin in kombinacija lopinavir/ritonavir). Sartani (antagonisti angiotenzina II) so dobili širšo omejitev predpisovanja, pri bolnikih z ledvično odpovedjo so lahko zdravila prvega izbora. S tem smo se odzvali na raziskave, ki ugotav-

ljajo njihov ugoden učinek na upočasnitev slabšanja ledvične funkcije pri bolnikih s proteinurijo. Antihistaminika (novorazvrščeni) desloratadin in (že razvrščeni) feksofenadin sta dobila omejitev predpisovanja na bolnike s kronično urtikarijo in perzistentnim alergičnim rinitisom. Pri akutnih alergičnih stanjih nimata prednosti pred ostalimi razvrščenimi antihistaminiki, ki so bistveno cenejši.

**Tabela 1: Nove razvrstitve zdravil**

ATC	Ime zdravila <i>nelastniško ime</i>	Lista	Omejitev predpisovanja v breme OZZ
R06AX27	AERIUS tbl 10x5mg in 30x5mg <i>desloratadin</i>	V*	Predpisovanje omejeno na bolnike s kronično urtikarijo in perzistentnim alergičnim rinitisom.
V07A	AQUA PRO INJECTIONE platenka 500ml	P*	Samo za vlaženje inhalacijskih plinov.
B01AC30	ASASANTIN RETARD 250/25mg kaps s prirejenim sproščanjem 60x <i>dipiridamol + acetilsalicilna kislina</i>	P	
M01AE01	BONIFEN tbl 10x200mg <i>ibuprofen</i>	P*	Samo za otroke v skladu s tretjo alinejo 1. točke 23. člena ZZZV.
A07EA06	BUDENOFALK kaps 100x3mg <i>budesonid</i>	P	
J01DA41	CEFZIL 250mg/5ml zrnca za peroralno suspenzijo <i>cefprozil</i>	P	
J01DA41	CEFZIL tbl 10x250mg in 10x500mg <i>cefprozil</i>	P	
C09DA04	COAPROVEL tbl 28x150/12,5mg in 28x300/12,5mg <i>irbesartan + hidroklorotiazid</i>	V*	Predpisovanje omejeno na stanja, kjer je indicirano zdravljenje z zaviralcem angiotenzinske konvertaze, ki je povzročil neželene učinke; z izjemo ledvične odpovedi, ko je lahko tudi zdravilo prvega izbora.
J01XC01	FUCIDIN film. obložene tbl 12x250mg <i>fusidna kislina</i>	P*	Predpisovanje omejeno na infektologe za zdravljenje MRSA osteomielitisa in osteitisa ter okužb z MRSA ortopedskih vsadkov.
A06A	GLICERINSKE SVEČKE ZA ODRASLE 10x <i>glicerol</i>	P*	Samo za nepokretne bolnike, ki ne morejo uživati hrane in so na parenteralni prehrani.
J05AE06	KALETRA kaps 180 x (2 platenki po 90 kapsul in 5x6 pretisnih omotov po 6 kapsul) <i>lopinavir + ritonavir</i>	P	
J05AE05	KALETRA peroralna raztopina 5 platenk po 60ml <i>lopinavir + ritonavir</i>	P	
A04AA02	KYTRIL tbl 10x1mg in 5x2mg <i>granisetron</i>	P	
A10AE	LANTUS 100 I.E./ml OptiSet razt. za injiciranje, inj. pero 5x3ml <i>insulin glargin, rekombinantni</i>	P*	Omejitev predpisovanja na bolnike s težko vodljivo sladkorno boleznijo tipa 1.

A10AE	LANTUS razt. za injiciranje, vložki za inj. pero OptiPen 5x3ml (100 I.E./ml) <i>insulin glargin, rekombinantni</i>	P*	Omejitev predpisovanja na bolnike s težko vodljivo sladkorno boleznijo tipa 1.
A02BC05	NEXIUM tbl 7x20mg, 14x20mg in 28x20mg <i>esomeprazol</i>	P	
A02BC05	NEXIUM tbl 7x40mg, 14x40mg in 28x40mg <i>esomeprazol</i>	P	
D11A	OLIVNO OLJE 60, 100, 150 in 200 g <i>olivno olje</i>	P*	Samo za otroke v skladu s tretjo alinejo 1. točke 23. člena ZZVZZ z atopijskim dermatitisom.
N02AA05	OXYCONTIN tbl 28x10mg, 28x20mg, 28x40mg in 28x80mg <i>oksikodon</i>	P	
N02AA05	OXYCONTIN tbl 56x10mg, 56x20mg, 56x40mg in 56x80mg <i>oksikodon</i>	P	
N04BC04	REQUIP tbl 21x0,25mg, 21x0,5mg, 21x1mg, 21x2mg in 21x5mg <i>ropinirol</i>	P	
R03BB04	SPIRIVA 18 mcg prašek za inhaliranje, trde kaps 30x in vdihovalnik <i>tiotropijev bromid</i>	P	
R03AK07	SYMBICORT TURBUHALER prašek za inhaliranje 60 odmerkov 80/4,5µg in 60 odm. 160/4,5µg <i>formoterol/budezonid</i>	P	
C09BA05	TRITAZIDE tbl 28x2,5mg/12,5mg in 28x5mg/25mg <i>ramipril/hidroklorotiazid</i>	V	
G01AD01	VAGISAN vaginalne globule 7x <i>mlečna kislina</i>	P	
J05AF02	VIDEX EC kaps 30x250mg in 30x400mg <i>didanozin</i>	P	
D08A	VODIKOV PEROKSID 3% dermalna raztopina 110g <i>vodikov peroksid</i>	P	

Tabela 2 našteva vse novo razvrščene kemijske paralele in nova pakiranja. Med njimi je nekaj cenovno ugodnejših generičnih

paralel (ciprofloksacin, metformin, izosorbidmononitrat s podaljšanim delovanjem, kalcitonin, trimesečna pakiranja simvasta-

tina), ki imajo velik potencial prihrankov. Na trg naj bi prišli kmalu po razvrstitvi.

**Tabela 2: Nove razvrstitve zdravil, ki so kemijske paralele že razvrščenim zdravilom in nova pakiranja**

ATC	Ime zdravila <i>nelastniško ime</i>	Lista	Omejitev predpisovanja v breme OZZ
G01AF02	CANESTEN 3/CANESTEN vaginalete 3x200mg, krema 20g (1g/10mg) <i>klotrimazol</i>	P	
G01AF02	CANESTEN 3 vaginalete 3x200mg <i>klotrimazol</i>	P	
J01MA02	CIPRUM tbl 10x250mg, 10x500mg in 10x750mg <i>ciprofloksacin</i>	P*	Zdravila ni dovoljeno predpisovati kot zdravilo prvega izbora za urinarne in respiratorne okužbe, razen če ni občutljivost povzročitelja dokazana z antibiogramom.
C08CA05	CORDIPIN XL tbl s prirejenim sproščanjem 30x40mg <i>nifedipin</i>	P	



G04BD07	DETRUSITOL SR kapsule s podaljšanim sproščanjem 84x2mg in 84x4mg <i>tolterodin</i>	V*	Samo na osnovi izvida urologa, ginekologa ali nevrologa s priporočilom za predpis zdravila.
B03XA01	EPREX 5000 i.e./0,5ml raztopina za injiciranje, napolnjene injekcijske brizge 6x <i>eritropoetin</i>	P*	Zdravilo se sme predpisovati le nedializnim bolnikom v skladu z indikacijami za predpisovanje, izdati pa se ga sme le na recept, ki je potrjen na območni enoti Zavoda.
H03AA01	EUTHYROX tbl 50x25 µg, 50x50µg, 50x100 µg tbl in 50x150 µg <i>natrijev levotiroksinat</i>	P	
A10BA02	GLUFORMIN tbl 30x850mg in 60x850mg <i>metformin</i>	P	
B01AB10	INNOHEP razt. za injiciranje, inj. brizga 2x0,9ml (20.000 I.E.(anti-Xa)/ml) in 2x0,7ml (20.000 I.E.(anti-Xa)/ml) <i>tinzaparin</i>	P	
C01DA14	MONO-5-WOLFF 40 mg retard, kaps 20x <i>izosorbidmononitrat</i>	V	
C01DA14	MONO-5-WOLFF 60 mg retard, kaps 20x <i>izosorbidmononitrat</i>	V	
M01A	NAPROKSEN SVEČKE 10x125mg in 10x250mg <i>naproksen</i>	P	
H05BA01	OSTEODON 200 I.E. pršilo za nos 2,1ml (14 odmerkov) in 3,5ml (28 odmerkov) <i>sintezni lososov kalcitonin</i>	V*	Za zdravljenje Sudeckove distrofije in Pagetove bolezni. Za zdravljenje hude osteoporoze z zlomi v primeru kontraindikacij za bisfosfonate in raloksifen - predpisovanje mora biti v skladu s slovenskimi smernicami za zdravljenje osteoporoze.
D03A	PANTHOL LOSJON 5% dermalna raztopina 100ml <i>dekspantenol</i>	P*	Samo za onkološke bolnike.
N02B	PARACETAMOL svečke 10x 60mg in 10x500mg <i>paracetamol</i>	P	
L02BB01	PROSTANDRIL tbl 100x250mg <i>flutamid</i>	P	
N06DA04	REMINYL 4mg/ml peroralna raztopina 100ml <i>galantamin</i>	V*	Samo na osnovi izvida nevrologa ali psihiatra s priporočilom za predpis zdravila; podrobnosti v Zdravniškem vestniku, februar 2000;69:107-8.
C10AA01	SINVACOR tbl 30x10mg, 28x20mg, 98x20mg in 98x40mg <i>simvastatin</i>	V*	Samo za sekundarno preventivo srčno-žilnih bolezni ob zvišanih vrednostih celokupnega holesterola (> 5,0 mmol/l) in LDL-holesterola (> 3,0 mmol/l) ter za primarno preventivo v primerih zvišane celotne koronarne ogroženosti nad 20 % v 10 letih, če so vrednosti celokupnega holesterola > 5,0 mmol/l in LDL-holesterola > 3,0 mmol/l.
J02AC02	SPORANOX 10 mg/ml peroralne raztopine 150ml <i>itakonazol</i>	P	
N02AX02	TADOL peroralne kapljice, raztopina 100mg/1ml (96ml) <i>tramadol</i>	P	
N03AX11	TOPAMAX kaps 60x15mg in 60x25mg <i>topiramat</i>	P	
A02BC01	ULZOL kaps (v steklenički ali pretisnem omotu) 14x20mg <i>omeprazol</i>	P	
C10AA01	VASILIP filmsko obložene tbl 84x10mg, 84x20mg in 84x40mg <i>simvastatin</i>	P*	Samo za sekundarno preventivo srčno-žilnih bolezni ob zvišanih vrednostih celokupnega holesterola (> 5,0 mmol/l) in LDL-holesterola (> 3,0 mmol/l) ter za primarno preventivo v primerih zvišane celotne koronarne ogroženosti nad 20 % v 10 letih, če so vrednosti celokupnega holesterola > 5,0 mmol/l in LDL-holesterola > 3,0 mmol/l.

Zaradi poenotenja in v nekaterih primerih doslej ne dovolj jasnega besedila smo spremenili oziroma dopolnili nekatere omejitve predpisovanja. V Uradnem listu so navedene vse nove omejitve za vsa pakiranja zdravil, zaradi boljše preglednosti pa jih navajam v obliki, kot so navedene v Registru zdravil in na spletni strani Zavoda (<http://www.zzss.si/zdravila>).

**Antagonisti angiotenzina II (tudi v kombinaciji z diuretiki):** predpisovanje omejeno na stanja, kjer je indicirano zdravljenje z zaviralcem angiotenzinske konvertaze, ki je povzročil neželene učinke; z izjemo ledvične odpovedi, ko je lahko tudi zdravilo prvega izbora:

- irbesartan (aprovele)
- losartan (cozaar, lorista)
- telmisartan (micardis, pritor)
- valsartan (diovan)
- irbesartan in hidroklorotiazid (coaprovel)
- losartan in hidroklorotiazid (hyzaar, fortzaar)

**Antagonisti levkotrienskih receptorjev:** samo na osnovi izvida pulmologa s priporočilom za predpis zdravila:

- montelukast (singulair)
- zafirlukast (accolate)

**Antihistaminiki za sistemsko zdravljenje:** predpisovanje omejeno na bolnike s kronično urtikarijo in perzistentnim alergičnim rinitisom:

- desloratadin (aerius)
- feksofenadin (telfast)

**Antiholinesteraze:** samo na osnovi izvida nevrologa ali psihiatra s priporočilom za predpis zdravila; podrobnosti v Zdravniš-

kem vestniku, februar 2000;69:107-8:

- donepezil (aricept, yasnal)
- galantamin (reminyl)
- rivastigmin (exelon)

**Eritropoetin** (eprex, neoRecormon): zdravilo se sme predpisovati le nedializnim bolnikom v skladu z indikacijami za predpisovanje, izdati pa se ga sme le na recept, ki je potrjen na območni enoti Zavoda.

**Flutikazon** (flixonase kapljice za nos): samo na osnovi izvida otorinolaringologa s priporočilom za predpis zdravila.

**Inhibitorji ciklooksigenaze:** za bolnike z revmatoidnim artritisom, ki nimajo antiagregacijske terapije; samo na osnovi izvida revmatologa s priporočilom za predpis zdravila.

- celekoksib (celebrex)
- rofekoksib (vioxx 28x25 mg)

**Interferoni alfa** (roferon A, intron A): zdravilo se sme izdati le na recept, ki je potrjen na OE Zavoda na osnovi predhodnega priporočila treh specialistov bolnišnice ali klinike.

**Ipratropijev bromid** (atrovent pršilo za nos 15 ml): samo na osnovi izvida otorinolaringologa s priporočilom za predpis zdravila.

**Laktitol** (importal): samo na osnovi izvida gastroenterologa s priporočilom za predpis zdravila.

**Metadon** (heptanon tablete in peroralne kapljice 10 ml): samo za zdravljenje hude bolečine pri onkoloških bolnikih.

**Metilfenidat** (ritalin): omejitev predpisovanja na pedopsihiatre ter nevrologe in izdajanja na lekarne, ki jih je za predpisovanje in izdajanje pooblastilo Ministrstvo za

zdravje RS.

**Nateglinid** (starlix): za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 v kombinaciji z metforminom; samo na osnovi izvida diabetologa s priporočilom za predpis zdravila.

**Ranitidin-bizmutov citrat** (pylorid): samo na osnovi izvida gastroenterologa s priporočilom za predpis zdravila.

**Repaglinid** (novonorm): za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 v monoterapiji ali v kombinaciji z metforminom; samo na osnovi izvida diabetologa s priporočilom za predpis zdravila.

**Rosiglitazon** (avandia): za zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 v kombinaciji s preparatom sulfonilsečnine v primeru kontraindikacij za metformin; samo na osnovi izvida diabetologa s priporočilom za predpis zdravila.

**Pentoksifilin** (dartelin, pentilin, pentilin forte, trental): za zdravljenje motnje arterijskega obtoka udov z na napor vezano ishemično bolečino (stadij II); samo na osnovi izvida internista ali žilnega kirurga s priporočilom za predpis zdravila.

**Prajmalin** (neo-Gilurytmal): samo na osnovi izvida kardiologa s priporočilom za predpis zdravila.

**Urospazmolitiki:** samo na osnovi izvida urologa, ginekologa ali nevrologa s priporočilom za predpis zdravila:

- propiverin (detrinorm)
- tolterodin (detrusitol)

**Venlafaksin** (efectin ER): samo na osnovi izvida psihiatra s priporočilom za predpis zdravila. ■

## Avtomatično elektronsko obveščanje o novi listi zdravil in drugih elektronskih gradivih Zavoda

Zavod omogoča izvajalcem zdravstvenih storitev in drugim uporabnikom interneta na spletnih straneh ([www.zzss.si](http://www.zzss.si)) dostop do elektronskih gradiv Zavoda, kot so pravni akti (npr. splošni dogovor in področni dogovori), zbirke podatkov (npr. čistopis šifrantov za obračun obveznemu zdravstvenemu zavarovanju), Modri Občasnik, zloženke, priročniki in druga gradiva. Prednost elektronskih gradiv je, da so izbrana gradiva objavljena tudi v obliki čistopisov, npr. Priročnik št. 3 "Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev" s prilogami, lista in cenik ambulantno predpisovanih zdravil v RS...

Zavod od septembra 2002 dalje omogoča uporabnikom interneta, da na podlagi izpolnitve in oddaje posebnega internetnega obrazca (na naslovu: [www.zzss.si/zzss/info/prijava.nsf/prijava](http://www.zzss.si/zzss/info/prijava.nsf/prijava)) redno dobivajo na svoj elektronski naslov obvestila o novih ali posodobljenih elektronskih gradivih Zavoda, ki so bila objavljena na spletnih straneh Zavoda. O vseh novostih so uporabniki obveščeni najkasneje v 24 urah od njihove objave na internetu. Storitve je brezplačna in jo je moč odjaviti kadarkoli. Razvoj elektronskega založništva bo Zavod izvajal postopno, saj smo v prvi fazi objavili le izbrana gradiva, postopno pa se bo izbor gradiv širil.

Damjan Kos

## 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 četrtina 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.



**Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana**

vabi na dvodnevno strokovno srečanje, učno delavnico z naslovom

## SPOROČANJE SLABE NOVICE

Hotel Plesnik, Logarska dolina

**14.–15. februar 2003**

**21.–22. marec 2003**

**11.–12. april 2003**

**16.–17. maj 2003**

Strokovni odbor: Urška Lunder, dr. med., prof. dr. Igor Švab, dr. med., doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., prof. dr. Eldar Gadžijev, dr. med., prof. dr. David Clark, dr. Michael Wright in prof. dr. Ann Faulkner.

Organizacijski odbor: Asist. dr. Marjana Hribernik, dr. med., Barbara Ravnik, Irena Munda in Milan Števanec.

### PROGRAM:

#### Petek

13.00–14.00 Registracija udeležencev  
14.00–19.30 Učna delavnica z odmorom  
19.30 Večerja

#### Sobota

8.30–13.00 Učna delavnica z odmorom  
13.00–14.00 Kosilo  
  
14.00–17.00 Učna delavnica  
17.00 Zaključek s podelitvijo potrdil o udeležbi

Učna delavnica je namenjena vsem, ki se srečujejo z okoliščinami, ko morajo bolnikom in njihovim svojcem sporočiti neugodne novice, slabše prognozične izgleda, poslabšanje bolezni, neuspešno zdravljenje, nenadno smrt ali slab izid zdravljenja.

Izvajalka učne delavnice: Urška Lunder, dr. med., s sodelavci in tehnično ekipo.

Opredelitev teoretičnih znanj, ki jih pridobijo udeleženci:

- etična določila glede sporočanja slabe novice,
- 6-stopenjski model sporočanja slabe novice »SPIKES«,
- psihološke osnove o značilnih čustvenih reakcijah ob sprejemanju slabe novice.

Opredelitev praktičnih znanj in veščin, ki jih udeleženci pridobijo ob uporabi sodobnih metod učenja:

- veščine za osnovni intervju z bolnikom,
- veščine sporočanja slabe novice,
- veščine opazovanja v sporazumevanju z bolnikom za učinkovito prilagajanje bolnikovim potrebam,
- uporaba odprtih vprašanj, spodbud za ustvarjanje zaupnosti in

vzajemne podpore v procesu sporazumevanja,

- veščine za spodbujanje bolnikovega soodločanja in sodelovanja v oskrbi,
- ukrepanja v sporazumevanju ob težavnih situacijah (jeza, zanikanje, depresija),
- veščine za boljše sporazumevanje z bolnikovimi bližnjimi in sodelavci v delovni skupini,
- prepoznavanje in opuščanje neučinkovitih načinov sporazumevanja, ki vodijo v izčrpanje.

**Kotizacija** za udeležbo na učni delavnici znaša 29.000,00 SIT (DDV ni vključen) in zagotavlja: udeležbo na teoretičnem delu učne delavnice, udeležbo na praktičnem delu učne delavnice, pisna gradiva, osvežitve in prigrizke med odmori.

Kotizacija ne vključuje drugih obrokov in prenočišča. Račun za plačilo kotizacije bomo izstavili plačniku po končani učni delavnici, ne glede na datum prijave.

Kotizacijo nakažite na transakcijski račun Zavoda za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana, odprt pri SKB Banki d.d., št.: 03171-1085403050.

**Informacije, prijave in rezervacije prenočišča:** ga. Barbara Ravnik, Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana, Vegova 8, 1000 Ljubljana, GSM: 031 632 168, e-pošta: barbara.ravnik@mail.ljudmila.org

Namestitvev udeležencev: Prenocišča so na voljo v Hotelu Plesnik in v Vili Palenk v Logarski dolini.

**Zdravniško društvo Maribor,  
Pravniško društvo Maribor in  
Univerza v Mariboru**  
organizirajo

## 12. POSVETOVANJE MEDICINA IN PRAVO

s temo: **ORGANIZIRANOST ZDRAVSTVA**

**Avla Magna, Univerza v Mariboru, Slomškov trg 15, Maribor  
28.-29. marec 2003**

**Petek, 28. marca 2003**

- |             |   |
|-------------|---|
| 8.00–12.00  | Registracija  |
| 9.00–13.30  | Program   |
|             | Moderatorji: V. Rijavec, V. Flis, J. Reberšek Gorišek       |
| 9.00–9.20   | A. Dolenc: Uvodno razmišljanje                              |
| 9.20–9.40   | D. Keber: Organiziranost zdravstva danes in jutri           |
| 9.40–10.00  | V. Rijavec: Ustavni vidiki pravice do zdravstvenega varstva |
| 10.00–10.20 | J. Trontelj: Etika in omejena javna sredstva                |

- |             |  |
|-------------|--|
| 10.20–10.40 | Š. Ivanjko: Statusno-pravne organizacijske oblike v zdravstvu  |
| 10.40–11.00 | A. Bubnov Škoberne: Zavarovanec v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja  |
| 11.00–11.20 | Odmor za osvežitve   |
| 11.20–11.40 | Z. Arnež: Strokovno vodenje velikega zdravstvenega sistema (Klinični center Ljubljana)   |
| 11.40–12.00 | G. Pivec: Organizacijsko vodenje zdravstvenega sistema (Splošna bolnišnica Maribor)  |
| 12.00–12.20 | M. Bitenc: Vloga Zdravniške zbornice   |
| 12.20–12.40 | J. R. Gorišek, V. Flis: Vloga specialista in splošnega zdravnika v zdravstvenem sistemu  |
| 12.40–13.40 | Razprava   |
| 13.40–15.00 | Odmor za kosilo  |
|             | Moderatorji: V. Planinšek, V. Flis, Wedan Lukić  |
| 15.00–15.20 | V. Flis: Sodelovanje med zasebno prakso in javno zdravstveno službo pri opravljanju zdravstvene dejavnosti (primarno, sekundarno in terciarno zdravstvo) |
| 15.20–15.40 | R. Lampe: Ustanovitev zasebne prakse in pridobitev koncesije   |
| 15.40–16.00 | L. Lukić, I. Bricelj: Nova organiziranost transfuzijske službe v Sloveniji   |
| 16.00–16.20 | Z. Jankovič: Donacije v zdravstvu  |
| 16.20–16.40 | S. Lang, M. Mastilica, A. Borovečki: Zdravstveni sistem na Hrvaškem  |
| 16.40–17.00 | R. Vrtovec: Švedski Lex Mariae - odgovornost medicinske sestre   |
| 17.00–18.00 | Razprava   |
| 20.00       | Družabno srečanje  |

**Sobota, 29. marca 2003**

- |             |  |
|-------------|--|
| 8.00–9.00   | Registracija   |
| 9.00–13.00  | Program  |
|             | Moderatorji: A. Puklavec Jelenc, V. Planinšek, J. R. Gorišek                   |
| 9.00–9.20   | K. Pavelič: Zmote in stranpoti medicinskega raziskovanja                       |
| 9.20–9.40   | V. Planinšek: Zmota, napaka, zaplet – pravni vidik                             |
| 9.40–10.00  | V. Flis: Zmota, napaka, zaplet – medicinski vidik                              |
| 10.00–10.20 | A. Polajnar Pavčnik: Zdravnikova strokovna napaka – delikt ali kršitev pogodbe |
| 10.20–10.40 | A. Puklavec Jelenc: Kazenskopravni vidiki zdravnikove strokovne napake         |
| 10.40–11.00 | I. Krajnc: Predstavitev kataloškega zapisa pojasnilne dolžnosti                |
| 11.00–11.20 | J. Metelko: Pravna relevantnost izjave volje                                   |
| 11.20–11.40 | U. Kežmah: Bolnik nezmožen privolitve – problem starostnikov                   |
| 11.40–12.00 | B. Holcman: Zdravstvo skozi zgodovino  |
| 12.00–13.00 | Razprava in ogled razstave B. Holcmana: Zdravstvo skozi zgodovino              |
|             | Zaključek srečanja   |



Predavanja so namenjena vsem zdravnikom in pravnikom, ki jih to področje zanima.

**Kotizacija** za vse udeležence: 25.000,00 SIT (vključen DDV).

Kotizacijo nakažite na račun Zdravniškega društva Maribor, št. 04515-0000124280, sklic na št. 1027, Medicina in pravo 2003.

Sekundariji, študentje medicine in študentje prava ter upokojeni zdravniki in upokojeni pravniki so oproščeni plačila kotizacije.

V kotizacijo je vključeno pisno gradivo, potrdilo o udeležbi, osvežitev v odmoru ter skupna večerja.

Ob srečanju bo tudi razstava B. Holcmana: Organiziranost zdravstva skozi zgodovino.

**Informacije in prijave:** prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med., ga. Majda Petek, Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 657 ali 32 12 631, faks: 02 33 12 393, e-pošta: j.gorisek@sb-mb.si

## Gorska reševalna služba Slovenije

### Podkomisija za medicino

organizira

# 11. AŽMANOVE DNEVE

## Hotel Kompas, Kranjska Gora

14.–15. marec 2003

### PROGRAM:

#### Petek, 14. marca 2003

- 15.30–16.00 Prijave udeležencev  
 16.00–16.10 Pozdrav  
 16.10–16.40 Strupene in užitne rastline v našem okolju, *Nada Praprotnik*  
 16.40–17.10 Ukrepanje ob pogostejših zastrupitvah (naknadno)  
 17.10–17.30 Odmor (kava, sok)
- 17.30–18.00 Potovanje v visokogorje in zaščita pred nalezljivimi boleznimi, *Ada Hočevar Grom*  
 18.00–18.30 Medicina v divjini, *Tadeja Kotlar*  
 19.00–20.00 Večerja – skupaj s člani Med. Com. I.C.A.R
- 20.20 New perspectives on avalanche accident, proposal for new classification of safety equipment, *Hermann Brugger*  
 Razprava

#### Sobota 15. marca 2003

- 8.30–9.00 Exercise temperature regulation at altitude, *Igor B. Mekjavic*  
 9.00–9.45 The factors limiting maximal oxygen consumption at sea level and high altitude, *Pietro di Prampero*  
 9.45–10.05 Brief (3 minute) oral presentations of posters:  
 Does hypoxia effect cutaneous temperature sensitivity, *Petra Golja in sodelavci*  
 Body temperature during exercise: is it a function of absolute or relative work? *Alan Kacin in sodelavci*  
 CO<sub>2</sub> accumulation in hyperbaric bags, *Jurij Gorjanc in sodelavci*  
 Evaluation of OUTLAST® material in hiking boots, *Martin Tomsic in sodelavci*  
 Evaluation of sleeping bags using a thermal manikin, *Bogomir Vrhovec in sodelavci*  
 Design and development of a gait simulator for evaluation of hiking boots, *Borut Lenart in sodelavci*  
 10.05–11.00 Odmor s kavo in razgovor o posterjih
- 11.00–12.30 *Prof. dr. Paolo Cerretelli, Università di Milano (I)*  
 ■ The Pyramid Laboratory (5.050 m Lobuche, Nepal)  
 ■ Aerobic and anaerobic metabolism at altitude: 10 years research at the Pyramid  
 ■ The muscle proteome: hints of permanent altitude adaptation in Tibetans
- 12.30–13.00 Splošna razprava  
 13.00–14.30 Kosilo
- 14.30–16.45 Delavnice - delo po skupinah:  
 Torakalna drenaža, *Jani Pšenica, Jurij Gorjanc*  
 Scenarij (politravma, oživljanje), *Martina Zupančič, Eva Pogačar*  
 Defibrilacija, *Jelena Vilman*
- Temeljni in dodatni postopki oživljanja pri dojenčku, *Peter Najdenov, Barbara Urbanc*  
 17.00 Zaključek

**Organizacijski odbor:** Peter Najdenov, Eva Pogačar, Jurij Gorjanc, Barbara Urbanc

Srečanje je namenjeno vsem zdravnikom Gorske reševalne službe, NMP in vsem zdravnikom, ki jih zanima urgentna, potovalna in višinska medicina.

**Kotizacija** z DDV je 15.000,00 SIT za dva dni, 8.000,00 SIT za en dan; za študente in sekundarije je teoretični del brezplačen; za člane GRS kotizacije ni. Plačilo kotizacije ob registraciji.

Kotizacija zajema predavanja, okrepčila med odmori, večerjo, kosilo, potrdilo o udeležbi.

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

**Dodatne informacije:** Peter Najdenov, dr. med., Splošna bolnišnica Jesenice, Pediatrični oddelek, tel.: 04 58 68 560, GSM: 041 749 049.

Možnost prenočišča v Kranjski Gori. Prosimo za rezervacijo sobe pri organizatorju.

**Splošna bolnišnica Maribor**  
**Služba za ginekologijo in perinatologijo**  
**Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo in**  
**Univerza v Mariboru**  
**Center za interdisciplinarne in multidisciplinarne raziskave in študije**  
**Inštitut za reproduktivno biologijo**

organizirata

## UČNO DELAVNICO: TEHNIKE ASISTIRANE REPRODUKCIJE

Splošna bolnišnica Maribor, Maribor  
 21.-23. maj 2003

### PROGRAM:

#### Sreda, 21. maja 2003

- 9.00–9.30 Standardizirani diagnostični postopki SZO v diagnostiki neplodnosti (E. Borko)
- 9.30–10.00 Zdravljenje neplodnosti in z dokazi podprti postopki zdravljenja (evidence-based medicine) (V. Vlasisavljević)
- 10.00–10.30 Klinična pot odločanja pri zdravljenju neplodnosti na našem oddelku (M. Reljič)
- 10.30–10.45 Selekcija pacientov in priprava na IVF (V. Gavrić Lovrec)
- 10.45–11.00 Standardiziran vprašalnik za paciente kot pomoč za analizo vzrokov neplodnosti (V. Vlasisavljević)
- 11.00–11.15 Premor
- 11.15–11.30 Endoskopske operacije in postopki zunajtelesne oploditve (M. Reljič)
- 11.30–12.00 Protokoli za spodbujanje ovulacije (V. Vlasisavljević)
- 12.00–14.00 Kosilo
- 14.00–14.30 Spremljanje rasti foliklov z ultrazvokom (V. Vlasisavljević)
- 14.30–15.00 Spremljanje endometrija z ultrazvokom (V. Gavrić Lovrec)
- 15.00–15.30 Zunajtelesna oploditev (IVF) (B. Kovačič)
- 15.30–16.00 Identifikacija in ocenjevanje kakovosti oocitov in zarodkov (M. Čížek Sajko)
- 16.00–18.00 Skupina A: Folikulometrije in punkcije foliklov  
 Skupina B: Embriotransfer

#### Četrtek, 22. maja 2003

- 9.00–9.30 IVF v naravnem ciklusu (M. Reljič)
- 9.30–10.00 Injiciranje semenčic v citoplazmo jajčne celice (ICIS) (V. Vlasisavljević)
- 10.00–10.30 Nepravilnosti mehanizmov oploditve (B. Kovačič)
- 10.30–10.45 Premor
- 10.45–11.15 Lutealna podpora (V. Gavrić Lovrec)

- 11.15–11.45 Moška neplodnost kot indikacija za oploditev z biomedicinsko pomočjo (V. Vlasisavljević)
- 11.45–12.15 Intrauterina inseminacija: naravni ciklus, klomid ali gonadotropini? (V. Kovač)
- 12.15–13.00 Tehnike priprave semena za IUI (M. Čížek Sajko)
- 13.00–14.30 Kosilo
- 14.30–15.00 Zamrzovanje zarodkov, ejakulata, tkiva testisa in ovarija (B. Kovačič, M. Čížek Sajko)
- 15.00–15.30 Komplikacije tehnik asistirane reprodukcije (M. Reljič)
- 15.30–16.00 Tehnike asistirane reprodukcije v poznem reproduktivnem obdobju (V. Vlasisavljević)
- 16.00–18.00 Skupina A: Embriotransfer in punkcije foliklov  
 Skupina B: Folikulometrije

#### Petek, 23. maja 2003

- 9.00–9.30 Mesto dispanzerskega ginekologa pri pripravi in spremljanju pacientk med postopkom OBMP (V. Vlasisavljević)
- 9.30–10.00 Predimplantacijska genetska diagnostika (B. Kovačič)
- 10.00–10.30 Maturacija jajčnih celic in vitro (V. Vlasisavljević, M. Čížek Sajko)
- 10.30–11.00 Dopplerjeve preiskave v reproduktivni medicini (V. Gavrić Lovrec)
- 11.00–11.15 Premor
- 11.15–11.30 Blastociste: nove možnosti selekcije zarodkov za embriotransfer
- 11.30–11.45 Klinični rezultati programa prenosa blastocist v rutinski rabi za vse paciente (V. Gavrić Lovrec)
- 11.45–12.00 Pelviskopija: ambulantni način preiskave jajcevodov (M. Reljič)
- 12.00–12.30 Nova zdravila – novi protokoli: rekombinantni FSH in antagonisti GnRH (V. Vlasisavljević)
- 12.30–13.00 Spontani splav in postopki OBMP (M. Reljič)
- 13.00–13.30 Umetni ciklus za prenos odmrznjenih zarodkov (V. Kovač)
- 13.30–14.00 Odmor in prigrizek
- 14.00–14.30 Večplodna nosečnost in OBMP (V. Vlasisavljević)
- 14.30–15.00 Nosečnost in porod pri pacientkah po OBMP (K. Ogrizek Pelkič)
- 15.00–15.30 Hiperstimulacija: ambulantno in hospitalno vodenje (M. Reljič)
- 15.30–16.00 Zakonski in zavarovalniški predpisi za postopke OBMP (V. Vlasisavljević)
- 18.00 Večerja in pogovor s predavatelji

**Vodja učne delavnice:** prof. dr. Veljko Vlasisavljević, dr. med.

**Predavatelji:** prof. dr. Elko Borko, dr. med., Mojca Čížek Sajko, univ. dipl. biol., asist. mag. Vida Gavrić Lovrec, dr. med., dr. Borut Kovačič, univ. dipl. biol., asist. Vilma Kovač, dr. med., asist. dr. Milan Reljič, dr. med., mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med.

Program učne delavnice je namenjen ginekologom, ki želijo razširiti zna-

nje o tehnikah zanositve z biomedicinsko pomočjo.

Delo bo potekalo v skupini z največ 10 kandidati.

**Kotizacija** za udeležbo na tečaju znaša 40.000,00 SIT (DDV je vključen). Vključuje predavanja, zbornik delavnice, okrepčilo med odmori in kosila.

Kotizacijo plačate na transakcijski račun (pred plačilom pokličite kontaktno osebo).

**Prijava:** Prijava je obvezna. Vaše prijave pošljite na naslov: Splošna bolnišnica Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, ga. Suzana Knuplež, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 462, faks: 02 33 12 393, e-pošta: ivf.mb@sb-mb.si

### Združenje psihiatrov Slovenskega zdravniškega društva

vabi na redni strokovni sestanek z naslovom

## PREPREČEVANJE IN OBRAVNAVA NASILNEGA VEDENJA V PSIHIIATRIJI

Hotel Austrotel, Miklošičeva 9, Ljubljana  
7. marec 2003

### PROGRAM:

**Petek, 7. marca 2003**

- 10.00 *R. Whittington:* Violence in psychiatry
- 10.30 *R. Almvik:* Risk factors for violent behaviour in hospital and in community
- 11.00 *L. Bowers:* Staff-related risk factors for violent behaviour
- 11.30 Odmor
  
- 12.00 *I. Maremmani:* Illegal drugs and violent behaviour
- 12.30 *M. Lovrečič:* »Mobbing« na delovnem mestu kot nasilje
- 13.00 *M. Z. Dernovšek, M. Lovrečič, V. Novak Grubič:* Smernice za preprečevanje in obravnavanje nasilnega vedenja duševno motenih oseb v zunajbolnišnični dejavnosti
- 13.30 Zaključek

Sestanek je namenjen psihiatrom, zdravnikom splošne in družinske medicine in drugim zdravnikom, ki se srečujejo s problemi nasilja, pogojenega z duševnimi motnjami; vabljeni so tudi medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci, za katere je tema aktualna.

Predavanja bodo v angleščini in slovenščini.

Kotizacije ni.

Predhodne prijave niso potrebne.

Dodatne informacije: doc. dr. Mojca Z. Dernovšek, dr. med., Center za izvenbolnišnično psihiatrično dejavnost, Psihiatrična klinika Ljubljana, tel.: 01 23 15 990, in prim. Andrej Žmitek, dr. med., Psihiatrična bolnišnica Begunje, tel.: 04 53 33 315.

### Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino in Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino Splošne bolnišnice Maribor

vabita na učno delavnico

## CYRIAXOVA ORTOPEDSKA MEDICINA

Splošna bolnišnica Maribor, Maribor  
14.-16. marec 2003

### PROGRAM:

- Splošni uvod v Cyriaxovo ortopedsko medicino
- Prenesena bolečina
- Anamneza in fizikalni pregled
- Biomehanika in celjenje vezivno- tkivnih struktur
- Opisna anatomija glenohumeralnega sklepa in akromioklavikularnega sklepa
- Anatomija in vivo
- Pregled ramena
- Konzervativno zdravljenje nestabilnosti artroze in artritisa ramenskega sklepa
- Subakromialna utesnitev in drugi utesnitveni sindromi
- Konzervativna terapija boleznih rotatorne manšete in ramenskega sklepa

**Vodja tečaja:** Rene de Bruijn, Senior Lecturer in Orthopedic Medicine, Netherlands

**Sodelavci:** prim. doc. dr. Zmago Tuk, dr. med., mag. Breda Jesenšek Papež, dr. med., Dragan Lonžarič, dr. med.

Namen delavnice je seznanitev s Cyriaxovo ortopedsko medicino, posebej poglobiti znanje manualne terapije – prečne fricije, mobilizacijskih in manipulacijskih tehnik za ramenski sklep.

Delavnica je namenjena predvsem zdravnikom fiziatrom in ortopedom. V učni delavnici bo teoretični osnovi sledil poudarek na praktični obravnavi patologije ramenskega sklepa. Vaje bodo potekale pod neposrednim vodstvom predavatelja in ob pomoči strokovnih sodelavcev. Tečaj bo potekal v angleškem jeziku.

Glede na uspeh izobraževanja, bomo program nadaljevali.

**Število udeležencev:** 20

**Kotizacija** 70.000,00 SIT vključuje udeležbo na srečanju, osvežitev in prigrizke med predvidenimi odmori ter skupna kosila.

Kotizacijo nakažite na transakcijski račun pri NKB d.d. Maribor št.: 04515-0000124280, sklic na št. 1029.

**Informacije in prijava:** ga. Marija Kobalej, Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, e-pošta: med.reh@sb-mb.si

Nočitve so možne v Garni hotelu Tabor, tel.: 02 42 16 410, faks: 02 42 16 440.

**Klinični oddelek za nefrologijo****SPS Interna klinika****Klinični center Ljubljana**

organizira strokovno srečanje z naslovom

**BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA  
HIPERTENZIJA - PODDIPLOMSKA  
ŠOLA ZA ZDRAVNIKE IV****1. predavalnica Kliničnega centra, Ljubljana****21.-22. marec 2003**

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

**PROGRAM****Petek, 21. marca 2003**

7.30–8.40	Registracija udeležencev Uvod, <i>S. Kaplan Pavlovčič</i> Moderatorica: S. Kaplan Pavlovčič Kronična ledvična bolezen
8.45–9.00	<i>D. Černe</i> : Možne napake pri laboratorijskem določanju ledvične funkcije in lipidov
9.00–9.20	<i>J. Lindič</i> : Diabetična nefropatija
9.20–9.40	<i>R. Kveder</i> : Neimunološko zdravljenje kronične ledvične bolezni
9.40–10.00	<i>M. Malovrh</i> : Indikacije in potek ledvične biopsije
10.00–10.20	<i>B. Čižman</i> : Obravnava bolnika z ledvičnim kamnom
10.20–10.35	Razprava
10.35–11.00	Odmor
	Moderator: R. Ponikvar Akutna ledvična odpoved
11.00–11.20	<i>R. Ponikvar</i> : Akutna ledvična odpoved
11.20–11.40	<i>J. Buturovič Ponikvar</i> : Zdravljenje akutne ledvične odpovedi
11.40–12.00	<i>A. Urbančič</i> : Akutna ledvična odpoved zaradi zdravil
12.00–12.20	<i>M. Benedik</i> : Odmerjanje zdravil pri ledvični insuficienci
12.20–12.40	Razprava
12.40–14.00	Odmor
	Moderator: M. Malovrh Zdravljenje kronične ledvične bolezni
14.00–14.20	<i>D. Kovač</i> : Imunosupresijsko zdravljenje ledvičnih bolezni, stranski učinki in sodelovanje specialist – družinski zdravnik
14.20–14.40	<i>J. Kovač</i> : Zdravljenje hiperlipidemije v nefrologiji

14.40–14.55 *J. Varl*: Zdravljenje anemije pri ledvični insuficienci

14.55–15.10 Razprava

Moderator: R. Accetto

Arterijska hipertenzija

15.10–15.30 *P. Dolenc*: Problemi vrednotenja meritev krvnega tlaka15.30–15.50 *R. Accetto*: Zdravljenje arterijske hipertenzije pri starejših bolnikih15.50–16.10 *S. Kaplan Pavlovčič*: Arterijska hipertenzija in aterosklerotična stenoza ledvičnih arterij16.10–16.35 *B. Knap*: Motnje elektrolitov v povezavi z zdravljenjem srčnega popuščanja16.35–16.55 *V. Premru*: Srčno-žilne bolezni pri bolnikih s kronično ledvično boleznijo

16.55–17.15 Razprava

**Sobota, 22. marca 2003**9.00–16.00 **Delavnice**: razdelitev in delo v skupinah I, II, III, IV

11.45–13.00 Odmor za kosilo

15.45–16.00 Zaključek šole

B. Čižman		I. Ledvični kamni
I. skupina	9.00–10.15	- Bolnik z oksalatnim kamnom
II. skupina	10.30–11.45	- Bolnik z infekcijskim kamnom
III. skupina	13.00–14.15	- Bolnik s hidronefrozo
IV. skupina	14.30–15.45	- Bolnik z uratnim kamnom
R. Kveder		II. Kronična ledvična bolezen
II. skupina	9.00–10.15	- Bolnik s proteinurijo in/ali hematurijo
III. skupina	10.30–11.45	- Bolnik z diabetično nefropatijo
IV. skupina	13.00–14.15	- Neimunološko zdravljenje kronične ledvične bolezni
I. skupina	14.30–15.45	- Pomen zaviralcev angiotenzinske konvertaze in blokatorjev angiotenzinskih receptorjev
M. Malovrh		III. Vodenje bolnika s kronično ledvično insuficienco
III. skupina	9.00–10.15	Priprava bolnika na nadomestno
IV. skupina	10.30–11.45	zdravljenje z dializo. Obravnava
I. skupina	13.00–14.15	bolnika s končno ledvično odpovedjo
II. skupina	14.30–15.45	pri družinskem zdravniku in/ali internistu. Urgentna stanja pri bolniku s končno odpovedjo ledvic.
J. Lindič		IV. Okužbe sečil
IV. skupina	9.00–10.15	Nezapletene in zapletene
I. skupina	10.30–11.45	okužbe spodnjih in zgornjih sečil
II. skupina	13.00–14.15	
III. skupina	14.30–15.45	

**Podiplomska šola je namenjena** zdravnikom splošne medicine, specialistom in specializantom interne medicine za pripravo za delo na nefrološkem



oddelku v okviru specializacije iz interne medicine, sekundarijem in vsem zdravnikom, ki se želijo seznaniti ali osvežiti znanje o sodobnem, praktičnem pristopu k bolniku z najpogostejšimi problemi s področja bolezni ledvic in arterijske hipertenzije v povezavi z ledvično boleznijo.

