

ISIS

Leto XII. Številka 1 / 1. januar 2003



Zasebna zdravniška in zobozdravniška dejavnost v Sloveniji - pomemben del zdravstvenega sistema

Minilo je že desetletje od uvedbe zasebne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji, ki je prinesla številne spremembe in novosti. Brez dvoma je obogatila sistem javne zdravstvene mreže z zdravniki in zobozdravniki s koncesijo ter razširila ponudbo na trgu zdravstvenih storitev z delom zdravnikov in zobozdravnikov v zasebnih ordinacijah brez koncesije.

Kakšne so prednosti zasebnega pred državnim za paciente? Po analizi vloge in udeležbe zasebnega sektorja v sistemu javne zdravstvene mreže mednje sodijo: večja možnost izbire, boljša dostopnost do zdravstvenih storitev, večja produktivnost, gospodarno ravnanje s sredstvi, večja transparentnost porabljenih sredstev, odgovornost za poslovni uspeh. Po mnenju pacientov se je raven zdravstvenih storitev z uvedbo zasebnosti izboljšala, zadovoljstvo bolnikov je v zasebnih ambulantah večje. Lahko bi razpravljali tudi o možnih slabostih, vendar te včasih zelo vehementno poudarjajo že drugi.

Pomembno pomoč pri prehodu v zasebno dejavnost nudijo strokovne službe Zbornice in odbor za zasebno dejavnost, ki pogosto obravnava zaplete in težave, s katerimi se srečujejo kandidati za zasebno dejavnost, ter probleme, ki jih imajo zasebni zdravniki in zobozdravniki pri vsakdanjem delu in pri sodelovanju z zdravstvenimi domovi, drugimi izvajalci zdravstvenih storitev, Ministrstvom za zdravje, ZZZS in drugimi institucijami. Pri tem odbor za zasebno dejavnost tesno sodeluje z drugimi matičnimi odbori Zbornice in izvršilnim odborom Zbornice, dobro je tudi sodelovanje z Združenjem zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije.

Ena od najbolj pogostih ovir, ki se postavljajo vedno znova, je podeljevanje koncesij, tako za osnovno zdravstvo in zobozdravstvo kot tudi za področje ambulantne specialistične dejavnosti. Problem ostaja nerešen tudi še ob vstopu v leto 2003.

Oktober 2001 je Ministrstvo za zdravje (MZ) sicer poslalo v obravnavo na Zbornici Pravilnik o koncesijah za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti kot javne zdravstvene službe in Navodila o postopku podeljevanja koncesij za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti kot javne zdravstvene službe. Pripravili smo obsežno gradivo s pripombami in dopolnitvami in ga poslali MZ, vendar nikoli nismo prejeli odgovora ali komentarja. MZ je v začetku leta 2002 na direktorje zdravstvenih domov in občine naslovilo dopis in priložena "Priporočila za

podeljevanje koncesij v osnovnem zdravstvenem varstvu".

Država Slovenija tudi še vedno nima jasnih uradnih kriterijev za prehod v zasebno ambulantno specialistično dejavnost.

Kljub temu je, po podatkih Zbornice ob koncu leta 2002, skupno vpisanih v register zasebnih zdravnikov 441 zdravnikov s koncesijo in 42 brez koncesije ter 482 zobozdravnikov s koncesijo in 145 brez koncesije. Skupaj torej 1,111 zdravnikov in zobozdravnikov, kar je 19,5 % od skupaj 5.696 zdravnikov in zobozdravnikov, dejavnih v zdravniških službah.

Leta 2000 je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije sklenil 205 pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev - javnimi zavodi in kar 1.081 pogodb z zasebnimi izvajalci. Za primerjavo: v letu 1993 je bilo pogodb z javnimi zavodi 180 in 133 z zasebnimi izvajalci. Dogovor za leto 2001 je bil sprejet šele 18. septembra 2001, pogodbe je Zavod za zdravstveno zavarovanje sklenil s 1.286 izvajalci. Število pogodbenih partnerjev se je v primerjavi z letom 2000 povečalo za 60 (od tega za 56 zasebnih izvajalcev in 4 javne zavode).

Za izvedbo dogovorjenih programov je bilo za leto 2001 izračunanih 34.997 delavcev iz ur, od tega 3.305 ali 9,45 % pri zasebnikih (za leto 2001 še niso vključene lekarne). Od vseh splošnih zdravnikov in pediatrov je delalo v letu 2001 v zasebni dejavnosti 223 zdravnikov (leta 2000 - 214) oziroma 18,1 %, (leta 2000 - 17,4 %). Od vseh zobozdravnikov, vključno s specialisti, je zasebnih že 455 v letu 2001 (leta 2000 - 440) ali 43,12 % (leta 2000 - 41,79 %). Od vseh specialistov v specialistični ambulantni dejavnosti je v zasebni dejavnosti 159 zdravnikov specialistov (leta 2000 - 160) ali 12,31 % (leta 2000 - 11,52 %). Od vseh zdravnikov ginekologov na primarni ravni jih dela v zasebni dejavnosti 36 oziroma 28,23 % (leta 2000 - 26,35 %). Delež zasebnih izvajalcev v finančnih sredstvih za zdravstvene programe je znašal leta 2001 8,42 %, za javne zavode 91,58 %.

Pogajanja za Dogovor 2002 so partnerji zaključili decembra 2001. Ker se niso uspeli uskladiti o vseh določilih Dogovora, je januarja 2002 o spornih vprašanjih odločala arbitraža, ki se je sestala trikrat in obravnavala 50 spornih vprašanj. Uspešno je uskladila 23 spornih vprašanj, preostalih 27 pa je posredovala v odločitev Vladi Republike Slovenije. Ta je o predlogih odločila šele po preteku 4 (z besedo: štirih) mesecev od zadnjega naroka arbitraže, na



seji 23. maja 2002. Sledila so pogajanja za področne dogovore. Dogovor 2002 - pravna osnova za pripravo ponudb in sklepanje pogodb - je bil objavljen v Občasniku Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije 30. 8. 2002.

Kako se počutimo zdravniki in zobozdravniki zasebniki v primežu vseh naštetih nejasnosti? Odgovore je skušala najti anketa, ki jo je Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov pod vodstvom predsednika Deana Klančiča, dr. med., izvedlo ob koncu leta 2001. Poslanih je bilo 700 vprašalnikov, odgovorilo je 242 zasebnikov (34,6 %). Vprašanja so bila: Koliko let delate v zasebni dejavnosti? Ali so se izpolnila pričakovanja na strokovnem, organizacijskem in finančnem področju? Koliko ur dnevno delate s pacienti? Koliko ur tedensko porabite za organizacijo in vodenje? Koliko ur tedensko porabite za strokovno, študijsko, raziskovalno, pedagoško delo? Ali menite, da imate dovolj ali premalo prostega časa? Ali že zaznavate znake utrujenosti? Koliko dni letnega dopusta izkoristite v koledarskem letu? Ali bi se še enkrat odločili za zasebno zdravniško dejavnost?

Odgovori zasebnikov z 1 do 10 let dela v zasebništvu so bili: izpolnitev pričakovanj na strokovnem področju v 57 %, delno v 41,3 %, ne v 1,2 %, brez odgovora 0,4 %. Na organizacijskem področju in vodenju: izpolnitev v 50,8 %, delno v 43 %, ne v 5,4 %, brez odgovora 0,8 %. Na finančnem področju: da v 43,8 %, delno v 50 %, ne v 5,4 %, brez odgovora 0,8 %. V povprečju so delali s pacienti 6,9 ur na dan, povprečno porabili 5,4 ure na teden za vodenje in organizacijo in povprečno 4,8 ure na teden za strokovno, študijsko, raziskovalno, pedagoško dejavnost, kar je skupaj v povprečju 44,7 delovnih ur na teden.

68,2 % jih je menilo, da imajo premalo prostega časa, 31,8 % pa dovolj. Znake utrujenosti opaža 77,5 %, 22,5 % pa ne. Nasploh je zadovoljnih z delom 70,2 %, delno 27,3 %, nezadovoljnih je 1,7 %, brez odgovora 0,8 %. Povprečno število dni letnega dopusta je bilo 27,6 %. Ponovno bi se za zasebno dejavnost odločilo 91,7 %, ne 5,4 %, brez odgovora 2,9 %.

Zanimivi so tudi rezultati ankete avstrijskega medicinskega časopisa *Ärztewoche*, ki so jo izvedli avgusta in septembra 2002. Sodelovalo je 726 samostojnih zdravnikov, 81 % moških in 19 % žensk, 400 splošnih zdravnikov in 326 ambulantnih specialistov. Njihovi odgovori so po mnenju raziskovalcev dali dober vpogled v razpoloženje med avstrijskimi zdravniki.