**Kotizacija znaša** 30.000,00 SIT, nakažite jo na Slovensko zdravniško društvo, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, št. računa: 02222-0015918588, sklic na št.: 21900, s pripisom »za Bolezni ledvic IV«.

V kotizacijo je vključen davek na dodano vrednost.

Kotizacija vključuje udeležbo na strokovnem programu in delavnicah, knjigo, družabno pogostitev in plačilo potrdila Zdravniške zbornice.

**Prijavnice**, ki so objavljene v vsaki številki Izide, pošljite na naslov: ga. Danica Brlec, Klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za nefrologijo, Hospitalni oddelek, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, tel.: 01 52 22 408, faks: 01 52 22 408.

V primeru, da bo plačnik delovna organizacija, bomo na podlagi prijavnice izstavili račun.

**Informacije:** prim. doc. dr. Marko Malovrh, dr. med, svetnik, tel.: 01 52 22 460, faks: 01 52 22 460, e-pošta: marko.malovrh@mf.uni-lj.si, prof. dr. Staša Kaplan Pavlovčič, dr. med., svetnica, tel.: 01 52 22 408, faks: 01 52 22 408, e-pošta: stasa.kaplan@kolj.si

## Klinični center Ljubljana

### Interna klinika

Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni organizira

# XV. PODIPLOMSKO ŠOLO ZA ZDRAVNKE – SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2

1. predavalnica Kliničnega centra, Ljubljana  
28.-29. marec 2002

## PROGRAM:

### Petek, 28. marca 2003

- 12.00–12.40 Pozdrav in uvod v šolo, anketa  
Moderator: M. Ravnik Oblak
- 12.40–13.00 *M. Ravnik Oblak*: Diagnostika, klasifikacija in etiopatogeneza sladkorne bolezni tipa 2
- 13.00–13.20 *M. Vrtovec*: Vzgojno-izobraževalni program bolnika s sladkorno boleznijo tipa 2
- 13.20–13.40 *M. Medvešček*: Prehrana v zdravljenju sladkorne bolezni

- 13.40–14.00 *M. Vrtovec*: Telesna dejavnost
- 14.00–14.30 Odmor

Moderator: F. Mrevlje

- 14.30–15.00 *F. Mrevlje*: Zdravljenje z oralnimi antidiabetiki
- 15.00–15.20 *F. Mrevlje*: Zdravljenje z insulinom
- 15.20–16.00 *P. Senčar, D. Hrastnik*: Predstavitve repaglinida in najpogostejše uporabljenih insulinov
- 16.00–16.20 *M. Tomažič*: Samokontrola
- 16.20–16.40 Odmor

Moderator: M. Tomažič

- 16.40–17.10 *M. Koselj*: Kronični zapleti sladkorne bolezni
- 17.10–17.30 *V. Urbančič Rovar*: Diabetična noga
- 17.30–17.50 *M. Koselj*: Sladkorna bolezen in arterijska hipertenzija
- 17.50–18.15 *M. Medvešček*: Sladkorna bolezen in dislipidemija
- 18.15–18.40 *M. Medvešček*: Sladkorni bolnik v posebnih okoliščinah

## Sobota, 29. marca 2003

Delavnice (skupine A, B, C)

- 8.00–9.00 Svetovanje prehrane (*M. Bohnec, M. Hočevar, M. Tomažin Šporar*)
- 9.00–10.00 Samokontrola (*M. Bohnec, M. Hočevar, M. Tomažin Šporar*)
- 10.00–11.00 Peroralna terapija, 1. del (*F. Mrevlje, M. Koselj, M. Ravnik Oblak*)
- 11.00–11.20 Odmor
- 11.20–12.20 Peroralna terapija, 2. del (*F. Mrevlje, M. Tomažič, M. Ravnik Oblak*)
- 12.20–13.20 Zdravljenje z insulinom (*F. Mrevlje, M. Vrtovec, V. Urbančič*)
- 13.20–14.20 Sladkorni bolnik v posebnih okoliščinah (*M. Koselj, M. Medvešček, M. Tomažič*)
- 14.20–15.00 Odmor
- 15.00–15.30 Diabetična noga, prikaz primerov (*V. Urbančič Rovar*)
- 15.30–15.50 Obravnava sladkornega bolnika v ambulanti splošne medicine (*M. Koselj*)
- 15.50–16.30 Preizkus pridobljenega znanja. Anketa, ocena šole
- 16.30 Zaključek šole

Kotizacije ni.

Število udeležencev je omejeno na 30.

**Prijave in informacije:** prim. Miha Koselj, dr. med., Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 837, faks: 01 52 22 738.

Prijavite se do **10. marca 2003** z enotno prijavnico za udeležbo na zdravniških srečanjih, objavljeno v reviji Isis.

**Klinični center, Ginekološka klinika**

**Katedra za ginekologijo in porodništvo**

**Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in citopatologijo**

organizirajo mednarodni simpozij

# USPOSABLJANJE IN STALNO POKLICNO IZOBRAŽEVANJE V GINEKOLOŠKI CITOLOGIJ IN PRESEJANJU RAKA MATERNIČNEGA VRATU V 21. STOLETJU: NOVI PRISTOPI V POKLICNEM USPOSABLJANJU IN STALNEM STROKOVNEM IZOBRAŽEVANJU

Ginekološka klinika, Ljubljana

14.-15. marec 2003

## PRELIMINARNI PROGRAM:

**Petek, 14. marca 2003**

**Dulcie V. Coleman:** Poklicno usposabljanje citotecnologov in strokovno izobraževanje citopatologov v ginekološki citologiji

**Margherita Branca:** Rezultati analiz zunanega nadzora kakovosti v citoloških laboratorijih v Italiji

**Kari Syrjänen:** Metode in pomen določanja humanih papilomskih virusov kot pomožna metoda presejanja

**Julij Kovačič:** 50 let ginekološke citologije na Ginekološki kliniki v Ljubljani

**Stelio Rakar:** Rezultati raziskav o vzrokih ustaljene incidence raka materničnega vratu v Sloveniji

**Andrej Možina:** Izobraževanje v kolposkopiji

**Marjetka Uršič Vrščaj:** Določanje onkogenih tipov humanih papilomskih virusov v Sloveniji

**Mojca Eržen:** The Pap Test Procedure in Quality Assurance and Continuous Quality Improvement in Laboratories which undertake Cervical Cytology – predstavitev izdaje knjižic v slovenskem jeziku, ki je nastala v projektu EC, Leonardo da Vinci, Cytotrain 2000

Informacijski sistemi v ginekološki citopatologiji

Rezultati analize testov PAP v obdobju 1996-2000

**Sobota, 15. marca 2003**

Drugi dan simpozija bo delavnica za citotecnologe in citopatologe: **Mejne spremembe v ginekološki citologiji.**

Namen simpozija je predstaviti problematiko izobraževanja in nadzor kakovosti delovanja vseh sodelujočih strokovnjakov v ginekološki citologiji in

presejanju raka materničnega vratu.

Na simpoziju želimo podrobneje predstaviti knjižici **Postopek pri testu PAP in Zagotavljanje kakovosti in stalno izboljševanje kakovosti v laboratorijih za cervikalno citologijo**, prevedeni v slovenščino, ki sta izšli v programu za vzgojo in izobraževanje Leonardo da Vinci, ki ga je ustanovila Evropska skupnost.

Simpozij je namenjen vsem, ki sodelujejo v presejanju raka materničnega vratu.

**Znanstveni odbor:** Stelio Rakar, Mojca Eržen, Andrej Možina, Ana Pogačnik, Marjetka Uršič Vrščaj, Maja Primic Žakelj

**Organizacijski odbor:** Nataša Petkovšek, tajnica, Branko Cvetičanin, blagajnik.

**Navodila predavateljem:** Predavatelj ima na voljo 25 minut. Pisni prispevek za zbornik naj bo kratek strukturiran izvleček.

**Kotizacija** je 15.000 SIT (DDV ni vključen).

Simpozij bo potekal v angleškem in slovenskem jeziku.

**Informacije:** ga. Nataša Petkovšek, tel.: +386 1 43 14 355, faks: +386 1 52 26 130, e-pošta: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si

## Medicinska fakulteta, Odsek za stomatologijo

organizira strokovno srečanje

# LASERJI V STOMATOLOGIJI

**Festivalna dvorana, Bled**

**5. april 2003**

## PROGRAM:

- 14.30–14.45 *Prof. dr. Uroš Skalerič:* Uvodne misli  
 14.45–15.00 *Dr. Matjaž Lukač:* Fizikalne osnove laserjev  
 15.00–15.25 *Asist. Boris Gašpirc, dr. stom.:* Laserji v parodontologiji  
 15.25–15.45 *Asist. David Dovšak, dr. med.:* Lasersko zdravljenje levkoplakij in žilnih malformacij v ustni votlini  
 15.45–16.00 Odmor  
 16.00–16.40 *Prof. dr. Andreas Moritz:* Lasers in endodontics  
 16.40–17.05 *Prof. dr. Ivica Anič:* Uklanjanje kariesa zuba Er: YAG laserom  
 17.05–17.20 *Mag. Želimir Božič, dr. stom.:* Uporaba laserja Er: YAG in Nd: YAG v stomatologiji – primeri  
 17.20–17.40 Razprava

**Kotizacija** 10.000,00 SIT. Plača se jo na račun št.: 01100-6030708380, sklic na št. 230/26, s pripisom "laser".

**Informacije:** ga. Sonja Leben, Medicinska fakulteta, Odsek za stomatologijo, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, tel.: 01 52 24 371, faks: 01 52 22 504.

# SECLI

Zavod za mednarodno pravno izobraževanje in raziskovanje, Ljubljana organizira

## 2. SPOMLADANSKI SIMPOZIJ O PRAVNIH VIDIKIH MEDICINSKE IN FARMACEVTSKE STROKE

na temo: STATUS SLOVENSKEGA ZDRAVNIKA

Avditorij, Portorož  
10.–11. april 2003

### PROGRAM:

#### Četrtek, 10. aprila 2003

- 14.00–15.00 Registracija udeležencev
- 15.00–15.10 Pozdravni nagovor, dr. Rado Race, predsednik SECLI, mag. Boštjan J. Turk, direktor SECLI
- 15.10–15.40 Slovenski zdravnik – slovenski intelektualci, prof. dr. Dušan Keber, dr. med., višji svetnik, minister za zdravje RS
- 15.40–16.10 Kreativna vloga zdravnika v dejavnostih Kliničnega centra, prof. dr. Primož Rode, dr. med., generalni direktor Kliničnega centra, Ljubljana
- 16.10–16.40 Strokovna odgovornost Slovenske medicine na poti v EU – primerjave, prof. dr. Zoran M. Arnež, dr. med., višji svetnik, ambasador RS za znanost, strokovni direktor Kliničnega centra, Ljubljana
- 16.40–17.10 Človekove pravice v zvezi z biomedicino – sodelovanje etike in prava, akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., predsednik Komisije za medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravje
- 17.10–17.30 Razprava
- 17.30–17.50 Odmor za kavo
- 17.50–18.10 Položaj medicinskih znanosti v slovenski znanosti, akad. prof. dr. Boštjan Žekš, predsednik Slovenske akademije znanosti in umetnosti
- 18.10–18.30 Odgovornost Medicinske fakultete za formiranje slovenskega zdravnika, prof. dr. Jože Balažič, dr. med., svetnik, predstojnik Inštituta za sodno medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani
- 18.30–18.50 Pomen in položaj slovenskega zdravnika v javnem sektorju, asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., predsednik Zdravniške zbornice Slovenije
- 18.50–19.20 Vloga Slovenskega zdravniškega društva v uveljavljanju

- zdravnika v družbi, prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., predsednik Slovenskega zdravniškega društva
- 19.20–19.40 Sklepna razprava prvega dne simpozija
- 21.00 Sprejem organizatorjev simpozija za udeležence

#### Petek, 11. aprila 2003

- 9.40–10.00 Prihod udeležencev
- 10.00–10.30 Vrste pravne odgovornosti v medicinski praksi, doc. dr. Miro Cerar, Katedra za teorijo in sociologijo prava na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani
- 10.30–11.00 Napredovanje in plačilni sistem ter položaj zdravnika po zakonu o javnih uslužbencih, mag. Erik Kerševan, Katedra za upravnopravne znanosti na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani
- 11.00–11.30 Razprava
- 11.30–12.00 Odmor za kavo
- 12.00–12.30 Nadzor financ v zdravstvu – vidik računskega sodišča, prof. dr. Vojko Antončič, predsednik Računskega sodišča RS
- 12.30–13.00 Odgovornost zdravnikov za predpisana zdravila, zdravstvene pripomočke in umetne implantacijske materiale, Jurij Žurej, univ. dipl. prav., svetovalec Državne revizijske komisije
- 13.00–13.30 Investicije v javne zdravstvene zavode, mag. Dušan Blaganje, univ. dipl. ing. arh., Sektor za investicije, Ministrstvo za zdravje
- 13.30–14.00 Sklepna razprava in zaključek simpozija

**Simpozij je prvenstveno namenjen:** zdravnikom, predstojnikom in vodstvenemu osebju klinik in bolnišnic, direktorjem zdravstvenih domov, pravnim strokovnjakom v zdravstvu

**Kotizacija** znaša 58.500,00 SIT. Davek na dodano vrednost v kotizaciji ni zajet in se obračuna posebej. Prijave sprejemamo do zapolnitve mest. Prednostni vrstni red bo upoštevan glede na datum prispelne prijavnice.

Kotizacija zajema: udeležbo na seminarju, posebno strokovno gradivo za seminar, postrežbo med odmori, sprejem z večerjo prvega dne.

**Odjave:** V primeru odjave do vključno 15 dni pred začetkom seminarja 50 odstotkov kotizacije, od 15 do vključno 7 dni pred začetkom seminarja 70 odstotkov kotizacije. V času manj kot 7 dni pred začetkom seminarja 90 odstotkov kotizacije.

Organizator bo prijavljenim udeležencem izstavil predračun na podlagi prispelne prijavnice, ki ga je potrebno v celoti poravnati v roku 8 dni od prejema. Na dan seminarja bodo udeleženci prejeli račun, ki nadomesti predračun.

Vsi udeleženci bodo prejeli pisno potrdilo o udeležbi.

**Prijave** lahko pošljete po pošti na naslov: SECLI – ZAVOD, Ljubljana, Gornji trg 4/II., 1000 Ljubljana, ali po faksu: 01 43 00 066, tel.: 01 43 00 065, e-pošta: secli@s5.net

## Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije Slovenskega zdravniškega društva

organizira strokovno srečanje

# BOLNIŠNIČNE OKUŽBE 2003

Srednja predavalnica nove MF, Korytkova 2, Ljubljana

6. junij 2003

### Preliminarni program:

#### Petek, 6. junija 2003

- 8.00 Registracija udeležencev
- 9.00 Začetek srečanja
- 9.05–9.40 Organizacija dela na področju obvladovanja bolnišničnih okužb
- 9.40–10.05 Predstavitve smernic: Obvladovanje bolnišničnih okužb
- 10.05–10.25 Delovanje na področju obvladovanja bolnišničnih okužb v regijski bolnišnici – Murska Sobota
- 10.30–10.50 Organizacija izobraževanja na področju bolnišničnih okužb v celjski bolnišnici
- 10.50–11.15 Analiza stroškov zaradi izolacije
- 11.15–11.30 Razprava
- 11.30–12.00 Odmor s kavo
- 12.00–12.15 Zaključki nacionalne prečne raziskave o bolnišničnih okužbah iz leta 2001
- 12.15–12.35 Upoštevanje pravil za higieno rok v EIT
- 12.35–13.00 Pomen sodelovanja infektologa in kliničnega mikrobiologa v bolnišnici Maribor
- 13.00–13.10 Posebnosti obvladovanja bolnišničnih okužb pri bolnikih z novotvorbami
- 13.10–13.30 Razprava
- 13.30–14.30 Odmor s kosilom
- 14.30–15.00 Načela preprečevanja okužb v povezavi z žilnimi pristopi
- 15.00–15.20 Okužbe pri bolnikih na dializi
- 15.20–15.40 Septični zapleti pri vsadkih
- 15.40–16.00 Okužbe pri kardiokirurških posegih
- 16.00–16.20 Diagnostika bolnišnično pridobljene pljučnice
- 16.20–16.40 Razprava

**Organizacijski odbor srečanja:** prof. dr. Marija Gubina, dr. med., prim. Tatjana Lužnik Bufon, dr. med., prim. Marjetica Škerl, dr. med., Mojca Dolinšek, prof. soc. ped., viš. med. ses., Jana Kolman, dr. med.

**Kotizacija** (DDV ni vključen): 15.000,00 SIT, študenti in upokojeni zdravniki je ne plačajo. V kotizacijo so zajeti napitki med odmori, kosilo in zbornik.

**Prijavnico pošljite na naslov:** ga. Mihaela Oberdank Hrastar, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Tajništvo katedre, Zaloška 4, 1000 Ljubljana,

tel.: 01 54 37 408, faks: 01 54 37 401, e-pošta: mihaela.oberdank-hrastar@mf.uni-lj.si

Organizator si pridržuje pravico do manjših sprememb v programu.

**Klinični oddelek za pediatrijo, Splošna bolnišnica Maribor**  
**Dispanzer za otroke in Dispanzer za šolske otroke in mladostnike,**  
**Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor**  
**Združenje za pediatrijo Slovenskega zdravniškega društva**  
 organizirajo

## XIII. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU

Rektorat Univerze Maribor, Slomškov trg 15, Maribor

4.-5. april 2003

### PROGRAM:

#### Petek, 4. aprila 2003

- 7.30 Odprtje pisarne  
Nutritivna alergija  
Organizatorja teme: prof. dr. Dušanka Mičetić Turk, dr. med., prim. Aleksander Brunčko, dr. med.
- 9.00–11.00 Pozdrav organizatorjev  
*prof. dr. A. Ihan* (Ljubljana): Imunološki mehanizmi nutritivne alergije  
*prof. dr. D. Mičetić Turk* (Maribor): Prebiotiki in probiotiki ter njihova vloga pri nutritivni alergiji  
*prof. dr. A. C. Hauer* (Gradec): Nutritivna alergija in probiotiki  
*prof. dr. Z. Szephaluszi* (Dunaj): Transplacentarni prenos alergenov  
*doc. dr. M. Košnik* (Golnik): Laboratorijska diagnostika nutritivne alergije  
*prof. dr. S. Kolaček* (Zagreb): Dietna prehrana pri nutritivni alergiji  
*mag. S. Unger* (Gradec): Hipoalergena prehrana dojenčkov
- 11.00–11.30 Odmor s kavo
- 11.30–13.00 *prim. V. Glavnik* (Ljubljana): Oralni alergijski sindrom  
*prim. A. Brunčko* (Maribor): Sindrom urtikarije in angioedema ter nutritivna alergija  
*prof. dr. M. Peršič* (Rijeka): Eozinofilni gastroenteritis  
*asist. D. Urlep* (Maribor): Obravnava bolnika z gastrointestinalno manifestacijo nutritivne alergije  
*M. Kavalar, M. Homšak* (Maribor): Obravnava bolnika s kožno manifestacijo nutritivne alergije  
*R. Janša* (Ljubljana): Diferencialna diagnostika med celiakijo in nutritivno alergijo



- 13.30 *mag. Z. Plečnik* (Ljubljana): Dietetična živila za posebne zdravstvene namene
- 15.00–15.10 Farmakologija perinatalnega obdobja  
*Doc. dr. Zlatka Rakovec Felser, spec. klin. psih:* Psihosocialna obremenjenost nosečnice s kronično boleznijo in problem sprejetja materinske vloge.
- 15.10–15.20 *Doc. dr. Ksenja Geršak:* Zdravila v nosečnosti in novorojenček
- 15.20–15.30 *Andreja Tekauc Golob:* Hemodinamske spremembe v možganskem ožilju po izpostavljenosti zdravilom
- 15.30–15.40 *Prim. dr. Silva Burja, Lucija Kuder, prim. Brigita Lobnik Krunič:* Epilepsija, nosečnost in novorojenček
- 15.40–15.50 Razprava
- 15.50–16.00 Odmor
- 16.00–16.10 *Asist. mag. Janez Babnik, asist. mag. Lilijana Kornhauser Cerar, asist. Lev Bregant, Tjaša Černe:* Steroidi pri nedonošenčkih z dihalno stisko – primerjava zgodnjega s kasnim in sistemskega z inhalacijskim zdravljenjem
- 16.10–16.20 *Asist. mag. Zdravko Roškar, mag. Robert Pogorevc, Mirjana Miksič, Dušanka Meglič, Matjaž Homšak, asist. mag. Zlatka Kanič, mag. Mirjana Todorovič Guid, mag. Katarina Bračič:* Preprečevanje in zdravljenje kronične pljučne bolezni nedonošenčkov
- 16.20–16.30 *Asist. mag. Lilijana Kornhauser Cerar, Tomaž Križnar, asist. mag. Janez Babnik, asist. Lev Bregant, Andreja Domjan Arnšek:* Vpliv steroidov na razvoj nedonošenčkov, rojenih s 25 tedni in manj
- 16.30–16.40 *Mag. Mirjana Todorovič Guid:* Zmanjševanje neugodnih faktorjev okolja v eint na razvoj nedonošenih otrok
- 16.40–16.50 Razprava
- 16.50–17.00 Odmor
- 17.00–17.10 *Bojan Korpar, Vlado Čuić, Andrej Zavratnik:* Vpliv diabetesa in njegovega zdravljenja na stanje pri novorojenčku
- 17.10–17.20 *Prim. mag. Ksenija Ogrizek Pelkič:* Sistemske bolezni vezivnega tkiva in nosečnost
- 17.20–17.30 *Jože Žolger:* Novorojenček matere z antifosfolipidnim sindromom - prikaz primera
- 17.30–17.40 *Doc. dr. Geršak, asist. mag. Janez Babnik, asist. mag. Lilijana Kornhauser Cerar:* Antipsihotična terapija nosečnice in večorganska odpoved novorojenčka
- 17.40–17.50 Razprava
- 17.50–18.00 Odmor
- 18.00–18.10 *Asist. Lev Bregant, prim. Maja Pestevšek:* Vpliv jemanja drog v nosečnosti na novorojenčka
- 18.10–18.20 *Prim. dr. Zlata Felc:* Prenos zdravil z materinim mlekom
- 18.20–18.30 *Milena Treiber:* Z dokazi podprt protokol obravnave bolečine pri novorojenčku

- 18.30–18.40 *Asist. mag. Janez Babnik, asist. mag. Lilijana Kornhauser Cerar, Tomaž Križnar, Tjaša Černe, Andreja Domjan Arnšek:* Preprečevanje možganske krvavitve pri nedonošenčku z indometacinom
- 18.40–18.50 *Kanič Z:* Hipoksična okvara miokarda pri asfikičnem novorojenčku
- 18.50–19.00 Razprava

### Sobota, 5. aprila 2003

- 8.30 Satelitski simpozij – Febrilna stanja pri otroku
- 9.30–10.00 Odmor
- 10.00–13.00 Okrogla miza: Prvo leto življenja  
Organizator teme: Martin Bigec

Uvodni referat: dr. Mikael Ostergren, dr. med., Svetovna zdravstvena organizacija, Regionalni urad za Evropo, Oddelek za zdravje otrok in adolescentov.  
Kotizacija: 30.000,00 SIT (z DDV), 15.000,00 SIT (z DDV) za en dan.  
Nakažete jo na transakcijski račun št. 04515-000012 4280, sklic na št. 1031, ki je odprt pri Novi KBM d.d. Maribor, davčna številka: 42918847, s pripisom "za XIII. srečanje pediatrov v Mariboru"



**Združenje za zdravljenje ran Slovenije in SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana** prireja

## IV. SIMPOZIJ O RANAH

z mednarodno udeležbo

Klinični center Ljubljana, Ljubljana  
13.-14. marec 2003

### PROGRAM:

#### Četrtek, 13. marca 2003

##### 1. predavalnica Kliničnega centra, Zaloška cesta 7

- 8.00–8.30 Registracija udeležencev  
Predsedstvo: Z. M. Arnež, D. Smrke, A. Andriessen
- 8.30–8.35 Uvodni nagovor, B. Tršinar
- 8.35–9.05 Kronična rana, S. Rakovec
- 9.05–9.35 Akutna rana, Z. M. Arnež

- 9.35–10.05 Evidence based wound management (predavanje v angleškem jeziku), A. Andriessen
- 10.05–10.15 Razpravljanje
- 10.15–10.45 Odmor za kavo
- Predsedstvo: S. Rakovec, D. Smrke, C. Triller
- 10.45–11.00 Ocena prekrvljenosti ekstremitet, P. Poredoš
- 11.00–11.15 Radiološke spremembe na skeletu pri kroničnih ranah, J. Jevtič
- 11.15–11.35 Kirurško kritje akutnih in kroničnih ran, Z. M. Arnež
- 11.35–11.55 Kirurško zdravljenje razjed na diabetični nogi, C. Triller
- 11.55–12.05 Dermatološko zdravljenje venskih razjed, M. Košiček
- 12.05–12.15 Interventna radiologija pri zdravljenju kronične rane, M. Šurlan
- 12.15–12.25 Kirurški revaskularizacijski posegi na spodnjih udih, N. Kovačič
- 12.25–12.35 Kronična rana in bolečina, M. Kurtin
- 12.35–12.55 Razpravljanje
- 12.55–14.00 Odmor za kosilo
- Predsedstvo: S. Rakovec, C. Triller, Z. Parač
- 14.00–14.20 Uporaba posebnih oblog pri oskrbi kronične rane, Z. Parač
- 14.20–14.30 Preprečevanje in odkrivanje razjed na diabetični nogi, V. Urbančič
- 14.30–14.40 Rehabilitacija bolnikov pri zdravljenju kronične rane, B. Sedej
- 14.40–14.50 Zdravstvena nega kronične rane, J. Zrimšek
- 14.50–15.00 Zdravstvena nega rane zaradi pritiska, N. Gavrilov
- 15.00–15.10 Razpravljanje
- 15.10–15.30 Odmor za kavo
- 15.30–16.30 Predstavitev posebnih oblog – izbrani dobavitelji

### Petek, 14. marca 2003

#### Klinični oddelek za kirurške infekcije, Zaloška c. 2, II. nad.

- 9.00–10.30 Učna delavnica skupine zdravnikov:  
Teoretična in praktična obravnava bolnikov s kroničnimi ranami  
Vodita: Z. Parač, B. Kokalj
- 11.30–13.00 Učna delavnica ostalih udeležencev:  
Praktična obravnava bolnikov s kroničnimi ranami  
Vodita: C. Triller, J. Zrimšek

#### Klinični oddelek za plastično kirurgijo in opeklino, Zaloška c. 7, II. nad.

- 9.00–10.30 Učna delavnica ostalih udeležencev:  
Praktična obravnava bolnikov s kroničnimi ranami  
Vodita: F. Planinšek, M. Stravnik
- 11.30–13.00 Učna delavnica ostalih udeležencev:  
Teoretična in praktična obravnava bolnikov s kroničnimi ranami  
Vodita: M. Šolinc, A. Hočevnar

Organizacijski in strokovni odbor: predsednik: prof. dr. Slavko Rakovec, dr. med., višji svetnik, člani: prof. dr. Zoran M. Arnež, dr. med., višji svetnik,

ambasador RS za znanost, doc. dr. Dragica Smrke, dr. med., prim. Ciril Triller, dr. med., asist. Zlatko Parač, dr. med.

Kotizacija: 25.000,00 (brez DDV) za prvi dan simpozija (teoretični del), 40.000,00 (brez DDV) za oba dneva.

Rok prijave: do 4. 3. 2003, na podlagi prijavnice vam bomo izstavili račun.

Izpolnjeno splošno prijavnico pošljite do 4. 3. 2003 na naslov: Klinični oddelek za kirurške infekcije, prim. Ciril Triller, dr. med., Klinični center Ljubljana, Njegoševa ulica 4, 1525 Ljubljana.

Dodatne informacije: prim. Ciril Triller, dr. med., Klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za kirurške infekcije, Njegoševa ul. 4, 1525 Ljubljana, GSM: 031 362-533, e-pošta: triller@siol.net

## OBVESTILO

Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana  
v sodelovanju z

Open Society Institute – New York in  
The American Austrian Foundation

razpisuje



## seminarje v Salzburgu (SALZBURG MEDICAL SEMINARS INTERNATIONAL)

z naslednjih področij medicine:

- |                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| ■ nujna oskrba v pediatriji | 17. avgust–23. avgust 2003     |
| ■ krvne banke               | 17. avgust–23. avgust 2003     |
| ■ družinska medicina        | 24. avgust–30. avgust 2003     |
| ■ anesteziologija           | 24. avgust–30. avgust 2003     |
| ■ neonatologija             | 12. oktober–18. oktober 2003   |
| ■ kardiologija              | 12. oktober–18. oktober 2003   |
| ■ onkologija                | 31. oktober–6. november 2003   |
| ■ slikovna diagnostika      | 12. december–18. december 2003 |
| ■ urologija v pediatriji    | 12. december–18. december 2003 |

Rok za prijavo: 1. marec 2003

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, 1000 Ljubljana, ga. Barbara Ravnik, GSM: 031 632 168, faks: 01 54 37 361, e-pošta: barbara.ravnik@mail.ljudmila.org

Slovensko društvo za osteointegracijo

prireja

## 2. KONGRES SLOVENSKEGA DRUŠTVA ZA OSTEINTEGRACIJO

Hotel Perla, Nova Gorica

7.-8. marec 2003

### PROGRAM:

#### Petek, 7. marca 2003

- 9.00 Svečano odprtje  
 9.30 *B. Simončič*: Izkušnje s trombocitnim koncentratom pri celjenju ran  
 9.45 *A. Kansky*: Primerjava različnih implantatnih sistemov  
 10.00 *B. Sotošek*: Augmentacija mehkih in trdih ustnih tkiv  
 10.15 *M. Rode*: Takojšnja obremenitev implantatov  
 10.30 Razprava  
 10.45 Odmor
- 11.15 *L. Marion*: Protetično oblikovanje mehkih tkiv pri implantno-protetični oskrbi  
 11.30 *I. Kopač, J. Božič*: Stomatoprotetično načrtovanje implantatne oskrbe  
 11.45 *N. Funduk*: Izdelava implantatno podprte totalne proteze  
 12.00 Razprava  
 12.30 Kosilo
- 15.00 *R. Crespi*: Dekontaminacija ustnih tkiv s CO<sub>2</sub>-laserjem  
 16.00 *U. Covani*: Sodobna implantologija  
 18.00 Razprava  
 20.00 Slavnostna večerja

#### Sobota, 8. marca 2003

- 9.00 *S. Fabbro*: Protetika na implantatih  
 12.00 Razprava  
 12.30 Zaključek 2. kongresa SDO

**Kotizacija** znaša 30.000,00 SIT (vključno z DDV), nakažete jo na naslov: Slovensko društvo za osteointegracijo, Zaloška 159, 1110 Ljubljana, tekoči račun št.: 02140-0253493978, dav. št.: 17229936.

V ceni je všteta udeležba na kongresu, osvežilni napitki med odmori in svečana večerja.

**Informacije:** dr. Boris Simončič, dr. stom., SDO, Zaloška 159, 1110 Ljubljana, tel.: 01 54 00 200, faks: 01 54 00 200.

Rezervacija za prenočišča: Hotel Perla, Kidričeva 7, 5000 Nova Gorica, tel.: 05 33 63 137, 33 63 000, faks.: 05 30 28 886; Hotel Park, 05 33 62 000; Hotel Sabotin, 05 33 65 100.

Center za intenzivno interno medicino

SPS Interna klinika

Klinični center Ljubljana

organizira 3. simpozij

## AKUTNI KORONARNI SINDROM V SLOVENIJI

Hotel Kompas, Bled

11.-12. april 2003

### PROGRAM:

#### Petek, 11. aprila 2003

- 18.00 Satelitski simpozij  
 Antitrombotično zdravljenje pri akutnem koronarnem sindromu  
 Pogostitev za udeležence

#### Sobota, 12. aprila 2003

- 10.00 Akutni koronarni sindrom v Sloveniji  
 1. Vabljeni predavanja:  
 Prehospitalna obravnava AKS – analiza časovnih zamud in ukrepov na terenu  
 Primary PCI in ST-elevation AMI-beyond epicardial patency  
 Interventno zdravljenje AKS  
 2. Predstavitev zanimivih bolnikov z AKS  
 3. AKS v Sloveniji – predstavitev regionalnih bolnišnic  
 4. AKS v Sloveniji – pogled Ministrstva za zdravje

Vabimo, da dejavno sodelujete pri predstavitvi posameznih bolnikov z AKS (točka 2). Prispevke na največ eni tipkani strani pošljite do **31. marca 2003** na naslov: prof. dr. Marko Noč, Center za intenzivno interno medicino, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana.

Kotizacije ni.

Brezplačna pogostitev udeležencev.

Informacije: prof. dr. Marko Noč, dr. med., Center za intenzivno interno medicino, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 236 ali 239.

**Združenje kardiologov Slovenije****Delovna skupina za udejanjanje smernic preventivne srčno-žilnih bolezni**

organizira

**4. REDNO LETNO PLENARNO ZASEDANJE SLOVENSKEGA FORUMA O PREVENTIVI BOLEZNI SRCA IN ŽILJA****Rdeča predavalnica Pravne fakultete, Poljanski nasip 2, Ljubljana  
15. marec 2003****PRELIMINARNI PROGRAM:****Sobota, 15. marec 2003**

- 9.00–9.10 Odprtje plenarnega zasedanja Foruma  
Preventiva – najboljši način zdravljenja v kardiologiji? (prof. Miran F. Kenda, predsednik Združenja kardiologov Slovenije)
- 9.10–9.30 Uvodno predavanje  
Preventiva bolezni srca in žilja in promocija zdravja – nacionalna prioriteta (prof. Dušan Keber, minister za zdravje)
- 9.30–10.30 Nacionalni program primarne preventive z aterosklerozo povezanih bolezni (moderatorja: J. Maučec Zakotnik, Z. Fras)
- 9.30 Poročilo o delu za leto 2002 - prvi rezultati nacionalnega programa (Z. Fras)
- 9.50 Mreža zdravstvenovzgojnih preventivnih centrov v Sloveniji (J. Maučec Zakotnik)
- 10.10 Razprava
- 10.30–11.00 Odmor
- 11.00–12.00 Sekundarna preventiva z aterosklerozo povezanih bolezni – nacionalne smernice (moderatorja: I. Keber, J. Dobovišek)
- 11.00 Oblikovanje skupine, tematski sklopi, program dela (I. Keber)
- 11.15 Ključni poudarki metodologije oblikovanja nacionalnih smernic (I. Keber, B. Jug)
- 11.25 Delovna skupina za temo "Spreminjanje dejavnikov tveganja" (V. Vodopivec)
- 11.35 Praktični primer - snovanje preventivnega centra v bolnišnici Topolšica (J. Poles)
- 11.45 Razprava
- 12.00–13.30 Novosti v farmakoterapiji na področju preventive z aterosklerozo povezanih bolezni 2002 (moderatorja: M. F. Kenda, P.

Poredoš)

- 12.00 Zdravljenje arterijske hipertenzije (J. Dobovišek)
- 12.20 Zdravljenje dislipidemij (M. F. Kenda, Z. Fras)
- 12.40 Antikoagulacijska in antitrombotična zdravila (P. Poredoš)
- 13.00 Slovenske smernice antitrombotičnega zdravljenja možganskožilnih bolezni (B. Žvan)
- 13.20 Razprava
- 13.30–15.00 Kosilo in ogled razstave
- 15.00–16.30 Poročila o delu po 3. plenarnem zasedanju Foruma (moderatorja: J. Turk, N. Škrabl Močnik)  
Slovenska hiša srca (J. Tasič)  
CINDI Slovenija (D. Mlakar Novak)  
Delo Društva za zdravje srca in ožilja (J. Turk)  
Zveza koronarnih klubov in društev Slovenije (A. Lavrenčič)  
Društvo na srcu operiranih in vizija pri preprečevanju bolezni srca in žilja (M. Zorc)  
Morebitna poročila drugih partnerjev Foruma  
Razprava
- 16.30–17.00 Odmor
- 17.00–19.00 Razprava v forumu (moderator: Z. Fras)  
Zaključki 4. slovenskega Foruma o preventivi srčno-žilnih bolezni (Z. Fras)

Dokončni program bo objavljen do 10. februarja 2003 na spletni strani Združenja kardiologov Slovenije: <http://www.kclj.si/org/ssc/>

Pod pokroviteljstvom Združenja kardiologov Slovenije v okviru slovenskega Foruma za preventivo bolezni srca in žilja sodelujejo: Delovna skupina za udejanjanje smernic preventivne koronarne bolezni Združenja kardiologov Slovenije, Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Projekt preventive kroničnih nalezljivih bolezni - CINDI Slovenija, Sekcija za hipertenzijo, Združenje nevrologov, Združenje za žilne bolezni Slovenskega zdravniškega društva, Zveza koronarnih klubov in društev Slovenije, Društvo bolnikov, operiranih na srcu.

**Število udeležencev** je omejeno.

K delu v okviru rednih letnih plenarnih zasedanj Foruma vabimo predvsem posameznike in organizacije, ki strokovno ali ljubiteljsko že delujejo v okviru področja preventive bolezni srca in žilja. Poleg njih naj bi v okviru Foruma dejavno sodelovali tudi drugi slovenski zdravniki in strokovnjaki različnih poklicnih profilov, ki delujejo na tem področju ali pa jih preventiva bolezni srca in žilja posebej zanima. Število udeležencev je omejeno na skupno 200. Prosimo za predhodno prijavo, najkasneje do 5. marca 2003, na spodaj navedeni naslov in v primeru prijave za zanesljivo udeležbo.

Kotizacije ni.

Delo s svojimi prispevki podpirajo različna, pretežno farmacevtska podjetja, bodisi slovenska ali tuja s svojimi predstavništvi v Sloveniji.

**Prijave (do 5. marca 2003) in dodatne informacije:** Saša Radelj, Združenje kardiologov Slovenije, Klinični center Ljubljana, Klinika za kardiologijo, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, tel.: 01 52 22 934, faks: 01 52 24 599.



**Zdravstveni dom Ljubljana,  
ZD Ljubljana – SNMP**

objavlja prosto delovno mesto

**zdravnika**  
za določen čas.

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.

**Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice**

objavlja prosta delovna mesta

- **dveh zdravnikov specialistov interne medicine**
- **zdravnika specialista ginekologije in porodništva**
- **zdravnika specialista pediatra**
- **zdravnika specialista splošne kirurgije**

Kandidati morajo poleg z zakonom predpisanih pogojev izpolnjevati še naslednje:

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

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s trimesečnim poskusnim delom.

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

**Javni zavod Zdravstveni dom Lendava**

objavlja prosto delovno mesto

**zobozdravnika za polivalenco**

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta – smer stomatologija,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljan Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit kategorije B,
- poskusno delo tri mesece.

Nastop dela po dogovoru.

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Javni zavod Zdravstveni dom Lendava, Kadrovska služba, Kidričeva 34, 9220 Lendava.

O izbiri bomo kandidate obvestili v 30 dneh po končanem zbiranju prijav.

**ZD Ljubljana, CINDI Slovenija**

zaposli za določen čas  
(nadomeščanje porodniške)

**zdravnika**

s končanim sekundarijatom, opravljenim strokovnim izpitom in veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije za delo v preventivnih dejavnostih programa CINDI Slovenija.

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

**Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj**

objavlja prosto delovno mesto

**zdravnika stomatologije**

za določen čas s polnim delovnim časom in poskusnim delom 4 mesece, z možnostjo zaposlitve za nedoločen čas.

Na voljo je družinsko stanovanje v bližini Zdravstvenega doma Ptuj.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta – smer stomatologija,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit kategorije B.

Rok prijave: 8 dni od objave v časopisu.

Vloge pošljite na naslov: Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj.

**Zdravstveni dom dr. Franca Ambrožiča Postojna**

zaposli

**mladega zdravnika specialista splošne medicine**

ali

**specializanta splošne medicine**

za delo v dežurni službi po dogovoru ali za nedoločen čas.

Za informacije se lahko obrnete na direktorico zavoda Ireno Vatovec Progar, dr. med.

Prijave pošljite na naslov: Zdravstveni dom dr. Franca Ambrožiča Postojna, Prečna ulica 2, 6230 Postojna.

**Cenik****- oglasi na rumenih straneh**

- Razpisi za delovna mesta – brezplačno.
  - Oddaja poslovnih prostorov – ordinacij: 10.000,00 SIT, za člane ZZS 50 % popusta, kot mali oglas, oglas na 1/6 ali 1/4 strani po ceniku.
  - Ostali mali oglasi (prodaja inštrumentov, avtomobilov: 15.000,00 SIT, za člane ZZS 50 % popusta.
  - Novoletne in druge osebne čestitke: v okvirčku 1/6 strani 37.500,00 SIT, za člane ZZS 50 % popusta.
- 20 % DDV ni vračunan v ceno.

V Ljubljani, na Savski cesti 10, prodamo  
**v celoti opremljeno ordinacijo, primerno  
za splošnega zdravnika, in v celoti opremljeno  
zobno ordinacijo.**

Možnost kredita oz. leasinga.

Informacije in ponudbe na naslov:

Zdravniška zadruga

Ambulatorium Zeleni trikotnik z.b.o.

Savska cesta 10, Ljubljana, tel.: 041/410 242

(med 9. in 11. uro), e-mail: rddd@siol.net

## OBVESTILO ZDRAVNIKOM DRUŽINSKE/SPLOŠNE MEDICINE

Ob 2. mariborskem srečanju zdravnikov družinske medicine sta izšla dva strokovna vira.

**Zbornik predavanj: Fizikalna terapija v ambulanti  
zdravnika družinske medicine.**

V njem je zbranih 33 člankov, ki jih je napisalo 31 avtorjev - specialistov družinske medicine in fizioterapevtov.

Predstavljene so naslednje teme:

fizikalna medicina kot delovno orodje  
posamezne zvrsti fizikalne terapije z indikacijami in  
kontraindikacijami  
programi fizikalne terapije po telesnih regijah  
fizikalna terapija na domu bolnika  
strokovna in zavarovalniška merila za napotitev na  
fizikalno terapijo in v zdravilišča

Cena zbornika: 5.000,00 SIT + stroški poštnine (DDV je vključen v ceno); format A4, število strani 146.

**CD s posnetim kliničnim ortopedsko-nevrološkim  
pregledom** posameznih delov gibalnega sistema:

vratna hrbtenica, ramenski sklep, komolec,  
ledvena hrbtenica, kolk, koleno. CD je avtorsko delo  
Suzane Tomažič, dr. med., spec fiziatrinje,  
in Darje Belec, dr. med.

Cena za CD: 3800,00 SIT + stroški poštnine  
(DDV je vključen v ceno), dolžina cca. 30 min.

Oboje lahko zainteresirani kolegi naročite pri:  
Majda Masten, dr. med., Ambulanta splošne medicine,  
Ulica talcev 7, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor,  
2000 Maribor, tel.: 02 22 86 367,  
e-pošta: majda.masten@zd-mb.si

# NAROČILNICA

za knjigo  
**MEDICINA DELA - DANES,**  
ki jo je izdala Zdravniška zbornica Slovenije.



**Naročam(o) \_\_\_\_\_ izvod(ov) knjige MEDICINA DELA - DANES. Cena 1.000,00 SIT**

Priimek in ime \_\_\_\_\_

Organizacija \_\_\_\_\_

Naslov \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

Knjigo naročite na uredništvu revije Isis, Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana

# NAROČILNICA

## MOŽGANSKE POŠKODBE

**Prof. dr. Boris Klun je napisal knjigo Možganske poškodbe. Monografija je zamišljena kot priročnik za diagnostiko in terapijo ter tudi kot učbenik za študente medicine.**

**Predvsem bo v pomoč zdravnikom, ki se ukvarjajo s problematiko cerebralne travme.**

Knjigo je izdala Zdravniška zbornica Slovenije. Cena knjige je 4.300,00 SIT, + PTT-stroški.

Za člane Zbornice 3.900,00 SIT + PTT-stroški.

Knjigo naročite na uredništvu revije Isis, Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana.

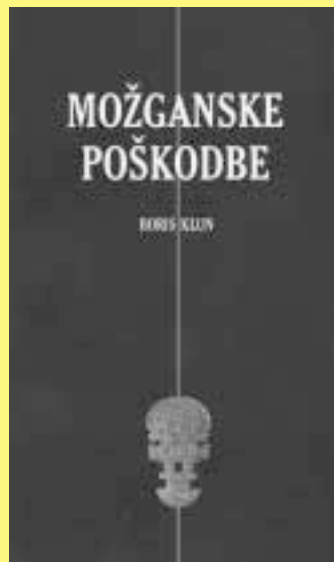
Podpisani(a)

Naslov

Javni zavod

Nepreklicno naročam: po naročilnici št. \_\_\_\_\_ izvodov knjige Možganske poškodbe

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_



# NAROČILNICA

**Prof. dr. Ivan Kalinšek je napisal knjigo o prof. dr. Božidarju Lavriču.**

*Knjigo je izdala Zdravniška zbornica Slovenije.*

*Cena knjige je 2.500,00 SIT + PTT-stroški. Za upokojenje: 1.500,00 + PTT-stroški.*

Podpisani(a)

Naslov

Javni zavod

Nepreklicno naročam: po naročilnici št. \_\_\_\_\_ izvodov knjige Božidar Lavrič

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

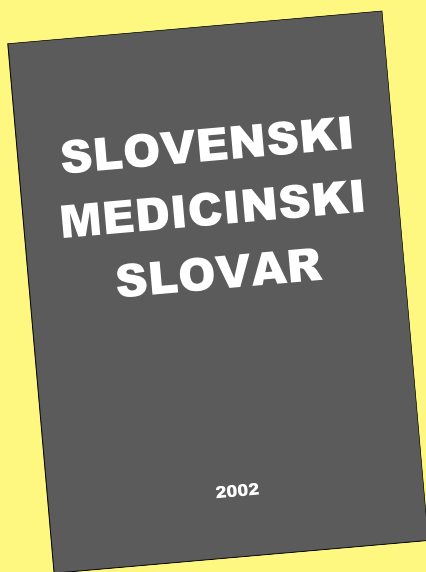
Knjigo naročite na uredništvu revije Isis, Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana





**MEDICINSKA FAKULTETA UNIVERZE V LJUBLJANI**

IZDAJA V SODELOVANJU Z

**INŠTITUTOM ZA SLOVENSKI JEZIK ZRC SAZU IN  
ZDRAVNIŠKO ZBORNICO SLOVENIJE****SLOVENSKI MEDICINSKI SLOVAR**

v katerem je na dobrih 1.000 straneh formata A4  
obdelanih okrog 75.000 strokovnih izrazov  
s področja biomedicinskih in sorodnih ved

## UREDNIŠTVO:

M. Kališnik, P. Jezeršek, B. Klun, D. Sket, D. Sever-Jurca, C. Tavzes  
z okrog 140 uredniki, pisci, svetovalci in drugimi sodelavci

## RECENZENTA:

T. Korošec, A. Krbavčič

## GENA DO IZIDA:

**23.000 SIT (ALI 4 OBROKI PO 6.000 SIT)**

## PO IZIDU:

27.000 SIT (ALI 4 OBROKI PO 7.000 SIT)

<http://www.kclj.si/~nknfz018/>

**NAROČILNICA ZA SLOVENSKI MEDICINSKI SLOVAR (SmedS)**

Ime: ..... Priimek: .....

ali Podjetje/Ustanova: .....

Davčna št. (podjetja ali ustanove): .....

Poštna številka: ..... Kraj: .....

Ulica/naselje in h.št.: ..... Telefon: .....

E-naslov: .....

Naročam ..... izvod/-ov SmedS

Račun bom poravnal(a) v: 1 obroku (23.000 SIT) 4 obrokih po 6.000 SIT (prosimo, obkrožite)

Podpis: ..... Datum: .....

## SLOVENSKI MEDICINSKI SLOVAR – kratka predstavitev

Delo za SLOVENSKI MEDICINSKI SLOVAR se je začelo pred 24 leti pod delovnim imenom Medicinski terminološki slovar. Pisici in strokovni svetovalci so večinoma učitelji Medicinske fakultete v Ljubljani, jezikovni svetovalci so z Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU ter z Univerze v Ljubljani, tehnični uredniki pa praviloma študenti Medicinske fakultete v Ljubljani; vseh sodelavcev skupaj je prek 140. Slovar je izrazito skupinsko delo, vendar ožje uredništvo po načelu hierarhičnosti prevzema končno odgovornost za njegovo pravilnost. Uredniki slovarja se zavedajo, da je jezik živ organizem, kar velja tudi za strokovni in znanstveni jezik. Vendar so si prizadevali, da v večini primerov, kjer praksa ponuja več možnih terminov, izberejo tiste, ki so videti najprimernejši, da bi bilo izražanje natančno, nedvoumno, lepo in skladno z duhom slovenščine, pa tudi z medicinsko tradicijo in mednarodnimi trendi.

Slovar obdeluje okrog 75.000 terminov na okrog 1.000 straneh velikega formata. Vključuje biomedicinsko pomembne termine v slovenščini, poslovenjeno zapisane latinske in latinizirane grške termine, izvorno zapisane latinske in latinizirane grške termine, ki se uporabljajo za pisanje diagnoz in terapije, zdravilne učinkovine, zdravilne in strupene rastline in živali, nekaj rekov v latinščini, poslovenjeno zapisane

ali citatne udomačene termine iz živih tujih jezikov, odsvetovane žargonske, nestrokovne, starinske in poljudne izraze skupaj s priporočenimi ustreznimi strokovnimi izrazi, odsvetovane termine iz živih tujih jezikov skupaj s priporočenimi slovenskimi, začetne ali končne dele sestavljenih besed, udomačene in mednarodno sprejete krajšave, osebnosti iz svetovne zgodovine medicine do danes in domače osebnosti iz zgodovine medicine do konca druge svetovne vojne ter imena iz eponimskih terminov. Slovar ponuja pravilne slovenske izraze namesto vdirajočih angloameriških, kar je pomembno tudi s stališča narodne samobitnosti.

Vsak pojem, zveza ali citat je razložen z uporabo splošno znanih slovenskih besed, če pa so v razlagi uporabljeni strokovni izrazi, so ti obvezno razloženi na ustreznem mestu abecede. Razložene so tudi vse besede, ki so sestavine stalnih zvez, vključno s slovenskimi besedami. Vsak pojem je razložen enkrat; če je za en pojem več sinonimov, je razložen le en sinonim, drugi pa kažejo nanj. Ta nadrejenost sinonimov je pomembna le zaradi gospodarnosti s prostorom in ne pomeni priporočila ali odsvetovanja rabe drugih sinonimov. Notranji usklajenosti slovarja je bilo posvečeno mnogo pozornosti in menimo, da je tudi to ena izmed kvalitiet slovarja. Zgled:

<b>difterija</b> -e ž →	<b>dávica</b> -e ž ←	<b>diphtheria</b> -ae <diftêria> ž
	<p>nalezljiva bolezen, ki jo povzroča bacil  <i>Corynebacterium diphtheriae</i> in za katero so značilne  pseudomembranske obloge predvsem v žrelu, sapniku in  nosu; <i>sin.</i> difterija, diphtheria: ~ grla, ~ oči, ~ žrela, faringealna ~  <b>kožna</b> - razjede kože, z dvignjenimi robovi, ki včasih  segajo do mišičja in so pokrite z belkastimi oblogami</p>	
<p><i>Corynebacterium</i> [korínebaktêrium] rod različno  patogenih, grampozitivnih, nesporogenih,  negibnih, ravnih ali redko ukrivljenih bakterij</p>		<p><b>Löffler, Friedrich August Johannes</b> [léfler frídrih  áugust johánes] (1852–1915) nemški mikrobiolog</p>
<p><i>Corynebacterium diphtheriae</i> [korínebaktêrium diftêrie]  vrsta korinebakterij, ki povzročajo davico; <i>sin.</i>  Löfflerjev (F. A. J.) bacil</p>		<p><b>Löfflerjev</b> -a -o [léflerjev]: ~ (F. A. J.) bacil</p> <p><b>korínebaktêrija</b> -e ž bacil iz rodu <i>Corynebacterium</i></p>

## Vljudno vabljeni k naročilu

Prosimo, izpolnite, odrežite in odpošljite spodnjo naročilnico (lahko tudi po faksu na št. (01) 543-77-01).

Naročilo s podatki, kot jih zahteva naročilnica, lahko pošljete tudi na e-naslov [tone.zakelj@kclj.si](mailto:tone.zakelj@kclj.si)

TONE ŽAKELJ, TEHN. URED.,  
SLOVENSKI MEDICINSKI SLOVAR

MEDICINSKA FAKULTETA V LJUBLJANI  
VRAZOV TRG 2

1000 LJUBLJANA



## Navodila avtorjem

**R**ok za oddajo vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 10. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članke lahko pošljete po pošti na naslov uredništva, po faksu ali po elektronski pošti. Da bi se izognili podvajanju dela, predlagamo, da članke oddajate v elektronski obliki (disketa, CD, e-pošta). Dolžina člankov je omejena na največ 30.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Lahko priložite fotografije, diapozitive ali digitalne fotografije (velikost najmanj 300 dpi).

Prispevku priložite svoj polni naslov, davčno številko, davčno izpostavo, popolno številko tekočega ali žiro računa, naziv banke.

### Navodila o navajanju sponzorjev

Na koncu prispevka so lahko navedena imena farmacevtskih podjetij, delovnih organizacij, matičnih delovnih organizacij, kjer ste zaposleni, društev, združenj in ostalih pravnih ter fizičnih oseb, ki so po vašem mnenju kakorkoli prispevala k nastanku prispevka. Uredništvo si pridržuje pravico, da bo imena objavljalo v enotni obliki.

### Navodila za objavljanje prispevkov v rubriki "strokovna srečanja"

Dolžina prispevkov je omejena na največ dve strani v reviji Isis, objavljena je lahko le ena fotografija, ki se všteva v skupno dolžino. To pomeni, da ima prispevek brez slike

lahko največ 10.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 11.500 znakov - štetje s presledki. Prispevek s sliko ima lahko največ 9.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 10.500 znakov - štetje s presledki. Vsako poročilo iz tujine mora obvezno vsebovati kratek zaključek, kaj pomeni srečanje za stroko v Sloveniji: ali in kje oziroma kako je mogoče izsledke prenesti v slovenski prostor. V primeru, da je slovenska stroka v svetovnem vrhu, je potrebno v zaključku na kratko povzeti njeno vlogo v ustreznem merilu. Prispevkov, ki ne bodo upoštevali zgoraj navedenih navodil, uredništvo ne bo objavilo oziroma bo avtorje prosilo za dopolnitve.

# Deseti mednarodni simpozij o celiakiji

Darja Urlep, Dušica Mičetić Turk, Rado Janša

**D**eseti mednarodni simpozij o celiakiji je potekal v Parizu, za nekatere najlepšem mestu na svetu. Na simpoziju, ki ga organizirajo vsaki dve leti, predstavijo vsa pomembna odkritja s področja celiakije zadnjih dveh let. Tokrat je Pasterjev inštitut od 2. do 6. junija 2002 gostil približno 500 udeležencev, predvsem iz Evrope in Severne Amerike. Za razliko od prejšnjih let, se je tokrat udeležilo simpozija bistveno več Američanov. Končno so tudi Američani začeli razmišljati o celiakiji in jo pogosteje diagnosticirati. Ugotovili so, da se prevalenca in incidenca celiakije pri njih kaj dosti ne razlikujeta od incidence in prevalence v evropskih deželah.

Tudi tokrat smo imeli priložnost poslušati in spoznati največja svetovna imena s področja celiakije, ki pripadajo predvsem Veliki Britaniji, skandinavskim deželam in Nizozemski, že nekaj let pa jih s svojim plodnim znanstvenoraziskovalnim delom dohi-

tevajo Italijani. Tudi Slovenci smo sodelovali s posterji.

Prvi dan je bil namenjen osvetlitvi dosežanih odkritij na področju **patogeneze celiakije**. Kot velja za vse avtoimune bolezni, so natančni mehanizmi patogeneze pri celiakiji še vedno nejasni. Pri nastanku celiakije so udeleženi tako genetski dejavniki kot dejavniki okolja. Med slednjimi igra glavno vlogo gliadin. Prof. Bach je opozoril na dejstvo, da ne smemo pozabiti tudi na protektivne dejavnike okolja. Vemo, da je incidenca celiakije (kot tudi ostalih avtoimunih bolezni) bistveno večja v razvitih deželah glede na nerazvite predele sveta.

Na področju **genetike** nismo slišali bistvenih novosti. Najnovejša multicentrična genetska študija, ki jo je predstavila prof. Darpoux iz Francije, je potrdila povezavo med celiakijo in antigeni HLA. Za predispozicijo za celiakijo so še posebno pomembne HLA-DQ heterodimere, kodirane z geni

DQA1 in DQB1. Večina pacientov s celiakijo nosi gena DQ2 (DQA1\*05/DQB1\*02), manjšina pa DQ8 (DQA1\*0301/DQB1\*0302). Za predispozicijo celiakije so pomembni tudi geni ne-HLA. Z omenjeno multicentrično genetsko študijo, ki trenutno poteka v skandinavskih deželah, Veliki Britaniji, Italiji in Franciji, so ugotovili prisotnost rizičnega genetskega dejavnika v regiji 5q31-33, vendar točna lokalizacija še ni jasna. Raziskovali so tudi povezavo z regijo CTLA4, vendar niso prišli do pomembnih rezultatov.

Med predavanji v sklopu patogeneze je bilo odmevno tudi predavanje prof. Fasana, ki je razvil hipotezo, da gre morda pri celiakiji za primarno motnjo na ravni povečane intestinalne permeabilnosti. Veliko pozornosti je bila prav tako deležna hipoteza skupine francoskih raziskovalcev o motnji na ravni transporta in procesiranja gliadinskih peptidov v enterocitih sluznice oseb s celiakijo.

Vsa ostala predavanja tega dne so se našala na posamezne fragmente patogenetskega mehanizma poškodbe sluznice tankega črevesa pri celiakiji. Zelo zanimivo bo spremljanje odkritij za sedaj še neznanih manjkajočih fragmentov v patogenezi celiakije v naslednjih letih, ko bo patogeneza celiakije kot "puzzle" počasi v celoti sestavljena. V zadnjih letih je bilo najbolj revolucionarno odkritje avtoprotiteles proti tkivni transglutaminazi, znotrajceličnemu encimu, ki deamidira specifične glutaminske ostanke gliadinskih peptidov. Na ta način nastanejo novi epitopi, ki se s pomočjo DQ2 in DQ8 HLA-molekul na antigen predstavitevni celicah predstavijo T helper limfocitom. S tem pride do "vžiga" mnogih kaskad v aktiviranem imunskem sistemu, ki preko številnih mediatorjev vnetja privede do značilnih histoloških sprememb sluznice tankega črevesja pri celiakiji.

Novost, ki nas je pritegnila, je predstavil madžarski raziskovalec Sardy. Gre za odkritje epidermalne transglutaminaze, ki je dominantni avtoantigen pri dermatitisu herpetiformisu, t. i. kožni obliki celiakije.

Drugi dan so bila predavanja namenjena **diagnostiki, epidemiologiji in ekstraintestinalnim manifestacijam celiakije**. Diagnostični algoritmi ostajajo nespremenjeni. Kljub temu, da dobivajo serološki označevalci, predvsem antiendomizijska protitelesa in protitelesa proti tkivni transglutaminazi, čedalje večji pomen v diagnosticiranju, ostaja biopsija sluznice tankega črevesa še vedno zlati standard diagnostike. Poudarili so celo problem "serološko negativnih" bolnikov s celiakijo, kjer je biopsija edina diagnostična metoda.

Na področju **epidemiologije** so poudarili pomen atipične, predvsem "tipe", neodkrita celiakije. Zavedati se moramo visoke **incidence in prevalence celiakije** v razvitih deželah, kjer se prevalenca giblje od 1 : 200 do 1 : 100. Zaradi tega je bila osrednja tema simpozija namenjena vprašanju, ali je napočil čas za uvedbo splošnega presejanja za celiakijo. Predvsem zaradi dejstva, da so ne-diagnosticirani bolniki s celiakijo podvrženi vsem **zapletom nezdravljene celiakije**, od katerih so najbolj resni osteoporozna, intertilnost, razvoj pridruženih avtoimunih bolezni, trdovratna slabokrvnost, nizka rast pri otrocih. Poleg tega je pri njih povečano tveganje za razvoj malignih obolenj, predvsem limfoma tankega črevesa. Skoraj vsi so bili mnenja, da je splošno presejanje zaenkrat



*Slovenski udeleženci simpozija o celiakiji, od leve: Rado Janša, dr. med., prof. dr. Jana Furlan, Jasna Volfand, dr. med., prim.izr. prof. dr. Dušica Mičetić Turk, asist. Darja Urlep.*

predrago (visoka cena seroloških testov), poudarili pa so nujnost presejanja rizičnih skupin. Celiakijo moramo intenzivno iskati med visoko rizičnimi prebivalci, kot so pacienti z avtoimunimi boleznimi (v prvi vrsti bolniki s sladkorno boleznijo tipa 1 in z avtoimuno boleznijo ščitnice), pacienti s trdovratno slabokrvnostjo, otroci z nizko rastjo, zapozneno puberteto, z Downovim sindromom. Med rizične skupine sodijo tudi ožji družinski člani bolnikov s celiakijo. Poleg tega se serološko testiranje za celiakijo priporoča tudi pri bolnikih s ponavljajočimi bolečinami v trebuhu in z dispepsijo, kadar se ne odkrije vzroka omenjenim težavam.

Simpozij se je končal z osvetlitvijo nekaterih **socialnih in psiholoških vidikov** življenja bolnikov s celiakijo, ki so vezani na doživljenjsko dieto brez glutena in imajo zaradi tega bistveno zmanjšano kakovost življenja.

Na simpoziju smo dejavno sodelovali s tremi posterji. Dva posterja smo pripravili na Odseku za gastroenterologijo in prehrano Kliničnega oddelka za pediatrijo Splošne bolnišnice Maribor (avtorji: Turk, Dolinšek, Urlep). S prvim smo predstavili diagnostično vrednost avtoprotiteles proti tkivni transglutaminazi pri 40 novoodkritih pacientih s celiakijo v primerjavi z ostalimi serološkimi označevalci za celiakijo in stopnjo atrofije

sluznice tankega črevesa pri teh pacientih. Posebno zanimanje je vzbudil drugi poster, s katerim je bila prikazana naraščajoča kumulativna incidenca diagnosticirane celiakije v severovzhodnem delu Slovenije v zadnjih 25 letih, ki je narasla od 0,65 na 1.000 živorojenih v letu 1975 na 1,81 v letu 2000. Iz te študije je bil razviden tudi velik dvig povprečne starosti otrok ob odkritju celiakije v zadnjem desetletju. Tretji poster, zanimivo raziskavo o prevalenci atopije med bolniki s celiakijo, sta pripravili Jasna Volfand in prof. dr. Jana Furlan iz Diagnostičnega centra Bled.

Raziskovalno delo na področju celiakije na našem oddelku intenzivno nadaljujemo. Na naslednjem simpoziju bomo predstavili raziskavo o vplivu brezglutenske diete na apoptozo in proliferacijo celic v sluznici tankega črevesa bolnikov s celiakijo ter raziskavo o kakovosti življenja bolnikov s celiakijo v Sloveniji.

Sodelovanje na simpoziju nas je obogatenilo s številnimi novimi idejami in pobudami za izboljšanje našega vsakodnevnega dela tako s pacienti kot na področju raziskovalnega dela. Predvsem je treba poudariti, da bi morala diagnostika celiakije pri nas v Sloveniji steči tudi na primarni zdravstveni ravni, kot velja za ostale evropske dežele.



# Poročilo s sestanka izvršnega odbora in sveta EBCOG-a

Živa Novak Antolič

V Bruslju je bil od 8. do 10. 11. 2002 sestanek izvršnega odbora in sveta European Board and College of Obstetrics and Gynecology (EBCOG), ki preko nacionalnih združenj predstavlja 60.000 ginekologov v Evropi. Predsednik izvršnega odbora prof. Künzel se je v svojem poročilu najprej javno zahvalil dr. Ceesu Leibbrandtu, generalnemu sekretarju UEMS-a, ki se je upokojil, za vso pomoč specialnosti ginekologov in porodničarjev. Predsednik, prof. Künzel, je zbral in v reviji *Der Gynäkologe* (maj 2002, 425-57, in avgust 2002, 740-77) uredil poročila kolegov iz 17 držav o položaju ginekologov in o evropskih združenjih na področju naše specialnosti.

Ponovno je odprl razpravo o priznanju subspecialnosti v različnih državah. V Nemčiji je priznana subspecialnost fetomaternalne medicine in reproduktivne medicine, ne pa ginekološke onkologije. V nekaterih državah (Finska, Norveška) nasprotujejo uvedbi subspecialnosti, v Veliki Britaniji in na Finskem pa posebej obstaja uroginekologija. Nekatere države subspecialnosti imajo, mest za zaposlitev pa ne (Španija). V Sloveniji in na Madžarskem formalno ni subspecialnosti. Programe subspecializacije je delovna skupina za izobraževanje in ocenjevanje ("training and assessment"), ki jo pri EBCOG-u vodi prof. Lansac, naredila že pred leti. Predsednik je poročal o mednarodnih projektih, ki na področju ginekologije in porodništva potekajo v Evropi, o sodelovanju s FIGO, sporočil je, da se je tiskanje Elsevierjevih knjig, ki jih ureja Lansacova skupina (od katerih knjig Breech delivery in Ovulation induction ni več mogoče dobiti), preselilo iz Pariza v Amsterdam. Na voljo so tudi že knjige *Invasive cervical carcinoma*, *Virus infections in pregnancy*, v načrtu pa imajo *Endometrial carcinoma*, *Pediatric and adolescent gynecology*, *Diabetes in pregnancy*, *Ultrasound in obstetrics and gynecology*, *Contraception and family planning*, *Prematurity*, *Hypertension in pregnancy*, *Breast cancer*. Predsednik je na koncu predstavil kravato EBCOG-a, ki so jo vsi člani z

veseljem kupili.

Sestanka se je prvič udeležil Soeren Brostroem iz Danske, novi predsednik ENTOG-a (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynecology), evropske specializantske mreže. Izmenjevalni program za specializante je potrebno oživiti, tako da bo uspešen, kot je bil še pred tremi leti; videti je, da v kombinaciji s kongresom ne poteka najučinkoviteje. Seveda je največji problem denar (ceneje je, če je skupaj s kongresom), takoj za tem pa dolga odsotnost specializantov z delovnega mesta, ki je še daljša, če je skupaj s kongresom. Naslednja izmenjava specializantov bo novembra 2003 na Nizozemskem, zainteresirani se, prosim, obrnite na mag. Gorazda Kavška (gorazd.kavsek@volja.net). Dr. Brostroem se je 15. 11. 2002 udeležil ustanovnega sestanka Sekcije specializantov ginekologije in porodništva v Ljubljani. Predsednik Sekcije je mag. Gorazd Kavšek.

Podpredsednik prof. Wladimiroff je predstavil načrt dela EBCOG-a za naslednje obdobje; razprava bo sledila na sestanku marca 2003. Prof. Wladimiroff, tudi predsednik Hospital Recognition Committee, je v stiski glede izvedbe obiskov, saj je prošnje več kot lahko opravi obiskov. Obiski institucij, ki si želijo pridobiti naziv "EBCOG approved training centre", so dobra priložnost za pogovor o tutorjih (pri nas: glavni mentorji). Ker še vedno marsikje ne razumejo pomena tutorja, je prof. Wladimiroff predlagal, da bi izdali publikacijo o pomenu tutorja oziroma glavnega mentorja, ki je najvažnejša oseba v procesu izobraževanja specializanta. ZZS že nekaj let organizira seminarje za glavne mentorje, 16. 1. 2003 bo na Ginekološki kliniki prva učna delavnica za glavne mentorje s področja ginekologije in porodništva. Prav tako pomembni so seminarji in delavnice za izobraževanje neposrednih mentorjev.

Generalni sekretar prof. Van Assche nas je obvestil, da bo spletna stran [www.ebcog.org](http://www.ebcog.org) prenovljena in povezana z EAPM, ESHRE, ESGO, ENTOG, tako kot je tudi v resnici

EBCOG povezan z njimi. EBCOG se predvsem ukvarja z usklajevanjem specializacije v Evropi, nadzornimi obiski centrov, ki želijo akreditacijo, in izobraževanjem, omejenjena združenja pa naj se ukvarjajo s pisanjem smernic (guidelines) ter protokoli, ki jih na podlagi (evropskih, nacionalnih) smernic naredijo posamezne enote. Prav tako ni bilo posebnega navdušenja, da bi se v okviru EBCOG-a oblikoval poseben etični komite na predlog prof. Cabero Roure. S stališča zakladnika je predrago, s stališča predstavnikov Velike Britanije in Norveške pa se s tem drobijo področja dela v EBCOG-u in njihova učinkovitost.

Zakladnik, prof. Dunlop, je omenil pet držav, katerih nacionalna združenja še niso plačala članarine, ki so glavni vir dohodka EBCOG-a. Po združitvi z EAGO-m bo verjetno ob obračunavanju individualnih članarin precej dodatnega administrativnega dela. Razvnela se je razprava o tem, ali naj bo naročnina za časopis *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* (EJOGRB) všteta v članarino za EBCOG. Posebej smiselno to ni, ker EJOGRB ni v lasti EBCOG-a. Prof. Jim Thornton odhaja z mesta urednika časopisa EJOGRB na drugo uredniško mesto. Kongres v Pragi maja 2002 je bil tudi finančno uspešen, saj je prinesel 24.000 EUR.

Izvršni odbor EBCOG-a in svet EBCOG-a sta sprejela sklep, da bo naslednji kongres od 12. do 15. maja 2004 v Atenah. Kongresa leta 2003 v Lubecku ne bo.

Ena pomembnejših točk sestanka sveta EBCOG-a so bile vsekakor volitve: med dvema kandidatoma za novega predsednika EBCOG-a je bil izvoljen prof. Van Assche iz Belgije, med šestimi predlaganimi kandidati, od katerih so trije zaradi drugih obveznosti odstopili od kandidature, je bil izvoljen dr. Kirschner, Norveška, za generalnega sekretarja Wladimiroff, Nizozemska, za zakladnika ponovno prof. Dunlop, Velika Britanija, za novega člana izvršnega odbora EBCOG-a pa med petimi kandidati prof. Creasas, Grčija. ■

# 28. kongres Evropskega združenja za stomatološko izobraževanje

Uroš Skalerič

Odssek za stomatologijo Medicinske fakultete v Ljubljani pod vodstvom predstojnika prof. dr. Uroša Skaleriča in predsednika organizacijskega odbora je od 5. do 7. septembra 2002 gostil približno 200 udeležencev iz 25 evropskih držav in ZDA, ki so se udeležili 28. kongresa Evropskega združenja za stomatološko izobraževanje (ADEE) v Kliničnem centru v Ljubljani. Udeležence so pozdravili državni sekretar za visoko šolstvo Ministrstva za šolstvo, znanost in šport prof. dr. Stane Pejovnik, dekan MF prof. dr. Miha Žargi in predsednik Evropskega združenja prof. dr. John Scott (Velika Britanija).

Tema kongresa Stomatološko izobraževanje, znanost in družba je imela dva vodilna sklopa: Pomen in povezanost bioloških znanosti in klinične medicine v stomatološkem izobraževanju in Novi pristopi v stomatološkem izobraževanju za izpolnitev potreb družbe.

V Evropi sta znana dva modela izobraževanja stomatologov. Prvi je stomatološki model, ki je še vedno v glavnem prisoten v nekdanjih socialističnih državah srednje in vzhodne Evrope, drugi je odontološki model, ki je v rabi v državah zahodne Evrope in ZDA. Podpisani sem imel predavanje o izkušnjah ter prednostih in slabostih stomatološkega modela na ljubljanski Medicinski fakulteti. Padec zobne gnilobe pri mladini, staranje prebivalstva, naraščanje števila pacientov s sistemskimi boleznimi in nova spoznanja o povezanosti med oralnimi in sistemskimi boleznimi govorijo v prid stomatološkega modela, ki je tesno povezan z medicino. Glavna pomanjkljivost ljubljanskega študija stomatologije je prešibka povezanost in dejstvo, da študentje zdravijo paciente na posameznih katedrah oziroma centrih izolirano in ne integralno po znani klinični poti preko vseh faz: od diagnostike, saniranja oralne, parodontalne in dentalne patologije do fiksno- oziroma snemnoprotetične rehabilitacije.

Prof. dr. D. van Diermen iz Stomatološke fakultete ACTA v Amsterdamu je pred-



*Predsednik ADEE prof. dr. John Scott, organizator kongresa prof. dr. Uroš Skalerič in častni predavatelj akademik prof. dr. Vinko Dolenc, dr. med.*

vala o odontološkem modelu, kjer poteka študij zobozdravstva bolj neodvisno od medicine in kjer je velik poudarek na specialnosti ustne votline in ročnih spretnosti. Neustreznost odontološkega študija in prevelike izoliranosti od študija klinične medicine so začeli najprej spoznavati v skandinavskih državah.

Prof. dr. E. Hansen iz Osla in prof. dr. J. Muerman iz Helsinkov sta oba govorila o t. i. mešanem modelu, katerega bistvo je izenačenje pouka bazičnih predmetov za študente stomatologije in medicine v prvih dveh letih študija in večji poudarek na klinični medicini tudi med poukom klinične stomatologije v višjih letnikih.

V odličnem predavanju je gost iz ZDA dr. Bruce Baum (NIDCR, NIH) opozoril, da nova spoznanja na področju bioloških znanosti prepočasi prodirajo v klinično zobozdravniško prakso. Zakoreninjene navade in počasno sprejemanje spoznanja o pomembnosti znanstvenih raziskav za klinično

prakso med učitelji stomatologije je glavni vzrok za neustrezno poučevanje. Dobri zgleddi, pozitivno vzdušje in vztrajnost so nujni za hitrejši razvoj in hitrejše prenašanje novih raziskovalnih dosežkov v klinično zobozdravniško prakso.

V drugem sklopu je prof. dr. M. A. Lennon iz Liverpoola povedal, da 80 odstotkov angleških zobozdravnikov dela na primarni zdravstveni ravni, 20 odstotkov pa na sekundarni ravni v univerzitetnih dentalnih bolnišnicah. Glavno skrb posvečajo organizaciji, kako doseči dobro zobozdravstveno oskrbo za socialno in ekonomsko deprivilegirane sloje prebivalstva.

Zanimivo je bilo predavanje prof. dr. P. O. Glantza iz Malmöja, ki je govoril o razvoju in možnostih poučevanja dentalne implantologije na dodiplomski ravni. Dejal je, da je potrebno študente na dodiplomski ravni informirati o bioloških osnovah osteointegracije in o stanjih, pri katerih so dentalni implantati indicirani. Sama uvedba pouka na

dodiplomski ravni je odvisna od situacije v posamezni državi, od lokalnih razmer, od primernih prostorov in opreme ter usposobljenega kadra. Pomislek pri uvedbi dentalne implantologije je tudi, kako doseči drago in od zdravstvenih zavarovalnic nepokrito implantatno protetično rehabilitacijo tudi pri socialno in ekonomsko šibkejših slojih prebivalstva. Najpomembnejše je dejstvo, da leži razvoj oralnega in dentalnega zdravja v široki zobozdravstveni preventivi, ki ljudem omogoča ohranitev zobovja do visoke starosti. Obstaja pa nevarnost, ki jo že opažamo tudi v Sloveniji, in sicer da se dentalnoimplantološka rehabilitacija ponuja tudi za zobe, ki jih lahko pacientu obdržimo z običajnimi endodontskimi in parodontološkimi posegi.

Med delom kongresa so potekale tudi štiri delavnice, ki so obravnavale ergonomske principe v zobozdravstvu, odkrivanje medicinsko rizičnih pacientov v praksi in šolanje, usklajevanje študija stomatologije s priporočili Bolognske deklaracije in delavnica Združenja študentov stomatologije Evrope.

Prof. dr. O. Hokwerda iz Grönigena je povedal, da ima več kot 60 odstotkov zobo-

zdravnikov težave z mišično-skeletnim sistemom in da število tistih, ki so poškodovani zaradi opravljanja svojega poklica, narašča. Stomatološke fakultete naj bi naučile študente ergonomskih primerjav dela, pravilne drže in uporabe pravilnih metod za čim manjšo obremenitev mišično-skeletnega sistema.

Prof. dr. L. Abraham Inpijn iz Amsterdama je poročala o pozitivnih rezultatih študije v 11 evropskih državah, v katerih so testirali uporabo vprašalnika, s katerim so v zobozdravniških ordinacijah preverjali anamnezo prisotnosti sistemske bolezni pri pacientih. Izkazalo se je, da tak vprašalnik bistveno pripomore k zgodnjemu odkrivanju morebitnih sistemskih bolezni in napotitvi na ustrezno medicinsko zdravljenje. Prof. dr. Mariano Sanz iz Madrida je nakažal probleme, ki se bodo pokazali pri usklajevanju priporočil Bolognske deklaracije na področju stomatološkega izobraževanja. Odprti so strokovni naslovi, evropski krediti, diploma, suplementi ter akreditacije in kakovost izobraževanja v evropskih državah.

Med kongresom so se oblikovale tudi delovne skupine, ki so razpravljale o modelu

integracije s študijem medicine, metodah ocenjevanja znanja, kritičnem znanstvenem razmišljanju v stomatološkem izobraževanju in o kontinuiranem izobraževanju vseh članov zobozdravstvene delovne skupine.

Organizatorju kongresa vedno pripada možnost, da na zaključno predavanje povabi uglednega profesorja iz druge, nestomatološke stroke. Zato so bili vsi udeleženci navdušeni nad letošnjim častnim predavateljem, akademikom prof. dr. Vinkom Dolencem, ki je v izredno zanimivem predavanju z naslovom "Poučevanje doma in v tujini" prikazal svoje bogate izkušnje pri praktičnih in izobraževalnih pristopih na področju nevrokirurgije v Sloveniji in po svetu.

Družabno srečanje in večerja v Narodnem muzeju ter izlet do Bleda in Bohinja so dodatno doprinesli k delovnemu in prijateljskemu vzdušju na kongresu. Zahvala ob odhodu in sporočila udeležencev po elektronski pošti kažejo, da je Odseku za stomatologijo MF v Ljubljani uspelo organizirati enega najbolj uspešnih kongresov ADEE (Association for Dental Education in Europe) v skoraj treh desetletjih obstoja Združenja. ■

# Fizikalna medicina v ambulanti zdravnika družinske medicine

Ksenija Tušek Bunc, Suzana Židanik

Ko smo se pred dvema letoma ob zaključku 1. mariborskega srečanja zdravnikov družinske medicine poslavljali, smo organizatorke obljubile, da se čez dve leti ponovno srečamo, in obljubo smo držale. Mariborsko srečanje zdravnikov družinske medicine je najmlajše strokovno srečanje, ki ga organizira Združenje zdravnikov družinske medicine SZD v sodelovanju s Katedro za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani. S tokratno temo strokovnega srečanja Fizikalna medicina v ambulanti zdravnika družinske medicine smo želeli nadaljevati izbrano usmeritev našega strokovnega izobraževanja - predstavitev strokovnih in organizacijskih vsebin, ki so pomembne za vsakodnevno delo zdravnika družinske medicine. Pri uresničitvi organizacijskega projekta smo se povezali z Združenjem za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD, pri čemer je imel bistveno vlogo prim. mag. Aleš Demšar, spec. fizioter, še do nedavna predsednik imenovane združenja. Nenazadnje je dobilo naše srečanje na ta način noto interdisciplinarnosti, zdravniki družinske medicine pa smo tako uresničili željo po sodelovanju s specialisti ostalih medicinskih strok. Naše skupno delo se je pričelo s sestankom v hladnem, deževnem septembrskem večeru pred več kot letom dni (tako sem napisala zato, ker izide to poročilo januarja 2003) in od takrat smo morali premagati številne ovire, podobne neprijaznemu vremenu v prvem dnevu našega sodelovanja.

Izzivov je bilo torej veliko, svoje uresničenje pa so dočakali v petek 29. novembra 2002 zjutraj s slavnostnim odprtjem srečanja. Za simbolično popotnico je v pozdravnem govoru Ksenija Tušek Bunc uporabila kar odgovor Alberta Schweitzerja na vprašanje, kaj misli o civilizaciji. Odgovoril je: "Dobra ideja, nekdo bi jo moral začeti uresničevati..." "Civilizacijo so uresničile predvsem sposobnosti uma in gibanja. Nadaljum torej uresničevanje skrbi za gibala..." Ta misel nas je popeljala v dva strokovno bogata dneva. Smiselnost naših prizadevanj in

naporov so potrdili tudi ugledni gostje: župan mestne občine Maribor, prorektor Univerze v Mariboru, predstojnik Katedre za družinsko medicino, predstojnik Katedre za fizikalno medicino in rehabilitacijo, predstavnik mariborske bolnišnice, podpredsednik Združenja fiziatrov pri SZD, ki so vsi po vrsti v nagovorih poudarjali pomen srečanja in nam zaželeli uspešno in plodno delo. Posebej izviren je bil prorektor, prof. dr. Čuš, v tehniko usmerjen človek, ki se je posebej za to priložnost vrnil iz tujine. Povedal je, da je v obdobju tehnicizma in robotizacije, ki postavlja v ospredje stroje, statistike in dobičke, skrb za človeka edinstvena. Da je bilo na slovesnosti še posebej svečano, so poskrbeli pevci mednarodno uveljavljenega Mariborskega okteta z pesmimi, ki so segle do srca, in znova potrdili svojo visoko profesionalno raven in sloves. Vse skupaj je zaožrožil še video našega Maribora, ki smo ga

vrтели kot kuliso in ki nam je vsaj za nekaj kratkih trenutkov pričaral lepote in utrip našega mesta.