Naloga inteligentne zdravstvene politike je, po mnenju komentatorjev ankete v avstrijskem *Ärztewoche*, da se vzpostavijo taki pogoji, da se bodo nepotrebni pritiski na zdravnike v celoti zmanjšali, da bi dosegli skupen cilj, to je čim boljše zdravje naroda. V optimalnih pogojih za delo bo zadovoljen zdravnik naredil največ za vsakega posameznega pacienta.

Glede na izkušnje v poklicu v zadnjih petih letih bi se jih še 72,4 % ponovno odločilo za zdravniški poklic. V podobni anketi, ki jo je izvedel nemški *Ärztzeitung*, je v Nemčiji prepričanih, da so izbrali pravi poklic, samo še 60,3 % zdravnikov.

Sicer pa avstrijski kolegi slabo ocenjujejo razvojne perspektive v svojem zdravstvenem sistemu, ki se tudi bori s finančnimi problemi, pritiski na zdravnike s strani pacientov so večji, vedno bolj se izgublja poklicna avtonomija, manj so plačani za več dela, vedno večji so tudi pritiski na zdravnike s strani zdravstvene politike, ki je sovražna do zdravnikov. Zdravniki sami tudi menijo, da je ugled zdravniškega poklica med prebivalstvom v zadnjih letih padel, vendar vsakoletne velike javnomnenjske raziskave tega ne potrjujejo, zdravniki so po ugledu svojega poklica še vedno v vrhu.

V naših razmerah ob sedanjih napetostih med zdravniškimi organizacijami in zdravstveno politiko bi verjetno tudi potrebovali obširnejšo in poglobljeno analizo o razpoloženju med zdravniki in o delovnopravnem položaju slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov, ki jo že pripravljajo Zbornica, Slovensko zdravniško društvo in Fides. Odgovori čim večjega števila slovenskih zdravnikov, tako zaposlenih kot zasebnikov, bodo lahko dali presek stanja in razmer v slovenskem zdravništvu in omogočili eventualno potrebno redefiniranje strategij vseh zdravniških organizacij ter omogočili bolj operativne temelje za njihovo izvajanje.

Kakšne so perspektive razvoja zasebne dejavnosti, je v danih razmerah zelo težko napovedovati, vendar bi se razvoj moral nadaljevati z večjim številom prenosa koncesij, v okviru potreb javne zdravstvene mreže, ki je še vedno nimamo, po potrebi bi bilo treba razpisati tudi nove, razvijati nove oblike sodelovanja in na dnevni red aktualne politike vključiti tudi temo privatizacije v zdravstvu, saj je bila analiza procesov privatizacije v zdravstvu v evropskih državah predstavljena na 52. zasedanju Regionalnega odbora Svetovne zdravstvene organizacije v Kopenhagnu od 16. do 19. septembra 2002, sprejeti so bili nekateri zaključki in priporočila.

Čisto na koncu še enkrat najboljše želje za leto 2003.

Igor Praznik

Vsebina



Fotografija: Dragan Arngler

uvodnik	Igor Praznik	• Zasebna zdravniška in zobozdravniška dejavnost v Sloveniji - pomemben del zdravstvenega sistema	3
novice		•	8
fotoreportaža	Ivan Žebeljan	• 22. memorial Toma Krasnova	30
iz glasil evropskih zbornic	Marjan Kordaš	• Deset let odvetnika bolnikov na Dunaju	37
	Marjan Kordaš	• Linz: Ustanovljen je bil Inštitut za zdravstveno načrtovanje	37
	Boris Klun	• Novice iz Hrvaške	37
aktualno		• Četrty razpis specializacij - stomatologija	39
	Fides	• Javni poziv	42
	Fides	• Sklepi XII. letne konference	44
	Mateja Bulc	• Sestanek UEMO	46
	Matej Lipovšek	• Povezava med specialistom in zdravnikom splošne medicine	47
	Dunja Obrsnel Kveder	• Kako do boljšega reprodukativnega zdravja v Sloveniji?	49
	Borut Bratanič	• Novorojencem (in materam) prijazne porodnišnice v Sloveniji, 1998-2002	54
forum	Martin Toth	• Osebno predpisovanje zdravil	58
	Matjaž Zwitter	• Zdravnik preko vrtno ograje? Ne, hvala	60
obletnice	Janez Bajec	• Kirurški sanatorij Rožna dolina	61
program strokovnih srečanj		•	65
delo zbornice		• Zapisniki IO ZZS	80
	Gordana Živčec Kalan,	• Navodila za pripravo bolnika v osnovnem zdravstvu	
	Franc Šuta	za operativni poseg v anesteziji - tretjič	88
		• Uradne ure	89
status artes medicae	Tomaž Kocjan	• Mednarodne smernice za merjenje mineralne kostne gostote	90
obvestila	Diana Blažič	• Sprememba zakonodaje in obravnava zavarovanca pri imenovanemu zdravniku in zdravstveni komisiji Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije	91
strokovna srečanja	Dušan Butinar	• Nova spoznanja o zdravljenju Alzheimerjeve demence in epilepsije	93
	Dorjan Marušič, Tanja Mate	• Pomen kakovostnega zbiranja in obdelovanja zdravstvenih podatkov	95
	Jarmila Trček Breznikar	• Poletna šola za arterijsko hipertenzijo v Glasgouu	96
	Janko Kersnik	• Drugi kongres Evropske delovne skupine za kakovost v družinski medicini	98
	Klemen Grabljevec	• Fizikalna in rehabilitacijska medicina	99

Čeprav ima slovenska dermatologija že več kot stoletno tradicijo, se zadnje čase vedno bolj sooča s pomanjkanjem kadrov. V upanju, da jim bo uspelo pritegniti dovolj mladih zdravnikov, jim namenimo prvo naslovnico v letu 2003. Dermatologija še posebej temelji na opazovanju kožnih sprememb, za kar potrebuje seveda ustrezne pripomočke. Na fotografiji je dermatoskop, posebno povečevalno steklo, ki odkriva tudi najbolj skrite spremembe na koži. Kožo simbolizira nežna bela breza, ki z drobnimi podrobnostmi svojega lubja ponazarja zapletenost največjega človeškega organa.

Tekst in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

	Iztok Takač	• Srečanje mednarodnega združenja za ginekološki rak	100
	Irena Štucin Gantar, Lilijana Kornhauser Cerar	• Mednarodni simpozij v čast Bengta Robertsona	102
	Borut Bratanič, Jagoda Vatovec	• Odkrivanje okvar sluha ob rojstvu v Sloveniji	104
	Janko Kostnapfel	• 20. donavski simpozij za psihiatrijo	106
	Breda Prunk Franetič	• Srečanje pediatrov in šolskih zdravnikov	109
	Lucija Perharič	• Kongres Evropskega združenja centrov za zastupitve in kliničnih toksikologov	110
	Tadej Strojnik	• Leksellova stereotaktična delavnica	112
	Aleš Pražnikar	• Mednarodni simpozij o amiotrofični lateralni sklerozi	116
	T. Kostnapfel Rihtar, V. Badovinac, T. Umek Zupanc	• 1. nacionalna konferenca Rdečega križa Slovenije	118
	Miha Kočar	• Čelešnikovi dnevi – poškodbe zob in obraza	120
tako mislimo	Alojz Gregorič	• O slovenski medicini na ljubljanski tržnici	122
	Martin Bigec	• Ali je napočil čas prehoda od preventive k zdravljenju gripe?	123
	Polonca Steinmann	• Mir v zornem kotu družinskega zdravnika	126
odmevi	Tomaž Rott	• 50-letnica bronhoskopije na Golniku	128
	Tanja Čufer	• Odmev na članek o delu razsodišča II. stopnje	130
recenzija	Stojan Plesničar	• Zvonka Zupanič Slavec: Družinska povezanost grofov Celjskih	131
nove publikacije	Janez Preželj	• Obravnava bolnika z osteoporozo	133
	Marta Brečko Vrhovnik	• Rdeči križ – Modra pomoč	134
	Matjaž Najžer	• Trde droge – mehke droge?	134
zdravniki v prostem času	Zvonka Petek	• Dolina Triglavskih jezer	135
	Janko Kostnapfel	• Dve basni	136
personalia		•	137
koledar zdravniških srečanj		•	141
misli in mnenja uredništva	Eldar M. Gadžijev	• Zdravniki med seboj – opravljanje	154

Srečno 2003!

Veliko osebne sreče,
zdravja in strokovnega zadovoljstva
v novem letu 2003.



Vodstvo Zdravniške
zbornice Slovenije

Namesto novoletnih voščilnic smo denar
nakazali v humanitarne namene.