Izbor tematike srečanja ni bil naključen. Bolezni in okvare gibal so tako številne, da ima ta problematika svojo globalno, lahko bi rekli kar planetarno dimenzijo. Da je tako, potrjujeta UNESCO in Svetovna zdravstvena organizacija, ki sta desetletje, v katerem živimo, proglasila za desetletje gibal. Degenerativne bolezni gibalnega sistema in travmatizem so v stalnem porastu, število fiziatrov pa z ozirom na obstoječe kadrovske normative tudi v prihodnje ne bo zadoščalo, tako da bo še naprej le manjši del bolnikov prišel do fiziatra. Skrb za kroničnega bolnika z boleznimi gibalnega sistema bo še v večji meri padla na ramena zdravnika družinske medicine. Zato je še kako pomembno, da je le-ta seznanjen z vsemi možnostmi, ki jih daje fizikalna medicina na področju diagnostike, terapije in rehabilitacije v širšem smislu. Namen naših prizadevanj je bil nena zadnje izboljšati stike med zdravniki družinske medicine in fiziatri in tako izpolniti praznino, ki pogosto nastane potem, ko osebni zdravnik napoti bolnika k fiziatru in je zanj primer "rešen", bolnik pa je po končani rehabilitaciji za fiziatra "odpuščen".

Pri oblikovanju tem predavanj smo upoštevali pogostnost bolezenskih stanj, ki jih obravnavamo zdravniki družinske medicine. Bolnike z okvarami in boleznimi gibal zdravijo sicer specialisti različnih medicinskih strok, gotovo pa največji delež obravnavamo prav zdravniki družinske medicine. Največ predavanj je bilo tako posvečenih obravnavi bolnika z boleznimi in okvarami gibal. Druga skupina boleznih, ki smo jo želeli posebej izpostaviti, so bolezni obtočil, saj so te v razvitih deželah najpogostejši vzrok zbolevanja in umiranja. Dodatno smo izbrali še predstavitev fizioterapevtske obravnave nekaterih izbranih bolezenskih stanj. Fizikalna terapija je že tradicionalno pomembna oblika zdravljenja. Ker pa kot v vsaki medicinski stroki tudi fizikalna medicina z rehabilitacijo doživlja nepretrgan napredek,



**Zbornik predavanj 2. mariborskega srečanja zdravnikov družinske medicine**



moramo osvajati nova strokovna načela za kakovostno delo.

Predavanja so bila smiselno razvrščena v pet velikih vsebinskih sklopov. Najprej je bila predstavljena fizikalna terapija kot delovno orodje, sledila je predstavitev posameznih zvrsti fizikalne terapije z indikacijami in kontraindikacijami. Najobsežnejša skupina predavanj je govorila o programih fizikalne terapije po posameznih telesnih regijah. Edinstvena posebnost tega dela je bil video, ki ga je pripravila družinska zdravnica, članica organizacijskega odbora Darja Belec, dr. med., v sodelovanju z Suzano Tomažič, dr. med., specialistko fiziatrinjo, in ki je vseboval prikaz kliničnega pregleda posameznih področij lokomotornega aparata. Videoposnetek je bil uvodni del šestih predavanj kolegov družinskih zdravnikov, ki so predstavili klinično sliko najpomembnejših bolezenskih stanj posameznih delov gibalnega sistema. Poudariti velja, da je videoposnetek pripravljen tako kakovostno, da ima gledalec občutek, kot da ga je posnela ekipa profesionalnih igralcev in snemalcev. V njegov nastanek je vloženo ogromno časa in energije vseh ustvarjalcev, za kar smo organizatorke vsem iskreno hvaležne. Sledila je predstavitev fizikalne terapije izbranih bolezenskih stanj na domu in opis meril za napotitve na fizikalno terapijo in v zdravilišča.

Ob tej priložnosti je izšel zbornik, na katerega smo lahko upravičeno ponosni. V njem je zbranih 33 predavanj, ki jih je napisalo 31 avtorjev, specialistov fiziatrov in zdravnikov družinske medicine, ki so imeli v času nastajanja svojih del pred očmi konkretno ambulantno prakso in okoliščine, v katerih se vsakodnevno srečujemo s potrebo po predpisovanju fizikalne terapije. Napisana so z željo po čim večji uporabnosti za vsakodnevno ambulantno prakso slednjih, zato so se avtorji, kolikor je bilo mogoče, izognili opisovanju teoretičnih osnov oziroma so se jih dotaknili le, če je bilo to nujno potrebno za razumevanje vsebine. Upamo in si želimo, da bodo našli kolegi zdravniki družinske medicine v zborniku koristne podatke, ki bodo pomagali predvsem pri odločanju za fizikalno terapijo in olajšali njeno predpisovanje. Tudi študentom medicine lahko pomenijo dodaten študijski vir pri pripravi na izpit iz fizikalne medicine in rehabilitacije. Zbornik s predavanji bo tako pomemben pripomoček in bo skozi čas postal vir za nova snovanja in izhodišča strokovnega dela na tem področju.

Tematika, o kateri smo govorili, je pereča in aktualna. Gibalne sposobnosti človeka so izjemno dragocene. Ker so - kot imamo velikokrat občutek - preprosto dane, je skrb za njihovo funkcionalnost pogosto mačehovska. Šele morebitne okvare in bolezenska stanja pripeljejo do temeljitega premisleka o tem, kako naprej. Gibalne sposobnosti pomembno vplivajo na kakovost življenja in zato naj bi bila skrb zanje ena temeljnih človekovih skrbi. To skrb bi moral gojiti vsak posameznik že, ko je še povsem zdrav. Pri zavedanju, kako pomembno je vzdrževanje svojega gibalnega sistema, imamo zdravniki družinske medicine kot zdravniki prvega stika neprecenljivo vlogo.

Ko se organizatorke sedaj oziramo na napore in trud tednov in mesecev, ki smo jih vložile v izvedbo mariborskega srečanja, se čutimo kot ekipa šestih "vražjih žensk", kot so nas nekateri poimenovali. Kolegi nam čestitajo, da je bilo srečanje več kot uspešno, tematika pravilno izbrana in zanimiva tudi

za medije, ki so v svojih prispevkih poročali o naših strokovnih prizadevanjih.

Šest "vražjih žensk" je skladno in brez nesoglasij opravilo res "vražje" delo, kar nas je izredno povežalo. Vsaka med nami je opravila svoj del organizacije, kakor je najbolje mogla. Če bi tako kolegialno in ustvarjalno zdravniki tudi drugače sodelovali med seboj, bi imeli izreden zdravstveni sistem.

Zaradi velikega zanimanja udeležencev smo se članice organizacijskega odbora odločile, da bomo posneti video kot dragocen pripomoček ponudile zainteresiranim zdravnikom, enako kot natisnjeni zbornik predavanj - člankov.

In da imajo ženske zares samo dve besedi: prvo in zadnjo, se je še kako potrdilo v primeru minulega 2. mariborskega srečanja. Kakor tudi ne gre dvomiti, da bodo dano obljubo, da se 2004 v Mariboru ponovno srečamo, zagotovo držale.

# Tečaji iz Cyriaxove ortopedske medicine

Dragan Lonžarić, Breda Jesenšek Papež

Organizaciji Zbornice fizioterapevtov Slovenije pod vodstvom mag. Friderike Kresal v Izoli že nekaj let poteka redno izobraževanje fizioterapevtov v Cyriaxovi ortopedski medicini. Celoten tečaj sestavlja pet enotedenskih programskih enot, ki si sledijo v naslednjem zaporedju: E1 (ekstremitete 1) - rama, komolec; E2 - zapestje, kolk; E3 - koleno, gleženj; H1 (hrbtenica 1) - sakroiliakalni sklepi in ledvena hrbtenica; H2 - vratna in prsna hrbtenica. Predavatelj in izpraševalec je Rene de Bruijn, fizioterapevt, višji predavatelj ortopedske medicine na Fakulteti za zdravstveno nego, Oddelku za fizioterapijo Univerze v Utrechtu na Nizozemskem. Rene de Bruijn je licenco iz ortopedske medicine pridobil leta 1981 pri prof. Jamesu Cyriaxu. Po dodatnem strokovnem usposabljanju je leta 1983 opravil pri istem profesorju še izpit za učitelja ortopedske medicine. Ortopedsko medicino predava fizioterapevtom in zdravnikom v različnih evropskih državah in jo vseskozi uporablja pri svojem kliničnem delu. Je avtor nekaj knjig, znanstvenih člankov in medicinske video produkcije. Trenutno zaključuje doktorat na temo vpliva globoke prečne frikcije na proces celjenja Ahilovih tetiv. Glede na zelo pohvalne ocene prvih tečajnikov in želje, da se zdravniki specialisti fizikalne in rehabilitacijske medicine izpopolnijo v znanju iz konzervativne ortopedske medicine, se je Dragan Lonžarić, dr. med., fiziater z Oddelka za fizikalno in rehabilitacijsko medicino Splošne bolnišnice Maribor, aprila leta 2001 udeležil tečajne enote E3. Že po prvem tečaju so bili njegovi vtisi in ocene glede kakovosti programa in predavatelja tako pozitivni, da se mu je v nadaljnjih seminarjih pridružila kolegica na oddelku, Breda Jesenšek Papež, dr. med. Kaj lahko zapiševa, zdaj ko je za nama že četrti del tečaja? Najino zadovoljstvo je več kot očitno. Poglobila sva znanje iz ortopedske medicine, posebej manualne terapije - prečne frikcije, mobilizacijskih in manipulacijskih tehnik vseh velikih sklepov in spodnje polovice hrbtenice. Tedni v Izoli so bili študijsko zahtevni, vendar so potekali v izjemnem zadovoljstvu, ki je bilo pogojeno s kakovostjo učitelja, dobrim programom in ustvarjalnim vzdušjem udeležencev, željnih praktičnega znanja za vsakodnevno delo. Dejstvo, da sva zdravnika, bi utegnili motiti pristen in ustvarjalen odnos med tečajniki, vendar se to ni zgodilo. V začetnih letih svo-

jega poučevanja je profesor Cyriax organiziral tečaje, ki so se jih zdravniki in fizioterapevti udeleževali v dvojicah.

Cyriaxov pristop je zasnovan na sistematičnosti, doslednosti in natančnosti jemanja anamneze in izpeljave fizikalnega pregleda. Na osnovi pasivne gibljivosti (obsega in končnega občutka) ocenimo, ali gre za okvaro samega sklepa (prisotnost kapsularnega sklepnega vzorca (vzorec omejenih gibljivosti, specifičen za posamezen sklep) vedno govori za artritis in/ali artrozo). Metoda selektivne tenzije nam omogoča prepoznavanje patologije ob sklepnih in drugih mehkih struktur. V katerem delu je mehko tkivna struktura okvarjena, določamo z zaključnim otipavanjem. Tako nas fenomen prenesene bolečine ne zapelje.

Prvi del enotedenskega tečaja temelji na poučevanju funkcionalne anatomije in anatomije in vivo. Do pravilne in natančne ortopedske diagnoze, brez katere ni dobre in uspešne terapije, vodi natančna anamneza o biomehaniki telesnih obremenitev ter akutnih in kroničnih poškodb gibalnega sistema. V fizikalni pregled sklepa so vključeni številni testi. Lepo je, če ti strokovnjak z več kot petindvajsetletnimi izkušnjami razloži, zakaj in kako izvaja določene teste, ter pojasni, zakaj so določene prilagoditve boljše.

Drugi del tečaja je namenjen učenju terapijskih možnosti ortopedske medicine, ki temelji na ročnih tehnikah in ne na aparaturni fizikalni terapiji. Rene de Bruijn poučuje tehnike prečne frikcije, mobilizacije, manipulacije in injekcijske terapije. Ponovno poudarja, da je osnova celostnemu terapevtskemu pristopu dobro poznavanje funkcionalne anatomije in natančna (nedvomno) ugotovljena okvarjena struktura. Tako je poznavanje vzdolžnega poteka nitja okvarjene strukture osnova za prečno ali globoko frikcijo, ki deluje protibolečinsko in spodbuja celjenje. Po dvominutni začetni frikcijski masaži mehko tkivne sklepne ali ob sklepne strukture sledi testiranje učinka oziroma retestiranje nekega prej jasno pozitivnega znaka. Sledi nadaljnja frikcijska masaža in dodatna terapija, ki je v primeru tetiv in njihovih ovojníc iztezanje, a v primeru okvarjenih sklepnih vezi in ovojníc tridimenzionalna mobilizacija. Z njo ponovno usklajujemo pravilno razmerje artrokinematičnih sestavin sklepne giba (uskladitev kotaljenja z drsenjem). Mani-



**Rene de Bruijn razlaga tečajnici fizikalni pregled kolka.**

pulacijske tehnike, ki jih poučuje Rene de Bruijn, so namenjene predvsem reševanju problematike prostih sklepov, a posebej zanimivo poglavje je manipulacija kolenskih meniskusov in hrbtenice. Predavatelj poudari stičnosti in drugačnosti glede na manualno in osteopatsko medicino. Cyriaxovi učenci imajo znanje o apliciranju infiltracij bolečih struktur in intraartikularnih injekcij, za kar v svoji vsakodnevni praksi predavatelj uporablja izključno triamcinolon acetamid (kenalog) samostojno ali v kombinaciji z lidokainom v koncentracijah za lokalno uporabo.

Odločili smo se, da v organizaciji Združenja zdravnikov fizikalne in rehabilitacijske medicine Slovenskega zdravniškega društva in Oddelka za fizikalno in rehabilitacijsko medicino Splošne bolnišnice Maribor Reneja de Bruijna predstavimo tudi slovenskim zdravnikom fiziatrom. Prvi tečaj bo potekal v Mariboru od 13. do 16. marca 2003. Temi bosta splošni uvod v Cyriaxovo ortopedsko medicino in obravnavo poškodb in boleznih ramenskega sklepa. Kolege opozarjamo, da bo število udeležencev omejeno in jih pozivamo, da se za natančnejše informacije obrnejo na člane organizacijskega odbora: prim. doc. Zmaga Turka, mag. Breda Jesenšek Papež in Dragana Lonžarića z Oddelka za fizikalno in rehabilitacijsko medicino Splošne bolnišnice Maribor. ■

# Usposabljanje radioloških inženirjev s področja mamografije - I

Miljeva Rener

Evropska organizacija Europa Donna je s finančno pomočjo Kodaka razpisala natečaj za usposabljanje radioloških inženirjev iz vzhodne Evrope s področja mamografije. Izbrani so bili predstavniki Hrvaške, Estonije, Litve, Poljske in Slovenije. Slovenijo sta zastopala radiološka inženirja Katja Čebulj in Gašper Podobnik ter predstavnica slovenske Evrope Donne Miljeva Rener, spec. radiolog.

Tridnevno usposabljanje je potekalo v Kodakovem tehnološkem in inovativnem centru v palači San Lorenzo v Genovi od 14. do 16. novembra 2002.

Predavali so vodilni evropski strokovnjaki s področja mamografije. Prvi dan je dr. Chris de Wolf predaval o zgodovini in o pomenu kakovostnega mamografskega presejanja za zgodnje odkrivanje raka na dojki, saj le kakovostno presejanje lahko zniža umrljivost za 30 in več odstotkov. Za palpacijo in samopalpacijo znižanje umrljivosti ni dokazano. Dr. Angelo Taibi je predaval o kakovosti posnetkov in o kontroli kakovosti.

Drugi dan je prof. Rolland Holland predaval o zgradbi dojke in o mamografsko-patološki korelaciji sprememb v dojkah. G. Henny Rijken je predavala o vlogi radiološkega inženirja pri diagnostični in presejalni mamografiji. Imela je tudi praktično delavnico, kjer so radiološki inženirji izpopolnjevali tehniko pozicioniranja. Na koncu so skupaj ocenili mamografske slike, ki so jih udeleženci prinesli s seboj.

Zadnji dan je dr. Nick Perry predstavil

vlogo radiološkega inženirja v presejalnih centrih. Predstavniki vsake države je predstavil organizacijo radioloških inženirjev, predstavniki Hrvaške in Estonije pa so poročali tudi o nedavni uvedbi presejanja (screeninga) v svojih državah. Vsi udeleženci so poudarjali, kako pomembna je vloga radiološkega inženirja pri zgodnjem odkrivanju raka na dojki in so se zavzeli za izboljšanje odnosov med radiološkim inženirjem, radiologom, kirurgom in patologom, saj so le-ti osnova za dobro delo delovne skupine.

Celoten tečaj je spremljala tudi predsednica Evrope Donne Mary Buchanan, ena izmed pobudnic za izobraževanje. Ob zaključku smo se vsi udeleženci strinjali, da je bil prvi poskusni tečaj za radiološke inženirje iz vzhodne Evrope izredno kakovosten in poučen.

Menim, da bi bilo zelo koristno, če bi se podobnega tečaja udeležil kdo od strokovnjakov, ki odločajo o organizaciji mamografskih centrov pri nas, saj se v Sloveniji nenehno vrtimo v krogu. Dejstvo je, da je rak dojke tudi v Sloveniji najpogostejši rak pri ženskah. Incidenca od leta 1950 nenehno narašča. Po podatkih Registra raka za Slovenijo je v letu 1999 zbolelo 1.046 bolnic. Le slaba polovica rakov (48 odstotkov) je bila omejena, preinvasivnih rakov je bilo le 47. Izboljšanje preživetja in zmanjšanje umrljivosti za rakom dojke v razvitih deželah pripisujejo zgodnjemu odkrivanju raka in uvedbi dodatnega sistemskega zdravljenja. V Sloveniji se preživetje bolnic z rakom doj-

ke sicer nekoliko izboljšuje, vendar je ostalo po letu 1989 do 1999 precej nespremenjeno. Med sedemnajstimi evropskimi deželami se je Slovenija po zbolevanju za rakom dojk uvrstila v sredino, po preživetju bolnic pa v podpopovprečje. Že iz povedanega je jasno, da pri nas šepa predvsem zgodnje odkrivanje raka na dojki.

Ne drži, da imamo zastarele mamografske naprave - večina mamografskih naprav v Sloveniji je stara le nekaj let in tehnološko sodobna. Vendar nobena mamografska diagnostika v Sloveniji ne izvaja celotnega programa kontrole kakovosti; še najbolj se je temu približal Onkološki inštitut. V Sloveniji so še vedno pogoste napake predvsem premajhen kontrast in podeksponirani mamogrami. Po podatkih ZVD iz leta 2001 precej mamografskih diagnostik v Sloveniji še vedno ne dosega minimalne priporočene počrtnitve. Že dolgo je znano (K. Young), da centri z nizko povprečno počrtnitvijo (1,2 in manj) najdejo za polovico manj majhnih (pod 1 cm) rakov dojke. Relativno veliko število artefaktov na posnetkih v Sloveniji tudi priča o nekritičnem odnosu do kakovosti. Pri vseh naštetih postopkih je vloga radiološkega inženirja ključna, zato je pomembno, da je primerno izobražen, izurjen in osveščen. Razprava o številnih drugih (po mojem mnenju predvsem organizacijskih) pomankljivostih v diagnostiki dojke pa bi presegala okvir tega prispevka.

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

# Usposabljanje radioloških inženirjev s področja mamografije - II

Kristijana Hertl, Miljeva Rener, Mojca Senčar

**R**ak dojke je v svetu in pri nas najpogostejši rak pri ženskah in zajema približno eno petino vseh rakov. Število zbolelih za rakom vsako leto narašča. V Sloveniji je leta 1998 na novo za rakom dojele zbolele 899 žena, 76 odstotkov je bilo starejših od 50 let. Vedno več raka je odkritega v zgodnjem stadiju, ko je tumor še manjši in je bolezen omejena le na dojko. Leta 1985 je bilo takih primerov 36 odstotkov, leta 1998 pa že 48 odstotkov. Prognoza bolezni in preživetje sta poleg drugih dejavnikov odvisna tudi od velikosti tumorja. Tu igra pomembno vlogo prav mamografija, ki lahko odkrije manjše tumorje, še preden postanejo klinično tipni.

V Sloveniji še nimamo t. i. "organiziranega presejanja oziroma screeninga raka dojke", kot ga poznajo nekatere, predvsem nordijske države. Presejanje raka dojke pomeni poimensko pisno vabljenje vseh žena v določeni starostni skupini na preventivno mamografijo, navadno brez kliničnega pregleda, v dveletnih presledkih.

Glede na to, da je Slovenija trenutno v fazi priprave na organizirano presejanje raka dojke, je **Europa Donna - slovensko združenje za boj proti raku dojke**, v sodelovanju s **Kodakom** in s finančno pomočjo **Astra Zeneca**, organizirala tečaj in delavnico za radiologe z naslovom "Fit for screening", ki sta potekala 18. in 19. decembra 2002 v Ljubljani. Število udeležencev je bilo omejeno. Tečaj so vodili vodilni strokovnjaki na področju diagnostike bolezni dojke iz National Expert and Training Center for Breast Screening, Academisch Ziekenhuis, Nijmegen, Nizozemska: Dr. Jan Hendriks - specialist radiolog, Henny Rijken - inženir radiologije, prof. Roland Holland - specialist patolog.

Tečaj je bil razdeljen v dva dela. V prvem delu smo poslušali različna predavanja, drugi del pa je bil namenjen praktičnemu izpopolnjevanju v odčitavanju mamogramov. Prvi dan smo najprej vsak sam, nato pa vsi skupaj pregledali čez 100 mamogramov žena, pri katerih je bil ob naslednjem slikanju dojk odkrit intervalni karcinom. Del odkri-

tih karcinomov je nastal na novo, del pa je bil ob zadnjem slikanju spregledan. Ob natančnem pregledu spregledanih karcinomov smo na predhodnih mamogramih poskušali odkrivati prve, še slabo izražene mamografske znake razvijajočega se tumorja.

Naslednji dan smo sami pregledali več kot 100 mamogramov, vzetih iz vsakodnevnega presejanja na Nizozemskem, med katerimi je bilo tudi okrog 20 odstotkov skritih karcinomov. Ob zaključku samostojnega dela smo rezultate obdelali še pod strokovnim vodstvom.

Poleg praktičnega dela smo poslušali tudi nekaj zanimivih predavanj v zvezi z organizacijo in problemi presejanja na Nizozemskem.

S presejanjem v vsej državi so pričeli že leta 1989. S pisnim vabilom povabijo vsake dve leti vse žene v starosti od 50 do 74 let na preventivno mamografijo. Prva leta so vključevali tudi klinični pregled, ki so ga kasneje opustili, ker po njihovih izračunih ni bistveno doprinesel k zgodnji diagnostiki. Ob prvem obisku slikajo v obeh standardnih projekcijah (CC in MLO), ob naslednjih slikanjih pa večinoma le v projekciji MLO.

Žene slikajo v 62 mobilnih enotah širom Nizozemske, ki se nahajajo v kamionskih kontejnerjih. Radiološki inženirji slike odnesejo v 24 centralnih enot, kjer jih radiologi odčitajo. Vsak mamogram neodvisno odčitata dva radiologa. S tem dosežejo večjo zanesljivost oziroma manj spregledanih karcinomov. V zadnjem času pospešeno uvajajo CAD (computer assisted diagnosis). To je program za dodatno računalniško obdelavo prej digitaliziranih mamogramov, kar še dodatno zniža odstotek spregledanih karcinomov. V naslednjih letih imajo namen prenehati s klasičnim slikanjem na rtg-filme ter preiti na popolnoma digitalizirano obliko mamogramov. Poleg lažje obdelave in shranjevanja takih mamogramov naj bi bila manjša tudi količina rtg-žarkov ob slikanju.

Večina radiologov, ki se ukvarjajo z diagnostiko bolezni dojke, je redno zaposlenih v enem od diagnostičnih centrov. Ukvarjajo se z nadaljnjo diagnostiko klinično netipnih sumljivih sprememb, odkritih s presejanjem, in z na-

daljnjo diagnostiko klinično tipnih sprememb. Poleg rednega dela po individualni pogodbi odčitavajo še mamografije v okviru presejanja, ki jih vsako jutro prinesejo iz mobilnih enot. Tako odčitajo vsaj od 3.000 do 5.000 mamogramov na leto, kar je pogoj za ohranitev ravnega znanja in izkušenj, eksperti pa še precej več. Sočasno odčitavanje presejalnih mamografij in po potrebi tudi kasnejša nadaljnja diagnostika sumljivih sprememb jim nudi izredno pomembno povratno informacijo.

Zanimiva je bila tudi analiza, ki jo je prikazal dr. Hendriks po članku dr. Sicklesa, objavljenem v reviji *Radiology* leta 2002. Specializirani radiologi, ki se večino časa ukvarjajo le z diagnostiko bolezni dojke, v primerjavi s splošnimi radiologi odkrijejo več karcinomov v zgodnejši fazi ter imajo nižji "recall rate".

Dr. Holland je razložil pogled patologa na razvoj raka od predkanceroze preko in situ karcinoma do invazivne oblike. Velikost odkritega tumorja je v tesni povezavi z razširjenostjo bolezni ob diagnozi. Čim manjši je tumor, manjši je odstotek verjetnosti, da je bolezen že razširjena, s tem pa je tudi prognoza bolezni boljša.

Radiološki oddelek v univerzitetni bolnišnici v Nijmegenu je zadolžen za šolanje in za stalno izpopolnjevanje vseh radiologov, radioloških inženirjev in patologov, ki se ukvarjajo s presejanjem dojke na Nizozemskem. G. Rijken je zadolžena za organizacijo šolanja radioloških inženirjev. Zavedajo se namreč, da je kakovostno odčitavanje mamogramov v veliki meri odvisno tudi od kakovosti samega mamograma. Izredna pomembna je poleg ostalih tehničnih zahtev tudi pravilna nastavitve dojke (pozicija) in kompresija ob slikanju. Z njo dosežemo zadostno razprtje tkiva dojke ter zadosten prikaz vseh struktur do prsne stene. To je predpogoj za natančno oceno mamograma in izključevanje patologije.

S kakovostno izvedenim tečajem smo bili zelo zadovoljni. Zanimivo in poučno je bilo slišati mnenje in izkušnje strokovnjakov iz države, ki ima že več kot 10 let vzorno organizirano presejanje dojke. ■



# Paliativna oskrba - izziv medicini

Janja Ahčin

Slovensko društvo hospic je v sodelovanju s hospicem sv. Krištofa iz Londona 16. in 17. decembra 2002 na Bledu organiziralo dvodnevni seminar z naslovom Paliativna oskrba - izziv medicini. Hospic sv. Krištofa je vodilna ustanova na področju paliativne oskrbe (PO) v Evropi. Seminar je bil namenjen zdravnikom, psihologom, medicinskim sestram in socialnim delavcem, ki sodelujejo pri obravnavi neozdravljivo bolnih. Med 80 udeleženci je bilo 9 zdravnikov.

Uvodna predavanja z naslovom Timski pristop v celostni obravnavi bolnika so pripravili predavatelji iz hospica sv. Krištofa. Celostna obravnava bolnika je možna le v delovni skupini. Vsak član skupine je različen in enkratni, zato je včasih težko delati drug z drugim. Kot člani delovne skupine se moramo potruditi, da delamo tako, kot je odločila skupina. Delovna skupina hospica sv. Krištofa za PO na domu se sestane trikrat na teden in se pogovori o vsakem bolniku, ki ga oskrbuje. V skupini sta dva zdravnika (specialist in specializant PO), 5 medicinskih sester in socialni delavec. Delovna skupina hospica o skupinskih odločitvah sprti obvešča osebnega zdravnika in patro-nažno sestro. Pri spremljanju umirajočih bolnikov je pomembno, da si individualno priznamo svoja čustva. Pri sebi je težko dopuščati občutek, da za umirajočega ne moremo storiti dovolj. Pojavljajo se občutki krivde in iskanje "grešnega kozla". Grešni kozel so lahko bolniki, ko rečemo: bolniki si želijo bolečin. Grešni kozel so lahko svojci, ko rečemo: bolnik se je dobro počutil, dokler niso prišli svojci na obisk. Grešni kozel je lahko kolega, za katerega mislimo, da za bolnika ni storil dovolj. Tako obtoževanje popolnoma onemogoči delovanje delovne skupine. Nesoglasje v skupini nastane tudi takrat, ko posameznik posega na področje drugega. Skušajmo biti na svojem delovnem mestu pobudniki skupinskega dela in celostne obravnave bolnika. Tako bo naše delo mnogo lažje in bolj kakovostno.

Victor Pace, dr. med., strokovni svetovalec v paliativni medicini, je predstavil dobro komunikacijo s hudo bolnimi in svojci. Kdo, koliko, kdaj, kako in komu naj povemo o

diagnozi, terapevtskih možnostih in prognozi? Prednosti sporočanja slabe novice so: zmanjševanje izolacije bolnika in njegovega nerealističnega strahu, pomaga načrtovati prihodnost, bolnik lahko sam izbere kraj smrti. Obravnavajmo bolnika kot odraslo osebo. Bolniki pogosto rečejo: "Najtežje je to, da ravnajo z nami, kot da nismo odrasli." Bojimo se, da bodo bolniki po sporočanju slabe novice izgubili upanje in da bodo skočili skozi okno. Večina bolnikov sluti, kaj se dogaja z njimi. Z bolnikom komuniciramo celo več, če ne odpremo ust. Bolnik sklepa tako: "Mora biti pa res hudo, če mi zdravnik ne more niti povedati, kako je z menoj." Ni predpisanega odmerka resnice. Bolnik naj zve tako veliko ali tako malo, kot si sam želi. Sporočajmo postopoma, da nas lahko bolnik ustavi, ko čuti, da je dovolj. Prognoza ni eksaktna znanost. Nikoli ne bodimo preveč natančni. Vprašajmo bolnika, kaj on sam misli. O prognozi pogosto več vedo medicinske sestre in negovalke. Med sporočanjem slabe novice so reakcije bolnikov različne: jeza, žalost, pasivnost, zanikanje, stoičnost in anksioznost. Omogočimo bolniku, da izrazi svoja čustva. Zamislimo se, če bolnik izve nekaj težkega in ne reagira. Ravnajmo tako, da se bo bolnik počutil varnega in sprejete. V Angliji potrebujejo zdravniki privolitev bolnika, preden govorijo s svojci. Pred sporočanjem slabe novice bolniku ali svojcem bodimo dobro seznanjeni z dejstvi o bolezni, o bolniku (izvidi, anamneza) in o družini. Ustvarimo primerno okolje: mirna soba, brez telefonskega zvonjenja, oba sediva na isti ravni. Po pozdravu bolnika vprašajmo, kaj on sam misli, da se dogaja z njim. Ni bistveno samo to, kaj povemo, ampak tudi, kako prisluhujemo bolniku. Bodimo pozorni na njegovo neverbalno komunikacijo. Vprašajmo bolnika, ali bi želel vedeti bolj na grobo ali bolj podrobno. Prilagodimo svoj način izražanja bolniku in se izogibajmo medicinske latovščine. Dajmo opozorilni stavek, npr.: "Povedati vam moram nekaj resnega." Slabše kot so novice, bolj naj bo sporočilo preprosto. Vedno moramo preveriti, ali nas je bolnik razumel. Bolnika vprašajmo, kaj je njegov načrt. Npr. bolni-

ka zanima, ali bo doživel rojstvo vnuka. Bolniku moramo dati vedeti, da smo zaznali njegova čustva, npr.: "Vidim, da ste pretreseni." Ugotoviti moramo bolnikovo problemsko listo, npr.: "Vidim, da vas je strah bolečine, zato bomo storili vse, da bo bolečina čimbolj pod nadzorom." Ne obljubljam stvari, ki so nemogoče. V zaključku pogovora še enkrat naredimo povzetek glavnih sporočil in načrt za prihodnost. Vprašajmo bolnika, ali ima še kakšno vprašanje.

Prof. dr. Zidar je predstavil PO bolnikov z ALS. V Sloveniji je vsako leto od 30 do 40 novih bolnikov z ALS. Pri sporočanju diagnoze je pomembno poudariti, da je potek bolezni različen, da ne boli, da je um bister do konca življenja in da obstajajo številne oblike pomoči. Vzpodbujajmo bolnike za drugo mnenje.

Drugi cikel predavanj je bil na temo Etične dileme v praksi. Urška Salobir, dr. med., je predstavila štiri osnovne principe etike: delati dobro, ne škoditi, spoštovanje avtonomije in pravičnost. Glavni dejavniki pri odločanju so: znanje, izkušnje, hotenje delati prav in vest. Bistveno v PO je, da delamo v delovni skupini, ki je z bolnikom in svojci v partnerskem odnosu. Doc. dr. Branko Zakotnik, onkolog internist, nam je predstavil lastne etične dileme ob spremljanju dveh onkoloških bolnikov. Predstavil je primer mladega bolnika z visoko malignim sarkomom, ki je odklonil operacijo in se odločil za post. Ko so se pojavile metastaze v pljučih in možganih, se je želel operirati. Kako ravnati takrat, ko ima bolnik dobre možnosti za uspešno zdravljenje, a jih zavrne?

Stanka Ristič, socialna delavka na Inštitutu za nevrofiziologijo, je pogumno prikazala napake in zablode pri obravnavi bolnice z ALS in njene družine.

Tatjana Žargi, v. m. s. in predsednica hospica, je prikazala vlogo medicinske sestre v hospicu. Včasih mora biti medicinska sestra v hospicu dovolj pogumna, da vztraja pri tem, da bi zdravstveno osebje in svojci opravili tisto, kar morajo. Če se nekdo odloči za hospic, si mora priznati, da se mu življenje izteka. To je včasih težko tako za bolnika kot za svojce.

Tatjana Fink, univ. dipl. soc., je predstavila poslednjo življenjsko voljo (Living Will - LW).

LW je pismena izjava bolnika, podpisana s strani dveh prič. Z njo bolnik določi svojemu osebnemu zdravniku in drugim zdravstvenim delavcem ter svojcem, kakšne metode zdravljenja ne želi prejemati, ko se sam ne bo več sposoben jasno izraziti zaradi mentalne ali fizične nesposobnosti. LW ne nalaga zdravniku nič nezakonitega in je ne moremo izenačiti z evtanazijo.

Gill O'Shea, socialna delavka, je predstavila obravnavo svojcev umirajočih v hospicu sv. Krištofa. Tam zdravnik že ob sprejemu bolniku nariše družinsko drevo. Družina je sistem. Karkoli se zgodi enemu članu, vpliva na ostale člane. V času terminalne bolezni se v družini pojavijo težave pri komunikaciji, motena je ustaljena družinska rutina, pojavi se atmosfera strahu in negotovosti, prihajajoči negovalci predstavljajo še nadaljnjo motnjo, pojavi se strah pred finančno negotovostjo in izčrpanost. Družinski člani so glavni negovalci, zato je zanje življenje "na čakanju". Pogosto imajo občutke nemoči, že vnaprej žalujejo in so negotovi glede prihodnosti. Če umirajo starši, tudi majhni otroci potrebujejo jasna sporočila. Zagotovimo jim, da se nič ne dogaja zaradi njihove krivde. Omogočimo jim različne načine komunikacije: risanje, poslušanje glasbe in telesno dejavnost, posebno takrat, če čutijo jezo. Za delo z otroki je potrebno veliko poguma, običajno nam zmorejo napačne odpustiti. Otroci potrebujejo naše spoštovanje. Dajmo jim možnost, da izrazijo svoja čustva.

Prof. dr. Onja Tekavčič Grad, univ. dipl. psih., je predstavila temo Tudi žalovanje pomaga. Žalovanje je individualen, enkraten in intimen proces, ki ga ne smemo spravljati v sheme, po katerih bi se morali žalujoči ravnati. Dopusiti moramo, da žalujoči potuje po svoje, s svojim tempom, s svojim načinom in doseže ravnovesje s svojimi oblikami vedenja. Ločimo telesno, vedenjsko, čustveno in duhovno komponento žalovanja. Najboljša pomoč je razumevanje, dopuščanje individualnih razlik, sprejemanje vseh čustvenih reakcij, tudi manj pričakovanih, kot so jeza, bes, občutek krivde in zapuščenosti. Pri spremljanju žalujočih je potrebno znanje o tem, kdaj gre za oteženo žalovanje in zahteva zdravniško oskrbo. Takoj po smrti nobena psihoterapija ni učinkovita. Žalujočemu dajmo le kratek bolniški stalež, dolgega absolutno ne.

Janet Buchan, paliativna medicinska sestra - inštruktorica, je predstavila duhovnost v PO. Duhovnost je zelo težko opredeliti. Njen ključni del je iskanje smisla. Vera je eden od načinov izražanja duhovnosti. Duhovnost je zakoreninjena v zavesti vsakega posameznika. Lahko se manifestira v obliki notranjega miru in moči. PO v hospicu od vsega začetka vključuje tudi duhovno oskrbo. Štiri osnovne duhovne potrebe ljudi so:

- ljubiti in biti ljubljen,
- razumeti in biti razumljen,
- izbirati in biti izbran,
- odpustiti in da ti je odpuščeno.

Ali so te duhovne potrebe bolnikov zagotovljene tam, kjer delamo? Če so te potrebe zadovoljene, je človek miren, zadovoljen in ustvarjalen. Bolniki vedo, da ni od-

govorov na vprašanja: Zakaj moram jaz toliko trpeti? Kaj se bo zgodilo, ko bom umrl? Pomembno je, da bolniki lahko sprašujejo, da jih poslušamo in slišimo in da jim damo vedeti, da so dragoceni.

Kako mi sami skrbimo za duhovno rast? Kako poskrbimo zase? Ali si priznamo, da smo neko delo dobro opravili? Ali sprejemamo pozitivno povratno sporočilo sodelavcev, bolnikov in svojcev? Ali sodelavce v delovni skupini kdaj pohvalimo? Ali si upamo postaviti meje? Ali imamo osebno življenje izven delovnega mesta (družina, ustvarjalne in sprostitevne dejavnosti)? Ali si upamo izraziti svoje osebne občutke in se pogovorimo s sodelavci o težkih primerih? Skupinsko delo je dober način, da poskrbimo zase. Ne pozabimo na humor.

Vsa pohvala velja Slovenskemu društvu hospic in številnim prostovoljcem hospica za odlično organizacijo seminarja. Škoda, da med udeleženci ni bilo več družinskih zdravnikov, ki so pomembni člani delovne skupine PO. Sporočanja slabe novice in PO se je možno naučiti. Če tega ne znaš, lahko storiš mnogo zdravstvenih napak.

Delo z umirajočimi, njihovimi svojci in žalujočimi zahteva veliko znanja in moči. Včasih tudi mi sami potrebujemo pomoč ljudi, ki hodijo po skrivnostnih poteh umiranja in žalovanja. Pomembno je najti smisel svojega dela in poskrbeti zase, da lahko vztrajamo tudi v najtežjih situacijah. Taka srečanja so edinstvena priložnost za izmenjavo izkušenj in navezovanje trdnjših vezi med nami. Na tem srečanju smo dobili dobro vzpodbudo za skupinsko delo, ki je edina pot do celostne obravnave bolnika. ■

# Biotehnologija in javno zdravje: pričakovanja, koristi in stroški

Andrejka Fatur Videtič, Metka Teržan

V Zagrebu je v času od 26. do 28. septembra 2002 potekala 5. mednarodna konferenca z naslovom Zdravstveno zavarovanje v tranziciji - Biotehnologija in javno zdravje: pričakovanja, koristi in stroški. Zaključna spremljevalna delavnica je obravnavala organizacijo zdravstvenega varstva in urgentno medicino. Ob naslovu bi nehote pomislili, da so si organizatorji izbrali precej nedefinirano področje, pa vendar je tako široka zasnova vsebine razumljiva, saj so organizatorji z njo želeli na visoki strokovni ravni skleniti dogodke v čast 75-letnice Šole narodnega zdravja Andrija Štampar v Zagrebu. Vsa predavanja so potekala v Hotelu Opera, ki razpolaga s številnimi prostori za potek srečanj. V dneh konference se je tako srečalo blizu 700 strokovnjakov iz 56 držav.

Predavanja so potekala sočasno v 7 modulih, vsak modul kot samostojna in zaokrožena celota:

- Modul 1 so oblikovali prispevki o zdravstvenem zavarovanju in zagotavljanju kakovosti v povezavi z biotehnologijo, s posebnim poudarkom na odločitvi o prednostih. Skupina slovenskih avtorjev je predstavila možnosti nadaljnjega razvoja zdravstvenega varstva v Sloveniji.
- Prispevki v modulu 2 so osvetlili stanje na področju biotehnologije: mesto in vloga biotehnologije v biomedicinskih raziskavah, njen vpliv na razvoj farmacevtske industrije, biotehnologija kot izhodišče novih možnosti diagnosticiranja in zdravljenja vzročno različnih bolezenskih sprememb v praktično vseh organskih sistemih oziroma posameznih organih na ravni citogenetike, molekularne biologije, genoma. Poudarili so tudi pomen izobraževanja zavarovancev na vseh ravneh.
- Modul 4 je obravnaval bioetiko v biotehnologiji in medicini - ocenili so stanje v številnih državah sveta in se dotaknili vseh dilem, povezanih z vrednotami življenja in smrti.
- Modul 5 je bil nekoliko manj obsežen in

je obravnaval možnosti, pomen in vpliv medijev ter komunikacije za javno zdravje in biotehnologijo.

- Vsebinsko modula 6 so združeno oblikovali predavanja in delavnice. Obravnaval je zanimivo temo o pisanju raziskovalnih člankov za potrebe javnega zdravja in biotehnologije, tudi kot sestavni del komunikacije na različnih ravneh.
- Prispevki modula 7 so obravnavali vlogo in pomen strokovnih sodelavcev na področju zdravstvene nege, njihovo vključenost v dejavnosti, značilne za biotehnologijo. Izpostavili so etične dileme, ki se pojavljajo pri opravljanju njihovega dela.

Prispevki spremljajoče delavnice ob ključku modulov so pregledno obravnavali urgentno medicino v Evropi in ZDA, razvoj izobraževanja in urjenja v evropskih državah ter možnosti zagotavljanja kakovosti v urgentni medicini.

Na konferenci sva dejavno sodelovali v modulu 3, ki je bil namenjen temi biotehnologija in delovno mesto, s podnaslovom Etično in ekonomično hkrati. Obravnaval je široko paleto tem, povezanih z delovnim mestom, med njimi tudi prenos in pomen biotehnologije na področje varnega in zdravega dela. V tem modulu so bila predstavljena naslednja področja:

- Predstavljene so bile možnosti razvoja zdravja na delovnem mestu v sistemu razvoja javnega zdravstva, poudarek je bil na starajočih se in kronično bolnih delavcih. To temo so predstavili v obliki priporočil SZO in izkušenj različnih držav.
- Prikazan je bil model izobraževanja na področju medicine dela v državah Evropske skupnosti in možnosti nadaljnjega razvoja, ki bi olajšal izmenjavo oziroma pretok strokovnjakov med državami v Evropi.
- Predavatelj iz več držav so predstavili svoje pristope pri oblikovanju programov promocije zdravja na delovnem mestu.