Zdravniški rod Ipavcev med velikani naše glasbene umetnosti

Na festivalu v Šentjurju oktobra letos enkratno kulturni dogodek: skladatelj zdravnik, zdravniški orkester, koreograf zdravnik

V zgodovini glasbe, zlasti na nemškem nacionalnem področju, so znani primeri družin s številnimi genialnimi skladatelji, naj omenim le imena Bach, Mozart ali Strauss. Na Slovenskem so to Ipavci, ki so za nas zdravnike še posebej zanimivi, saj so bili že v prvih generacijah, še iz 18. stoletja, sprva znani kot ranocelniki, pozneje pa kot diplomirani dr. med. (V letošnji avgustovski številki *Izide* je genealogijo te družine odlično predstavil primarij Jurij Zalokar.) Za boljše razumevanje pomena Ipavcev za glasbo v XIX. stoletju na Slovenskem priporočam izčrpno in - lahko zatrdim - izredno napeto in privlačno napisano romanizirano biografijo teh šentjurskih ljubiteljskih glasbenikov - njihov osnovni poklic je bil zdravniški! - z naslovom: *Zgodovina slovenske meščanske dinastije, ki jo je leta 2001 v založbi SAZU objavil zgodovinar in muzikolog dr. Igor Geržina*. Privlačen in poučen je tudi manjši muzej, posvečen Ipavcem, v obnovljeni družinski hiši v Šentjurju.

V Šentjurju pri Celju so skoraj dve desetletji - sicer ne vsako leto zaporedoma - na kulturnem sporedu Ipavčevi dnevi, posvečeni predvsem glasbeni dediščini predstavnikov te znane skladateljske in zdravniške družine. Sinova Josipa Ipavca - Jože (ki je umrl pred tremi leti v Šentjurju) in Teodor (ki še živi v ZDA) - sta bila priznana slikarja. Jože je bil tudi gledališki scenograf, delal je zlasti v zagrebski operi. Letos je dogodek v Šentjurju zajel dve zvrsti odrske dejavnosti: glasbo in ples. S premiernim nastopom v soboto 20. oktobra in s ponovitvijo, namenjeno občanom Šentjurja, v nedeljo 21. oktobra 2002 je prireditev pritegnila veliko število obiskovalcev - ne le častilce Ipavcev, temveč tudi gledalce oz. poslušalce iz različnih krajev Slovenije, ki so oba dneva do zadnjega kotička napolnili veliko dvorano domačega kulturnega doma. Uvodoma je bila na sporedu krajša četvorka (kadrilja) - ples in glasba - Benjamina Ipavca, sledil je "ce-

lovečerni" balet (avtor ga je imenoval pantomima - za gledališko igranje brez besed ob plesu in glasbi): *Možiček*.

Na tem mestu moram spregovoriti o zgodovini tega nastopa, kar bo morda izzvenelo tudi anekdotično. Glasbo Ipavcev sem spoznal že pred mnogimi leti, zlasti sem občudoval Serenado Benjamina Ipavca, mojstrsko napisano skladbo za godalni orkester. Spoznal sem Anino četvorko (avtor jo je posvetil svoji ženi Anni Vokounovi še pred letom 1886) v izvedbi slovitega klavirskega tria bratov Lorenz (prva komorna skladba za to sestavo v slovenskem glasbenem slovstvu!). Pianist Primož Lorenz, profesor na ljubljanski Akademiji za glasbo, ki je že več kot eno desetletje glasbeni svetovalec komorne skupine Pro medico, mi je ljubeznivo prepustil partituro. Trio Pro medico je skladbo izvedel na našem tradicionalnem koncertu v

cerkvi sv. Florijana v Stari Ljubljani. Poročila se mi je misel, da ta glasba kliče po koreografu in da bo šele s plesalci prišla do prave veljave. Ko sem srečal kolega Henrika Neubauerja (ki je opustil medicino in se posvetil baletu in operni režiji), je bilo najino sodelovanje sklenjeno. Junija 2000 smo tako z mladimi plesalkami ljubljanske Srednje glasbene in baletne šole, ponovno v cerkvi sv. Florijana, doživeli prazizvedbo glasbe in plesa kadrilje. Koreografija Henrika Neubauerja je za letošnjo izvedbo na odru v Šentjurju ostala nespremenjena, tudi sestava klavirskega tria Pro medico je bila enaka: Pavle Kornhauser, klavir, Marko Zupan, violina in Zvonimir Rudolf, violončelo. Anina četvorka je sestavljena iz šestih krajših plesov z značilnimi naslovi, kakor so jih naši predniki imenovali in po njih plesali na dvoru in na hišnih zabavah. O sami izvedbi kot izva-



jalec seveda ne morem pisati, to je naloga kritikov.

Na tem mestu naj zabeležim zgodbo, ki bi se sicer zgubila iz spomina. Pred približno desetimi leti sem dobil telefonski klic iz Gradca: na zvezi je bil profesor Sauer s klinike za otroško kirurgijo in obenem dekan medicinske fakultete, s katerim sem imel dolga leta strokovne in tudi prijateljske stike. Pojasnil mi je, da pripravljajo proslavo stoletnice otroške bolnišnice in potrebujejo sliko dr. Benjamina Ipavca, ki je bil organizator in prvi predstojnik oddelka za kirurgijo otrok. V NUK-u smo našli njegovo fotografijo, jo povečali in poslali v Gradec, kjer je krasi zgodovinsko razstavo. In še podrobno: skoraj eno stoletje po predstojništvu Benjamina Ipavca v Gradcu je bila moja naloga oblikovati klinični oddelek za otroke - kirurške bolnike v ljubljanskem Kliničnem centru ...

O Možičku, drugem plesu na šentjurski oktobrski prireditvi, je poročevalec našega vodilnega dnevnika Delo (Primož Škerl) napisal naslednje: "Več kakor sto let po nastanku prvega in doslej največkrat izvajane slovenskega baleta bodo delo šentjurskega skladatelja dr. Josipa Ipavca znova zaigrali na letošnjih Ipavčevih dnevih v Šentjurju. Originalna skladateljeva partitura je veljala za zgubljeno, saj so mislili, da je zgorela ob požigu tržaškega Narodnega doma leta 1920. Partituro Možička je v resnici hranil skladatelj sin Jože kot očetovo zapuščino in jo je odkupila Glasbena zbirka Narodne in univerzitetne knjižnice v Ljubljani (še pred II. svetovno vojno)." Ta podatek ni bil znan, zato je več skladateljev, med njimi Parma in Cipci, orkestriralo to delo po klavirskem izvlečku avtorja. Ko sem v NUK-u iskal note za Možička, sem naletel na zaprašeno originalno partituro, ki je pisana za manjšo komorno se-

stavo, prav tako veliko, kot je naša glasbena skupina Pro medico.

Bralec teh vrstic si lahko predstavlja, kako zadovoljen sem bil s tem odkritjem, saj glasba originalne partiture zveni veliko bolj in je tudi bolj primerna za izvedbo pantomi-

niški prireditvi", je nastop izzvenel visoko profesionalno in navdušenje občinstva je bilo izredno.

Predstavo je posnela televizija. Na nacionalni televiziji je del baleta predstavila znana komentatorica plesa, Barbara Drnač. Po

koncertu je profesor Primož Lorenz, ki je obenem idejni vodja projekta *Imago Sloveniae*, izjavil: "Prireditve je bila fantastična, nacionalnega pomena!"

V uvodnem, protokolarnem delu prireditve so spregovorili predstavnik Ministrstva za kulturo, potem direktor republiškega Javnega sklada za kulturno dejavnost in kot zadnji župan Šentjurja. Pohvaliti moramo izredno požrtvovalno in uspešno "kulturno menedžerko" Anito Koleča, ki v občini Šentjur že leta skrbi za uveljavitev umetnosti



Pogled na oder kulturnega doma v Šentjurju pri Celju oktobra letos ob izvedbi baleta - pantomime Možiček zdravnika in skladatelja Josipa Ipavca. Koreograf je bil zdravnik Henrik Neubauer, igrala je zdravniška glasbena skupina Pro medico po originalni partituri skladatelja (ki sem jo odkril v ljubljanskem NUK-u).

me kot velik simfonični orkester. Našo komorno skupino je bilo treba dopolniti le s tolkalo in s harmonijem (skladatelj je v partituri predvidel harmonij - danes zelo redko uporabljen instrument, jaz sem igral na električni klavir) in tako smo lahko začeli z vajami. Ponovno sem se obrnil na kolega Neubauerja, ki je z zadovoljstvom prevzel koreografijo Možička. Junija letos smo uspešno izvedli štiri stavke tega baleta na našem koncertu v Stari Ljubljani. Praizvedba celotnega Možička, ki traja skoraj eno uro - prvo naj bi po originalni partituri dirigiral avtor, kdaj, ni podatka - je bila v Šentjurju 20. oktobra 2002. Koreograf je v šentjurski izvedbi ob učenkah baletne šole vključil tudi soliste - poklicne baletnike iz ljubljanske Opere, "orkester" Pro medico, ki ga je pripravil violist in goslarški mojster Viljem Demšar, pa je igral v isti izvedbi kot v cerkvi sv. Florijana junija letos. Čeprav je izvedba pantomime slonela na nepoklicnih glasbenikih in plesalcih, lahko bi govorili o "čital-

med občani. Morda se v prestolnici ne zavedamo dovolj, kako živa in pomembna je kultura v vsakodnevem življenju "provinc".

Zdravniki smo lahko zadovoljni in ponosni, da smo za javnost ustrezno predstavili del naše glasbene in plesne zgodovine ter obenem oživili skladbe dveh šentjurskih zdravnikov - imenitnih skladateljev iz rodu Ipavcev. Ponovno smo dokazali, da naš poklic terja ne le usmerjenega strokovnjaka, temveč široko izobraženega človeka s humanistično podlago.

Pavle Kornhauser

Desetletje gibal - teden dejavnosti

12.-20. oktober 2002

Desetletje gibal (Bone & Joint Decade) je neodvisna globalna neprofitna organizacija, ki si želi izboljšati kakovost življenja ljudi, prizadetih z boleznimi, poškodbami ali okvarami gibal. Predstavlja krovno organizacijo nacionalnih ekspertnih skupin (National Action Networks), ki jih sestavljajo strokovne organizacije medicinskih specialnosti, laična združenja (Patient Oriented Societies), vlade, industrija in raziskovalci. Na petih ciljnih področjih (bolezni, poškodbe in okvare sklepov, osteoporoza, hrbtenica [bolezni, okvare, poškodbe], mišično-skeletne bolezni, okvare in poškodbe pri otrocih, poškodbe - travmatologija) želi opozoriti laično in strokovno javnost na naraščajoče breme bolezni, okvar in poškodb gibal, vzbuditi bolnike, da dejavno sodelujejo pri reševanju svojih problemov, na stroškovno učinkovit način preprečiti nastajanje in zdraviti že razvite bolezni, poškodbe in okvare gibal ter pospešiti raziskovalno delo. Projekt, ki ga je v okviru Združenih narodov, Svetovne zdravstvene organizacije in Svetovne banke na pobudo delovne skupine prof. Larsa Lingrena iz Lunda odprl 1. januarja 2002 generalni sekretar Organizacije združenih narodov, gospod Kofi Annan, je naletel v 63. državah sveta na izjemno dober odziv. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije je marca 2001 imenovalo slovensko nacionalno ekspertno skupino, ki je v suplementu oktobrske številke revije Isis leta 2001 objavila tudi nacionalni program.

Več kot 400 milijonov ljudi po vsem svetu trpi zaradi kroničnih bolečin, boleznih sklepov, osteoporoze, okvar hrbtenice ter mišično-skeletne travme. V okviru Desetletja gibal se 750 strokovnih organizacij na nacionalni ravni po vsem svetu trudi zaustaviti neugodni trend. Po projekciji Svetovne zdravstvene organizacije

bo namreč leta 2020 število ljudi, trpečih zaradi bolezni, poškodb in okvar gibal, naraslo na 570 milijonov.

S tednom dejavnosti, ki ga pripravimo vsako leto med 12. in 20. oktobrom, želimo

lezni, 16. oktobra svetovni dan bolezni, okvar in poškodb hrbtenice, 17. oktobra svetovni dan travmatologije in 20. oktobra svetovni dan osteoporoze.

V preteklem letu so se dejavnosti nacionalne ekspertne skupine vršile na vseh naštetih področjih. Revmatološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva je posvetila misli ob svetovnem dnevu revmatskih bolezni na svojem strokovnem srečanju o vlogi koksibov v zdravljenju revmatskih bolezni že 4. oktobra 2002. Sestanek je potekal pod pokroviteljstvom Farmacie, ki je globalni pokrovitelj Desetletja gibal.

Društvo za ankilozirajoči spondilitis je 10. oktobra 2002 pripravilo tiskovno konferenco, ki so se je udeležili novinarji nacionalne televizije, Dela in drugih najpomembnejših medijev v Sloveniji. Med 11. in 13. oktobrom 2002 so člani društva gostili ASIF (Ankylosing Spondylitis International Federation). Srečanja se je udeležila tudi državna podsekretarka na Ministrstvu za delo, gospa Stanka Tutta, ki je predstavila Zakon o invalidskih organizacijah, državni svetnik Boris Šuštaršič, predsednik Sveta invalidskih organizacij Slovenije, je predaval o organiziranosti invalidskih organizacij v Sloveniji, mag. Cveto Uršič, direktor Urada za zaposlovanje invalidov pa je imel predavanje o socialni politiki ter procesih zaposlovanja. Kot gostje so se sestanka udeležili predstavniki Japonske, Kanade in Evrope. Predsedniku Revmatološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva, dr. Borisu Lestanu, in predsedniku Društva za ankilozirajoči spondilitis, mag. Marjanu Hudomalju, se na tem mestu zahvaljujem za prizadevno delo.

16. oktobra 2002 je bil svetovni dan, posvečen boleznim, okvaram in poškodbam hrbtenice. Ortopedsko združenje Slovenskega zdravniškega društva je posvetilo del svoje dejavnosti pripravi knjižice Kako živeti z bolečino v križu, ki je pred izidom. Na stro-



Mag. Marjan Hudomalj, predsednik Društva za ankilozirajoči spondilitis Slovenije, prof. dr. Lars Lingren, vodja projekta Desetletje gibal, doc. dr. Radko Komadina, nacionalni koordinator za Desetletje gibal Slovenije.

povečati interes strokovne in laične javnosti. V tednu med 12. in 20. oktobrom se zvrstijo štirje dnevi, ki jih Svetovna zdravstvena organizacija namenja skupinam bolezni: 12. oktobra je svetovni dan revmatskih bo-

kovnih sestankih Slovenskega zdravniškega društva po regijah je obravnavalo kompleksno problematiko bolečine v križu v sodelovanju z družinskimi zdravniki in Sekcijo za fizikalno medicino in rehabilitacijo.

Društvo travmatologov Slovenije je v času tečaja tehnike AO, 17. oktobra 2002, na Bledu pripravilo strokovno-organizacijski sestanek na temo svetovnega dneva travmatologije in Desetletja gibal. Seznanilo se je s sklepom Svetovne zdravstvene organizacije, da bo 14. aprila 2004 svetovni dan zdravja, namenjen prav travmatizmu, ki dosega epidemične razsežnosti v nerazvitih in tudi v razvitih državah sveta.

Teden dejavnosti se je zaključil z osrednjo prireditvijo 20. oktobra 2002 v dvorani Merkurius v Ljubljani, ki jo je pripravila Zveza društev bolnikov z osteoporozo Slovenije, za kar jim gre javna zahvala.

Oktober 2001 je bil načrtovan sestanek nacionalnih organizatorjev projekta Desetletje gibal v New Yorku, vendar je bil zaradi znanih dogodkov prestavljen za leto dni in izveden med 12. in 14. septembrom 2002 v Rio de Janeiru. Udeležilo se ga je 54 predstavnikov Evrope, Afrike, Severne Amerike, Južne Amerike, Azije in pacifiških držav. V zaključku smo podpisali globalno deklaracijo. Utemeljena je z boleznimi, poškodbami in okvarami gibal kot najbolj pogostim vzrokom za hude dolgotrajne bolečine in vodilnim vzrokom za invalidnost, ki ogroža v zasebnem in poklicnem življenju že približno pol milijarde ljudi, ne prizanesa otrokom, povzroča vse večje socialno breme, vse večjo izgubo delovne sposobnosti in stroške zdravstvenega varstva, ki grozijo z zlomom financiranja zdravstva v revnejših delih sveta. Zato smo države, podpisnice deklaracije, pristopile k Desetletju gibal 2000-2010. Zavedamo se rastočega družbenega bremena bolezni, poškodb in okvar gibal, opozarjamo strokovno in laično javnost na pomen bolezni, okvar in poškodb gibal, vzpodbujamo bolnike, da dejavno sodelujejo pri reševanju svojih problemov, iščemo strokovno učinkovite metode za reševanje teh problemov in poudarjamo pomen raziskovalnega dela. Pri svojem delu povezujemo vladne in nevladne organizacije, strokovna in laična združenja, industrijo, medije in vse tiste, ki se zavedajo teže teh problemov in jih želijo pomagati reševati.

Radko Komadina



FP6 EURATOM

Raziskovalni programi EU 2002-2006

Raziskovalno področje EURATOM za obdobje 2002-2006 v sklopu 6. okvirnega raziskovalnega programa EU (FP6) zajema:

- varstvo delavcev, pacientov, prebivalcev in okolja pred sevanjem,
- ravnanje z radioaktivnimi odpadki,
- kontrolirano fuzijo,
- delovanje JRC - Joint Research Centre,
- ostale dejavnosti na področju jedrske varnosti in varstva pred sevanji.

Za raziskave na omenjenem področju je predvidenih 1.230 milijonov evrov.

Več informacij o FP6, ki je namenjen članicam EU, državam kandidatkam in pridruženim državam, je na:

- http://www.europa.eu.int/comm/research/fp6/index_en.html
- <http://www.cordis.lu/en/home.html>
- <http://www.mszs.si/slo/ministrstvo/mednarodno/znanost/vecstransko.asp#okvirni6>.