■ Poudarjen je bil pomen spremembe statističnega zbiranja podatkov, ki se vedno bolj vežejo na posameznika in njegove socialnoekonomske značilnosti. Posledično siromašenje epidemiološkega spremljanja zdravstvenega (bolezenskega) stanja prebivalstva bo imelo vpliv na potrebno preventivno ravnanje na vseh treh ravneh (primarni, sekundarni, terciarni).

■ Glede na resen problem staranja evropskega delovnega prebivalstva, je bil dragocen prispevek o oblikovanju vertikalne in horizontalne poklicne kariere posameznika in kolektiva. Prikazana je bila možnost izračuna indeksa delovne sposobnosti za načrtovanje ukrepov za ohranjanje delovne učinkovitosti.

■ Nekaj predavanj je obravnavalo nujnost in možnosti obvladovanja stresa na delovnem mestu.

■ Predavatelj iz Irske je predstavil njihove izkušnje o tem, kakšne spremembe je povzročil Zakon o enakosti in nediskriminaciji na področju pregledov pred zaposlitvijo. Uredil je odnos med stroko - predvsem medicino dela - in delodajalci, ki so šele s tem zakonom dobili možnost, da z ustrezno strokovno oceno kandidatu že pred zaposlitvijo delo odsvetujejo zaradi zdravstvenih težav.

■ Predstavljenih je bilo tudi nekaj pomembnih ožjih strokovnih tem s področja medicine dela. Zanimiva je uporaba biotehnologije za ugotavljanje atopične konstitucije pred zaposlitvijo v okolju s prisotnimi različnim alergogenimi snovmi. Prikazani so bili novi pogledi na vpliv prasnih delcev na pljuča in pljučno funkcijo, poudarek je bil na ultra majhnih delcih prahu, ki jih v delovnem okolju še ne merimo, zanje tudi še niso določene maksimalno dovoljene koncentracije. Prikazana je bila tudi ocena trajnih posledic okvare dihal gasilcev, ki so bili udeleženi pri gašenju World Trade Centra leta 2001 v New Yorku, in možnost vpliva računalniškega zaslona na vidno sposobnost



*Dejavnejša skupina predavateljev je prekinila klepet in se nasmehnila fotografu.*

uporabnika. Podan je bil tudi kritični pogled na analizo delovnega mesta.

Mag. Andrejka Fatur Videtič je predstavila lastne izkušnje ob uvajanju Mednarodne klasifikacije okvar, prizadetosti in oviranosti, ki bi lahko služila kot izhodišče za oblikovanje vsebinskih meril ocenjevanja delovne zmožnosti in partnerskega odnosa zdravnik - bolnik (kot delavec) - delodajalec.

Metka Teržan je prikazala analizo zbolewnosti in prezgodnje umrljivosti slovenskih žensk - delavk. V analizi je izstopala

predvsem problematika samomorov in neoplazem v statistiki umrljivosti ter duševnih in vedenjskih motenj kot razlogov za bolniški stalež.

Našo udeležbo na konferenci lahko ocenimo kot uspešno. Prispevala je k predstavitvi našega strokovnega področja. Z vsebinsko bogato razpravo smo vsi skupaj prispevali k boljšemu poznavanju strokovnega dela v posameznih državah, tudi medicine dela, prometa in športa ter poklicne rehabilitacije v Sloveniji. Živahnost pogovora smo us-

pelj ohraniti tudi po končanih predavanjih, namenjena pa je bila definiranju tistih nerešenih strokovnih dilem, ki tarejo tudi zdravnike, specialiste medicine dela v državah Evropske skupnosti in bi jih lahko postopoma sistematično in dogovorno reševali na ravni evropskega združenja za medicino dela - UEMS.

Slavnostni zaključek konference je potekal na večer zadnjega dne v Narodnem gledališču. Ob prisotnosti predsednika države, gospoda Stipeta Mesića, predsednika Evropskega urada SZO in številnih uglednih tujih in domačih gostov je uspelo obuditi vso velikost dela prof. Andrije Štamparja, ki je bil med ustanovitelji Svetovne zdravstvene organizacije in njen prvi predsednik ter pionirski ustvarjalec modela javnega zdravstva.

Kot sva že uvodoma omenili, je konferenca povezala na videz skoraj nezdružljive teme in z njimi jasno opozorila na dileme, etične in moralne stiske, ki se na začetku 21. stoletja porajajo v vseh vejah medicine z naglim razvojem in uvajanjem biotehnologije. Njihovo reševanje zahteva izredno subtilen odnos z vsakim posameznikom in celotno družbo. Svojemu velikanu, prof. Andriji Štamparju, so se kolegi s Hrvaške tako oddolžili v duhu njegovega dela in poslanstva. Ob temi, ki sodi sicer v novo tisočletje, so uspeli izluščiti opozorilo, da ves znanski razvoj sodobne medicine ne bi smel pozabiti na njen vpliv na človeka. Potrebujemo nove oblike in vsebine zdravstvenega prosvetljevanja, med prebivalstvom moramo prepoznavati nove rizične in zdravstveno ogrožene skupine, ki bi jim morali zagotoviti ustrezne preventivne zdravstvene programe. Javno zdravstvo ostaja, razvijajoča se biotehnologija mora zanj pomeniti predvsem nov izziv za nadaljnji razvoj. ■



# Študentje in Dunaj

Martin Rakuša

Dunaj - donavska metropola - je bil že od nekdaj na svojstven način povezan s Slovenci. Mnogi znani rojaki so s svojim delom pripomogli k njegovemu duhovnemu, znanstvenemu in kulturnemu razcvetu. Z ustanovitvijo univerze "Alma mater Rudolphina" leta 1365 je mesto še povečalo svoj sijaj in privlačnost. Tako se je iz prestolnice spremenilo v študentsko mesto.

Mesto je privlačno tudi danes. Medicinska fakulteta skupaj z učnimi bolnišnicami je svetovno znana in tako vsako leto sprejme več sto tujih študentov. Prof. dr. Dušan Sket mi je prijazno priskočil na pomoč pri pisanju prošnji in iskanju učnega mesta. Preko avstrijskega urada za tuje študente mi je pomagal najti učne bolnišnice, ki so me sprejele na trimesečne vaje. Mesto sem dobil na kardiološki, pulmološki in gastrohepatoenterološki kliniki. Tako sem se v začetku lanskega maja odpravil proti Dunaju. Pregovor "Kdor hoče iti na Dunaj, mora pustiti trebuh zunaj!" je nekoliko omilila študentsko penzijo Evropske unije.

Vaje iz interne medicine se na dunajski univerzitetni bolnišnici (Allgemeines Krankenhaus Wien - AKH) prične vsak mesec. Prvi dan se študentje zglasijo v oddelčni pisarni, kjer prejmejo hišni red, potrdilo za hrano in obleko, svoje okvirne zadolžitve in pristojnosti. V Avstriji so študentje na vajah iz interne medicine zadolženi za jemanje krvi, nastavljanje venskih katetrov, infuzij, beleženje EKG, merjenje krvnega tlaka, jemanje anamneze in pregledovanja pacientov. Že takoj na začetku vse študente opozorijo, da nikakor ne smejo posegati v centralni venski kateter, spreminjati načina zdravljenja ter nikomur (niti svojcem) dati pacientovih podatkov. Vse to je tudi za beleženo na posebnem obrazcu, ki ga mora vsak študent podpisati pred začetkom vaj.

Na oddelku sem dobil mentorja, ki me je uvedel v klinično delo. Prvi in zadnji mesec so bili na vajah tudi avstrijski študentje. V povprečju je bilo na oddelkih 14 sob in 30 pacientov. Vodja je bil profesor, ki je imel dva pomočnika, zdravnika specialista (Ober-

arzt). Sobe so bile razdeljene med tri do pet zdravnikov specialistov, specializantov in stažistov. Delo se prične ob 8. uri zjutraj. Oddelki so razdeljeni na dva dela po barvi. Sestre pripravijo dva vozička, na katerih so infuzije, injekcije in epruvete. Študentje in zdravniki morajo v približno eni uri odvzeti kri, dati injekcije in nastaviti infuzije. Nato sledi vizita, ki jo enkrat do dvakrat na teden vodi profesor. Nato se začne redni del - sprejemi bolnikov na oddelek. Vsaka klinika ima poseben obrazec, ki ga določi vodja. V ta obrazec zdravniki vpisujejo anamnezo in status. Po eni strani je obrazec praktičen, ker ne moreš česa pozabiti narediti, po drugi strani pa na določenih mestih nekoliko omejuje anamnezo. Ne glede na katero kliniko je pacient sprejet, vsem naredijo osnovne krvne preiskave in posnamejo EKG.

Mnogo pacientov prihaja iz okolice Dolne Avstrije in Gradiščanskega. Večina bolnikov govori narečje, ki ga prvi mesec nisem dobro razumel. Na pomoč so mi priskočili avstrijski študentje. Skupaj z njimi sem jemal anamnezo. Nekatere paciente je zanimalo, od kod prihajam. Ko sem jim povedal, da sem s Štajerske, so ugotavljali, da moram živeti precej v bližini južne meje. Nato sem jim pojasnil, da prihajam s spodnje Štajerske (Slovenije). Pacienti so bili z menoj prijazni in potrpežljivi. Nihče ni nasprotoval, da sem ga pregledal.

Ob lepem vremenu se mnogo Dunajčanov odpravi na hrib znotraj mestnih mej. Na vrh se lahko pripeljejo kar z mestnim avtobusom. Z razgledne ploščadi se dunajske hiše in nebotičniki spremenijo v hišice. Nekoč železnica, danes cestni križ. Skok preko Smernika (Semmering) in v manj kot uri si v Bratislavi ali Budimpešti, čez malo več časa na Češkem ali Nemčiji, nekaj ur vožnje proti jugu zagledaš domovino. Bližino okoliških držav odsevajo ljudje, ki hodijo po mestnih ulicah in hodnikih AKH, ki se s svojima stolpnicama dviguje nad stare hiše. Večina klinik je v dveh stolpnicah: zeleni - kirurški, in rdeči - internistični. Na prvi pogled izgledata stolpnici s svojimi formularji strogi in birokratsko ukrojeni.

Vendar le na prvi pogled. Na oddelkih, kjer sem imel vaje, so bili zaposleni zdravniki iz Avstrije, Nemčije, Španije in Perzije, sestre so bile večinoma Poljakinje in Avstrijke. Skoraj na vsakem oddelku je bila tudi kakšna iz Hrvaške, Bosne ali Jugoslavije. Eden izmed mentorjev se je pošalil: "Vsi Dunajčani imamo nekaj slovanskih genov." V mestu živi tudi mnogo priseljencev iz Turčije in Kitajske. V takšnem okolju se nacionalizem lahko pojavi, nikakor pa ne pride do izraza. Tako zdravniki, kolegi in sestre so bili z menoj potrpežljivi in prijazni. Če česa nisem znal, so mi pomagali. Zaradi tega, ker sem Slovenec, nisem imel nikjer nobenih težav.

Nek večer sem prišel mimo križišča, ki so ga zapirali policisti. Kmalu so vzdolž ulice prikorakali ljudje. V rokah so nosili modre, črne in rdeče transparente. Protestirali so proti črno-modri koaliciji. Kasneje sem v študentskem domu izvedel, da potekajo te demonstracije vsak teden od ustanovitve koalicije. Nacionalizem v Avstriji morda, na dunajski mestni hiši pa modra zastava še nekaj časa ne bo zamenjala rdeče-bele.

Intenzivne klinične vaje v bolnišnicah, kot je dunajska, so zanimiva in poučna izkušnja. Dela je vedno dovolj, mentorji in zdravniki z veseljem odgovarjajo na vprašanja in pokažejo posege. Večkrat so me vzeli s seboj na specialistične preiskave in strokovne sestanke.

Monarhije ni že skoraj 100 let, a cesarski pečat je še vedno nad mestom. Dunaj je še vedno mesto kulture in znanosti. Hkrati še vedno ostaja študentsko mesto in tako ohranja privlačnost in mladost skozi čas.

# O notranjem in zunanjem ogrodju

Andrej Žmitek

**T**elo vsakega živega bitja vsebuje takšno ali drugačno ogrodje. To mu omogoča preživetje in delovanje v okolju. V osnovi lahko razdelimo vrste ogrodij na dva tipa - notranje in zunanje.

V prenesenem pomenu so tudi bolnišnice živi organizmi. Urejeni odnosi (tu mislim seveda zlasti na odnose med zdravniki, čeprav so zelo pomembni tudi tisti med drugimi poklici) v smislu stabilne in jasno postavljene hierarhije, ki omogočajo posredovanje navodil od zgoraj navzdol, pa tudi povratnih informacij in predlogov od spodaj navzgor, so **notranje ogrodje** bolnišnice. Kadar je to v dobrem stanju, omogoča pravilno uporabo strokovnih spoznanj ob upoštevanju kadrovskih in ekonomskih danosti, torej učinkovite rešitve konkretnih problemov. Bolnišnice pa imajo tudi **zunanje ogrodje**; to so tiste strukture, ki jim postavljajo omejitve in jih usmerjajo. Zunanje ogrodje je potrebno zato, ker bolnišnice obstajajo v realnem okolju in morajo biti usklajene tako med seboj kot z drugimi družbenimi dejavniki. Kot **zunanje ogrodje** vidim zlasti Ministrstvo za zdravje, Zavarovalnico, Zdravniško zbornico in sindikate, pa tudi medije, varuha človekovih pravic in druge. Po definiciji spadajo v to skupino vsaj še klinike, razširjeni strokovni kolegiji in Slovensko zdravniško društvo s svojimi združenji; iz razlogov, ki so izven obsega tega sestavka, pa vsaj na področju psihiatrije slednji ne delujejo kot **zunanje ogrodje**. Bolnišnice potrebujejo za optimalno delovanje obe vrsti **ogrodja**.

Da ne bom predolgo izumljal tople vode, prehajam k stvari. Trdim, da del sedanjih težav v zdravstvu izhaja iz šibkosti **notranjega ogrodja** bolnišnic ob premalo prilagojenem (ali ne dovolj natančno ukrojenem) in včasih preveč intenzivno se spreminjajočem, drugič pa preveč inertnem **zunanjem ogrodju**. Ker približno poznam razmere v psihiatriji, drugje pa ne, veljajo moja razmišljanja predvsem tej stroki.

Najprej o šibkosti **notranjega ogrodja**. Primeri, ki sledijo, niso izmišljeni. Dogajajo se v različnih psihiatričnih bolnišnicah po

Sloveniji.

Primer 1: Bolnišnica zaide v finančne težave. Navodilo vodstva med drugim zahteva bolj dosledno upoštevanje strokovnih spoznanj pri odločanju za hospitalizacijo oziroma skrajševanje hospitalizacije, kadar je to po strokovnih spoznanjih dopustno. Več mesecev po izdaji navodila je v bolnišnici še vedno hospitaliziran bolnik z zmerno izraženo psihoorgansko prizadetostjo, ki za vikende redno odhaja domov. Z bivanjem v bolnišnici je zadovoljen, svojci pa tudi. Njegovo psihično stanje se že več mesecev ni spremenilo. Svojcem nihče ni omenil, da bo potrebno hospitalizacijo zaključiti.

Primer 2: V bolnišnici se pojavijo težave z medicinsko dokumentacijo. Dežurna ekipa izven rednega delovnega časa pogosto težko pride od tistih popisov bolezni, ki so še v delu in jih imajo zato zdravniki tudi v svojih sobah. Po večurnih dogovarjanjih, v katerih sodelujejo tako zdravniki kot delavci drugih poklicev, je izdano navodilo, kje naj bodo shranjeni takšni popisi. Kak mesec po izdaji navodila je mogoče najti medicinske popise skoraj v vseh zdravniških sobah, stanje je praktično enako kot v obdobju pred navodilom. Celo bolj neobičajno je tozadevno stanje v drugi bolnišnici, kjer dežurna ekipa že v osnovi nima dostopa do popisov bolezni in se, kot kaže, problema sploh še niso lotili.

Kakšni so razlogi za šibko **notranje ogrodje**? Deloma v prepričanju, da vsak zdravnik pač najbolje pozna svojega bolnika in zato tudi najbolje ve, kako ga obravnavati. Kar je načelno seveda res. Res pa je tudi, da tako prepričanje včasih postane alibi za neupoštevanje veljavnih strokovnih smernic, ki zagotavljajo večjo kakovost zdravljenja, in organizacijskih navodil, ki so nujna za urejeno delovanje bolnišnice. Prepričanje v absolutno avtonomijo zdravnika je tako močno, da ni nič izjemnega, če na vprašanje o razlogu za ravnanje v nasprotju s sprejetimi navodili dobiš odgovor: "Ker sem se pač tako odločil!" Ker smo tudi zdravniki krvavi pod kožo, je tako prepričanje včasih tudi zaslonba za zmanjševanje delovnih ob-

veznosti s podaljševanjem hospitalizacij. Tako prakso posamezni kolegi v določenih situacijah celo odkrito priznajo.

Utrjevanje **notranjega ogrodja** je seveda stvar vodstva bolnišnic, natančneje direktorjev. Zdi se, da ti v zadnjem času nimajo niti časa niti energije za takšno zahtevno in naporno delo, saj so preobremenjeni z nečim enako zahtevnim in napornim: s prilagajanjem bolnišničnega delovanja **zunanjemu ogrodju**. Tega dela ni mogoče odložiti (tako kot odložijo prej omenjeno), ker zahteve prihajajo v obliki zakonov in drugih predpisov, stavekavnih groženj, finančnih pravil in podobnega. Izpolniti jih je treba takoj zdaj, saj bodo sicer tudi posledice občutne brez odlašanja. Ne tako redko si zahteve posameznih elementov **zunanjega ogrodja** tudi nasprotujejo. Bodisi po naravi stvari (Ministrstvo - sindikati) ali pa iz težje prepoznavnih, za večji del strokovne javnosti celo nerazumljivih in morda tudi z običajnimi človeškimi slabostmi pogojenih razlogov (Ministrstvo - Zbornica - Zavarovalnica). Premalo domišljeno in prehitro spreminjajoče se **zunanje ogrodje** je torej - na videz paradokсно - razlog za šibkost **notranjega ogrodja**. Seveda pa je zelo logično, da še tako domišljene ukrepi Ministrstva, Zavarovalnice in Zbornice (**zunanje ogrodje**) ne bodo dali zelenih rezultatov ob šibkem **notranjem ogrodju**.

Na prvi pogled bi sklepali, da ima šibko **notranje ogrodje** tudi svoje dobre strani. Da je to pravzaprav demokracija, ki daje več priložnosti za kreativnost in razvoj. Nekje sem prebral sočen izraz "okostenele birokratske strukture" v zvezi s hierarhijo v medicini, ki zavira razvoj. Resnica je (kot je v njeni navadi) bolj zapletena. V medicini je že za ohranjanje dosežene ravni delovanja, kaj šele za razvoj, potrebno veliko sodelovanja - tako po horizontali kot po vertikali. Šibko **notranje ogrodje** morda še omogoča pojavljanje novih idej, ne pa njihove izpeljave, ker ne dopušča tvornega sodelovanja in prenosa idej v rutino. (Podobne težave z izpeljavo idej se lahko pojavijo ob neusklajenosti elementov **zunanjega ogrodja**, vendar po-

drobneje o tem ne bom razpravljaj.)

Primer 3: V psihiatričnih ambulantah smo pričra čezmernemu podaljševanju čakalne dobe. Izrazit primer šibkosti **notranjega ogrodja** ustanove je, da sploh ne pride do kakih vsebinskih pogovorov, kako ta problem rešiti, čeprav se o nujnosti rešitve zdravniki strinjajo in se pojavljajo tudi posamezne ideje, kako to storiti. Na strokovnih sestankih se pojavljajo bodisi predstavitve farmaceutskih preparatov ali pa potekajo pogovori, kako se prilagoditi ne dovolj domišljenim in usklajenim spremembam **zunajega ogrodja**.

V zadnjem obdobju se dogaja več takih sprememb. Navajam dva najbolj znana primera.

Primer 4: Sprejete so bile Spremembe zakona o zdravniški službi (če bo sreča mila in Državni zbor razumen, bodo razveljavljene oz. odložene, ko bo to pisanje objavljeno). Če bi jih izvajali, bi v bolnišničnem delu prišlo do upada kakovosti dela, v ambulantnem pa do zmanjšanja števila pregledov in/ali kakovosti dela. Zaradi spremenjenega načina dežuranja bi zdravnikom ostalo manj časa za redno delo; v krajšem času pa bodisi narediš manj ali pa narediš toliko kot prej, a manj kakovostno. Zadevo bi bilo mogoče izvesti čez nekaj let, če bi sedaj lahko zaposlili nove zdravnike. To za večino bolnišnic ni mogoče iz dveh razlogov: a) ker ni denarja (Cesar v Butalah bi dejal: "Hvala, to pojasnilo mi povsem zadošča!", a vseeno povejmo še drugega) in b) ker je število specializantskih mest omejeno. Gre torej za spremembo **zunajega ogrodja**, ki je med posameznimi dejavniki povsem neusklajena in se ji ni mogoče prilagoditi brez padca kakovosti in/ali količine opravljenega dela. Tudi če bo uredba res odložena, smo v bolnišnicah porabili obilo časa in energije za usklajevanja, pregovarjanja, simulacije in podobno. V najboljšem primeru bomo rekli: "Škoda časa."

Primer 5: V pripravi je sprememba financiranja bolnišnic, uvedba znamenitega sistema DRG. Na kratko, gre za plačevanje po diagnozah, ki jih dobijo bolniki ob odpustu. Resnejša diagnoza, več denarja; več diagnoz, več denarja. Sistem je tako zapleten, da imajo v Avstraliji, od koder ga presajajo k nam, zaposlene posebej izobražene "koderje", ki se ukvarjajo samo s postavljanjem diagnoz in šifriranjem za potrebe financiranja. V Sloveniji bodo menda delo koderjev opravljali kar obstoječi zdravniki - doslej ni bilo reče-

no, da bodo na ta račun mogoče dodatne zaposlitve. To seveda pomeni manj časa za drugo (osnovno!) zdravniško delo. Hkrati v psihiatriji ni pričakovati nobenih bistvenih koristi od plačevanja po diagnozah. Posamezne bolnišnice namreč v veliki meri pokrivajo svoja območja, odlivi v druge regije so skromni in dokaj uravnoteženi s prilivi. Klinika ne opravlja klasičnih terciarnih storitev - zdravljenja bolnikov z zahtevnejšimi bolezenskimi stanji. V prihodnosti je pričakovati še izrazitejšo sektorizacijo, ki je del razvoja skupnostne psihiatrije. Če bo diagnosticiranje po novem opravljeno pravilno, se delitev denarja torej ne bo bistveno spremenila. Zakaj potem vlagati toliko truda in časa?

Zanimivo, da glede DRG niso vsi tako črnogledi. Direktor bolnišnice iz Primera 1, ki se zaveda šibkosti **notranjega ogrodja** svoje bolnišnice, pričakuje, da bo ob natančnejšem in skrbnejšem diagnosticiranju tudi drugo delo z bolniki potekalo bolj v skladu s spoznanji stroke in z organizacijskimi navodili. Da torej ne bodo hospitalizirani tisti bolniki, ki jih je mogoče zdraviti na druge načine, ali tisti, ki od zdravljenja ne morejo pričakovati izboljšanja zdravja. S tem se ne morem strinjati. Če pustimo ob strani, da je DRG namenjen predvsem financiranju, ni nobenega razloga, da bi kolega nepotrebno hospitalizacijo prekinil samo zaradi spremenjenega načina diagnosticiranja. Prepričan sem, da je tudi sedaj prišel do pravilne diagnoze. Če se ne bo okrepilo **notranje ogrodje** bolnišnice, ne bo uspeha. Kot v naslednji zgodbi.

Noč. Oseba, ki z manj zanesljivo hojo nakazuje pomembno vsebnost alkohola v krvi, hodi v območju kroga, ki ga svetloba ulične svetilke riše na ulico. Videti je, kot da nekaj išče. Pride znanec: "Kaj iščeš?" "Ključ od stanovanja." "Kako, si ga izgubil prav tukaj?" "Nee..." "Zakaj, vraga, pa ga potem iščeš tukaj?" "Zato vendar, ker je tukaj svetlo!"

V zaključku želim z zadnjim primerom ilustrirati znani pojav, ko se lahko skrajnosti na določeni točki spremenijo v svoje nasprotje.

Primer 6: Sedanji minister za zdravje je bil pred sedanjo funkcijo strokovni direktor največje slovenske zdravstvene ustanove. V tistem obdobju je v seriji odmevnih in provokativnih člankov v dnevnem časopisju zapisal med drugim, da se slovenski zdravniki na splošno ne držijo zadosti sprejetih načel pri zdravljenju. Zlasti kronične bolni-

ke je dobesedno vzpodbujal, naj si poiščejo drugo mnenje, če je le mogoče. Ko sem to bral, sem bil prizadet in razočaran, saj sem zaupanje bolnika v zdravnika razumel kot pravzaprav nujen sestavni del zdravljenja. Ocenil sem, da poziv k splošnemu nezaupanju morda prinaša več škode kot koristi. Čeprav tega mnenja nisem spremenil, gledam sedaj na apel (takratnega) strokovnega direktorja drugače. Razumem ga tudi kot nemogoče vplivati na način dela zdravnikov in kot priznanje šibkosti **notranjega ogrodja** bolnišnice. Ob tem se nazorno kaže, kako pretirana avtonomija zdravnikov, tista, ki omogoča tudi ignoriranje sprejetih načel zdravljenja, pripelje do situacije, ko zdravstvo kot stroka izgublja avtonomijo, saj ga začnejo urejati od zunaj - v tem primeru se kot **zunajega ogrodje** pojavijo mediji.

Minister je pred kratkim slovensko zdravniško javnost ponovno razburkal - tokrat s trditvijo, da vladajo v slovenskih bolnišnicah kaotične razmere. Z njegovo oceno se ne morem strinjati (ponovno govorim le o psihiatriji). Menim, da ni mogoče govoriti o kaotičnosti in uporabo tako ostrega izraza razumem v političnem kontekstu. Če pa dikcijo izrazito ublažimo, je povedal prav to, da je **notranje ogrodje** v bolnišnicah šibko. Ob tveganju, da problem preveč poenostavljam, trdim naslednje: notranja urejenost in stabilnost bolnišnic je odvisna tudi od Ministrstva za zdravje. Domnevam, da ima Ministrstvo na razpolago mehanizme, kako izboljšati **notranje ogrodje** bolnišnic. Ne dvomim, da ima možnost, da se vzdrži negativnih vplivov (tu mislim seveda na premalo domišljene in usklajene zakonske obveznosti in druge predpise). Nekaj podobnega verjetno velja za druge glavne elemente **zunajega ogrodja**, vključno s sindikati - ob upoštevanju posebnega položaja slednjih.

Kako rešiti problem šibkega **notranjega ogrodja** bolnišnic? Ne domišljam si, da poznam jasen odgovor. Kot strateška usmeritev se mi zdi vendar uporabna naslednja misel: Potrebno je najprej o tem govoriti - umirjeno, a brez dlake na jeziku. Potem je potrebno uvesti moratorij na ne dovolj domišljene zunanje zahteve po nujnih spremembah. Prepričan sem, da je mogoče tudi od zunaj vzpodbuditi proces krepiteve notranjega ogrodja. Šele takrat, ko bo ta proces uspešno izpeljan, bodo dani pogoji tudi za uspeh drugih sprememb v zdravstvu.

In dobre želje? Božiček in Dedek Mrz

(ko to pišem, je Miklavž za letos že zaključil) naj prineseta Ministrstvu, Zbornici in drugim dejavnikom **zunanjega ogrodja** čimveč medsebojne ljubezni in razumevanja, pa tudi modrosti, da ne bodo brez potrebe tolkli drug po drugem. Da ne bodo žagali drug drugega, ker ob takih prilikah dobijo nič hudega sluteči opazovalci v najboljšem primeru žaganje v oči, lahko pa pride tudi do hujših poškodb. Naj si v teh prazničnih dneh privoščijo vsaj malo meditativ-

nega razpoloženja, naj se od časa do časa samorefleksivno ozrejo nazaj po lastnih stopinjah v snegu in se nato brez naglice odločijo, kako in kam naprej. Naj si vzamejo odmor za poslušanje kake lepe božične pesmi, morda bodo potem lažje slišali drug drugega in sprejeli celo katerega od komentarjev, ki prihajajo iz bolnišnic. Kaj naj dobrodušna možaka prineseta bolnišnicam? Če bosta obdarila zgoraj navedeno skupino tako, kot si želim, pravzaprav tudi njim zelo us-

trežeta. Če pa je v vreči in košu ostalo kaj malega miru in kaka čokolada za energijo, ne bo odveč; to bi bolnišnicam prišlo zelo prav za obnavljanje **notranjega ogrodja**. Tega jim ne morejo dati ne država, ne partija, ne vsi trije decembrski možaki skupaj; ustvariti ga morajo (ob ugodnem stanju **zunanjega ogrodja**) s svojim delom in v potu svojega obraza.

## Razlogi proti kloniranju

Matjaž Kopač

**P**o navedbah predsednice družbe Clonaid naj bi se konec decembra 2002 neki ameriški "materi" (je to sploh primeren izraz?) rodil prvi kloniran otrok na svetu, januarja letos pa še lezbičnemu paru na Nizozemskem. Nekateri države, kot so Nemčija, Velika Britanija in ZDA, so kloniranje že prepovedale.

Kloniranje je etično sporno iz več razlogov. Pri postopku je namreč še toliko neznan, da posledic zaenkrat sploh še ne moremo predvideti. Zelo verjetno bi pri kloniranju prišlo do novih genskih mutacij, ki bi kasneje lahko ogrožale celotno človeštvo in ne le nosilcev teh mutacij. Milijone let je bilo potrebnih za nastanek dovršenega načina nastajanja novega življenja s spojitvijo genskih zapisov dveh različnih oseb, pri katerem je tudi tveganje za mutacije manjše. Dobro je znano, da ima znamenita ovca Dolly zdravstvene težave (artritis), da ne omenjamo dejstva, da so pred njeno skotitvijo opravili preko 200 neuspešnih poskusov. Pri številnih kloniranih živalih so poleg nekaterih

degenerativnih bolezni opazili tudi nove in dotlej neznane hude nepravilnosti različnih organov (ki jih ne morem navesti, saj (še) nimajo ustreznega strokovnega izraza), ki so jih dokazali tudi s temeljitimi histološkimi analizami organov poginulih živali. Izsledki tovrstnih raziskav govorijo za to, da pri kloniranju obstaja resno tveganje za nastanek povsem novih bolezni, po drugi strani pa zaenkrat ni prav nobenih znamenj, ki bi nakazovala konkretne možnosti zdravljenja nekaterih bolezni. Tudi kloniranje z namenom pridobitve izvornih celic se zdi sporno. Ali je sprejemljivo ustvarjati nove zarodke, novo življenje, da jih potem v fazi blastociste uničijo, da pridobijo nekaj izvornih celic? Vsako življenje je vendar nedotakljivo.

Hipokratova prisega, kateri smo na svoji poklicni zdravniški poti zavezani vse življenje, je jasna in nedvoumna, saj nam nalaga, da življenje varujemo od spočetja dalje.

Kloniranje se mi na nek način zdi podobno kot odpiranje Pandorine skrinjice v sta-

rogški mitologiji. Ko je Pandora kljub prepovedi odprla skrinjico, ki ji jo je podaril Zevs, je iz nje uslo vse zlo, vse tegobe in bridkosti človeštva in se razširilo po svetu, v skrinjici pa je ostalo le upanje. Ko je skrinjico zaprla, je bilo že prepozno...

Zanimiva in po svoje zgovorna je zgodba o nastanku sekte raëljanecv, ki je tako rekoč glavni protagonist kloniranja in je v tesni povezavi s podjetjem Clonaid. Omenjeno sekto je ustanovil Claude Vorilhon, ki se je poimenoval Raël, nekdanji športni novinar s področja avtomobilskih dirk, ki trdi, da so ljudje nastali pred približno 25.000 leti s kloniranjem vesoljskih bitij. Zaskrbljujoče je, da ima sekta seznam 2.000 ljudi, ki so pripravljene odšteti po 200.000 dolarjev, da bi se lahko klonirali.

Zaključil bi z mnenjem, da bi bilo v naši državi smiselno prepovedati vsakršno obliko kloniranja. Le tako lahko zagotovimo, da bo naša vest čista pred prihodnjimi rodovi in nenazadnje tudi pred nami samimi.

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



# Koliko si res želimo manj delati?

Z novim Zakonom o delovnih razmerjih (Ur. list 42/02) in Zakonom o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravniški službi (Ur. list 67/2002, 26. 7. 2002, stran 7.577) je bila uzakonjena pravica do počitkov in maksimalnih delovnih obremenitev. Zakona usklajujeta delovne obremenitve z direktivo Evropske skupnosti (93/104/EC), sprejeto 23. 11. 1993. Če bi sledili črki zakonov ali direktivi, bi delali na teden povprečno največ 48 ur, pri čemer veljajo še dodatne omejitve in pravila za nočno delo (zdravstveni pregledi, maksimalno 8-urni delavnik itn.).

Na prvi pogled je vse lepo in prav, zdravniki bomo imeli več prostega časa in na splošno bomo bolj spočiti. Vsem nam, ki delamo v zdravstvu, je jasno, da to še najmanj šest let ne bo izvedljivo. Da bi dosegli sedanjí standard zdravstvene dejavnosti, bi morali izobraževati in zaposlovati bistveno več zdravnikov kot do sedaj. Takih sprememb v izobrazbeni in zaposlovalni politiki ni videti in je tudi vprašljivo, ali bi jih gospodarstvo preneslo. Izobraziti in zaposliti dodatnega delavca je namreč bistveno dražje (socialno in zdravstveno zavarovanje, davki!), kot plačevati nekomu nadure, da opravi dvakrat več dela. Primerjava stroškov in števila zaposlenih kirurgov je še ugodnejša, če upoštevamo, da se precej dela v moji specialnosti opravi v dežurstvu in da je to delo sedaj plačano manjši del kot učinkovito delo, večji pa kot neefektivno. To se bo v prihodnosti sicer moralo spremeniti, ker direktiva EU definira vsako prisotnost delavca na delovnem mestu kot delo: "working time shall mean any period during which the worker is working, at the employer's disposal and carrying out his activity or duties, in accordance with national laws and/or practice!"

Kakorkoli že, zahteva sindikata ter deklarirani trend Ministrstva za zdravje in vodstev zdravstvenih zavodov nedvomno kaže ta v smeri bistveno večjega zaposlovanja kirurgov in zmanjšanja obsega strokovnega - in če že hočete, manualnega "kravega" - dela per capita!

Bolj skrito pri tem ostaja dejstvo, da bi po novih pravilih in zahtevah glede zaposlovanja kirurgi ne samo delali, ampak tudi operirali bistveno manj kot do sedaj. Naj po-



*"Že ob 07:55 se nabira pred okenci dolga vrsta. Vsi ki stojijo v vrsti vedo, da je pred njimi še najmanj ena ura čakanja!"*

nazorim to s primerom Kliničnega oddelka za travmatologijo, na katerem delam. V času od 1. 1. 2001 do 31. 12. 2001 smo na našem kliničnem oddelku (nekoč klinika s 199 posteljami, 4 OP-dvoranami in dnevno 10 ambulantami) opravili 3.375 večjih operativnih posegov in artroskopij ter okoli 18.000 manjših operativnih posegov. Skupno je trenutno na kliniki zaposlenih 22,5 specialista (1/2 zato, ker eden dela samo s polovičnim delovnim časom). To pomeni, da je v tem letu vsak specialist kot operater opravil povprečno 150 večjih operativnih posegov, 12,5 na mesec oziroma dobre 3 na teden. Seveda obstajajo razlike v številu opravljenih operacij med posamezniki. Ne nazadnje rekonstruktivni poseg ali večja operacija na hrbtenici in medenici vzame bistveno več časa kot artroskopija, toda na splošno lahko to poenostavimo in zanemarimo te razlike.

Vzrok velikim potrebam po zdravnikih v predvidenem sistemu je v obsegu dela, ki poteka sočasno. V dopoldanskem času tako teče delo hkrati na oddelkih (6+2), v 3 do 4

operacijskih dvoranah in na 7 ambulantnih lokacijah. V popoldanskem času skrbi (zaenkrat) za oddelke dežurna ekipa, še vedno pa poteka delo na 3 ambulantnih lokacijah in v urgentni operacijski dvorani. Kadarkoli ponoči obratujeta dve ambulanti in po potrebi operacijska dvorana.

Če bi do črke sledili na začetku omenjenim dokumentom, bi potrebovali na našem kliničnem oddelku v primeru 12-urnih turnusov vedno prisotnih najmanj 33 specialistov samo za opravljanje rutinskih vsakodnevni nalog, v primeru 8-urnih turnusov pa se to število povzpne na 39. Razlika nastopi zaradi minimalnega vmesnega počitka, ki znaša po zakonu najmanj 12 ur. Prej omenjeni številki (32 oziroma 39) moramo zaradi dopustov, bolniških in drugih odsotnosti pomnožiti z 1,25! Zahtevani števili zaposlenih specialistov bi bili torej 40 (oziroma 49)! Ker ni pričakovati, da bi se OP-programi širili - v zadnjih šestih letih so se celo 2-krat krčili - bi to pomenilo, da bi specialist opravil na leto v povprečju dobrih 84 ope-

racij (oziroma 69), kar pomeni 1,6 na teden (oziroma 1,3). Bo to dovolj, da bo travmatolog suveren na mnogih različnih področjih lokomotornega aparata?

Kot pogoj za pristop k specialističnemu izpitu se od sedanjih specializantov zahteva, da bodo opravili 600 operacij v predvidenih šestih letih. Če bi potegnili (sicer dokaj smelo) analogijo s specialisti, bi to pomenilo, da bodo v najboljšem primeru do specializirali v 7,1 (oziroma 8,7) leta.

Na srečo stvari niso tako linearne. Evropska direktiva je že v samem uvodu iz omejitve delovnega časa izvzela "doctors in training". V naši zakonodaji specializanti in sekundariji niso izvzeti a priori, vendar se za njih dopuščajo večje delovne obremenitve kot za ostale zdravnike. Po drugi strani moramo upoštevati, da bodo specializanti kirurgije v primerjavi s specialisti sicer opravili večje število malih posegov (oskrba ran, ekscizije, incizije...), a manj enostavnih "večjih" operacij in zelo malo zapletenih "ve-

likih"! Posledično bodo zato specializacije daljše kot predvidenih šest let, pa tudi specialisti bodo manj izkušeni kot do sedaj.

Z razvitimi državami po svetu, kot so ZDA, Kanada in Japonska, se ne moremo primerjati, ker so okoliščine v zdravstvu preveč drugačne. Kirurgi tam delajo najmanj 12 ur na dan (ponovno poudarjam, da so tudi ostale okoliščine bistveno drugačne)!

Evropske države so trenutno v prehodnem obdobju oziroma "harmoniziranju" svoje zakonodaje z direktivo. Najbolj so se ciljem o omejitvi dela približali v Skandinaviji (Danska, Švedska), vendar so specializacije tam nenormalno dolge (tudi po 12 let), ambiciozni kadri pa jim bežijo v tujino. Drugje (Nemčija, Švica) se formalno približujejo ciljem, a le zato, ker je formalni (predpisani) vsakdanji delovni čas za 4 do 5 ur krajši kot dejanski.

V naši državi bi bila ena od možnih rešitev, da bi se zdravniki izvzeli iz sistema javnih uslužbencev in bi postali samostojni ter

delali po posebnih pogodbah. Ta rešitev se zaenkrat ne zdi verjetna, saj smo priča vedno večjega normiranja in vkalupljanja zdravnikovega dela z bolniki, kar vodi v drugo smer. Rešitev v tej drugi smeri bi bil edino poseben zakon, ki bi dodelil zdravnikom poseben status in jim priznal, da morajo delati več od ostalih. Glede na politične razmere tudi to ni verjetno.

Menim, da bo potrebno redefinirati strateške cilje zdravstvenega izobraževanja, zaposlovanja in zakonodaje. Postavljeni smo pred izbiro, ali ohraniti sedanji trend in imeti kirurge, ki bodo sicer bolj spočiti, a zato manj izkušeni, ali pa priznati, da določene specialnosti zahtevajo več angažmaja in obremenitev. Konec koncev tudi sama direktiva v 18. členu priznava izjeme glede omejitve delovnega časa in dobro bi bilo, ko bi jih predvideli, priznali in upoštevali tudi naši zakonodajalci.

P.S.: naslov avtorja je znan uredništvu.

# Veliki slovar tujk in Slovenski medicinski slovar

Marinka Kremžar

Zanimanjem, pa tudi zaradi potrebe, sem težko pričakovala izid večkrat napovedanega in res potrebnega slovarja tujk. Zato sem z zadovoljstvom sprejela pisno vabilo založnika za nakup in tudi takoj vplačala prednaročniško ceno. Prvi izvod so bili postavljeni "na ogled" na knjižnem sejmu v začetku decembra 2002, svojega pa sem prevzela čez nekaj dni pri Mladinski knjigi, kjer sem ga vplačala. Tako sem imela v rokah za slovenski jezik in kulturo imenitno knjigo, po navajanju založnika "izdelek številnih strokovnjakov in njihovih sodelavcev".

Spodobiti se, da ga na kratko predstavim. Veliki slovar tujk (VST) je izdala Cankarjeva založba v prvi polovici decembra 2002. Urednik in redaktor je Miloš Tavzes, urednik založbe Tine Logar. V knjigi so navedeni tudi redaktorji, tehnični redaktorji, lektorji, strokovni svetovalci, zbiralci in ureje-

valci gradiva do septembra 2001 ter avtorji in urejevalci gradiva za obdobje marec-oktober 2002; napisano je tudi, da je bila redakcija končana 11. novembra 2002. Sledi obvezno opozorilo založbe: vse pravice pridržane - in v nadaljevanju: **brez pisnega dovoljenja Cankarjeve založbe d.d. je prepovedano reproduciranje, distribuiranje, dajanje v najem, javna priobčitev, predelava ali druga uporaba vsebine velikega slovarja tujk ali njegovih delov v kakršnemkoli obsegu ali postopku, vključno s fotokopiranjem, tiskanjem ali shranitvijo v elektronski obliki.** Vsa navedena opozorila mi vlivajo strah v kosti, kajti že pri nadaljnjem listanju po knjigi sem našla mnoge podobnosti in celo enakosti v podajanju gesel in njihovih razlag s tistimi, ki jih imamo v Slovenskem medicinskem slovarju (SmedS) - to bi lahko pomenilo, da smo sodelavci nastajajočega medicinskega slovarja prepiso-

vali gradivo iz Velikega slovarja tujk.