Če želite prejemati obvestila v zvezi s programom EURATOM v elektronski obliki preko nacionalne koordinatorke za to področje, pošljite svoj elektronski naslov na:

fp6-EURATOM.URSJV@zgov.si ali pišite na URSJV, Železna cesta 16, Ljubljana.

*Kontaktna oseba za tematsko področje EURATOM:
dr. Helena Janžekovič, URSJV*

Errata corrige:

V reviji Isis 12/2002 na strani 63, drugi stolpec, nam jo je zagodel tiskarski škrat. Tekst se pravilno glasi.

- pri zravanju trupla lahko pride v pljuča določena količina zraka, ki vpliva na plavalni preizkus;

Prav tako se lahko zgodi, da se pljuča po-

topijo pri plavalnem preizkusu pri živorojenosti, in sicer:

- če pri dolgem in kompliciranem porodu v teku poroda samega pride do vdihanja plodovnice;
- pri pooglenitvi trupla zaradi visoke temperature se zrak iztisne iz pljuč;

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 kvadratu)

- 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 izvedbo B ali C,
vpišite točne podatke plačnika

Davčna številka (če je plačnik s. p. ali podjetje)

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
- celostna 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**
 - **celostna** kompozicija je v **slip paspartuju** in v **razkošnem okvirju** zlate barve

Celekoksib, selektivni zaviralec COX-2

Slovenska podružnica farmacevtske družbe Pharmacia je pod okriljem revmatološke sekcije SZD 4. oktobra 2002 organizirala strokovno srečanje, ki je potekalo v Unionski dvorani hotela Union v Ljubljani. Na srečanju je predstavila svoj novi izdelek, celekoksib, iz družine koksibov, ki so najnovejša vrsta nesteroidnih protivnetnih (NSPV) zdravil. Celekoksib selektivno zavira izoenzim ciklooksigenazo-2 (COX-2), ki nastaja pri vnetnem procesu, udeležena pa je tudi pri nekaterih fizioloških procesih.

Srečanja se je udeležilo okrog 200 poslušalcev, večinoma zdravnikov, ki jih je pozdravila direktorica slovenske podružnice

družbe Pharmacia, gospa Irena Jesenko, mag. farm. Gost iz Velike Britanije, prof. Frank McKenna, je predstavil z izsledki raziskav podprte razloge za izbiro varnejših zdravil (koksibov) pri zdravljenju artritisa. Vlogo koksibov v zdravljenju revmatičnih bolezni je orisal doc. dr. Matija Tomšič. Prof. dr. Saša Markovič je z gastroenterološkega stališča prikazala varnost koksibov za zgornja prebavila. Prav zmanjšana pogostnost pojava resnih zapletov v zgornjih prebavilih (razjeda, krvavitev, predrtje) je glavna prednost koksibov pred klasičnimi NSPV-zdravili.

Direktor medicinskega dela Pharmacie,

Kamilu Lukanović, dr. med., je predstavil farmakološke lastnosti novega zdravila, njegovi terapevtski indikaciji, revmatoidni artritis in osteoartrozo, ter način predpisovanja. V Sloveniji je registriran od decembra 2001, na vmesno listo zdravil je bil razvrščen julija 2002.

Po zaključku strokovnega dela je Pharmacia povabila za obilno obloženo mizo z raznoterimi kulinaričnimi dosežki, pogostitvi pa je sledil ples do poznih večernih ur.

*Boris Lestan
predsednik Revmatološke sekcije SZD*

Mednarodni artroskopski tečaj v Ljubljani

V Ljubljani je od četrтка 21. marca do sobote 23. marca 2003 potekal mednarodni tečaj osnovnih artroskopskih tehnik. Od 35 udeležencev jih je iz tujine prišlo 28, od 23 predavateljev pa so bili trije iz tujine. Tečaj je potekal v predavalnicah in dvoranah Kliničnega centra v Ljubljani, organizatorja pa sta bila Klinični oddelek za travmatologijo v Ljubljani in Slovenska zveza za artroskopijo in športno me-

dicino. Strokovno sponzorstvo je nudilo Evropsko društvo za športno travmatologijo, kolensko kirurgijo in artroskopijo (ESSKA 2000). Srečanje sta omogočila Aesculap® in Mitek®.

Udeleženci so se lahko poučili o najnovejših osnovah artroskopije kolena, gležnja, kolka, rame, komolca in zapestja. Vadili so lahko na številnih modelih, na voljo je bilo 5 artroskopov, organizirani pa so bili tudi

neposredni prenosi iz operacijske dvorane.

Zaradi velikega zanimanja gostov iz tujine in ker je bilo število udeležencev omejeno, je veliko slovenskih zdravnikov žal ostalo brez možnosti udeležbe. Zato bo od 3. do 5. aprila 2003 na Otočcu organiziran artroskopski tečaj osnovnih tehnik predvsem za slovenske specializante.

Simon Herman, Matjaž Veselko



Delo z artroskopi na modelih



Instrumenti in njihovi uporabniki

Ločani v slavnostnih tonih

Zlati jubilej Zdravstvenega doma (ZD) so v Škofji Loki proslavili nadvse slovesno. Dogodku so namenili kar nekaj srečanj. Za to priložnost je domačin, mag.

Tone Košir, napisal knjigo 50 let Zdravstvenega doma Škofja Loka, ki so jo krajanom predstavili 28. novembra 2002 pri okrogli mizi v Galeriji Krvina v Gorenji vasi. Dva dni za-

tem so v loškem gledališču priredili slovesnost z nastopom Ljubljanskega zdravniškega orkestra Camerata medica, kjer so najzaslužnejšim podelili priznanja, odprli razstavo likovnih del



V Galeriji Krvina v Gorenji vasi so se za okroglo mizo zbrali: avtor knjige 50 let Zdravstvenega Škofja Loka, mag. Tone Košir, voditeljica omizja, zgodovinarica medicine, doc. Zvonka Zupanič Slavec, dolgoletna sodelavca ZD, prim. Mario Kocijančič in mr. ph. Breda Kosirnik, ter recenzent knjige, loški arhivar dr. Franc Štuklj.



Prepolno dvorano loškega gledališča so napolnili domačini in gosti. Slavnostni koncert je izzvenel v prijaznih tonih vedrih melodij Ljubljanskega zdravniškega orkestra Camerata medica pod vodstvom dirigenta Andreja Ožbalta, program pa je z žlahtno naklonjenostjo vodil dramski igravec Jože Logar.



Direktorica in hkrati duša Zdravstvenega doma Škofja Loka, Magdalena Selan, dr. med., se je v slavnostnem nagovoru v loškem gledališču na Spodnjem trgu zahvalila vsem dolgoletnim sodelavcem za podporo in dobro sodelovanje ter izrekla posebno zahvalo članom organizacijskega odbora praznovanja: zdravnikom Tonetu Koširju, Štefki Križnar in Urški Omejc ter osebju ZD Tomažu Šteru, Ireni Berginc in Mariji Bratuž.



Ločani so na slovesnost povabili dolgoletne sodelavce in predstavnike slovenskega in gorenjskega zdravstva (z leve proti desni): minister za zdravje prof. Dušan Keber, direktor Osnovnega zdravstva Gorenjske Jože Veternik, loški poslanec v Državnem zboru Blaž Kavčič, prva in dolgoletna direktorica ZD Marija Bračko, pisec jubilejne knjige mag. Tone Košir, predstojnica Inštituta za zgodovino medicine MF doc. Zvonka Zupanič Slavec, nekdanji direktor Kliničnega centra Zdravko Krvina, domačemu zdravstvu predana zdravnika Štefka Križnar in Bojan Gregorčič.



Za predanost loškemu zdravstvu in njihovo izjemno življenjsko delo se je s priznanji oddolžila direktorica Magdalena Selan. Priznanje so prejeli: prva in dolgoletna direktorica ZD Marija Bračko, častna občanka Škofje Loke, Jože Veternik, direktor Osnovnega zdravstva Gorenjske (OZG), Bojan Gregorčič, zdravnik iz Gorenje vasi, patronažna sestra Julijana Klemenčič, ki je spisala tudi kratke zgodbe o delu na terenu, mag. Tone Košir, ki je tudi avtor prvega učbenika za splošno medicino, Štefka Križnar, steber ZD in avtorica raziskave o astmatikih ter pobudnica ekoloških izboljšav na Loškem, glavna medicinska sestra Slavka Levičnik, zdravnik Jože Možgan, ki je deloval tudi kot poslanec v Državnem zboru, prvi loški specialist za ušne in zobne bolezni Miroslav Oblak, vodja reševalne postaje in šofer Franci Paulus, medicinska sestra iz Železnikov Poldka Pegam, zobna preventivna sestra Ljudmila Poljanjšek, prva patronažna medicinska sestra v Žireh Erika Potočnik, ortodont Janez Resnik in prvi specialist družinske medicine na Loškem (1982) dr. Dimitrij Zrimšek. Priznanje so poklonili tudi zaslužni sedanji direktorici ZD Magdaleni Selan, ki že 14 let vodi ustanovo, za podporo pri njihovih prizadevanjih pa so se zabvalili tudi ministru za zdravje Dušanu Keberu, loškemu županu Igorju Drakslerju in sedanjemu loškemu poslancu v Državnem zboru Blažu Kavčiču.

domačih zdravnikov slikarjev ter se v prijetnem vzdušju poveseleli ob skupni večerji s plesom v hotelu Transturist.

V pozdravnem govoru je minister za zdravje prof. dr. Dušan Keber poudaril, da je zdravje temeljna človekova pravica in da je tržna ekonomija na dolgi rok naklonjena človeku, na kratki pa prinaša med ljudi hitro razslojevanje in zato eni pač "jejo žgance, drugi pa klobase, eni dopustnikujejo doma, drugi pa na morju". Pri pravici do zdravstvenih storitev naš zdravstveni sistem ne dopušča, da bi debelina denarnice vplivala na njegovo dostopnost. Ko človek zboli, ve, kje so vrata, na katera lahko potrka, in ve, da lahko tam pričakuje vse, kar je zanj potrebno. To je velika pridobitev, ki jo imajo redke države tega sveta. Če je zdravnik slabe volje, naj bolnik ne razume, da je zato že

z zdravstvom kaj narobe. Želimo si le boljši zdravstveni sistem. Zdravstveni dom ima prednosti pred individualnim delom z bolnikom. V njem se srečuje več strokovnjakov, ki lahko delijo izkušnje in hitreje izluščijo najboljše možne odgovore za svoje varovance. Tako je pri nas tudi uspelo zaježiti hitro širjenje aidsa in uporabe drog, kar tudi bogatejšim državam ni vedno uspelo. Poudaril je še, da je ZD v Škofji Loki eden najbolje organiziranih v državi in se nam zato ni treba bati za prihodnost naših zdravstvenih domov nasploh. Veselimo se torej lahko njegove 100-letnice.



V preddverju hotela Transturist v domači Loki so gostitelji pripravili dve razstavi: manjšo o svoji zdravstveni preteklosti, kjer so spregovorili stari zdravstveni instrumenti in pripomočki ter ambulantne knjige odmaknjenih letnic in celo portreti nekdanjih vodilnih politikov v dubu časa.



Da loško zdravstvo živi tudi bogato duhovno življenje in ima znotraj sebe uspešne upodabljače umetnike, je pokazala razstava nekaterih del specialiste medicine dela Mire Cepuder, pediatrije Štefke Križnar, zobozdravnika Janeza Klopčiča, specialista splošne medicine Dušana Sedeja in šoferja reševalca Maksa Megušarja.

Nepozaben je bil tudi govor dr. Dimitrija Zrimška, ki se je zahvalil v imenu vseh nagradencev. Njegov govor je v celoti objavljen v nadaljevanju.

Tem iskrenim željam Dimitrija Zrimška se pridružuje tudi avtorica teh vrstic.

Zvonka Zupanič Slavec
Foto: Janez Missoni

Zahvala nekega zdravnika

Vsem sodelavkam in sodelavcem, kolegicam in kolegom za privilegij, da je skoraj petintrideset let smel biti njihov sodelavec, kolega in morda na trenutke celo njihov prijatelj; od tega več kot trideset let v enem in istem prostoru, ko se človek že skoraj počuti kot inventar, ko nastopi čas za slovo in prestop v novo, tretje življenjsko obdobje. (Ob priložnosti praznovanja petdesete obletnice škofjeloškega zdravstvenega doma.)

Preteklost in prihodnost se zlivata v trenutek, ko potujemo skozi našo večnost. Velika pričakovanja naplavijo malo sreče, drobna presenečenja nas z njo preplavijo.

Ko se oziram na prehojeno pot, se spominjam velikih pričakovanj in drobnih zadovoljstev, velikih načrtov in malih uspehov, velikih želja in kratkih utrinkov sreče. Kadar se naše želje ujamejo, se rodi sreča. Otrok se postavi na noge, naredi korak, preplavita

ga zmagoslavje in radost - in zvrne se na nos. Tako je minilo teh petdeset let. Obletnica, ki jo praznujemo, utegne biti, žal, zadnja od velikih. Vse bolj in bolj nas vleče na nos. Učite se od osuplega otroka: postavljajte se na noge, spet in spet - prišli boste do cilja. In kaj je to?

Poštenje in ljubezen, ljubezen do sočloveka, do trpečega, ki nam zaupa svojo bolečino! To je jutro, ki posije v mrak noči. To je tišina, tišina, ki odmeva v srcu, tišina, ki pove vse. Samo v tišini se misli zlivajo v eno. Sonce nima svoje sence. Če se zazreš vanj, te obda noč; kadar greje, je vroče. Kadar grejeta poštenje in ljubezen, je blagodejno toplo. Grejte se v ljubezni in zaupajte ji!

Življenje je podobno potovanju sonca. V najtemnejšem trenutku noči je obljuba dnevne svetlobe. Stopajte naprej, kajti rože uspeha bodo same od sebe cvetele vzdolž vaše poti. Leta ne naredijo modrecev, samo

starce. Uživate v uspehih dela vsak dan sproti. Svoje delo vzemite resno, toda ostanite skromni. Bodite to, kar ste. Vsak dan je prvi dan preostanka vašega življenja in vsak dan je najboljši dan nedokončanih sanj. Ko boste zaupali svojim sanjam in jih znali objeti, boste odkrili, da plešete z vsem, kar obstaja.

Obstajajo stanja, v katerih človek ne more, da ne bi napravil neumnosti. To se imenuje navdušenje. Izpijmo to čašo navdušenja in ponosa. Navsezadnje smo v vseh preteklih letih uresničili vsaj del naših sanj dobre medicine, poštenega zdravništva in prijaznega zdravstva. Življenje, ki se razliva, nikoli povsem ne usahne. Veselimo se doseženih uspehov, vi pa načrtujte nove - uspehe in sanje.

Hvala in srečno!

Dimitrij Zrimšek

Ljubezen je v meni: Preventivni projekt v celjski regiji

Zdravstvenovzgojnimi temami so mladi dobesedno preplavljeni. Posredujejo jim jih starši, zdravstveni delavci med sistematičnimi pregledi in med obiskom v kurativni ambulanti, posredujejo jim jih med poukom v šoli in preko medijev.

V anketi, ki smo jo izvedli novembra 2000, smo reprezentativni vzorec 917 mladostnikov v celjski regiji vprašali, katerim zdravstvenovzgojnim vsebinam bi bili pripravljene prisluhniti in na kakšen način.

Nismo se čudili, da je bila daleč najbolj pričakovana tema ljubezen in spolnost, saj so bili anketiranci stari od 13 do 17 let (sedmi, osmi in deveti razredi osnovnih šol ter prvi in drugi letniki srednjih šol).

Na vprašanje o načinu posredovanja informacij so se mladostniki opredelili za internet: kar 84 odstot-

kov jih je napisalo, da bi jim ta način posredovanja zdravstvenovzgojnih vsebin najbolj ustrezal.

Na Zavodu za zdravstveno varstvo Celje smo zasnovali projekt primarne preventive

s ciljem pomagati mladim, njihovim staršem in vzgojiteljem pri odraščanju. Poimenovali smo ga To sem jaz. Predstavili smo ga v eni prejšnjih števil.

V projekt smo že od vsega začetka vključevali mlade. Po šolah so novinarski, dramski in filmski krožki zbirali izreke mladih na temo ljubezni. Najboljše izreke smo uporabili tako, da smo jih natisnili na malih plakatih z imeni avtorjev in njihovo starostjo.

Najboljši izreki mladih na temo ljubezni

Vesna, 15 let: "Ljubezen ni avtocesta."

Taja, 16 let: "Drugim ni vseeno zate."

Anja, 15 let: "So ljudje, ki jih je treba preprosto objeti."

Boštjan, 13 let: "Ljubezen: če te



Eden izmed plakatov z izrekom mlade avtorice

najdem, te takoj objamem.”

Tina, 14 let: “Kupila sem karto za vlak ljubezni. Sprašujem se, če stojim na pravem pironu.”

Maja, 16 let: “Svetu si lahko le človek, a človeku si lahko ves svet.”

Petra, 17 let: “Verjamem v ljubezen, kaj pa ti?”

Temo o ljubezni in spolnosti smo podnaslovili “Ljubezen je v meni”. Pripravili smo tiskane kreativne komunikacijske materiale in spletno stran www.tosemjaz.net.