Na naslednjih straneh so navedeni avtorji in uredniki po posameznih področjih. Osemnajst jih je, pod števil. 9 so za medicino navedeni Katarina Grego, Cvetana Tavzes, Miloš Tavzes - vsi odgovorni za MED. Nihče od njih ni profesor Medicinske fakultete, so pa bili in so še sodelavci Slovenskega medicinskega slovarja. UVOD na strani VIII in IX razlaga bralcu in uporabniku razloge za nastanek in razširitev ter posodobitev Verbinčevega Slovarja tujk; v novi slovar tujk je vključenih približno 45.000 gesel, s podgesli približno 80.000; večino avtorsko obdelanih področij so uredili študenti ob svetoivanju svojih profesorjev in drugih strokovnih sodelavcev.

Končujem predstavitev knjige Veliki slovar tujk, kar smatram za potrebno v zvezi s prvim delom naslova mojega prispevka.

Drugi razlog mojega oglašanja in pisanja

je šokantno doživetje ob prvem listanju po knjigi in spoznavanju slovarske vsebine, v katero so dodani medicinski termini posameznih specialnosti, tj. navajanje mnogih,

poudarjam, zelo mnogih gesel in geselskih zvez z razlagami, ki so mi bile znane, saj sem že nič manj kot šestnajst let vključena v delo in priprave Slovenskega medicinskega slo-

varja, ki je tik pred izidom. Za vzorec navajam (*pars pro toto*) le nekaj primerov kar s prvih strani črke A, B in C (prva razlaga je vedno iz VST, druga pa iz SmedS):

adenoakantom -a	adenokarcinom, v katerem so tudi predeli ploščatoceličnega karcinoma MED, -
adenofibrom -a	adenokarcinom, v katerem so tudi predeli ploščatoceličnega karcinoma; benigni tumor iz žleznih in vezivnih elementov, navadno v jajčniku MED -
adeokarcinom -a	benigni tumor iz žleznih in vezivnih elementov, navadno v jajčniku; maligna novotvorba žleznega tkiva MED -
adenom -a	maligna novotvorba žleznega tkiva; benigna novotvorba žleznega tkiva MED -
adenomiom -a	benigna novotvorba iz žleznega tkiva; tumor iz žlez in gladke mišičnine MED -
bacilemija -e	tumor iz žlez in gladke mišičnine; prisotnost bacilov v krvi MED -
bakteriostatičen, -čna -o	prisotnost bacilov v krvi ki zavira rast in razmnoževanje bakterij FARM -
bakteriotoksemija -e	ki zavira rast in razmnoževanje bakterij; prisotnost bakterijskih toksinov v krvi MED. prisotnost bakterijskih toksinov v krvi.

Iz navedenih primerov je razvidno, da so razlage enake v obeh slovarjih (urednika za farmakološko in patološko področje v Uvodu VST nista navedena).

Naslednja gesla se v razlagah minimalno razlikujejo, npr. drugačen je vrstni red razlagalnih besed ali pa so nekatere besede zamenjane s sopomenkami:

abderoplastika -e	odstranitev odvečne kože in podkožja na trebuhu MED - kirurška odstranitev odvečne kože in podkožja pri visečem ali nagubanem trebuhu;
ablefarija -e	prirojeno manjkanje ali nerazvitost vek MED - prirojeno manjkanje ali močna nerazvitost vek;
adenocistom -a	benigna žlezna tvorba s cističnimi dilatacijami žlez; tudi cistadenom (op. avtorice: manjka oznaka stroke) - V SmedS je razlaga z istim besedilom napisana pri geslu cistadenom;
adenolimfom -a	monomorfni adenom žlez slinavk MED - V SmedS ima razlaga prvi del isti in se nadaljuje: z značilnim žleznim epitelijem in obilnim limfatičnim tkivom v intersticiju;
baktericid -a	snov, ki uničuje bakterije FARM - snov, ki "ubija" bakterije;
bakteriocin -a	beljakovinska snov posameznih bakterijskih sevov, ki uničuje bakterije drugih sevov iste vrste BIOKEM - beljakovinska snov posameznih sevov nekaterih bakterij, ki uničujejo bakterije drugega seva iste vrste;
cefalopagus -a	dvojčka z zaraščenima glavama MED - dvojčka, zaraščena z glavama;
cekalen -lna -o	ki se nanaša na slepo črevo MED - nanašajoč se na cekum;
cekum -a	1. slepo črevo vretenčarjev (manjka oznaka stroke) 2. izrastek votlega organa, ki se slepo končuje v telesni votlini ANAT. (op. avt.: kateri prof. anat. je to potrdil?) - začetni del debelega črevesa, v katerega se odpirata ileum in slepič;
cekostoma -e	kirurško narejena odprtina v slepo črevo, všita v kožo MED - kirurško narejena odprtina v cekum za odvajanje fecesa;
cerebelaren -rna -o	malomožganski, ki se nanaša na male možgane ANAT. - nanašajoč se na male možgane; sinonim malomožganski;
cerebrospinalen -lna -o	ki se nanaša na hrbtni mozeg (op. avt.: manjka oznaka stroke in kateri prof. anat. je tako razlago potrdil?) nanašajoč se na možgane in hrbtni mozeg;
cerebrozidoza -e	tezavrizmoza, pri kateri se v celicah kopičijo cerebrozidi MED. (op. avt.: gesla tezavrizmoza v VST ni!) - besedilo razlage je v SmedS isto.

Naj bo dovolj primerov za prvo informacijo, saj je že ta prikaz potrditev moje domneve, da gre za "nepooblaščen posnemanje tuje intelektualne lastnine", kar je po VST razlaga za geslo **plagiat -a**. Za konec: "Obsežna razširitev" Velikega slo-

varja tujk z vključitvijo strokovnega izrazja medicinskih ved, nenavedba imen urednikov oziroma profesorjev Medicinske fakultete in nepooblaščen uporaba s strani ožjega uredniškega odbora, ki niso dali niti ustnega niti pisnega soglasja, torej ni nanava-

den spodrseljaj ali nedolžen "tiskarski škrat", temveč je neodgovorno, nemoralno in obsojanja vredno dejanje.

Pišemo leto 2003, smo v tretjem tisočletju in gremo v Evropo! Ali ne?

# Dežurstva v osnovnem zdravstvu

(K zapisniku 16. seje IO ZZS)

Andrej Žmavc

*Spoštovani!*

IO ZZS je 7. novembra v 6. točki dnevnega reda svoje 16. seje obravnaval tematiko opravljanja del v osnovnem zdravstvu v skladu z veljavnimi licencami. Šlo je za problem dveh zdravnic, ki ju vodstvo ZD Ptuj želi vključiti v **dežurno službo za splošno in urgentno medicino**, za kar kot pediatrijni menda nimata licence. IO je točko sklenil s sklepom, **da naj pravna služba pripravi analizo pogojev, ki jih mora izpolnjevati zdravnik za izvajanje dejavnosti v rednem delovnem času in v času 24-urne dežurne službe na posameznem področju.**

V razpravi je bilo že uvodoma poudarjeno, da ne gre za enostaven rešljiv problem, kar je seveda povsem točno. Ker pa razprava ob omenjeni točki (zapisnik) daje vtis, da nekateri pojmi niso povsem jasno opredeljeni, in ker je tema izjemno pomembna, naj mi bo dovoljeno, da k tej problematiki dodam še lastno razmišljanje.

Zaplete se že ob vprašanju samem - ali lahko pediatrijni sodelujeta v dežurstvu za **splošno in urgentno medicino**. Pod dežurstvom za splošno medicino je verjetno mišljeno neprekinjeno zagotavljanje zdravstvene službe v osnovnem zdravstvu (OZ), pod urgentno medicino pa delo v enoti nujne medicinske pomoči (Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči v Sloveniji). Gre za dejavnosti, ki sta v manjših ZD združeni (enote 1B in 1A), večji ZD, kamor sodi tudi ZD Ptuj, pa imajo za ta namen posebne prehospitalne enote (PHE), v katerih delujejo (ali naj bi delovale) posebej usposobljene ekipe 24-ur na dan samo za nujno medicinsko pomoč. Te ekipe praviloma ne smejo opravljati drugega dela! Za delo zdravnikov (pa tudi zdravstvenih tehnikov) v PHE so predvidene posebne licence. Dogovor o licencah je sicer šele v pripravljalni fazi, vendar je povsem jasno, da zdravniki v OZ brez dodatnega usposabljanja niso ustrezno usposobljeni za delo v PHE, pa naj gre za splošne, družinske, šolske, otroške ali katerekoli druge zdravnike!

Težja je odločitev, ko gre za sodelovanje v (recimo) običajnem dežurstvu. Formalno gledano je seveda mogoče tolmačiti zadevo tako, da so vsi zdravniki s koncesijo in glavarino v OZ dolžni zagotavljati stalno dostopnost in je dežurstvo pač racionalno združevanje dejavnosti v času, ko redne ambulante ne delujejo. Vendar je to organizacijska, ne pa strokovna rešitev! Slednja bi, strogo gledano, terjala ločeno dežurstvo za otroško in odraslo prebivalstvo, kar pa je povsem neracionalno in verjetno tudi neizvedljivo. Po drugi strani stališče, **da pediater, ki nima licence iz splošne medicine, ne sme delati v dežurni službi za splošno medicino (dežurstvo za odrasle)**, tudi ni povsem točno. Ne gre namreč za dežurstvo za odrasle, ampak za celotno prebivalstvo, saj praksa kaže, da predstavljajo otroci od 30 do 40 odstotkov vseh pacientov v dežurstvu t. i. splošne medicine. Res pa je, da licenca iz splošne medicine "pokriva" tudi otroško populacijo, obratno pa ne velja za licence za šolsko medicino ali pediatrijo. Res je tudi, da se zdravniki v času sekundarijata v prvih šestih mesecih izpopolnjujejo iz urgentne medicine, vendar dežurstvo v splošni medicini večinoma ni urgentna medicina in tudi vsi zdravniki (starejši) niso opravili sedanjega programa sekundarijata. Ali lahko zahtevamo od pediatra, ki vrsto let dela samo z otroki, da mora zadovoljivo obvladati akutno patologijo starejšega prebivalstva? Glede tega je zdravnik z licenco iz splošne medicine na boljšem, saj ima lahko opredeljene odrasle paciente in otroke. Lahko! Ni pa nujno, da jih ima. Posebej ne v večjih ZD z močno pediatrično in šolsko medicino. Zdravnik z licenco iz splošne medicine lahko vrsto let dela le v domu upokojencev. Ali je tak splošni zdravnik ustrezno praktično usposobljen za delo z majhnimi otroki v dežurstvu?

Če je, je najbrž zato, ker vsa leta tudi dežura in se v tem času srečuje z otroki. Podobno lahko sklepamo tudi za pediatra, ki vrsto let dežura in se v tem času srečuje z odraslim prebivalstvom. In to je trenutno realno stanje.

Zato v sedanjem trenutku, predvsem zaradi organizacijskih razlogov, dežurstva v OZ ni mogoče omejevati izključno na licenco iz splošne medicine, četudi je to strokovno gledano morebiti najboljša rešitev. V praksi namreč sedaj dežurajo vsi profili zdravnikov v OZ. Z omejitvijo dežurstva samo na splošne/družinske zdravnike bi povzročili nepremostljive organizacijske težave predvsem v manjših ZD.

Vzemimo primer, ko v ZD dežura osem zdravnikov, od tega štirje splošni/družinski zdravniki, dva šolska zdravnika, en pediater in en specialist medicine dela. Z omejitvijo dežurstva ostalim bi splošni zdravniki zaradi obilice dežurstva svojega rednega dela praktično ne mogli več opravljati. V večjih ZD bi morda še šlo, a tudi tam za ceno nenormalnih dodatnih obremenitev splošnih/družinskih zdravnikov in z bistveno okrnjenim rednim delom v ambulantah.

Ne glede na pogoje, ki jih bo pripravila pravna služba, je torej rešitev potrebno načrtovati šele za nekaj let naprej, in to vključno s spremembo normativa za splošne/družinske zdravnike, ki jih za normalno delo že sedaj primanjkuje. Kakršnokoli dodatno obremenjevanje teh zdravnikov z ekskluzivno pravico in dolžnostjo opravljanja dežurstva bi v najkrajšem času sesulo osnovno zdravstveno službo!

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



# Pavel Gantar: Internet za vse državljane (Delo, 17. 12. 2002) - Ali res?

Spoštovani gospod minister,

ob zaslišanju za ministra pred dnevi ste dejali, da je glavna naloga v prihodnosti še nadaljnje povečanje pristopa do interneta. Pred slabim mesecem dni smo zdravniki dobili obvestilo Vašega ministrstva, da zdravniki "niso več v krogu upravičencev do individualnega dostopa na omrežje ARNES".

Pred kakšnimi osmimi leti je ARNES ponudil (takrat še relativno težko dosegljiv ali pa drag) dostop do interneta tudi zdravnikom. Mnogi smo tako hitreje spoznali vse prednosti tega medija pri strokovnem delu. Bojim se, da bi z ukinitvijo dostopa ukradli kar nekaj mozaikov znanja na medicinskem področju. Poskusil Vam bom razložiti, zakaj:

- verjetno že veste, da zdravniki že zdavnaj ne zdravimo več le na podlagi knjig, preštudiranih na fakulteti. Bistvena je novejša literatura, obstajajo iskalci informacij iz več tisoč svetovnih medicinskih revij, elektronske revije in knjige, "online" postopki za kontinuirano podiplomsko izobraževanje, obvestila o kongresih in povzetki s svetovnih kongresov. Pri iskanju najboljšega zdravljenja s pomočjo literature je vsak zdravnik raziskovalec;

- precejšnji del zdravnikov redno dobiva na svoj elektronski naslov kazala vsebine medicinskih revij, novosti nacionalnih in mednarodnih strokovnih združenj, novosti na strokovnih portalih, se vključuje v zdravstveno svetovanje državljanom po internetu. Preko sedanjega naslova elektronske pošte so navezani stiki s kolegi po svetu. Vseh nimam v imeniku, da bi jim sporočil spremembo, marsikateri stik bo izgubljen;

- z novimi kriteriji za dostop je zdravstvo skoraj v celoti izločeno, ostaja pa pravica za celotno kulturno, šolsko, športno in znanstveno sfero. Brez zamere, ampak zakaj je do dostopa upravičen športnik ali referent za kulturo, zdravnik pa ne. Minister za zdravje pa nič, ima verjetno preveč drugih problemov;

- zakaj je ohranjen dostop za klinične oddelke v Ljubljani, Mariboru in Celju, kjer je dostop do informacij in literature že itak lažji? Od ministrstva bi pričakoval skrb za vse državljane, poskus olajšati dostop do informacij zdravniku v najbolj zakotni vasi, ne pa mu vzeti še tisto, kar ima;

- po moji oceni ni več kot 500 zdravnikov v Sloveniji, ki za povezave uporabljajo ARNES-ov elektronski naslov. Ne verjamem, da je to strošek, ki bi ogrozil proračun Ministrstva za informacijsko družbo.

Gospod minister, pozivam Vas, da še enkrat premislite o zgoraj povedanemu. Zagotavljam Vam, da bo veliko kolegov veselih, če se boste drugič odločili drugače. ■

Lep pozdrav,

*Boštjan Lovšin*  
*bostjan.lovsin@guest.arnes.si*

## A. Kansky in sodelavci: Kožne in spolne bolezni

Novi učbeniki so vedno zanimivi, saj nudijo bralcu pregledno in kakovostno besedilo ter obenem omogočajo primerjavo z drugimi viri. Gradivo mora biti predstavljeno jasno in natančno. Bralcem, ki so tudi učitelji, je seveda pomembno, kako so posamezne trditve razložene in ali so omenjene kakšne nove razlage. Profesor Kansky in sodelavci so napisali nov slovenski učbenik dermatologije, ki bo nadomestil deset let staro knjigo Betetta in Fetticha. V preteklem desetletju so odkrili precej novega v bazičnih znanostih in tudi v dermatologiji in venerologiji. V mislih imam predvsem odkritja na področjih molekularne biologije in imunologije, ki vplivajo na diagnostično obdelavo in zdravljenje.

Knjiga profesorja Kanskega je privlačna, gradivo je primerno razporejeno, kar olajša študij in omogoča strokovno primerjavo.



Knjiga pokriva obsežno področje in pomaga začetniku, da se seznani z dermatologijo. Tudi specialisti dermatologi jo lahko koristno uporabijo, predvsem za primerjavo podatkov. Učbenik je sestavljen po principih klasične dermatologije in venerologije. Standardni opisi posameznih bolezni omogočajo njihovo lažje prepoznavanje, pri tem koristijo tudi standardizirane okrajšave. Besedilo je na primerni strokovni višini, le izje-

moma je nekoliko poenostavljeno. Reference na koncu nekaterih poglavij so pomanjkljive, nadomeščajo jih priporočila za nadaljnje branje, kar mestoma zmanjšuje vrednost. Kot primer navajamo trditev, da je hidradenitis supurativa nalezljiva bolezen, kar je v nasprotju s sodobnim pogledom, da je bolezen podobna aknam. Nejasen je tudi odnos med acne rosacea in lojnicami. Nekatera terapevtska navodila, kot uporaba vitaminov skupine B pri zostru ali cimetidina pri bradavicah, so zastarela. Po mojem mnenju bi bilo potrebno nekoliko bolj poudariti uporabo novejših zdravil, npr. tacrolimusa pri atopijskem dermatitisu. Barvne slike so sicer nekoliko majhne, vendar so dobro izbrane in primerne barve. Zanimivo je, da je vključenih tudi nekaj črno-belih fotografij, ki sicer včasih dobro prikažejo bolezenske spremembe, vendar bi jih bilo bolje zamenjati z novejšimi.

Profesor Kansky in sodelavci zaslužijo vso pohvalo za pripravo knjige. Novi slovenski učbenik dermatologije bo v veliko pomoč študentom, zelo koristen bo tudi pri usposabljanju mlajših zdravnikov. Specialisti dermatologi potrebujejo sicer bolj poglobljena dela z natančnimi referencami, vendar tudi njim knjiga omogoča natančnejši pregled nad stroko. Na splošno knjiga kaže na visoko strokovno raven slovenske dermatologije. Temeljni učbenik take vrste bi nedvomno koristil zdravnikom v mnogih deželah.

Gregor B. E. Jemec

## NOVE PUBLIKACIJE

### Zdravje na Gorenjskem

Vsredo, 4. 12. 2002, je na Zavodu za zdravstveno varstvo Kranj potekala predstavitev knjige Zdravje na Gorenjskem. Urednici knjige sta asist. mag. Marjetka Hovnik Keršmanc, dr. med., spec. soc. med., in Alenka Hafner, dr. med., spec. soc. med. Pri pisanju je poleg njiju sodelovalo še devet avtorjev. Predstavitve so se udeležili skoraj vsi gorenjski župani, direktorji zdravstvenih domov in bolnišnic na Gorenjskem, predstavniki ZZZS, zdravstveni inšpektorji, predstavniki gospodarstva in novinarji. Knjižica vsebuje osnovne podatke o prebivalcih (število, starostno strukturo) in

vitalne statistične podatke (podatke o številu rojstev in smrti). Poleg teh vsebin prikazuje tudi zdravstveno stanje, življenjski slog, socialnoekonomske razmere, okolje, javno zdravstveno službo. Zdravja namreč ne moremo opredeliti z enim samim kazalcem. Večina kazalcev, s pomočjo katerih ocenjujemo zdravje, je povezanih z umrljivostjo in zboleznostjo in žal ne s pozitivnimi vidiki zdravja, saj za ocenjevanje zdravja nimamo razvitih primernih pozitivnih kazalnikov. Podatki so predstavljeni v primerjavi s Slovenijo za obdobje desetih let, od leta 1991 do leta 2000, torej za leta, ki jih je odločilno zaz-

namovala slovenska osamosvojitvev in uvedba tržnega gospodarstva, na področju zdravstva pa ustanovitve Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in pojav zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev. Spremljanje kazalnikov zdravja v daljšem časovnem obdobju nam omogoča, da ocenimo smer, v katero se bo gibalo zdravje prebivalcev. Primerjava s Slovenijo nam omogoča umestiti Gorenjsko znotraj slovenskega prostora.

Gorenjska, ki obsega desetino ozemlja in vseh prebivalcev Slovenije, se srečuje s podobnimi problemi kot razviti svet. Njeno prebivalstvo se stara, naravni prirastek pa za-

radi nizke rodnosti upada. Po gospodarskih in družbenih kazalcih se sicer uvršča v bolj razvit zahodni del Slovenije, vendar zaostaja za državami Evropske unije. Socialni in ekonomski pogoji v regiji so eden od pomembnih dejavnikov, ki pogojujejo zdravje njenih prebivalcev in obratno: boljše zdravje prebivalcev zagotavlja napredek in razvoj družbe ter zmanjšuje njene stroške. Med revnejšimi in manj izobraženimi so pogostejši dejavniki tveganja za bolezni, ti prebivalci tudi umirajo prej in pogosteje.

Zdravje prebivalcev Gorenjske lahko na osnovi nekaterih kazalcev (umrljivost, bolnišnična zdravljenja, bolniška odsotnost z dela) ocenimo za ugodnejše, kot je povprečno v Sloveniji, vendar slabše kot v državah Evropske unije. Moški predstavljajo bolj ogrožen del prebivalstva (že od najzgodnejših let dalje), razlike se pojavljajo tudi med posameznimi območji Gorenjske. Kot najbolj ogroženi območji sta ocenjeni upravni enoti Radovljica in Jesenice.

Bolezni, ki najpogosteje prizadenejo otroke in mladostnike, so bolezni dihal, močno pa jih ogrožajo tudi poškodbe in zastrupitve, ki so poglaviti vzrok smrti v tej starostni skupini. Mlajši odrasli največ zbolevali zaradi bolezni sečil in spolovil, umirajo pa predvsem zaradi poškodb in zastrupitev. Po 45. letu starosti prebivalce Gorenjske najbolj ogroža rak, od 65. leta starosti dalje pa bolezni obtočil. Prezgodnje smrti, ki prekinajo življenje v času, ko lahko posamezniki najbolj dejavno prispevajo k razvoju in napredku družbe, so najpogosteje povezane s poškodbami in zastrupitvami, pomembno mesto pa imajo tudi rak ter bolezni srca in obtočil.

Medtem ko so na začetku stoletja prevladovali nalezljive bolezni, slaba prehranjenost in bolezni prenaseljenosti, nas danes, v tretjem tisočletju, poleg neugodnih vplivov družbe in okolja ogroža predvsem lastno vedenje. Posledice so t. i. civilizacijske bolezni, predvsem že omenjene bolezni obtočil, rak ter poškodbe, ki so poglaviti vzroki za zboleznost in smrti, bolniške odsotnosti z dela in prezgodnje upokojitve. Stroški zdravljenja teh bolezni predstavljajo tri četrtine stroškov v zdravstvu, zaradi visokih boleznin in invalidnin pa so veliko breme tudi za državo.

Na način življenja v veliki meri vplivajo družbene, ekonomske, socialne in kulturne značilnosti okolja, vendar tudi posameznikove osebnostne značilnosti, njegov odnos

do zdravja in do lastne skrbi za zdravje. Medtem ko lahko določeni vedenjski vzorci delujejo kot dejavniki tveganja, ki ogrožajo zdravje, povzročajo večjo zboleznost ali prezgodnje smrti, drugi delujejo kot varovalni dejavniki, ki zdravje krepijo, izboljšujejo kakovost življenja ali podaljšujejo življenje. Dejavniki, ki najbolj ogrožajo zdravje in so razširjeni tudi pri nas, so neustrezna prehrana (premastna, premalo sadja in zelenjave ter balastnih snovi), kajenje, alkohol in telesna nedejavnost.

Zdravstvena služba je tista, ki zaznava posledice slabega zdravja in ima manjši vpliv na zdravje ljudi kot slabe ekonomske, izobrazbene in druge življenjske razmere. Poleg tega zaznava tudi predstopnje slabega zdravja, jih lahko zgodaj odkriva in ustrezno zmanjšuje njihov vpliv. Pomemben dejavnik pri zagotavljanju dostopnosti zdravstvenega varstva je kadrovska preskrbljenost. Preskrbljenost vseh skupin prebivalcev z zdravniki se je v desetletnem obdobju izboljševala. Na primarni ravni je ta najboljša pri odraslih, sledijo jim predšolski otroci, najslabše pa so z zdravniki preskrbljeni šolski otroci. Vendar normativ v dejavnosti splošne medicine še ne upošteva novih preventivnih dejavnosti na področju kroničnih nalezljivih bolezni za odrasle in večanja deleža starejših ljudi. Zlasti bo v standard splošne ambulante potrebno uvesti višjo medicinsko sestro ali profesorico zdravstvene vzgoje, ki bo skrbela za koordinacijo in izvajanje zdravstvene vzgoje ogroženih skupin prebivalstva.

Učinkovita organiziranost osnovne zdravstvene službe z zgodnjim odkrivanjem ljudi, ki jih ogrožajo dejavniki tveganja, s svetovanjem za spremembo življenjskega sloga lahko zmanjša breme sodobnih bolezni. Na ramenih države in nosilcev lokalnega odločanja ostaja odgovornost za zagotavljanje takih življenjskih razmer (zmanjšanje socialnih razlik, ustreznost izobrazba, zaposlenost, primerna stanovanja, dostop do zdravega izbora, zdravega okolja in drugih), ki varujejo in krepijo zdravje slehernega posameznika.

Zdravje in z njim večja kakovost življenja skupaj prispevata k razvoju in napredku celotne družbe. Avtorici poudarjata, da je zdravje tudi pozitivna samopodoba, je zdrav način življenja, je zdrav vpliv družbe in okolja, je lasten občutek zdravja in dobrega počutja... Zdravje tako ni pogojeno le z biološkimi dejavniki, kot so starost, spol, dednost, temveč vplivajo nanj tudi življenjski slog po-

sameznika, dejavniki iz naravnega in bivalnega okolja ter okolja, ki ga predstavlja sistem zdravstvenega varstva.

Verjamem, da je ta knjižica prva znanilka pomladi socialne medicine na Slovenskem, ki je bila nekaj zadnjih desetletij potisnjena v ozadje kot preživetni model iskanja prednosti v sistemu zdravstvenega varstva. Upam, da bo knjižica vsem, ki boste posegli po njej, ponudila dovolj informacij o tem, kaj se je v zadnjih desetih letih dogajalo z zdravjem in zdravstvenim varstvom ljudi na Gorenjskem. Snovalcem zdravstvene politike, nosilcem odločitev, strokovnjakom in vsem, ki delujejo na regionalni in lokalni ravni na področju varovanja in krepitev zdravja, bo odkrila probleme in nakazala poti za njihovo reševanje. Knjižica je lepo oblikovana, s številnimi nazornimi grafikoni in prikazi, ki močno izboljšajo pregled nad številnimi podatki. Kupiti jo je mogoče na ZZV Kranj.

Janko Kersnik

## Ahhh, voda

“Otroci in voda”

*Ahhh, voda*

*To je ta pravo*

*za žejo, snago in zabavo*

*“Otroci in voda”*

Zloženko je pripravilo Združenje za izobraževanje mladih Slovenskega zdravniškega društva. Avtorice: prim. mag. Marjana Šalehar Stupica, dr. med., specialistka šolske medicine, prim. mag. Mirjana Stantič Pavlinič, dr. med., specialistka infektologije in epidemiologije, Majda Brandt, dipl. prof. zdravstvene vzgoje in višja medicinska sestra.

Da je voda vir življenja, je splošno znano. Človek je kmalu spoznal, da je voda tudi vir zdravja. Vse velike civilizacije so nastale ob rekah in vse so poznale pomen dobre vode. Le naša kakor da tega ne ve več... Žejo si ljudje, tudi otroci, radi gasijo z “umetnimi” pijačami, sestavljenimi iz sladkorja, umetnih sladil, poživil, alkohola in “mehurčkov”, kar seveda ni najbolj zdravo. Rezultati anket, ki so jih izvedli med šolskimi otroki, so pokazali, da otroci največ pijejo

“gazirane” pijače, sadne sokove in ledeni čaj. Nahajamo se pred težko nalogo: spremeniti miselnost ljudi in njihov odnos do pijač. Sodobni napitki ne škodujejo le zobem, ampak tudi zdravju. Seveda se mora vzgoja in odnos do vode začeti že v rani mladosti. Zato je zloženka avtoric, ki delujejo v Združenju za izobraževanje mladih, primerna, privlačna in uporabna. Cilj delovanja Združenja je združiti znanja različnih zdravstvenih področij otroškega zdravja zaradi ustreznega svetovanja, poučevanja in informiranja mladih, njihovih staršev in prosvetnih delavcev o zdravem načinu življenja ter uveljavitev strokovnih nasvetov kot zdravih nadposameznika. Temeljni namen strokovnjakov je vsem našim otrokom zagotoviti zdravo naravno vodo. Otroci in mladi, pa tudi starši in učitelji, bodo na privlačen način, sprejemljiv za vsakogar, v zloženki našli vse osnovne podatke o prednosti pitja vode, umivanja rok, zob, pranja sadja in zelenjave. Zloženka pove, da lahko z ustrezno hidracijo organizma, higienskimi načinom pitja, prehranjevanjem in načinom življenja ostanemo zdravi. Vendar pa ima voda izjemno konkurenco - ni sladka, ni zdravilna, se ne peni - je le preprosta tekočina brez vonja in okusa, ki za čuda odžaja. To pa ne uspe nobeni drugi pijači. **Pa na zdravje! Z vodo.**

Vida Šusteršič Bregar

## Dr. Velimir Vulikić: Dr. Milan Dolenc, slovenski veterinar

*Lektorica: Marjana Hodak, prof. Založnik: Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije. Izid knjige so gmotno podprli: Veterinarska fakulteta, Ustanova Franc Rozman Stane in Občina Domžale. Tisk: ITAGRAF d.o.o., Ljubljana. Str.: 287/2002, 27 slik, naslovnica Velimirja Vulikića, trda vezava.*

Primarija dr. Velimirja Vulikića, dr. stom., ne bom posebej predstavil. Pisca poznamo kot plodovitega avtorja strokovnih razprav, številnih člankov in biografskih romanov, čeprav po poklicu ni pisatelj. Sicer pa bi bila svetovna in naša literatura brez deleža zdravnikov precej osiromašena, kar velja tudi za področja glasbe, poezije, slikarstva, politike in še bi lahko naštevati. Jezik, ki ga uporablja pisec v romanih, ki predstavljajo velike moze slovenskega zdravništva, je enostaven, razumljiv in ravno zaradi tega bralcu prijazen.

Knjiga, ki je obogatila naše knjižne police zadnje dni leta 2002, **Dr. Milan Dolenc, slovenski veterinar**, se je pridružila petnajstim že izdanim knjigam. Izpostavljam deli - spomenika profesorjema dr. Jožetu Rantu in dr. Francu Čelešniku. Oba zaslužita častno mesto v zgodovini slovenskega zobozdravstva.

Z Milanom Dolencem se je avtor seznanil v Znanstvenem društvu za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, ki ga je dr. Milan Dolenc nekaj časa vodil, dr. Vulikić pa opravljal tajniške naloge. Osebnopoznansko z literarnim junakom je znatno pripomoglo k verodostojnosti besedila in objektivnosti podajanja vsebine romana, kar priča o izkušnjah, ki jih poseduje avtor v tovrstnem leposlovju.

Dr. Milan Dolenc se je rodil 8. avgusta 1907 v Buzetu. Primorec po rodu je osnovno šolo obiskoval v Sežani in po prihodu Ita-

lijanov po 1. svetovni vojni v Novem mestu. Maturiral je v Kočevju in študij veterine leta 1935 končal v Zagrebu. Tu se je dejavno vključil v delo akademskega društva Triglav. Kot levo usmerjen je po diplomii zaman iskal zaposlitev. Že kot študent se je seznanil na Dunaju s špansko jahalno šolo in konjskim športom. Ljubezen do konj ga je spremljala vse življenje.

Sanjal je sanje, da bi postal upravnik žrebčarne v Ljubljani. Ostale so le sanje. Zelo zgodaj je postal član Komunistične partije Jugoslavije. Po okupaciji je nekaj časa deloval v ilegali. Zaradi nevarnosti je odšel 30. aprila 1942 v partizane, v 1. roško četo. Leta 1943 je postal major in vodil ter organiziral veterinarsko službo v NOB. Bil je soustanovitelj po vojni ustanovljene Centralne veterinarske bolnišnice, Veterinarskega znanstvenoraziskovalnega inštituta in Veterinarske fakultete v Ljubljani.

Ob njegovi smrti 23. decembra 1993 je prof. dr. Stane Valentinčič v Veterinarskih novicah zapisal: Milan Dolenc je bil v prvi vrsti domoljub, Slovenec, veterinar z dušo, srcem in vsem svojim bitjem. Njegove zasluge za konjerejo in konjarstvo v Sloveniji so izjemne, kot tudi zgodovina slovenskega veterinarstva in veterinarstva v NOB, kar predstavlja pomemben mejnik v naši zgodovini.

Zaradi zasluga na strokovnem področju ga je Zveza društev veterinarjev in veterinarskih tehnikov Slovenije izvolila za svojega služnega člana ter mu leta 1983 podelila svoje najvišje priznanje, Jerebovo plaketo, predhodnico sedanje Bleiweisove plakete.

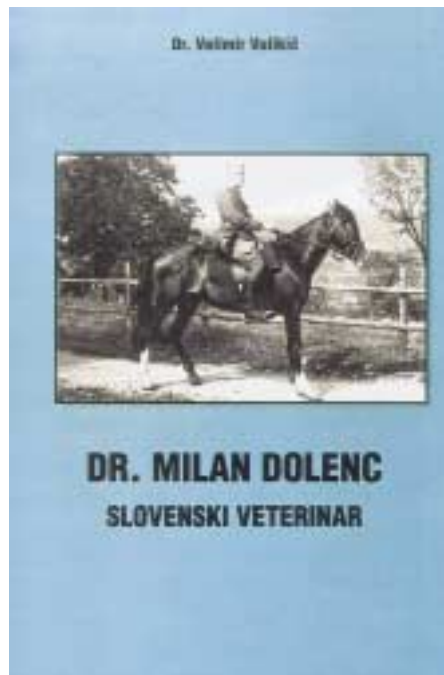
Bil je tajnik Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije in po dr. Dragu Mušiču predsednik do leta 1988, ko je zapustil ta položaj. Kljub vse slabšemu zdravju je ohranil vezi z društvom, ki se je umestilo med vodilne tovrstne organizacije v državi.

Osebnost dr. Milana Dolenca spominjam kot prijaznega in nadvse tolerantnega sogovornika, toplega pogleda in kratke sive bradice. Malo pred smrtjo se je udeležil odprtja Slovenske zobozdravstvene zbirke, 5. maja 1993 v Celju.

Delo ima pet poglavij: Mlada leta, V novo življenje, Spet vojna, Svoboda, Ostali so spomini.

Knjiga je zanimiva in tekoče napisana. Ko jo vzameš v roke, je ne izpustiš do konca. Priporočam jo!

Franc Štolfa





# Lastovo pod kolesarsko čelado

Davorin Dajčman

**T**isti, ki poznajo južnojadranski otok Lastovo, bodo morda začudeni, da sem se odločil za kolesarjenje po tem otoku, saj ga izkušen kolesar lahko v enem dnevu prevozi po dolgem in počez, kolikor dopuščajo ceste in poti na otoku. Vendar je zaradi privlačnosti pokrajine, posebnosti majhnih krajev in zanimivosti ljudi kolesarjenje po otoku zelo dinamično in pustolovsko. Kolesarjenje omogoča stik s pokrajino, ki na Lastovu s tisoč petsto prebivalci in številnimi posebnostmi v načinu življenja nudi veliko zanimivih slik sveta v malem. Otok je poznan predvsem po navtičnem turizmu. "Avtomobilski turisti" prihajajo na otok šele v zadnjem času, predvsem po razpadu nekdanje Jugoslavije in koncu "domovinske" vojne na Hrvaškem. Poseben pečat daje otoku njegova novejša zgodovina s številnimi ostanki prave vojaške trdnjave iz obdobja titoizma in njegove militantne države.

Kolo na otok najlažje pripelješ na strehi avtomobila, ki ga naložiš v trebuh trajekta Istra. V zimskem času ga zamenja manjši z imenom Lastovo, po besedah župana otoka pa je varnejši in hitrejši. Ker odpluje iz Splita preko Hvara in Vele Luke na Korčuli le enkrat na dan, se ga ne sme zamuditi. Odhod je v zgodnjih popoldanskih urah, tako da je prihod v Split enostaven in ni vezan na nemogoče jutranje ure in še bolj nemogočo nočno vožnjo. Posebno dober občutek dobiš, ko kljub dolgi koloni na trajekt čakajočih vozil vstopiš med prvimi, saj imajo vozila za Lastovo absolutno prednost, četudi je kolona za Velo luko še tako dolga. Takšno prehitevanje tistih, ki pridrijo v Split le nekaj trenutkov pred odhodom trajekta, naredko sproži negotovanje dolgo čakajočih v koloni za Velo luko. Plovba je za običajne trajektne linije ena izmed najdaljših na Jadranu. Po dobrih petih urah narasteta tako nestrpnost po novih doživetjih kot naveli-

čanost vožnje. Da je prihod še bolj prijeten, poskrbijo sence večernega sonca, ki se poigravajo na otokih zahodnega dela lastovskega arhipelaga, kot so Mrčara, Kopište in Prežba. Z mostu med Lastovom in Prežbo prisleke pozdravljajo ene redkih luči, ki so vidne s trajekta ob večernem prihodu. Luka Ubli namreč ne daje podobe privlačnega turističnega kraja, ampak neme in prazne vojaške vasi, spremenjene v črpalnice goriva za številna navtična plovila in nočno počivališče od dolge poti utrujenega trajekta, skrite med prve vzpetine Lastova.



*Večerno sonce ob prihodu trajekta v Ubli*

Pot do Zaklopatice, naše postojanke na Lastovu, je lahka in kratka. Nastanjeni smo pri domačinu Matetu ali, kakor mu pravijo Italijani, Mateu (iz Mateo) in njegovi ženi Ani.

Ker glavna in edina cesta med večjimi vasi otoka vodi po zgornjih delih otoka, Zaklopatica pa leži ob morju, se vsaka kolesarska tura prične z zmernim vzponom do glavne ceste. Po približno petnajstih minutah se ta stranska cesta priključi na glavno lastovsko prometnico, ki je po svojem izgledu podobna sicer urejeni, vendar ozki podeželski cesti brez bankin. Že med vzpenja-

njem do križišča se na levi strani odpre čudovit pogled na strmo pobočje otoka in njegov skalnati rob ob morju, značilen za celotno obalo Lastova. Otok Lastovo nima turističnih plaž, ampak je primeren za ljubitelje naravnih skalnatih plaž in globokega morja z zanimivim dnom. Prekrasen je tudi pogled proti obali Korčule in za njo ležečim vrhovom Pelješca, ob jasnem vremenu pa se v daljavi prikažejo vzhodni otoki lastovskega arhipelaga, kamor spadajo večji Donji Škoji in Vrhovnjaci. Kdor se vzpenja prvič in si je izbral zgodnje popoldanske ure, se

bo prav rad ustavil že na prvem vzponu iz Zaklopatice, tako zaradi čudovitega razgleda kot tudi zaradi peklenske vročine, ki nastopi ob pritiskanju na pedala. Od križišča z glavno cesto se po nekaj sto metrih poti proti vzhodu otoka prikolesari do zgornjega dela vasi Lastovo. Pot pelje mimo zdravstvenega doma ter odcepa za Skriveno luko in pripelje neposredno do lastovske glavne ulice, ki predstavlja srce in dušo posvetnega dogajanja na Lastovu. Vrhunec predstavlja "kafič" Mamilo, ki že s svojim imenom oznanja namen. Poleg njega stoji kavarnica Gušter, kjer je moški del družbe zanimala natakarica Nikoleta, prijazna črnolasa domačinka z najboljšo kavo.

Tukaj lahko v miru popiješ jutranjo kavico in se dokončno prebudiš po dopustniški noči. Samopostrežnega sistema na Lastovu ne poznajo, pri nakupovanju v tesnih trgovinicah pa se ne moreš izogniti razpoloženju prodajalk z druge strani pulta, ki se iz ure v uro spreminja in je nepredvidljivo. Najdemo tudi trgovino z mešanim blagom, v kateri nam lastnik zagotavlja, da vidimo vsaj 2.500 različnih izdelkov. Ima praktično vse, od higienskih vložkov preko igrač za otroke do različnih med zimskim časom na hitro narejenih spominkov, ki predstavljajo posamezne lastovske značilnosti. Ob vstopu v omenjeno trgovinico potrebu-

ješ nekaj trenutkov, da se ti oči privadijo na vso šaro, ki jo zagledaš, in šele postopno začneš ločevati posamezne izdelke med seboj. Posebna arhitektonska značilnost ulice je severni del, ki ga tvori realsocialistična stavba mariborskega Stavbarja, nekoč mogočnega gradbenega podjetja "stare Juge". Zgradba sicer pomembno tvori ulico, vendar je ob vseh ostalih hiškah in cerkvicah prav neposrečen spomenik nekega časa na otoku - časa vojaške nadvlade na Lastovu. Na otoku so bile kar štiri kasarne naše bivše skupne JLA, vojakov pa je bilo več kot 3.000, sta nam povedala naš "gazda" Mate in njegov sin - lastovski župan Leone, ki je še do prejšnjega leta nosil pričesko kot član rokofske skupine iz hipaških časov. Privlačnost kolesarjenja po vasi Lastovo se prične šele na koncu te glavne ulice, ki se konča z majhno kapelico. Od nje pelje proti cerkvi svetega Kuzme in Damjana ter osnovni šoli kratka ozka ulica, ki jo obdajajo stare hiše z značilnimi lastovskimi dimniki ali fumari. Kar nekaj jih je praznih, saj so se prebivalci razselili po različnih koncih sveta. Nekatere so prav zavidljivo stare, saj je vas Lastovo leta 2000 praznovala tisočletnico obstoja. Takrat so začeli tudi s programom Lastovo otok glasbe, ki je postal tradicionalno druženje glasbenikov s področja bluesa in jaza v začetku avgusta. Med poletjem je dejavna tudi folklorna sekcija, ki občasno ob nedeljah nastopi na trgu pred glavno cerkvijo s pokladarskim plesom, plesom s sabljami. Ples predstavlja boj proti Turkom in je podoben korčulski moreški, vendar domačini takšno opazko neradi slišijo.