Dogodki na šolah

Tiskane komunikacijske materiale (plakate velikega formata, male plakate z najboljimi izreki mladih na temo ljubezni, zloščljivi par razglednic) smo poslali na 62 osnovnih in srednjih šol, ki so pristopile k projektu. Tako smo jih vzpodbudili k izvajanju šolskih dogodkov na temo ljubezni in spolnosti. Njihov namen je spodbuditi mlade, da se na voden način čim bolj sproščeno pogovarjajo o temi, ki predstavlja za prebivalce naše dežele še vedno velikokrat neprijetne občutke. Šole so v šolskem letu 2001/2002 z učenci sedmih, osmih in devetih razredov osnovnih šol ter prvih in drugih letnikov srednjih šol izvajale različne šolske dogodke po lastnem izboru. Med njimi je bilo največ tematskih učnih ur in delavnic. Učenci, dijaki ter pedagoški delavci, vključeni v projekt, so ocenjevali posamezna tiskana gradiva, dogodke in spletno stran. Povprečna ocena je bila 4,2 od petih možnih, s čimer smo zelo zadovoljni. Spodbujali smo namreč kritičnost ciljne skupine, saj smo tako izvedeli, kaj bi mladi še radi spremenili, da bi projekt čim lažje posvojili. Najvišje so ocenili spletno stran ter male plakate z izreki mladih.

Pedagoškim delavcem, ki so sodelovali pri načrtovanju in izvedbi šolskih dogodkov, v katere je bilo vključenih 5.180 najstnikov, smo se zahvalili s pisnimi priznanji.

Najpogosteje izvajani šolski dogodki na temo ljubezni in spolnosti v času od 7. 4. 2001 do 20. 6. 2002 v celjski regiji:

- tematska učna ura
- delavnica
- predavanje učenec učencem
- oddaja po šolskem radiu
- računalniška ura na spletni strani

www.tosemjaz.net

- literarni natečaj
- likovni natečaj
- roditeljski sestanek
- naravoslovni dan
- pisanje eseja na temo izreka mladih

Spletna stran

www.tosemjaz.net

Glede na veliko naklonjenost mladih spletnemu komuniciranju, odločitev, da jim posredujemo zdravstvenovzgojne vsebine o ljubezni in spolnosti na ta način, ni bila težka.

Zbrali smo skupino strokovnjakov in jih prosili, naj posebej za spletno stran pripravijo 50 informativnih strani vsebin o ljubezni in spolnosti. V skupino smo povabili dve šolski psihologinji, psihologa iz celjske vzgojne posvetovalnice, ginekologinjo, epidemiologinjo, medicinsko sestro z dolgoletno prakso v materinski šoli ter psihologinjo, ki je pripravila besedilo o spolni zlorabi. Nastala so poglavja Postajam ženska, postajam moški, Od sanjarjenja do izkušnje, Spolno življenje, O kontracepciji, Spolno prenosljive bolezni in Spolna zloraba.

Na 60 najpogostejših vprašanj so strokovnjaki odgovorili že vnaprej, da bi mladim razrešili čimveč dilem.

7. aprila 2001 smo odprli mladinsko spletno stran www.tosemjaz.net. Tako med mladimi kot med strokovno javnostjo je doživela dober odziv. V 20 mesecih smo zabeležili 76.225 obiskov, prebranih je bilo milijon strani besedil. Na forumu so strokovnjaki odgovorili na 1.675 individualnih vprašanj najstnikov. V rubriki Pomenki smo zabeležili 7.411 pogovorov med mladimi na temo ljubezni in spolnosti. Številke govorejo, da mladi radi zahajajo na spletni naslov. To nam v pisnih včasih napišejo. Vprašanja, o katerih sprašujejo, zavzemajo ves spekter: od tistih, čisto banalnih, zelo pogostih, do onih na drugi strani, ki kažejo na zelo velike stiske naših najstnikov: spolna zloraba, najstniška nosečnost, anoreksija, alkohol v družini in druge. Več o tem bomo povedali naslednjič.

■
Damjana Podkrajšek

ZDRAVNIK V LETALSKI POSADKI

Letalski medicini se obetajo lepi časi, če bodo potniki uspeli prepričati vodstva letalskih družb, da v sodobno letalsko posadko poleg pilota, kopilota in stevardes sodi tudi zdravnik.

Ameriški strokovnjaki so z raziskavo med letalskimi družbami na nasprotni strani Atlantika ugotovili, da visoko v zraku vsak dan najmanj 30 potnikov na letalu potrebuje pomoč izurjenega zdravnika. V večini tovrstnih primerov sicer res ne gre za hujše, življenjsko nevarne situacije - prevladujejo hiperventilacije, tahikardije, omedlevice, slabosti in vrtoglavice, ki jih lahko najbolje in najhitreje oskrbi zdravnik - toda obenem je od 4 do 5 primerov (okrog 15 odstotkov) na dan takih, ki so brez takojšnje zdravniške pomoči lahko usodni. Zaradi njih mora pilot spremeniti smer poleta, preložiti vzlet, zaprositi za predčasni pristank na najbližjem letališču ipd. Med najresnejšimi, nujnimi stanji se najpogosteje pojavljajo srčni infarkt, možganska kap in ostale, akutne nevrološke motnje, pa tudi težave z dihanjem. Večina naštetih patologij je povezana s stresom, ki ga mnogi potniki doživljajo pred, med in po vožnji z letalom. Težave se začnejo že ob vzletu in se zaradi razlik v zračnem tlaku ter drugih momentov nadaljujejo tudi kasneje, med poletom. Večina ljudi tovrstne motnje dokaj dobro prenaša, srčni bolniki, nevroptati in respiratorci pa zaradi asfiksije neredko občutijo bolečine v prsnem košu. Drugo mesto na lestvici “letalske” patologije zasedajo motnje krvnega obtoka in ožilja - zlasti tromboza oz. sindrom drugega razreda, ki se na dolgih poletih pojavlja pri potnikih, ki morajo po sili razmer dalj časa vztrajati v nefiziološkem položaju.

Zaradi pomanjkanja sredstev so se ameriške letalske družbe odločile, da zdravnika zaenkrat še ne bodo uvrstile v železno sestavo svojih letalskih ekip, marveč bodo obstoječe osebe raje bolje opremile in usposobile za morebitne medicinske intervencije v primeru pojava nujnega stanja. Tudi letala bodo bolj opremljena - po najnovejših predpisih s sodobnimi pripomočki za prvo pomoč, vključno z obveznim defibrilatorjem - ki naj bi sodili v sestavni del nepogrešljive opreme na vseh potniških letalih do leta 2004.

■
nm

Vir: Time

Imenovanje častnih članov Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo

Predsedstvo Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije se je odločilo, da za življenjsko delo in za sluge na področju maksilofacialne in oralne kirurgije podeli častno članstvo v Združenju prof. dr. Marijanu Jurci in prof. dr. Mariji Pečan. Primeren trenutek je nastopil ob zaključku X. Čelešnikovih dnevov - 4. seminarja Združenja z naslovom "Poškodbe obraza in zob", ki so ga letos skupaj organizirali Združenje, Klinika in Katedra za maksilofacialno in oralno kirurgijo. Priznanji smo podelili na slovesni večerji, kjer smo se ob prijetni glasbi in odlični hrani zbrali člani Združenja, predavatelji in udeleženci seminarja.

Prof. dr. Marijan Jurca, dr. med., in prof. dr. Marija Pečan, dr. med., sta bila učenca in sodelavca akademika prof. dr. Franca Čelešnika in sta oblikovala razvoj stroke vsak na svojem področju. Njuno delo je dalo viden pečat razvoju stroke v zadnji polovici stoletja in v prvih letih novega tisočletja. Prof. Jurca je kot odličen organizator in promotor stroke dal odločilen prispevek naši stroki. Prof. Marija Pečan pa je kot specialistka anesteziologinja, organizatorica in raziskovalka v svoji stroki omogočila kirurško delo na sodoben način.

Ob tej priložnosti bi se jima v imenu vseh, ki so z njima kadarkoli sodelovali, radi iskreno zahvalili za njun prispevek k slovenski maksilofacialni in oralni kirurgiji.

Andrej Kansky

Prof. dr. Marijan Jurca, dr. med.

Prof. dr. Marijan Jurca se je rodil leta 1925 v Ljubljani, kjer je tudi končal šolanje. Na Medicinski fakulteti je diplomiral leta 1952. Specialistični izpit iz maksilofacialne kirurgije je opravil leta 1957, leta 1960 je bil izvoljen v naziv asistent, leta 1957 v naziv docent, leta 1979 za izrednega profesorja in leta 1982 za rednega profesorja. Leta 1974 je doktoriral na temo "Etiologija heilognatopalatoshiz".



Prof. dr. Marijan Jurca, dr. med.

Kot zdravnik na Kliniki za maksilofacialno in oralno kirurgijo je delal vse od leta 1954 do leta 1996. To obdobje je dalo pečat naši ustanovi in stroki, pomagal jo je graditi polnih 42 let. Bil je eden prvih in najožjih sodelavcev ustanovitelja maksilofacialne in oralne kirurgije v Sloveniji, akademika prof. dr. Franca Čelešnika.

V letih 1982 do 1992 je bil prof. dr. Marijan Jurca predstojnik klinike in od leta 1982 do 1990 tudi predstojnik Katedre za maksilofacialno in oralno kirurgijo Medicinske fakultete.