Danes na vsem otoku živi le še 1.500 prebivalcev, v sami vasi pa manj kot 500. Stare hiše z značilnimi fumari so tisti del vasi, zaradi katerega sem se po ozkih in strmih uli-



**Avtor s članico folklorne skupine in hkrati natarico v "kafiču" Mamilo**



**Naši fantiči pri svetilniku Struga**

cah Lastova vozil večkrat. V nizinskem delu vasi je "konoba" Bačvara, ki je navtični turisti običajno ne obiskujejo in je zato mnogo bolj mirna in intimna kot "konobi" Triton in Avgusta v Zaklopatici. Bačvaro v spodnjem delu Lastova priporočam vsem tistim, ki radi jedo domačo morskoro hrano, pripravljeno na štedilniku družinske kuhinje domačina, in ljubijo predvsem domačnost in pristnost, ne pa število zvezdic pod napisom imena restavracije ali hotela. Kot taka je bila tudi nam najbolj pri srcu in smo v njej doživeli čudovite trenutke. Iz vinograda pri zadrugi pod vasjo, kjer iz vasi Lastovo pelje cesta proti jugu otoka, se v popoldanskem času prikaže eden najlepših pogledov. To točko dosežemo na poti proti Skriveni luki, saj nas cesta pelje po klancu navzdol

luko, privlačnim zalivom, ki ga na južni strani zastira vzpetina z velikim svetilnikom Struga, zgrajenim leta 1839. Le-ta daje pogledu poseben pečat, opazovalec pa nehote dobi občutek veličastnosti morja in njegove prostranosti. Velja za enega izmed najstarejših jadranskih svetilnikov in spominja na čase, ko so bile velike jadrnice ali parniki še zelo odvisni od njega. Od tod in iz svetilnikove pečine lahko ob jasnem vremenu opazimo celo Palagružo, vsekakor pa proti vzhodu seže pogled vse do Mljeta. Od tukaj do Skrivenega je le še slab kilometer, pot pa gre le navzdol. Ime Skrivena luka (ali Portorus) se ji dobro poda, saj so nesimetrično razmetane in na videz redke hiše posute in skrite v globokem zalivu. O estetiki hiš ne bi posebej razpravljaj, vsekakor pa ima vsaka majhen

mimo policijske postaje in otoške zadruge prav na rob omenjenega vinograda, kjer je v avgustu žejo že mogoče gasiti s sladkim grozdem, dosegljivim kar s ceste. Cesta proti Skriveni, kakor jo krajše imenujejo domačini, je med najbolj širokimi in varnimi na Lastovu, predvsem zato, ker je ne obdajajo jarki ali prepadi. Za kolesarja morda ne more biti najbolj priljubljena, saj večinoma poteka po vročem soncu, zaradi razgibanosti arhipelaga pa teče gor in dol ter s tem omogoča kar primerno rekreacijo. Po nekaj kilometrih doseže svojo najvišjo točko, in to pri odcepu poti, ki vodi na vrhove Lastova, med katerimi je največji Hum (417 m). Od tukaj se razpre pogled na jugovzhodni del otoka s Skriveno

pomol za privez čolna in možnost počitnikovanja. Največji privez je pred edino "konobo" Portorus, kjer se običajno v avgustu zadržujejo Italijani, medtem ko so najpogostejši kopalci vzdolž obeh obal zaliva Slovenci. Po kolovozu vzhodne obale se lahko pripeljemo tik pod svetilnik, ki mogočno stoji na nekoliko višji pečini in zaključuje ta del zaliva, proti odprtemu morju pa se skoraj navpično spušča v globino morja. Svetilnik Struga je povezan z dvema zanimivima rekordoma Jadranskega morja. Še v času Avstro-Ogrske so domači ribiči v morju pod njim



*Tito s krvavečim očesom*

ujeli največjega jastoga v Jadranu, ki je tehtal kar 18 kilogramov, in ga poklonili cesarju Francu Jožefu na Dunaju. V zahvalo jim je poslal sladkor in kavo, kar so si bratsko razdelili. Več kot pol stoletja kasneje so potapljači na približno istem delu izpulili vsaj 45 kilogramov težko koralo. V današnjem času je svetilnik pridobil turistični pomen, saj lahko v njem najamete štiri- ali petsobni apartma. S terase svetilnika je lep razgled na južno obalo otoka, odprto morje in proti severu na vrhove otoka, od katerih je najbolj zanimiv najvišji trojček.

Sestavljen je iz vrha s telekomunikacijskimi oddajniki, vrha z vremensko opazovalnico in vrha z vojaško karavlo, edinega ostanka vojaštva na otoku. Pot do njih se s tega mesta vidi kot tanka serpentinasta nit, gre pa za edino pravo gorsko kolesarsko turo na otoku, ki vodi ob vznožje vseh treh, le da prvega lahko osvojiš brez problema samo do vratarja pri oddajnikih, drugega lahko v zaključnem delu osvojiš le peš, do tretjega pa seveda ne moreš iz varnostnih razlogov. Skrivena Luka je priljubljeno mesto za kopanje, skale dopuščajo prijetno sončenje, kjer ne manjka tudi sence, morje je čisto, njegovo dno pa nudi številne zanimivosti med potapljanjem, kar še posebej navdušuje mojega starejšega sina Urbana. Ribolov na palico je nekoliko težji, ker je tok morja precej močan, trnek pa se pogosto zatika med skale. Kolesarjenje običajno popestrim tudi z veslanjem napihnjeneja kajaka. Tako sem

iz Skrivene na izlet popeljal vse fantiče naše ekipe preko zaliva v manjši zaliv Usko, ki pa je mnogo bolj privlačen, ko ga gledaš s ceste na kolesu. Vanj namreč morje postopno naplavlja različne odpadke sodobnega navtičnega časa. Na pot proti lastovskim vrhovom lahko kolesar zavije na najvišji točki ceste proti Skriveni luki. Le-ta se močno zoži, predvsem pa ni več asfalta, ki ga zamenja grobo kamenje, vzdržijo pa ga le dobri in primerno "napumpani" plašči in zračnice gorskega kolesa. Pot se večinoma vije na južni strani otoka, pobočje je povsem golo, zato je najprimernejši čas za premagovanje skalnega kolovoza zgodnje jutro, na samem vrhu pa za nagrado doživiš čudovit sončni vzhod in jutro s prekrasnim pogledom proti Skriveni luki, Mljetu na jugovzhodni strani in Sušću ter Visu na zahodni strani. Zadnjih metrov vzpona ni mogoče opraviti s kolesom, skalnata pot pa je kratka in strma. Na vrhu je prvo presenečenje opazovalec vremena in požarov, pa še psa čudaka ima za povrh. Najbrž zaradi družbe, ker ga nihče drug ne želi spremljati na dolgočasno službo, pri kateri se zabava le s starim radiom, sporazumeva pa se preko še starejše vojaške radijske postaje. Pogovora nisva navezala, vsekakor pa sva drug drugemu izgledala kot čudaka. On, ki čepi v nekakšni luknji, skrit pred soncem in vetrom, in opazuje pokrajino, katere mimika je neznatna, in se zdi, kakor da gleda sliko čudovite narave južnega Jadrana, ter jaz v kolesarskem dresu in z ne-

koliko nižje parkiranim kolesom. Ne vem sicer, kdo izmed naju je bil za tisto okolje večji čudak, pa tudi ni bilo pomembno. V tistem trenutku sva bila oba videti povsem zadovoljna, le njegov pes se je glasno in zoprno čudil moji prisotnosti. Vračanja proti Zaklopatici niso nikoli dolgočasna, le kolo običajno teče hitreje, saj kličejo drugi užitki morja, kot so kopanje, veslanje, potapljanje, ribolov na palico ali vožnja z motornim čolnom. Iz vasi Lastovo vodita še dve poti. Kratka, strmo padajoča proti severu, ki daje občutek prostega pada proti morju s koncem v

prekrasnem romantičnem zalivu Lučica, in dolga vzhodna pot proti najvzhodnejšim legam otoka, kjer ne živi praktično nihče. Nekaj časa se dolgovezno vleče med polji in zelo redkimi bajtami, za katere ne veš, ali so prazne ali pa v njih prebivajo lastovski duhovi. Na tej poti ne boste srečali ljudi, ampak zapuščene avtomobilske školjke in druge rjave predmete ter številna polja in nasade oljk. Tukaj zori lastovsko olivno olje, katerega okus in barva pričata o njegovi zdravilni moči. Spust v Lučico mi je bil mnogo bolj pri srcu, pa ne zaradi lahkotnosti spuščanja, saj je bilo treba dobro pritisniti pedala pri vračanju, pač pa zaradi vasice. Majhen zalivček, skrit med strmimi pobočji in s kar nekaj obnovljenimi hišami, ne dopušča navtičnega turizma, daje pa zavetje peščici počitnikovalcev, ki so željni morja, sonca, intimnosti, predvsem pa pristnega ribiškega življenja. Na ta način se lahko počutijo kot domačini, Lučica je namreč v preteklosti veljala za obmorsko ribiško postojanko prebivalcev mesta Lastovo, do nje pa so domačini prihajali peš, na oslu ali z vozom.

Gazdarica Ana je zelo delovna, njena kuhinja pa ima nekaj posebnih značilnosti. Med njih spadajo špageti s kozicami ali kozice v palačinkinem testu, ocvrtni morski list ali juha iz boba. Še posebej odlični so bili jastogi, tako s špageti kot "na lešo", ki smo jih kupili v odkupni postaji za ribe Feliciti pri Tončiju Škratulji v Zaklopatici. Seveda so najlepše večerje pripravljene iz lastnega ulo-



va. Tako smo jedli slasten brodet iz ugorja, v katerega pa sva s prijateljem Ecom prispevala le manjšo ribo, Mate pa je dodal večjo in se nama smejal, ko sva mu razlagala, da nama je večji ugor na žalost ušel. Pa to sploh ni bila ribiška pravljica, ampak ena izmed resničnih žalostnih ribiških zgodb. Velik ugor se je namreč na premcu čolna po udarcu z veslom v besu odtrgal s trnkom in žico vred. Po prijetnih morskih večerih sledi jutranje kopanje. Ni večjega užitka, kot s še nekoliko težko glavo skočiti v morje in se okopati. Vendar sem nekega jutra, ko je bilo v Zaklopatici zasidranih več plovil, doživel razočaranje, ki mi je vzelo veselje do jutranjega kopanja. Že sem hotel skočiti z Matetovega belega splava, ki so mu ga pripeljali stalni mariborski gostje (ob Zlati lisici jih v Mariboru z družino tudi obiše), ko sem zagledal nekaj večjih kosov "zdravih človeških iztrebkov". Tisto jutro sem besen na čarter-ske navtike oblekel kolesarke in jezno odkolesaril proti Ublju. Sprva po klancu navzgor do glavne ceste, nato pa po zelo lepi panoramski cesti s pogledom proti zahodu do Ublja. Kot rekreativnemu kolesarju mi je ta pot najbolj pri srcu. Vključuje vzpon in spust, v obeh smereh pa prevoziš dobrih dvajset kilometrov. Lastovo premore samo en avtobus in en smetarski avto, kolesar pa ju na tej poti sreča vsaj nekajkrat. Drvita kakor pobesnena bika, za kolesarja pa predstavljata edino pravo prometno nevarnost. Lepoto pokrajine in zalivov zmoti še ena nadloga, ki je tisti z avtom sploh ne opazijo, kolesarja pa nase opozori neprijeten, zadušljiv smrad. Ob tej cesti se namreč nahaja lastovsko smetišče, ki obsega kar nekaj sto kvadratnih metrov. Ob pogledu proti smetišču ti zaledeni srce, pa če sta vročina in napor še tako huda. Župan Leone pravi, da je za njih to najcenejša rešitev, druge si žal ne morejo privoščiti. Upa, da bo novi zakon o otokih na Hrvaškem pripomogel tudi pri rešitvi tega problema. Lastovo namreč skupaj z Mljetom in Visom po tem zakonu spada v prvo skupino otokov z najnižjim standardom in naj-

več naravnimi bogastvi, država Hrvaška pa naj bi jim namenila v prihodnje več sredstev za ohranjanje naravne dediščine in pristnosti okolja. Od tod tudi nov asfalt na večini lastovskih cest.

Ko cesta prispe tik pred Ublji, pridemo tudi do skrivnostnega odcepa pri starih barakah. Na to pot me običajno potegne, ker po kratkem vzponu pripelje do nemega spomenika naše polpretekle skupne zgodovine. Gre za območje nekdanje kasarne JLA, krajše imenovane maršalka. Popolnoma oropane hiše, ki so samo še stene brez oken in z razpadajočo streho, pričajo o času, ko je bila na Lastovu predvsem vojska.

Ob promenadi in na zbornem mestu rastejo najlepše palme, ki sem jih videl na otoku. Kolesarjenje med hišami spominja na obisk hiše strahov, v prostorih jedilnice pa se mi je celo zdelo, da slišim stare vojaške "štose". No, nisem paranoičen, vendar če bi predolgo kolovratil po teh objektih, bi lahko res doživel kakšno neprijetno srečanje z ostanki strelnega orožja...

Poldrugi kilometer naprej od zapuščene kasarne naletiš na vojake aktivne karavle, ki ti nevajeni turistov že od daleč mahajo, da si na napačni poti.

O Ublju ne bi več izgubljal besed, otok pa ponovno zaživi med kolesarjenjem proti Pasadurju mimo Velega laga. Cesta je ravna, vodi pa do edinega hotela na Lastovu z imenom Solitudo s 170 posteljami in tremi zvezdicami ter potapljaškega kluba Tajan, kjer sposojajo opremo za opazovanje podvodnih globin. Preko manjšega mostička pred hotelom, ki prečka ozek in plitek preliv, vodi cesta na otok Prežbo. Pod mostom lahko pluje manjši čoln, še najboljši pa je gumenjak. Po levi strani vodi pot do druge nemo stoječe kasarne, katere prostor je še večji, ker je vključevala velika skladišča goriva in orožja za bojne ladje. Rjaveče črpalne in stražarski stolpi spominjajo na filme o



*Včasih smo imeli takšne grbe*

pobesnelem Maxu. Oglede starih podmorniških rogov omogoča le manjši čoln, takšen pa dopušča tudi plutje v njegovo notranjost, ki je hladna in neprijetna. Po desni strani od mostu vodi pot do Malega laga, znanega po številnih potapljaških posebnosti. V tem delu se ponuja pogledu prekrasna združitev zalivov z nizkimi vrhovi obeh otokov, vožnja med otokoma s čolnom pa izgleda kot spuščanje po slani reki.

Svoje vtise z Lastova bi rad zaključil z mislijo iz nedavno izdanega novega prospekta o otoku, ki ga je izdala turistična skupnost na otoku in vabi z besedami o Lastovu, ki je čudežno pobegnil industrijski civilizaciji in ohranil pristnost Mediterana, ter besedami župana Leona: "Na ta otok ne bo nikoli prišel masovni turizem, ker za to nima geografskih pogojev (oddaljenost) niti infrastrukture, vendar bo svojo pristnost izgubil, če bodo vsi mladi odšli v sodobni svet, na otok pa bodo prihajali turisti iskat nekaj, kar bo z domačini odšlo." Vsi, ki boste v naslednjih letih pluli proti lastovskim lukam, vzemite s seboj tudi kolo in si oglejte drobno otoka.

Foto: Nataša Potočnik Dajčman

*Spletna stran Zdravniške zbornice Slovenije*

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



# Erich Fromm: Človek za sebe

Marjan Kordaš

**E**rich Fromm: *Človek za sebe. Psihološka raziskava etike*. Amalietti & Amalietti, Ljubljana 2002, 184 str. Prevod: Milan Štrukelj.

Če se prav spomnim, je bilo okoli leta 1974, med sestopom z Male planine, nekje med Pasjimi pečinami in Sv. Primožem. Janez (prof. Sketelj) se je pravkar vrnil od vojakov in mi pripovedoval o knjigi z naslovom *Beg od svobode*. "Ne morem razumeti, kako se je ta nenavadna knjiga znašla v knjižnicah JLA hkrati s pogrošno partijsko literaturo," je pripovedoval. Najbolj nenavno pa se mu je zdelo, da je avtor, Erich Fromm, protestantizem (zaradi koncepta o predestinaciji človeka) obravnaval precej bolj kritično kot pa katolicizem (zaradi koncepta o svobodni volji človeka).

Ker sem bil prav takrat sredi svojega raziskovanja krščanstva, sem si to knjigo (*Bekstvo od slobode*, Nolit, Beograd, 1973) priskrbel in pogoltnil. O krščanstvu se sicer nisem naučil ničesar novega, a odprla so se mi nova vrata v pojmovanje človekove svobode. Erich Fromm je bil menda prvi filozof, ki je sistematično začel razvijati koncept "svoboda za" (kot dvojniki koncepta "svoboda od", ki ga je okoli leta 1942 postavil F. D. Roosevelt, predsednik ZDA). Nikoli ne bom pozabil, kako so me pretresle te misli (ki sem jih spodaj iz srbohrvaščine prevedel v slovenščino):

... Lahko se sklicujem le na tisto, kar sem poudaril v poglavju, ki se ukvarja z mehanizmi bega (od svobode, op. pis.): da človek ni ne dober ne hudoben, da ima življenje sebi lastno težnjo razvoja, širjenja, izražanja možnosti; da se posameznik zateče v razdiralnost in hrepenenje po moči ali podrejanju vselej takrat, ko je njegovo življenje moteno, ko se počuti izločenega ter ko je obseden s sumničavostjo ali občutkom osamljenosti in nemoči. Če se človekova svoboda razume kot *svoboda za*, če človek zmore v popolnosti in odločno udejanjiti svoj osebni jaz, bodo odstranjeni bistveni vzroki njegovih družbenih nagonov in nevarna bo samo bolna ali nenormalna oseba. V zgodovini človeštva se ta svoboda ni nikoli udejanjila, a je kljub temu predstavljala ideal, ki mu je človeštvo ostalo zvesto, pa četudi ga je pogosto izražalo v nejasnih in iracionalnih ob-

likah. Zato se nam ni treba čuditi, če je v zgodovini toliko nasilja in razdiralnosti. ...

Tako kot Janez sem se tudi jaz začel spraševati, kako je mogoče, da se v samoupravnem (in seveda neuvrščenenem) socializmu tako sistematično prevaja tako nenavaden avtor. (1) Večinoma v srbohrvaščino (med drugimi tudi *Čovjek za sebe*, Naprijed, Zagreb, 1977; *Imati ili biti*, Naprijed, Zagreb, 1979), nekaj pa tudi v slovenščino (npr. *Umevanje ljubezni*, (2) 1974 ter *Človekovo srce*, 1987).

Erich Fromm je človek ne le za vse čase, temveč tudi za vse in vsakogar. V ta namen bom iz treh, meni najljubših knjig prepisal nekaj spoznanj.

## *Umevanje ljubezni:*

... Bratovska ljubezen je ljubezen med enakimi; materska ljubezen je ljubezen do nemočnega. Naj se še tako razlikujeta, neko lastnost imata skupno: da že po svoji naravi nista omejeni na enega samega človeka. ... Erotična ljubezen je nasprotna obema tema ljubeznima; je hrepenenje po popolni spojitvi, po združitvi z drugim posameznikom. Že po svoji naravi je izključujoča in ne splošna; obenem je bržčas med vsemi oblikami ljubezni najbolj varljiva (str. 62). ... Če je erotična ljubezen res ljubezen, se opira na eno predpostavko: to da ljubim iz bista svoje biti in da doživljam drugega človeka v bistvu njegove ali njene biti (str. 64). ... Človek spregleda pomemben dejavnik v erotični ljubezni - voljo. Ljubezen ni samo močno čustvo, ljubezen je odločitev, razsodba, obljuba (str. 65). ...

## *Človekovo srce:*

... Iracionalne strasti so tiste, ki človeka premagajo in ga prisilijo, da ravna v nasprotju s svojimi resničnimi interesi, ki oslabe in uničijo njegove sile in ki povzročijo, da trpi. Pri problemu svobode ne gre za izbor med dvema enako dobrima možnostima; ne gre za ali igrati tenis ali potovati; ne gre za ali obiskati prijatelja ali ostati doma in brati. Pri svobodnem izbiranju v smislu determinizma ali indeterminizma gre vedno za svobodo izbora boljšega (bolj dobrega) nasproti slabšemu - in izraza "boljše" ali "slabše" je vedno razumeti glede na neko temeljno moralno vprašanje življenja - in sicer izbora med progresijo (napredovanjem) ali regresijo

(nazadovanjem), med ljubeznijo ali sovraštvom, med neodvisnostjo ali odvisnostjo (str. 118). ... Svoboda ni nikakršen konstanten prilastek, ki ga je mogoče "imeti" ali "ne imeti". V resnici ne poznamo ničesar takšnega, kot je "svoboda", razen kot besedo ali abstrakten koncept. Obstoji le ena resničnost: dejanje osvobajanja samega sebe v procesu izbiranja (str. 124). ...

## *Človek za sebe:*

... Čeprav se predmeti ljubezni razlikujejo in se zato razlikujeta tudi moč in kakovost ljubezni, lahko rečemo, da so določene bistvene prvine značilne za vse oblike dejavne ljubezni. To so *skrbnost, odgovornost, spoštovanje in poznavanje* (str. 81). ... Ljubezen je pojav obilja. Pogoj zanjo je človekova moč, da lahko daje. Ljubezen je potrjevanje in plodnost. Ljubezen si prizadeva, da bi ustvarila, kar ljubi (str. 101). ... Vest je torej odziv, odgovor nas samih na nas same. To je glas našega resničnega jaza, ki nas poziva nazaj k nam samim, da živimo plodno, da se polno in skladno razvijamo - to je, da postanemo, za kar smo sposobni. Vest je čuvaj naše celovitosti, naše poštenosti (str. 123). ... Sreča je dosežek človekove notranje dejavnosti, ne pa dar bogov. Sreča in radost nista zadovoljitev potrebe, ki izvira iz nekega telesnega ali duševnega pomanjkanja, niti sprostitev napetosti, marveč spremljevalca vseh ustvarjalnih dejavnosti v mislih, čustvovanju in dejanjih. Radost in sreča se po kakovosti ne razlikujeta. Različna sta le toliko, da se radost nanaša na posamezno dejanje, medtem ko o sreči lahko rečemo, da je trajno ali celovito doživljanje radosti. Govorimo lahko o "radostih" (v množini), toda zgolj o "sreči" (v ednini, str. 143). ... Temelj razumske vere je ustvarjalnost. Živeti po lastni veri pomeni živeti plodno in imeti edino gotovost, ki je mogoča: gotovost, da raste mo zaradi plodne dejavnosti in zaradi izkušnje, da je vsak od nas dejaven osebek (str. 156). ... Človekova poglavitna naloga je, da rodi samega sebe, da postane (to [*op. pis.*]), za kar je zmožen. Najbolj pomemben plod njegovega truda je njegova lastna osebnost (str. 175). ...

Pri *Človeku za sebe* se me je takrat, sredi sedemdesetih let, najbolj dotaknila njegova teza o produktivni (plodni) in neproduktiv-

ni (receptivni, jalovi, neustvarjalni) usmeritvi človeka. Da je ustvarjalen in ploden (kreativen in produktiven) človek tem bolj bogat, čim več daje; čim več daje, tem bolj je svoboden. Da je človek bitje, ki je po svoji naravi *dejavno*. Zato ne prenese *nedejavnosti*; če ne more (ne zna) *ustvarjati, začne uničevati*. In dalje: znameniti roman Jamesa Jonesa *Tanka rdeča črta* (Obzorja, Maribor, 1970) ter njegov moto "Samo tenka rdeča črta je med pametjo in nespametjo" je dobil novo vsebino v luči konceptov o mešanicih različnih (človekovih) usmeritev (*Človek za sebe*, str. 90-93).

Frommova sporočila se v njegovih knjigah pogosto ponavljajo, a to - vsaj mene - ne moti. Izjema je morda *Zdrava družba* (Državna založba Slovenije, Ljubljana, 1970), ki mi ni posebno všeč tudi zaradi utopičnosti. Sicer se Frommovo dožemanje človeka sijajno ujema s Savaterjevo *Etiko za Amadorja* (Cankarjeva založba, Ljubljana, 1998).

Štrukljev prevod je natančen in v slovenščini izjemno dosleden. Tako sem sprva imel nekaj težav in šele po primerjavi s hrvaškim prevodom *Človeka za sebe* dojel, da je bolje uporabiti slovenski izraz *ploden* kot pa tujko *produktiven*; bolj je *ustvarjalen* kot pa *krea-*

*tiven*. Tako je za Štruklja samoumevno, da uporablja izraze npr. *bogoslovje, modroslovje, razumsko, nerazumsko, plodno*, ne pa tujke *teologija, filozofija, racionalno, iracionalno, produktivno* itn. Branje je gladko, seveda pa kar težko zaradi nujnosti abstraktnega razmišljanja. Malce sem se spotaknil le na treh v bistvu nepomembnih mestih.

Želim poudariti tudi tole: Človek lahko svoje abstraktno razmišljanje razvije le tako daleč, kolikor daleč je razvit njegov jezik. Štrukljev prevod (besednjak in sintaksa) dokazuje, da je slovenščina to stopnjo dosegla. Kdor tega ne verjame, naj vzame Metelkovo slovnico slovenskega jezika (3) in prebere uvod, ki ga je avtor - seveda - napisal v nemščini.

Od vseh izvodov Frommovih knjig, ki jih imam v svoji knjižnici, je ta, zadnji prevod tiskovno, oblikovno in tehnično najboljši. Oblikovalcu čestitam, ker je za naslovnico izbral sliko ženske, ki bere. V povezavi z lepimi, kontrastnimi črkami naslova ima knjiga neko dodatno, daljnosežno sporočilo, ki vključuje pojem *Sophia* - božjo svetovalko in pomočnico! (4) Veseli me, da je Milan Štrukelj (sicer bolj znan kot upokojeni izredni profesor za pediatrijo na Medicinski fa-

kulteti v Ljubljani) ne le prevedel, temveč tudi že našel založnika za dve nadaljnji znameniti deli Ericha Fromma: *Umetnost življenja* ter *Ineti ali biti*.

Frommov opus bo torej za Slovence skoraj zaključen in - če ga bodo (zdravniki?) tudi prebrali - morda celo uspešen!

1. V svojih delih Fromm kritizira tako kapitalizem kot Stalinov komunizem. Ta kritika je bila jugoslovanskim partijskim teoretikom menda dobrodošla in uporabna kot apologija za samoupravni socializem.
2. Izvirnik ima naslov *The Art of Loving* (*Umetnost ljubezni*). Ne razumem, zakaj naslov *Umevanje ljubezni*.
3. Franz Seraph Metelko: *Lehrgebäude der Slowenischen Sprache im Königreiche Illyrien und in den benachbarten Provinzen*. Leopold Eger, Laibach, 1825
4. V različnih starih judovsko-krščanskih dokumentih je Sofija Božja družica, ki je bila poleg ob stvarjenju, in je vir reda, vsiljen prvotnemu kaosu. Ali tudi, da je Bog ustvaril Sofijo pred stvarjenjem vesoljnega sveta, se z njo posvetoval o stvarjenju sama pa dopolnjuje stvariteljsko dejanje. Gnosticizem je deloval dalje v apokaliptičnem modelu s pobožanstveno, čeprav dvoumno Sofijo, ne da bi jo zasenčila odrešitelska delujoča sila, kot sta Jezus (za kristjane) in Tora (za Jude). Za natančnosti tega heretičnega, a nad vse lepega koncepta glej J. H. Ellens: *Sophia in rabbinic hermeneutics and the curious christian corollary*. V: *Krašovec J, Gantar K, Kos J (ur.): Interpretations of the Bible*. SAZU, Ljubljana, ter *Sheffield Academic Press, Sheffield, 1996, str. 521-546*.

## PERSONALIA

### Izvolitve v učiteljske nazive na Medicinski fakulteti

Na seji senata Medicinske fakultete 18. 11. 2002 so bili izvoljeni v nove nazive spodaj naštetih sodelavci

Izr. prof. dr. **Peter Černelč**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet interna medicina

Doc. dr. **Mojca Eržen**, dr. med., izvoljena v naziv izredne profesorice za predmet patologija

Doc. dr. **Marko Hawlina**, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet oftalmologija

Znanst. sod. dr. **Anastazija Hvala**, univ. dipl. biol., izvoljena v naziv višje znanstvene sodelavke za področje patologije

Doc. dr. **Miha Sok**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv docenta za predmet kirurgija

Dr. **Živa Pohar Marinšek**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za predmet patologija

Asist. dr. **Bojana Žvan**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za predmet nevrologija

Dr. **Sonja Praprotnik**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za predmet interna medicina

Asist. dr. **Eva Ružič Sabljic**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za predmet

mikrobiologija in imunologija

Asist. dr. **Pavel Skok**, dr. med., izvoljen v naziv docenta za predmet interna medicina

Asist. mag. **Janez Jazbec**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet pediatrija

Asist. **Zlatka Kanič**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet pediatrija

Asist. dr. **Tadeja Matos**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet mikrobiologija in imunologija

Dr. **Nataša Debeljak**, univ. dipl. biol., izvoljena v naziv asistentke za predmet biokemija

**Darinka Klančar**, dr. med.,  
izvoljena v naziv asistentke  
za predmet družinska medicina

Mag. **Mitja Lainščak**, dr. med.,  
izvoljen v naziv asistenta  
za predmet interna medicina

Mag. **Aleksandra Milutinović**, dr. vet.  
med., izvoljena v naziv asistentke  
za predmet histologija z embriologijo

**Urša Petja Mrevlje**, dr. med.,  
izvoljena v naziv asistentke  
za predmet psihiatrija

Mag. **Miloš Wahl**, dr. med.,  
izvoljen v naziv asistenta  
za predmet kirurgija

Na seji senata Medicinske  
fakultete 16. 12. 2002 so bili  
izvoljeni v nove nazive spadaj  
našteti sodelavci

Doc. dr. **Radovan Hojs**, dr. med.,  
izvoljen v naziv izrednega profesorja  
za predmet interna medicina

Asist. dr. **Vesna Novak Jankovič**,  
dr. med., izvoljena v naziv docentke  
za predmet anesteziologija  
in reanimatologija

Asist. dr. **Marko Hočevnar**, dr. med.,  
izvoljen v naziv docenta  
za predmet kirurgija

Asist. **Damijan Erzen**, dr. med.,  
ponovno izvoljen v naziv asistenta  
za predmet interna medicina

Asist. mag. **Igor Kocijančič**, dr. med.,  
ponovno izvoljen v naziv asistenta za  
predmet onkologija in radioterapija

Asist. mag. **Rok Orel**, dr. med.,  
ponovno izvoljen v naziv asistenta  
za predmet pediatrija

Asist. **Damjan Vokač**, dr. med.,  
ponovno izvoljen v naziv asistenta  
za predmet interna medicina

**Nisera Bajrovič**, dr. med.,  
izvoljena v naziv asistentke  
za predmet interna medicina

Mag. **Jana Brguljan Hitij**, dr. med.,  
izvoljena v naziv asistentke  
za predmet interna medicina

Mag. **Primož Novak**, dr. med.,  
izvoljen v naziv asistenta za predmet  
fizikalna in rehabilitacijska medicina

**Zoran Milošević**, dr. med.,  
izvoljen v naziv asistenta za predmet  
radiologija

## Novi doktorji in magistri znanosti s področja medicine

### Doktorski naziv so dosegli:

Dr. **Tanja Kunej**, univ. dipl. biol.  
*naslov*: "Analiza genetskih vzrokov za  
neplodnost pri moškem"  
*mentor*: prof. dr. Borut Peterlin  
*področje*: medicinske vede  
*zagovor*: 6. 11. 2002

Dr. **Peter Pregelj**, dr. med.  
*naslov*: "Vpliv dejavnikov mišične preo-  
brazbe na izražanje acetilholine-  
steraze v skeletnih mišicah"  
*mentor*: prof. dr. Janez Sketelj  
*področje*: medicinske vede  
*zagovor*: 27. 11. 2002

Dr. **Štefek Grmec**, dr. med.  
*naslov*: "Prognostični in diagnostični po-  
men kapnometrije v predbolni-  
šnični enoti za nujno medicinsko  
pomoč"  
*mentor*: prof. dr. Matija Horvat  
*področje*: medicinske vede  
*zagovor*: 20. 12. 2002

Dr. **Marjeta Tomazič**, dr. med.  
*naslov*: "Prenos glukoze v adipocitih no-  
sečnic z nosečnostno sladkorno  
bolezni"  
*mentor*: prof. dr. Andreja Kocijančič  
*področje*: medicinske vede  
*zagovor*: 30. 12. 2002

### Naziv magistra so dosegli:

Mag. **Miha Arnol**, dr. med.  
*naslov*: "Variabilnost atrioventrikular-  
nega prevajanja pri koronarni  
bolezni"  
*smer*: biomedicina - medicina

*mentor*: prof. dr. Vito Starc  
*področje*: medicinske vede  
*zagovor*: 22. 11. 2002

Mag. **Mojca Glušič**, dr. med.  
*naslov*: "Zgodnje odkrivanje ponovitve  
bolezni pri bolnikih z operabil-  
nim rakom širokega črevesa"  
*smer*: temeljne medicinske vede  
*mentor*: prof. dr. Borut Štabuc  
*somentor*: prof. dr. Vladimir Jevtič  
*področje*: medicinske vede - radiologija  
*zagovor*: 3. 12. 2002

Mag. **Klemen Grabljevec**, dr.  
med.  
*naslov*: "Študij utrujanja štiriglave ste-  
genske mišice pri osebah po pre-  
bolelem poliomyelitisu"  
*smer*: klinične medicinske vede  
*mentor*: prof. dr. Helena Burger  
*področje*: medicinske vede  
*zagovor*: 19. 12. 2002

Mag. **Robert Pogorevc**, dr. med.  
*naslov*: "Normalne vrednosti za neinva-  
zivno 24-urno merjenje krvnega  
tlaka pri predšolskih otrocih"  
*smer*: klinične medicinske vede  
*mentor*: prof. dr. Alojz Gregorič  
*področje*: medicinske vede - pediatrija  
*zagovor*: 20. 12. 2002

Mag. **Rifat Morina**, univ. dipl.  
biol.  
*naslov*: "Polimorfizmi in rekombinant-  
ne različice gena *vllA* pri različ-  
nih sevih Bakterije *Mycoplasma*  
*synoviae*"  
*smer*: biomedicina - biokemija in mo-  
lekularna biologija  
*mentor*: prof. dr. Peter Dovč  
*somentor*: znanst. svet. dr. Dušan Benčina  
*področje*: biokemija in molekularna bio-  
logija  
*zagovor*: 25. 11. 2002

Mag. **Maša Zorec**, univ. dipl.  
biol.  
*naslov*: "Izolacija vampne bakterije z  
močno ksilanolitično aktivnost-  
jo in opis njenega encimskega si-  
stema za razgradnjo ksilana"  
*smer*: mikrobiologija  
*mentor*: doc. dr. Romana Marinšek Logar  
*področje*: mikrobiologija  
*zagovor*: 22. 11. 2002

# Koledar zdravniških srečanj

## ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)

prijavljam se za udeležbo  prosim, pošljite informacije  drugo

srečanje

udeleženec/udeleženka

ime in priimek

naslov stalnega bivališča

**Izjava - davčni zavezanec** (obkroži)

da

ne

**davčna številka:**

**Izpolniti v primeru, ko udeleženec ni plačnik; plačnik je bolnišnica, zavod ali kdo drug**

Plačnik udeležbe - kotizacije

Naziv plačnika

Točen naslov sedeža plačnika

Telefon

Faks

E-pošta

Kontaktna oseba

**Izjava - davčni zavezanec** (obkroži)

da

ne

**davčna številka:**

**Izpolniti samo za tista strokovna srečanja, ki jih želite uveljavljati za podaljšanje licence**

Kraj rojstva

Datum rojstva

Naziv delovne organizacije

Delovno mesto

Telefon

Faks

E-pošta

**Želim sodelovati:**

**kot predavatelj** (predavanje, poster, drugo)

**Prosim informacije o možnostih nočitve**

da

ne

**Kotizacijo za srečanje bom poravnal/a**

s položnico

ob registraciji

**kot udeleženec**

**na praktičnem usposabljanju**

Datum

Podpis



Datum Pričetek Kraj

Tema

Število  
kandidatov

Vsebina

**FEBRUAR 2003**

7.	9.00	Ljubljana, Poljanski nasip 58	VARNO PREDPISOVANJE IN UŽIVANJE ZDRAVIL, KI LAHKO POVZROČAJO ZASVOJENOST	do 90	konferenca (4. slovenska konferenca o medicini odvisnosti) za vse zdravnike, predvsem v osnovnem zdravstvu, in psihiatre
13.–14.	15.30	Kranjska Gora	25. IATROSSKI	***	posvetovanje športne medicine, združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel Alpe-Jadran
14.	9.00	Celje, Narodni dom Celje	CEDENS – IX. DAN CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA	ni omejeno	strokovno srečanje za zobozdravstvene delavce
14.–15.	13.00	Logarska dolina, Hotel Plesnik	SPOROČANJE SLABE NOVICE	***	strokovno srečanje in učna delavnica

**MAREC 2003**

7.	10.00	Ljubljana, hotel Austrotel, Miklošičeva 9	PREPREČEVANJE IN OBRAVNAVA NASILNEGA VEDENJA V PSIHIATRIJI	ni omejeno	redno strokovno srečanje za psihiatre, zdravnike splošne medicine in druge zdravnike, medicinske sestre ter druge zdravstvene delavce
7.–8.	9.00	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2003	150	simpozij za splošne zdravnike, zdravnike specialiste splošne medicine, družinske zdravnike, infektologe, pediatre, interniste in mikrobiologe
7.–8.	9.00	Nova Gorica, Hotel Perla	2. KONGRES SLOVENSKEGA DRUŠTVA ZA OSTEointegracijo	ni omejeno	simpozij za vse zdravnike
13.–14.	9.15	***	3. PSIHOGERIATRIČNO SREČANJE	***	strokovno srečanje za psihiatre, nevrologe, zdravnike v osnovnem zdravstvu in ostale strokovne delavce, ki obravnavajo starejše bolnike
13.–14.	8.00	Ljubljana, Klinični center	IV. SIMPOZIJ O RANAH	***	mednarodni simpozij
14.–15.	15.30	Kranjska Gora, hotel Kompas	11. AŽMANOVI DNEVI	60-70	strokovno srečanje za zdravnike GRS, NMP in zdravnike, ki jih zanima urgentna, potovalna in višinska medicina
14.–15.	***	Ljubljana, Ginekološka klinika	USPOSABLJANJE IN STALNO POKLICNO IZOBRAŽEVANJE V GINEKOLOŠKI CITOLOGIJI IN PRESEJANJU RAKA MATERNIČNEGA VRATU V 21. STOLETJU: NOVI PRISTOPI V POKLICNEM USPOSABLJANJU IN STALNEM STROKOVNEM IZOBRAŽEVANJU	***	mednarodni simpozij
15.	9.00	Ljubljana, Rdeča predavalnica Pravne fakultete	4. REDNO LETNO PLENARNO ZASEDANJE SLOVENSKEGA FORUMA O PREVENTIVI BOLEZNI SRCA IN OŽILJA	je omejeno	strokovno srečanje

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Psihiatrična klinika Ljubljana, Katedra za družinsko medicino, asist. dr. Maja Rus Makovec, dr. med., prim. doc. dr. Marko Kolšek, dr. med.	asist. dr. Maja Rus Makovec, dr. med., tel.: 01 30 03 475, prim. doc. dr. Marko Kolšek, dr. med., tel.: 01 43 86 915	***	***	***	***
Športno društvo Medicus	Franci Koglot, dr. med., Bolnišnica Šempeter pri Gorici, 5290 Šempeter pri Gorici, tel.: 05 30 31 811	3.500,00 SIT tek, 10.000,00 SIT VSL, 12.000,00 SIT skupaj	04750-0000753838	***	Isis 12/2002
Društvo zobozdravstvenih delavcev Celje	Nikola Potočnik, dr. stom., Mestni trg 5, 3310 Žalec, tel.: 03 57 16 044, ga. Dragica Planko, JZ ZD Celje, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, tel.: 03 54 34 351, faks: 03 54 41 356	15.000,00 SIT	transakcijski račun: 06000-0052407750, s pripisom "za CEDENS"	5	Isis 1/2003
Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana	ga. Barbara Ravnik, Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana, Vegova 8, 1000 Ljubljana, GSM: 031 632 168, e-pošta: barbara.ravnik@mali.ljudmila.org	29.000,00 SIT (DDV ni vključen)	transakcijski račun: 03171-1085403050	***	Isis 2/2003
Združenje psihiatrov SZD, prim. Andrej Žmitek, dr. med.	Prijave: niso potrebne, informacije: doc. dr. Mojca Z. Drnovšek, dr. med., tel.: 01 23 15 990, prim. Andrej Žmitek, dr. med., tel.: 04 53 33 315	kotizacije ni	***	***	Isis 2/2003
Sekcija SZD za kemoterapijo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Milan Čižman, dr. med., prof. dr. Franc Strle, dr. med.	ga. Andreja Sorman, tajništvo Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 110, faks: 01 52 22 456	18.000,00 SIT (z DDV)	***	***	Isis 1/2003
Slovensko društvo za osteointegracijo, dr. Boris Simončič, dr. stom.	dr. Boris Simončič, dr. stom., SDO, Zaloška 159, 1110 Ljubljana, tel.: 01 54 00 200, faks: 01 54 00 200	30.000,00 SIT (DDV je vključen)	02140-0253493978	***	Isis 2/2003
asist. mag. Aleš Kogoj, dr. med.	ga. Branka Mikluž, Psihiatrična klinika, Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje, tel.: 01 58 72 353	***	***	v postopku	***
Združenje za zdravljenje ran Slovenije, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana	prim. Ciril Triller, dr. med., Klinični oddelek za kirurške infekcije, KC Ljubljana, Njegoševa ul. 4, 1252 Ljubljana, GSM: 031 362 533, e-pošta: triller@siol.net	25.000,00 SIT (brez DDV) za en dan, 40.000,00 SIT (brez DDV) za dva dni	***	***	Isis 2/2003
Podkomisija za medicino gorske reševalne službe Slovenije, Peter Najdenov, dr. med., Eva Pogačar, dr. med., Jurij Gorjanc, dr. med., Barbara Urbanc, dr. med.	Peter Najdenov, Oddelek za pediatrijo, Splošna bolnišnica Jesenice, Cesta M. Tita 112, 4270 Jesenice, tel.: 04 58 68 560, GSM: 041 749 049	15.000,00 SIT, brez kotizacije za študente, sekundarije in zdravnike GRS	***	***	Isis 2/2003
KC, Ginekološka klinika, Katedra za ginekologijo in porodništvo, Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in citopatologijo	ga. Nataša Petkovšek, Katedra za ginekologijo, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 14 355, faks: 01 52 26 130, e-pošta: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si	15.000,00 SIT (DDV ni vključen)	***	***	Isis 2/2003
Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za udejanjanje smernic preventive srčno-žilnih bolezni	ga. Saša Radelj, Združenje kardiologov Slovenije, Klinika za kardiologijo, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 934, faks: 01 52 24 599	kotizacije ni	***	***	Isis 2/2003

Datum Pričetek Kraj		Tema	Število kandidatov	Vsebina
<b>MAREC 2003</b>				
14.–16.	16.00	Ljubljana, Grand hotel Union	50	simpozij z mednarodno udeležbo za pediatrie, otroške nevrologe, nevrologe, genetike, patologe, fiziatre
14.–16.	8.00	Maribor, Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, SB Maribor	20	učna delavnica za zdravnike specialiste fiziatre in ortopedce
19.	***	Ljubljana, hotel Union	***	seminar za zdravnike in zdravstvene delavce (6 pedagoških ur)
20.–22.	8.30	Ljubljana, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Gotska 18	do 30	50-urni osnovni tečaj iz vedenjsko-kognitivne terapije - VKT izvajata mag. Nada Anič in dr. Ivanka Živčič Bečirevič. Obsega pregled teoretičnih modelov in terapevtskih tehnik VKT (16 ur), predstavitev praktičnih primerov (12 ur) in delavnice (22 ur). Slušatelji lahko pridobljena znanja vgradijo v svoje terapevtsko delo, lahko pa nadaljujejo usposabljanje za izvajanje VKT na višjih stopnjah, tečaj za zdravnike in psihologe
21.–22.	***	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	***	sestank je namenjen nefrologom, internistom in vsem zdravnikom, ki jih zanima področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic
21.–22.	13.00	Logarska dolina, Hotel Plesnik	***	strokovno srečanje in učna delavnica
28.–29.	12.00	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	30	podiplomska šola za zdravnike splošne medicine, specializante interne medicine
28.–29.	9.00	Maribor, Univerza Maribor, avla Magna	ni omejeno	simpozij z mednarodno udeležbo za zdravnike in pravnike, ki jih zanima to področje
28.–29.	14.30	Celje, Celjski dom (nasproti železniške postaje)	***	strokovno srečanje – zlomi v zgornjem in spodnjem skočnem sklepu
<b>APRIL 2003</b>				
4.	8.30	Ljubljana, predavalnica Kliničnega centra	***	podiplomski seminar za vse zdravnike

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
University of Ljubljana, Medical Faculty and Dept. Of Developmental & Child Neurology, Dept. Of Neonatology, University Children's Hospital Ljubljana, David Neubauer, MD, DSc	David Neubauer, MD, DSc, University of Ljubljana, Medical Faculty and Dept. Of Developmental & Child Neurology, Dept. Of Neonatology, University Children's Hospital Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 357, faks: 01 52 29 273, e-pošta: david.neubauer@mf.uni-lj.si, http://animus.mf.uni-lj.si(neurology)	100 EUR, 20.000,00 SIT	01100-6030708380	***	Isis 1/2003
Združenje zdravnikov za FRM, Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SB Maribor, prim. doc. dr. Zmagor Turk, dr. med.	mag. Breda Jesenšek Papež, dr. med., Dragan Lonžarič, dr. med., Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 11 553, 32 11 680, faks: 02 33 12 393	70.000,00 SIT	transakcijski račun št.: 04515-0000124280, sklic na št.: 1029	***	Isis 2/2003
Odin d.o.o.	ga. Barbara Zajc, Odin d.o.o., Stegne 21, 1000 Ljubljana, tel.: 01 51 13 160, faks: 01 51 97 126	28.200,00 SIT (DDV je vključen)	***	4,5	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije in Kolaborativni center SZO za duševno zdravje otrok in mladostnikov – Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani, Vera Slodnjak	ga. Vera Slodnjak, Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije (skrajšano Društvo za VKT), Gotska 18, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 37 522, faks: 01 51 91 120, e-pošta: vera.slodnjak@guest.arnes.si	85.000,00 SIT	transakcijski račun: 02010-0092544077	***	***
Klinični oddelek za nefrologijo, SPS Interna klinika, KC Ljubljana	prim. doc. dr. Marko Malovrh, dr. med., Center za hemodializo Leonišče, Zaloška 13, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 460, faks: 01 52 22 460, e-pošta: marko.malovrh@mf.uni-lj.si	30.000,00 SIT	02222-0015918588, sklic na št.: 21900, s pripisom »za Bolezni ledvic IV«	***	Isis 2/2003
Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana	ga. Barbara Ravnik, Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana, Vegova 8, 1000 Ljubljana, GSM: 031 632 168, e-pošta: barbara.ravnik@mali.ljudmila.org	29.000,00 SIT (DDV ni vključen)	transakcijski račun: 03171-1085403050	***	Isis 2/2003
Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Klinični center Ljubljana, prim. Miha Koselj, dr. med.	prim. Miha Koselj, dr. med., Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Zaloška 7, 1525, Ljubljana, tel.: 01 52 22 837, 52 22 758	kotizacije ni	***	13	Isis 2/2003
Zdravniško društvo in pravniško društvo Maribor, Univerza Maribor	prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med., in ga. Majda Petek, Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 631, 32 11 278, faks: 02 33 12 393	25.000,00 SIT (z DDV)	04515-0000124280 (Zdravniško društvo Maribor)	***	Isis 2/2003
Društvo travmatologov Slovenije, Združenje za ortopedijo SZD, Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD	doc. dr. Radko Komadina, dr. med., Splošna bolnišnica Celje, Oblakova 5, 3000 Celje, e-pošta: sbcrdi@guest.arnes.si	10.000,00 SIT	5010167848620, pod konto 22003	***	***
SZD, Združenje za perinatalno medicino, Slovensko združenje za nuklearno medicino, KC, Ginekološka klinika, doc. dr. Ksenija Geršak, dr. med., asist. dr. Simona Gaberšček, dr. med.	ga. Nataša Petkovšek, Katedra za ginekologijo, Štajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 14 355, faks: 01 52 26 130, e-pošta: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si	***	***	***	***



Datum Pričetek Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
<b>APRIL 2003</b>			
4.–5. *** Bled, Festivalna dvorana	10. SIMPOZIJ ZOBNIH BOLEZNI IN ENDODONTIJE	500	simpozij Republiške sekcije za zobne bolezni in endodontijo SZD za vse zobozdravnike
4.–5. 7.30 Maribor, Rektorat Univerze Maribor	XIII. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU	ni omejeno	simpozij in učna delavnica za pediatre in druge strokovne sodelavce
4.–5. 8.30 Ljubljana, Inštitut RS za rehabilitacijo	XIV. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: OCENJEVANJE IZIDA V MEDICINSKI REHABILITACIJI	ni omejeno	seminar za vse zdravnike in ostale zdravstvene delavce
5. 14.30 Bled, Festivalna dvorana	LASERJI V STOMATOLOGIJI	ni omejeno	seminar za vse zobozdravnike
10.–11. 14.00 Portorož, Avditorij	2. SPOMLADANSKI SIMPOZIJ O PRAVNIH VIDIKIH MEDICINSKE IN FARMACEVTSKE STROKE: STATUS SLOVENSKEGA ZDRAVNIKA	***	simpozij
10.–13. 13.00 Kranjska Gora, Hotel Kompas	III. SPOMINSKO SREČANJE DR. JANIJA KOKALJA: POŠKODBE V OSNOVNEM ZDRAVSTVU	30	strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, patronažne sestre, spremljevalce in voznike reševalnih vozil
11.–12. 13.00 Logarska dolina, Hotel Plesnik	SPOROČANJE SLABE NOVICE	***	strokovno srečanje in učna delavnica
12. 10.00 Bled, hotel Kompas	AKUTNI KORONARNI SINDROM V SLOVENIJI	ni omejeno	simpozij za vse zdravnike
19. 13.00 Murska Sobota, stadion pri OŠ I, Mestni park	III. PREKMURSKI ZDRAVNIŠKI TEK	ni omejeno	tek za zdravnike, zobozdravnike, zdravstvene sodelavce in udeležence izven kategorije
23.–25. 8.00 Ptuj, Ptujski grad, Pokrajinski muzej, Terme	7. KONGRES ENDOSKOPSKE KIRURGIJE SLOVENIJE	ni omejeno	kongres z mednarodno udeležbo za zdravnike, ki se več ukvarjajo z minimalno invazivno kirurgijo

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Sekcija za zobne bolezni in endodontijo SZD, doc. dr. Franek Klemenc, dr. stom.	ga. Marjana Bajt, Albatros Bled, Ribenska 2, 4260 Bled, tel.: 04 57 80 350, faks: 04 57 80 355	30.000,00 SIT	Albatros Bled, št.: 03139-1087540073	12	***
Klinični oddelek za pediatrijo – Splošna bolnišnica Maribor, Dispanzer za otroke in dispanzer za šolske otroke in mladostnike – Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Združenje za pediatrijo SZD, prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med.	ga. Liljana Kovač, Klinični oddelek za pediatrijo, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 465, faks: 02 33 12 393, e-pošta: pediatrija.mb@sb-mb.si ali ga. Tatjana Mauko, OE VŽOM, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Vošnjakova 2-4, 2000 Maribor, tel.: 02 22 86 356, faks: 02 22 86 581, e-pošta: tatjana.mauko@zd-mb.si	30.000,00 SIT (DDV je vključen), 15.000,00 SIT (DDV je vključen) za en dan	transakcijski račun: 04515-0000124280, sklic na št. 1031, s pripisom "XIII. srečanje pediatrov v Mariboru"	***	***
Inštitut RS za rehabilitacijo, Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino MF, prof. dr. Helena Burger, dr. med., asist. dr. Nika Goljar, dr. med.	ga. Ela Loparič, Inštitut za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, tel.: 01 47 58 441, faks: 01 43 76 589, e-pošta: ela.loparic@mail.ir-rs.si	32.000,00 SIT	transakcijski račun: 01100-6030278088	***	Isis 12/2002
prof. dr. Uroš Skalarič, Medicinska fakulteta, Odsek za stomatologijo	ga. Sonja Leben, Medicinska fakulteta, Odsek za stomatologijo, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, tel.: 01 52 24 371, faks: 01 52 22 504	10.000,00 SIT	01100-6030708380, sklic na št. 230/26-laser	***	Isis 2/2003
SECLI – Zavod za mednarodno pravno izobraževanje in raziskovanje Ljubljana	SECLI – Zavod za mednarodno pravno izobraževanje in raziskovanje Ljubljana, Gornji trg 4/II., 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 00 065, faks: 01 43 00 066, e-pošta: secli@s5.net	58.500,00 SIT (brez DDV)	***	v postopku	Isis 2/2003
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Jožica Krevh, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, tel.: 04 20 82 523, faks: 04 20 26 718, janko.kersnik@s5.net	30.000,00 SIT	***	***	***
Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana	ga. Barbara Ravnik, Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana, Vegova 8, 1000 Ljubljana, GSM: 031 632 168, e-pošta: barbara.ravnik@mali.ljudmila.org	29.000,00 SIT (DDV ni vključen)	transakcijski račun: 03171-1085403050	***	Isis 2/2003
Center za intenzivno interno medicino, prof. dr. Marko Noč, dr. med.	prijave: niso potrebne, informacije: prof. dr. Marko Noč, dr. med., Center za intenzivno interno medicino, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 236 ali 239	kotizacije ni	***	***	Isis 2/2003
Zdravniško društvo Pomurja, Slovensko zdravniško športno društvo Medicus, mag. Mitja Lainščak, dr. med.	Vlasta Petric, dr. med., mag. Alojz Horvat, dr. med., mag. Mitja Lainščak, dr. med., SB Murska Sobota, Ul. dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota, tel.: 02 51 23 501, 53 41 352, e-pošta: mitja@s-gsm.ms.edus.si	1.000,00 SIT za člane Medicusa, 2.000,00 SIT za ostale	***	***	***
Združenje za endoskopsko kirurgijo Slovenije, Kirurški oddelek SB dr. Jožeta Potrča Ptuj, prof. dr. Alojz Pleskovič, dr. med.	ga. Ema Flajšman, tajništvo SB dr. Jožeta Potrča Ptuj, Potrčeva 23-25, 2250 Ptuj, tel.: 02 77 15 511, faks: 02 77 24 511	170 EUR (200 EUR)	01100-6030278670	***	***

Datum Pričetek Kraj

Tema

Število  
kandidatov

Vsebina

**MAJ 2003**

25.–26.	***	Brdo pri Kranju	TEČAJ IZ TRANSPLANTACIJE 2003	***	tečaj
29.–31.	***	Podčetrtek, Aparthotel Rosa, Terme Olimia	4. NOVAKOVI DNEVI: SKUPNI SESTANEK REVMATOLOŠKE SEKCIJE IN ZDRUŽENJA ZA PERINATALNO MEDICINO	150	strokovno srečanje za ginekologe in porodničarje, revmatologe, neonatologe, medicinske sestre in babice
8.–10.	***	Bled, Festivalna dvorana	UPRETI SE ZLORABI	ni omejeno	mednarodna konferenca za psihiatre, zdravnike splošne medicine, pediatre, šolske zdravnike
9.–11.	12.00	Maribor	16th ANAESTHESIA SYMPOSIUM ALPE-ADRIA	ni omejeno	strokovno srečanje za anesteziologe in višje medicinske sestre
16.–17.	13.00	Logarska dolina, Hotel Plesnik	SPOROČANJE SLABE NOVICE	***	strokovno srečanje in učna delavnica
21.–23.	9.00	Maribor, Splošna bolnišnica Maribor	UČNA DELAVNICA: TEHNIKE ASISTIRANE REPRODUKCIJE	10	učna delavnica za zdravnike ginekologe
22.–24.	***	Portorož, Grand hotel Emona	INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF SPORTS INJURIES	***	simpozij za ortopede, travmatologe, zdravnike športne medicine, fiziatre, fizioterapevte
23.	17.00	Šempeter pri Novi Gorici, Splošna bolnišnica Šempeter pri Novi Gorici	SKUPŠČINA ZDRUŽENJA KIRURGOV SLOVENIJE	***	strokovno srečanje
30.–31.	9.00	Maribor, hotel Habakuk	BEDJANIČEV SIMPOZIJ: SEPSA IN SEPTIČNI ŠOK	ni omejeno	simpozij z mednarodno udeležbo za splošne zdravnike, infektologe in druge specialiste ter mikrobiologe

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Klinični center Ljubljana, SPS Interna klinika, Klinični oddelek za nefrologijo	ga. M. Kandus, Klinični oddelek za nefrologijo, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 23 121	30.000,00 SIT za zdravnike, 20.000,00 SIT za medicinske sestre	***	***	Isis 1/2003
Revmatološka sekcija SZD, Združenje za perinatalno medicino SZD, mag. Boris Lestan, dr. med., prim. dr. Vasilij Cerar, dr. med.	ga. Milica Trenkič, Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, tel.: 01 30 72 167, faks: 01 30 72 169	***	***	***	***
Psihiatrična klinika Ljubljana, Slovensko društvo za družinsko terapijo, ga. Dubravka Trampuž	ga. Fani Zorec, Klinični oddelek za mentalno zdravje, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 74 955	do 1. 2. 2003 300,00 EUR, po tem datumu 400,00 EUR, dnevna kotizacija 150,00 EUR	***	18	Isis 10/2002
Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino, prim. Nada Kodrič, dr. med.	Jasmina Markovič, dr. med., GSM: 031 523 031, faks: 01 52 24 791, prim. Nada Kodrič, dr. med., GSM: 031 523 061, faks: 01 52 22 234, SZAIM, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno medicino, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana	17.000,00 SIT zdravniki, 15.000,00 SIT sestre	račun bo izstavljen po prijavi	***	***
Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana	ga. Barbara Ravnik, Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana, Vegova 8, 1000 Ljubljana, GSM: 031 632 168, e-pošta: barbara.ravnik@mali.ljudmila.org	29.000,00 SIT (DDV ni vključen)	transakcijski račun: 03171-1085403050	***	Isis 2/2003
Splošna bolnišnica Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo, prof. dr. Veljko Vlaisavljevič, dr. med.	ga. Suzana Knuplež, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 462, faks: 02 33 12 393, e-pošta: ivf.mb@sb-mb.si	40.000,00 SIT	pred plačilom pokličite kontaktno osebo	v postopku	Isis 2/2003
Slovenian Society for Arthroscopis surgery and sports traumatology, Olympic Committee Slovenie in Assotiation of labor, transport and sports medicine of Slovenia, prof. dr. Vinko Pavlovčič, prof. dr. Ejnar Eriksson	ga. Alenka Kregar, Cankarjev dom, Prešernova 10, 1000 Ljubljana, tel.: 01 24 17 133, faks: 01 24 17 296	250 EUR do 31. 3. 2003, nato 310 EUR	01261-6030357790, sklic na št. 0509747-651101-03	***	***
Združenje kirurgov Slovenije	informacije: doc. dr. Radko Komadina, dr. med., Splošna bolnišnica Celje, Oblakova 5, 3000 Celje, e-pošta: sbcrdi@guest.arnes.si, prijave: Slovensko zdravniško društvo, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana	kotizacije ni	***	***	***
Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Splošna bolnišnica Maribor, Zdravniško društvo Maribor in Združenje za infektologijo SZD, prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med.	prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med., Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 631, faks: 02 33 12 393	25.000,00 SIT (z DDV)	04515-0000124280 (Zdravniško društvo Maribor)	***	***



Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
<b>JUNIJ 2003</b>					
6.	9.00	Ljubljana, srednja predavalnica Medicinske fakultete, Korytkova 2	BOLNIŠNIČNE OKUŽBE 2003	100	strokovno srečanje za vse zdravnike, mikrobiologe, medicinske sestre in vse, ki se ukvarjajo z bolnišnično higieno
7.	10.00	Brdo pri Kranju	IX. MEDNARODNI MEDICINSKI DUATLON IN MEDNARODNI STROKOVNI SIMPOZIJ	ni omejeno	udeleženci v konkurenci: zdravniki, veterinarji in farmacevti, izven konkurence: študenti navedenih poklicev in prijatelji
11.–14.	15.00	Portorož, Kongresni center Bernardin	10. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTNI MEDICINI	700	mednarodni simpozij za zdravnike vseh specialnosti, zobozdravnike in medicinske sestre
18.–21.	18.00	Cankarjev dom, Ljubljana	9TH CONFERENCE OF THE EUROPEAN SOCIETY OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE – WONCA EUROPE 2003: THE FUTURE CHALLENGES OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE	1.800	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine
29. 6. –3. 7.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	1. FEMS - KONGRES EVROPSKIH MIKROBIOLOGOV	ni omejeno	evropski mikrobiološki kongres za mikrobiologe, infektologe, epidemiologe, higienike in druge zdravnike
<b>SEPTEMBER 2003</b>					
3.–5.	***	Ljubljana, Pravna fakulteta	12TH CONGRESS OF THE EUROPEAN UNION FOR SCHOOL AND UNIVERSITY HEALTH AND MEDICINE – CARING OF EUROPE'S YOUNG GENERATION	200	evropski kongres za zdravnike šolske medicine, zdravnike v zdravstvenem varstvu študentov
11.–13.	14.00	Rogla, Snežna dvorana, hotel Planja	3. KONGRES GINEKOLOGOV IN PORODNIČARJEV SLOVENIJE	300	slovenski kongres za ginekologe in porodničarje
18.–21.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	42ND ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR PAEDIATRIC ENDOCRINOLOGY	1.800	strokovno srečanje pediatrov endokrinologov z vseh kontinentov

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije SZD	ga. Mihaela Oberdank Hrastar, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, tajništvo katedre, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, tel.: 01 54 37 408, faks: 01 54 37 401, e-pošta: mihaela.oberdank-hrastar@mf.uni-lj.si	15.000,00 SIT	***	***	Isis 2/2003
Milivoj Veličkovič Perat, dr. med.	Milivoj Veličkovič Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 219, faks: 01 52 29 358, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, home page: <a href="http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm">http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm</a>	***	***	***	***
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 52 25 337, faks: 01 52 22 416, e-pošta: irena.petric@kclj.si	***	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Teja Alič, Cankarjev dom, Prešernova 10, 1000 Ljubljana, tel.: 01 2417 135, faks: 01 2417 296, teja.alic@cd-cc.si, <a href="http://www.woncaeurope2003.org/">http://www.woncaeurope2003.org/</a>	110.000,00 SIT	***	***	Isis 6/2002
Slovensko mikrobiološko društvo, prof. dr. Peter Raspor	ga. Natalija Bah Čad, Cankarjev dom (za kongres FEMS 2003), Prešernova 10, 1000 Ljubljana, tel.: 01 24 17 132, faks: 01 24 17 296, e-pošta: fems2003@cd-cc.si	390 EUR, študenti 210 EUR	***	***	***
Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino SZD, European Union for School and University Health and Medicine	asist. mag. Mojca Juričič, dr. med., Medicinska fakulteta, Inštitut za higieno, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, e-pošta: mojca.juricic@mf.uni-lj.si	***	***	***	Isis 6/2002
prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med.	ga. Martina Pečlin, KC, SPS Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 97 590, faks: 01 43 97 590, e-pošta: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si	***	***	***	***
ESPE – European Society for Paediatric Endocrinology, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove, SPS Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, prof. dr. Ciril Kržišnik, predsednik ESPE 2003	prof. dr. Ciril Kržišnik, dr. med., Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove, SPS Pediatrična klinika, tel.: 01 52 29 224, faks: 01 52 29 357, e-pošta: krzisnik@mf.uni-lj.si	***	***	***	***

Datum Pričetek Kraj

Tema

Število  
kandidatov

Vsebina

**NOVEMBER 2003**

19.–20.	***	Otočec	9. KRKINI REHABILITACIJSKI DNEVI	***	strokovno srečanje
26.–27.	***	Ljubljana, velika predavalnica Medicinske fakultete	MEDNARODNI SIMPOZIJ OB TRIDESETLETNICI RAZVOJNE NEVROLOGIJE	350	strokovno srečanje in praznovanje obletnice
26.–27.	9.00	Maribor, Kongresni center Habakuk	AKUTNA STANJA: ZNAMENJA, SIMPTOMI, SINDROMI, DIFERENCIALNA DIAGNOZA IN UKREPANJE	250	seminar in učne delavnice za zdravnike družinske medicine, urgentne medicine, intenzivne medicine in družinske medicine
21.	11.00	Maribor, Rektorat Univerze v Mariboru, Slomškov trg 15	1. SLOVENSKI SIMPOZIJ O ENDOSKOPSKEM ULTRAZVOKU V GASTROENTEROLOGIJI	ni omejeno	strokovni simpozij z mednarodno udeležbo ob 10. obletnici endoskopskega ultrazvoka v Sloveniji za vse zdravnike, ki se ukvarjajo z boleznimi prebavil (internisti, kirurgi, splošni zdravniki, onkologi, radiologi, pediatri)
28.–29.	***	Kranjska Gora, hotel Lek	XIV. STROKOVNI SESTANEK SLOVENSKEGA NEFRO- LOŠKEGA DRUŠTVA	***	sestane je namenjen nefrologom, internistom in vsem zdravnikom, ki jih zanima področje nefrologi- je, dialize in transplantacije ledvic

**AVGUST 2004**

22.–26.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	1. SVETOVNI KONGRES RAZVOJNE MEDICINE ( <a href="http://www.iskratel.si/dev-medicine/index.html">http://www.iskratel.si/dev-medicine/index.html</a> )	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 zdravnikov družinske medicine SZD, Krka Zdravilišča d.o.o.	g. Marjan Černe, Krka Zdravilišča d.o.o., Ljubljanska 26, 8501 Novo mesto, tel.: 07 37 31 942, faks: 07 37 31 919	***	***	***	***
Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Milivoj Veličković Perat, dr. med.	Milivoj Veličković Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 219, faks: 01 52 29 358, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, home page: <a href="http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm">http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm</a>	30.000,00 SIT, upokojenci in sekundariji brezplačno	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Katedra za družinsko medicino MF, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor	asist. mag. Štefek Grmec, dr. med., PHE ZD Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor	35.000,00 SIT	02222-0019518588	***	Isis 12/2003
Splošna bolnišnica Maribor, Klinični oddelek za interno medicino, Oddelek za gastroenterologijo, prim. doc. dr. Marjan Skalicky, dr. med.	ga. Zdenka Kodrin, tajništvo Kliničnega oddelka za interno medicino, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 871, 32 12 349, faks: 02 33 12 393	kotizacije ni	***	***	***
SZD – Slovensko nefrološko društvo	prim. doc. dr. Marko Malovrh, dr. med., Center za hemodializo Leonišče, Zaloška 13, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 460, faks: 01 52 22 460, e-pošta: marko.malovrh@mf.uni-lj.si	kotizacija ni predvidena	***	***	***
Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Milivoj Veličković Perat, dr. med.	Milivoj Veličković Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 219, faks: 01 52 29 358, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, home page: <a href="http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm">http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm</a>	***	***	***	***
Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Milivoj Veličković Perat, dr. med.	Milivoj Veličković Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 219, faks: 01 52 29 358, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, home page: <a href="http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm">http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm</a>	***	***	***	***



# Uredništvu revije Isis

Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi. Prvo obvestilo želimo objaviti v  številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen v  številki Izide.

Za objavo podatkov v **Koledarju strokovnih prireditev** pošiljamo naslednje podatke:

Mesec prireditve

Prostor, kjer bo prireditev

Dan prireditve

Pričetek, ura

Naslov strokovnega srečanja

Kraj

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 XII, ŠT. 2, 1. februar 2003  
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@zvs-mcs.si  
Transakcijski račun: 02014-0014268276

UREDNIŠTVO •  
Dalmatinova 10, p. p. 1630,  
1001 Ljubljana  
tel.: 01/30 72 152  
faks: 01/30 72 159  
E-pošta: isis@zvs-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK  
EDITOR-IN-CHIEF AND RESPONSIBLE  
EDITOR  
prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.  
E-pošta: eldar.gadzijev@sb-mb.si  
Tel.: 02/32 11 244

UREDNIKA • EDITOR  
Elizabeta Bobnar Najžer, prof. sl., ru.  
E-pošta: eb.najzer@zvs-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.  
asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med.  
prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.  
prof. dr. David B. Vodusek, dr. med.  
doc. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

LEKTORICA • REVISION  
Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.

TAJNICA UREDNIŠTVA • SECRETARY  
Marija Cimperman

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN  
PRIPRAVA ZA TISK • DTP  
Camera d.o.o.  
Ob dolenski 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 XX<sup>th</sup> 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

Janja Ahčin, dr. med., zdravnica, Enota Fužine, Zdravstveni dom Ljubljana Moste • Prim. Danica Avsec Letonja, dr. med., zdravnica, Splošna bolnišnica Maribor • Prim. doc. dr. Marjan Bilban, dr. med., zdravnik, Zavod za varstvo pri delu, Ljubljana • Davorin Dajčman, dr. med., zdravnik, Oddelek za gastroenterologijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor • Asist. mag. Andrejka Fatur Videtič, dr. med., zdravnica, Inštitut RS za rehabilitacijo invalidov, Ljubljana • Jerneja Fišer, dr. med., zdravnica, Zavod za zdravstveno varstvo Nova Gorica • Jurij Fürst, dr. med., zdravnik, Oddelek za zdravila, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije Ljubljana • Prof. dr. Nina Gale, dr. med., zdravnica, Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta Ljubljana • Prof. dr. Anton Grad, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za nevrologijo, SPS Ne-

vrolška klinika, Klinični center Ljubljana • Mag. Irena Grmek Košnik, dr. med., zdravnica, Zavod za zdravstveno varstvo Kranj • Prof. dr. Marija Gubina, dr. med., zdravnica, Medicinska fakulteta Ljubljana • Tatjana Harlander, dr. med., zdravnica, Zavod za zdravstveno varstvo Novo mesto • Kristijana Hertl, dr. med., zdravnica, Onkološki inštitut Ljubljana • Jiri Hollan, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana • Rado Janša, dr. med., zdravnik, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana • Gregor B. E. Jemec, MD, Div of dermatology, Dept of Medicine: Roskilde Hospital, Kogojev, Danska • Breda Jensenšek Papež, dr. med., zdravnica, Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Splošna bolnišnica Maribor • Peter Kadunc, študent medicine • Martina Kavčič, dr. med., zdravnica, Zavod za zdravstveno varstvo Koper • Asist. Izidor Kern, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Doc. dr. Janko Kernik, dr. med., zdravnik, Zdravstvena postaja Kranjska Gora, Zdravstveni dom Jesenice • Prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Jana Kolman, dr. med., zdravnica, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Medicinska fakulteta Ljubljana • Mag. Matjaž Kopač, dr. med., zdravnik, SPS Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana • Damjan Kos, Ljubljana • Marinka Kremžar, dr. med., upokojena zdravnica, Ljubljana • Dragan Lonžarič, dr. med., zdravnik, Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Splošna bolnišnica Maribor • Slava Lorenčič Robnik, dr. med., zdravnica, Zavod za zdravstveno varstvo Maribor • Boštjan Lovšin, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica Izola • Mag. Nina Mazi, dr. med., zdravnica, Ljubljana • Lilijana Merljak • Prim. prof. dr. Dušica Mičetič Turk, dr. med. zdravica, Splošna bolnišnica Maribor • Doc. dr. Manica Müller Premru, dr. med., zdravica, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Medicinska fakulteta Ljubljana • Prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med., zdravnica, SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana • Branko Omerzu, državni sekretar, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve • Jure Peklar, mag. farm., Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Ljubljana • Irena Piltaver Vajdec, dr. med., zdravica, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec • Martin Ra-

kuša, študent medicine, Žalec • Miljeva Rener, dr. med., zdravica, Onkološki inštitut Ljubljana • Helena Ribič, dr. med., zdravica, Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana • Nives Rožič Vičič, dr. med., Zdravstveni dom Izola • Prim. Mojca Senčar, dr. med., upokojena zdravica, Ljubljana • Prof. dr. Uroš Skalarič, dr. stom., višji svetnik, zobozdravnik, SPS Stomatološka klinika, Klinični center Ljubljana • Prim. Franc Štolfa, dr. stom., upokojeni zobozdravnik, Celje • Mag. Iztok Štrumbelj, dr. med., zdravnik, Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota • Vida Šušteršič Bregar, dr. med., zdravica, Zdravstveni dom Medvode • Asist. Metka Teržan, dr. med., zdravica, Urad za varnost in zdravje pri delu, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Ljubljana • Viktorija Tomič, dr. med., zdravica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., zdravica, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor • Prim. Nadja Triller, dr. med., zdravica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Asist. Darja Urlep, dr. med., zdravica, Splošna bolnišnica Maribor • Kristof Zevnik, dr. stom. • Doc. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., zdravnik, Onkološki inštitut Ljubljana • Asist. Miloš Židanik, dr. med., zdravnik, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor • Asist. Suzana Židanik, dr. med., zdravica, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor • Prim. Andrej Žmavc, dr. med., zdravnik, Zdravstveni dom Celje • Prim. Andrej Zmitek, dr. med., zdravnik, Psihiatrična bolnišnica Begunje na Gorenjskem • Tjaša Žohar Čretnik, dr. med., zdravica, Zavod za zdravstveno varstvo Celje

Revija izhaja prvega v mesecu. Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 11.760,00 SIT, za naročnike v tujini 23.520,00 SIT, posamezna številka za nečlane stane 980,00 SIT. Davek na dodano vrednost je vračunan v ceni ter se ga obračunava in plačuje po 8,5-odstotni stopnji. Rokopisov ne vračamo. Izbrane in naročene članke honoriramo. Naklada 7.000 izvodov. Poština plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

## Navodila avtorjem

Rok za oddajo vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 10. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članke lahko pošljete po pošti na naslov uredništva, po faksu ali po elektronski pošti. Da bi se izognili podvajanju dela, predlagamo, da članke oddajate v elektronski obliki (disketa, CD, e-pošta). Dolžina člankov je omejena na največ 30.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Lahko priložite fotografije, diapozitive ali digitalne fotografije (velikost najmanj 300 dpi). Prispevku priložite svoj polni naslov, davčno številko, davčno izpustavo, popolno številko tekočega ali žiro računa, naziv banke.

### Navodila o navajanju sponzorjev

Na koncu prispevka so lahko navedena imena farmacevtskih podjetij, delovnih organizacij, matičnih delovnih organizacij, kjer ste zaposleni, društev, združenj in ostalih pravnih ter fizičnih oseb, ki so po vašem mnenju kakorkoli prispevala k nastanku prispevka. Uredništvo si pridržuje pravico, da bo imena objavljala v enotni obliki.

### Navodila za objavlanje prispevkov v rubriki "strokovna srečanja"

Dolžina prispevkov je omejena na največ dve strani v reviji Isis, objavljena je lahko le ena fotografija, ki se vštevja v skupno dolžino. To pomeni, da ima prispevek brez slike lahko največ 10.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 11.500 znakov - štetje s presledki. Prispevek s sliko ima lahko največ 9.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 10.500 znakov - štetje s presledki. Vsako poročilo iz tujine mora obvezno vsebovati kratak zaključek, kaj pomeni srečanje za stroko v Sloveniji; ali in kje oziroma kako je mogoče izsledke prenesti v slovenski prostor. V primeru, da je slovenska stroka v svetovnem vrhu, je potrebno v zaključku na kratko povzeti njeno vlogo v ustreznem merilu. Prispevkov, ki ne bodo upoštevali zgoraj navedenih navodil, uredništvo ne bo objavilo oziroma bo avtorje prosilo za dopolnitve.

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 Socio-economic committee

**Jani DERNIČ, M.D.**

The president of the Private practice committee

**Igor Praznik, M. D.**

The Secretary General

**Brane Dobnikar, L.L.B.**

Public Relations Department  
**Elizabeta Bobnar Najzer, B.A.**

Legal and General Affairs Department

**Vesna Habe Pranjic, 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  
**Moja 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 memberships for independent work.
- 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.

## Smrt in nesmrtnost

In Utnapištim pravi Gilgamešu:

*“Neizbežna je bridka smrt:*

*Že od začetka sveta ni stalnosti in je ni.*

*Speči in mrtvi - kako podobna sta si med seboj!*

*Mar ni v obeh obrazilih upodobljena smrt?...*

*Dodeli mu življenje in smrt,*

*Toda smrt - njen dan je vsem nepoznan!”*

*Ep o Gilgamešu, deseta plošča*

Ep o Gilgamešu je obvezno branje srednješolcev. Toda pri 16 letih nikakor nismo razmišljali o smrti. Bili smo preveč zaposleni z zelo konkretnimi stvarmi: kako, kje, kdaj bi z ljubljen osebo. To se nam je tedaj zdelo že kar dejanje nesmrtnosti, toda, vsaj zase lahko tako rečem, nikoli nismo razmišljali o smrti in o telesni nesmrtnosti. Kajti če nismo razmišljali o smrti, se nam je zdela nesmrtnost kot nekaj čisto naravnega. Zato nam je bilo vznemirjenje Gilgameša ob smrti prijatelja Engiduja in njegova groza o lastni minljivosti ter s tem povezana želja po lastni telesni nesmrtnosti popolnoma tuje. Na Ep o Gilgamešu sem seveda po koncu gimnazije popolnoma pozabil, a sem se nanj spomnil popolnoma naključno, ko sem na uvodni strani brskalnika najdi.si zapazil anketo, kaj naj bi si Slovenke in Slovenci najbolj želeli. Nametane so bile zelo različne stvari: veliko denarja, potovanja, večji penis, ljubezen, mir na svetu in - na koncu - nesmrtnost. A glej ga šmenta, nesmrtnost je bila tista, ki so si jo Slovenke in Slovenci v tej anketi najbolj zaželeli. Nesmrtnost kot negacija smrti. Kako torej doživljamo smrt? Ali se zdravniki kaj razlikujemo od drugih, saj nam vedno pravijo: “No ja, ti si tega tako ali tako navajen.”

Ko sem kot študent prvič prisostvoval neuspešni reanimaciji, sem v sebi prvič občutil jezo, morda že kar bes, da oživljanje ni uspelo. Še danes čutim enako ali pa celo še bolj intenzivno, posebno če mi umre bolnik, ki sem ga poznal že dlje časa. Ko popolnoma brezupno opazujem in v izvide beležim telesno propadanje bolnika z boleznijo motornega nevrona - večkrat bolj znano s kratico ALS - sem jezno obupan. V besu bi najraje razbijal stvari okoli sebe, a vem, da moram zadržati svojo kolerično naravo. Čisto drugače sem smrt doživljal kot vodnik reševalnega psa ob potresu v Turčiji. Iz velike ruševine prej sedemnadstropnega stanovanjskega bloka se je širil sladkoben vonj krvavih razpadajočih trupel in skoraj vsake pol ure so se psi oglasili z žalostnim cviljenjem in kopali po ruševini. Ob tistem potresu je bilo po vsej Turčiji 14.000 mrtvih. Sam sem videl več deset trupel, mnoga tako spremenjena, da nisem prepoznal človeškega telesa. Bilo je brezupno vsakdanje. Apatije me je pravzaprav rešil pes, ker sem moral zbrati vso svojo duševno energijo, da sem se posvetil le njegovemu delu in mu pri tem pomagal. Kljub ogromni tragediji je bila smrt, začuda, tudi za preživele svojce nekaj naravnega. Čisto drugače me je pretresla nepričakovana očetova smrt. Potreboval sem nekaj mesecev, morda celo let, da sem jo sprejel. Kar sem se naučil iz vsega tega, je, da ima smrt veliko obrazov. Toliko, kolikor je naših odnosov do umrlega oziroma kakršne so okoliščine smrti.

Vendar smo ravno zdravniki tisti, ki bi morali na smrt gledati ne samo kot možnost izida bolezni, temveč tudi kot naravno danost. Ni-



kakor ne mislim, da bi se morali že v naprej vdati, ali - še huje - da bi takšno gledanje uporabili kot izgovor za lastno nedejavnost. Vendar pa bi se, kljub tehnološkemu razvoju medicine, morali zavedati, da ima tudi življenje svoj konec. Trdim, da imam kot zdravnik v takem primeru dolžnost, da ohranim bolnikovo dostojanstvo, preprečim bolečino, dušenje in mu omogočim smrt med njegovimi svojci. Da se razumemo: ne govorim o evtanaziji. Govorim o večkratnih, nizkih, intravensko apliciranih odmerkih morfija, o dodatku kisika, morda o intubaciji. Ocena o tem mora biti, morda ravno zaradi čustvenega naboja ob ireverzibilnosti, popolnoma racionalna. Trdim, da je to dolžnost vsakega zdravnika in je ne sme prenašati na kolege. Seveda je koristen pogovor, lepše strokovno imenovan konzilij, a odgovornost lahko in mora prevzeti samo lečeči zdravnik.

V praksi je mnogokrat drugače. Kar pravilo je že postalo, da nevrologi (prepričan sem, da tudi drugi specialisti, a dežuram samo na nevrologiji) nenadoma pred sprejemno ambulanto naletimo na voz z bolnikom, ki mu je že na prvi pogled smrt blizu. Devetdesetletnega bolnika spremlja napotnica z diagnozo, ki vsebuje tri velike - CVI - in dve majhni črki - io. Začuda je podpis nekakšna kraca, čeprav bi pričakovala podpis v dveh črkah: IA. Včasih bolnika spremlja kateri od svojcev in

praviloma pove, da je bolnik že več let nepokreten in da z njim mesece ni kontakta, zadnje dni ne more več piti.

Le kaj je razmišljal dr. IA, ki ga je napotil? Verjetno nič. Morda se je hotel izogniti odgovornosti, morda olajšati svojo slabo vest, ker je ta hišni obisk opravil kot zadnjega? Morda nima dovolj avtoritete pred svojci? Ali pa pred samim seboj? Čeprav sem v takih trenutnih besen kot ris, se zadržim, ne kličem po telefonu. Vendar se včasih pripeti, da napotni zdravnik sam pokliče. Takrat ga, če le morem, s čim bolj nevtralnimi glasom vprašam, kaj pričakuje od mene, da bom naredil za tega bolnika. Odgovor je vedno enak: “Ne vem, verjetno nič.” “Zakaj ste potemtakem odredili nujni prevoz v bolnišnico?” “Ne vem. Morda bi pa še kaj? Saj veste, svojci. Raje vidim, da umre v Kliničnem centru.” Očitno gre za stisko zdravnika, ki je sam na terenu. Smernice, o katerih imam osebno že tako ali tako slabo mnenje, mu niso v nikakršno oporo, saj sestavljali smernic, algoritmov, napotkov, kliničnih poti, navodil strokovnih kolegijev in podobnega ne morejo napisati: V takem in takem primeru ne naredimo nič. V bistvu je medicinska doktrina usmerjena v nesmrtnost, pa naj se to sliši še tako nelogično, neznanstveno in šarlatansko. V medicinski doktrini je torej izraženo prastaro gilgameševsko hrepenenje po nesmrtnosti, ki se ni od sumerskih časov do danes prav nič spremenilo.

Vse to pa zdravnika le bega. V primeru umirajočega bolnika poma-ga zdravniku le vodilo, kaj je za bolnika dobro. V pomoč mu je le lastno strokovno znanje, ki predstavlja hrbenico naše avtoritete. In v strokovno znanje, ne pa v strokovne nazive ali strokovne ustanove, zaupajo tudi laiki. V to nisem le prepričan, to vem.

Anton Grad