V letih od 1984 do 1988 je bil predsednik jugoslovanskega Združenja za plastično in maksilofacialno kirurgijo (ki je združevalo sekcije vseh republik) in leta 1988 v Portorožu uspešno organiziral osmi kongres omenjenega združenja.

Leta 1983 je prof. dr. Marijan Jurca kot takratni predstojnik Klinike in Katedre dal pobudo in uspešno uvedel strokovni diplomski seminar "Čelešnikovi dnevi", namenjen stomatologom in splošnim zdravnikom, vedno pogosteje pa se ga udeležuje-

jo tudi specialisti sorodnih strok. Tokrat smo imeli to strokovno izpopolnjevanje že desetič, torej jubilejne Čelešnikove dneve.

V raziskovalni dejavnosti se je posvetil predvsem etiologiji heilognatopalatoshiz v Sloveniji. Iz sklopa teh raziskav je tudi doktoriral. Raziskovalno se je ukvarjal tudi s pogostostjo in vzroki poškodb obraza in obraznega skeleta. S temi deli je nastopal predvsem na pomembnejših kongresih doma in v tujini.

Prof. dr. Marijan Jurca je prejel več priznanj in odlikovanj:

- leta 1971 častno priznanje Skupščine mesta Ljubljana za sodelovanje v organiziranem Osvobodilnem gibanju kot aktivist OF;
- leta 1976 je dobil častno priznanje Zbora delavcev Šolskega zdravstvenega centra v Ljubljani za 25-letno pedagoško delo;
- leta 1983 je dobil priznanje Slovenskega zdravniškega združenja Gorica - Trst v zahvalo za strokovno sodelovanje;
- Skupščina RK Slovenije mu je podelila priznanja leta 1983, leta 1984 in 1985 za

uspešno sodelovanje v organizaciji RK Slovenije;

- visoko državno odlikovanje je dobil leta 1985, ko ga je Predsedstvo SFRJ odlikovalo z redom dela z zlatim vencem.
- leta 2002 je sledila podelitev častnega članstva v Združenju za maksilofacialno in oralno kirurgijo zaradi strokovnih in organizacijskih zaslug na področju maksilofacialne in oralne kirurgije.

Pri prof. dr. Jurci sta bila v strokovnem, organizacijskem in pedagoškem delu ves čas prisotna neupogljiv delovni elan in brezkompromisnost pri iskanju najboljših rešitev.

Njegovi sodelavci, pa tudi mnoge generacije zdravnikov in bolniki ga poznamo kot izjemno dinamičnega stratega, odličnega svetovca z iskrenim odnosom do sočloveka.

Prof. dr. Jurca je bil vedno odprt za sprejemanje in reševanje problemov soljudi, predvsem pri ožjih sodelavcih, vse opisane vrednote je znal obzirno uveljaviti pri delu v različnih strokovnih in organizacijskih komisijah. Zaposleni na Kliniki, pa tudi tisti, ki so že v pokoju, pogrešamo pri vsakodnevni delovnih medčloveških odnosih pravičnosti in topel odnos, ki ga je znal ustvariti prof. dr. Jurca v vsakem trenutku.

Prof. dr. Marija Pečan, dr. med.



Rojena je bila leta 1933 v Ljubljani. Matrirala je v Murski Soboti 1952. Medicino je študirala na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani in diplomirala decembra 1958.

Obvezni staž je opravljala v Slovenj Gradcu, Murski Soboti in v Ljubljani. Strokovni izpit je opravila leta 1960. V Ljubljani je specializirala anesteziologijo z reanimatologijo in opravila specialistični izpit leta 1964.

Službovala je na Kliniki za čeljustno kirurgijo (1960-1972) in v Centralni anestezijsko-reanimacijski službi CARS (1972-1981) ter bila vodja anestezijskega oddelka (1976-1978). Po ustanovitvi Inštituta za anesteziologijo leta 1981 je postala vodja razvojnega oddelka in ga vodila do 1990. leta, ko je postala svetnica Klinike.

Fakultetno delo je opravljala na Katedri za kirurgijo, v razredu za anesteziologijo. Mesto asistentke na Medicinski fakulteti je dobila leta 1987. Po ustanovitvi Katedre za anesteziologijo in reanimatologijo (1994) je v začetku leta 1996 postala njena predstojnica.

Doktorat znanosti z naslovom "Problemi, vrednotenje in posledice hiperventilacije pri manualno kontrolirani ventilaciji med anestezijo malih otrok" je opravila v Ljubljani leta 1975. Izvolitve v naziv: docent 1977, izredni profesor 1982 in redni profesor 1988.

Najprej se je ukvarjala s problemi stomatološke, maksilofacialne kirurgije in otroške anestezije. Sodelovala je pri razvoju jetrne kirurgije in raziskovala probleme masivne transfuzije. Uvajala je nove anestezijske tehnike na področju otroške anestezije in anestezije odraslih bolnikov. Ukvarjala se je z epidemiologijo hudih komplikacij in s sodelavci vrednotila kakovost otroške anestezije ter sodelovala pri "24-urnem reanimacijskem servisu" v Kliničnem centru z delom, poukom in poročanjem. Ves čas je opravljala tudi strokovno organizacijsko delo, najintenzivneje v desetletju, ko je vodila razvojni oddelek Inštituta za anesteziologijo, ter organizirala in vodila dva ciklusa specializacije. V devetdesetih letih je ponovno analizirala otroški anestezijski sistem Emona in ga patentirala (1994). Začela se je ukvarjati z zdravljenjem akutne pooperativne bolečine in vodila projekt MZT "Zdravljenje perioperativne bolečine v Sloveniji" ter sodelovala pri ustanovitvi slovenskega Združenja za zdravljenje bolečine.

Članstvo in sodelovanje v fundaciji "Anaesthesia Patient Safety" (preds. izvrš. odb. EC Pierce, FAPS, Park Ridge, IL, ZDA) ji je v letih od 1989 do 1992 pomagalo pri soustvarjanju naših strokovnih normativov. Je članica in aktivna sodelavka Sekcije za ur-

gentno medicino in Združenja za intenzivno medicino v Sloveniji, od leta 1992 pa Evropskega reanimacijskega sveta (ERC). Je tudi članica Mednarodnega združenja za proučevanje bolečine (IASP), katerega "Chapter in development" je slovensko Združenje za zdravljenje bolečine, ki je bilo ustanovljeno 1996. leta.

Na področju dodiplomskega pouka je opravljala in opravlja vse izobraževalne postopke, ki jih terja njena akademska stopnja in službeni položaj od leta 1971 dalje. Sedaj se ukvarja z novjšimi izobraževalnimi oblikami. Preizkusila jih je pri izbirnem pouku z naslovom "Dodatni postopki oživljanja", ki so ga skupaj s sodelavci uspešno zaključili z zelo visoko študentsko oceno.

Na področju podiplomskega študija je področna mentorica za maksilofacialno in oralno anestezijo. Je predsednica ali članica izpitne komisije pri specialističnih izpiti in članica študijske komisije pri slovenskem centru fundacije za izobraževanje anesteziologov (FEEA). Opravlja tudi pedagoško delo na področju drugih specialnosti.

V sklopu magistrskega študija je nosilka izbirnega predmeta zdravljenje bolečine in mentorica.

Objavila je 98 znanstvenoraziskovalnih in strokovnih člankov ter poglavij v knjigah doma in v tujini. Njeno delo obsega tudi 14 izvlečkov z mednarodnih kongresov v tujini in 10 poročil.

Leta 1986 je dobila odlikovanje zasluge za narod s srebrnim vencem, 1990. pa priznanje za 30 let dela v UKC. Za izum je dobila zlato plaketo (SPIM 1993), na mednarodni razstavi izumov "Eureka" v Bruslju pa zlato medaljo za izum in priznanje mesta Bruselj za najbolj human izum 1993. Leta 1994 je dobila nagrado RS za znanstvenoraziskovalno delo, istega leta je prejela še zahvalo za pedagoško delo na Medicinski fakulteti ob jubileju, 75-letnici Univerze v Ljubljani.

Leta 2000 ji je Ministrstvo za zdravje podelilo naziv višje svetnice.

Leta 2002 je sledila podelitev častnega članstva v Združenju za maksilofacialno in oralno kirurgijo zaradi strokovnih zaslug v anesteziologiji, ki so omogočile napredek maksilofacialne kirurgije.

ZADOVOLJSTVO PRI DELU

Zadovoljstvo pri delu sodi med ključne zahteve uspešnih, prijaznih in učinkovitih zdravnikov.

Strokovnjaki ugotavljajo, da večina uspešnežev (vključno z zdravniki) na pragu 21. stoletja med ključne prioritete na (novem, starem) delovnem mestu uvršča interaktivno (interno in eksterno) sodelovanje - čim boljše stike in razumevanje, najprej s kolegi in sodelavci, šele nato pa s predpostavljanimi in z bolniki (njihovimi svojci). K učinkovitemu receptu za zadovoljstvo v novi službi nedvomno sodi tudi ohranitev vezi s kolegi s fakultete (specializacije, podiplomskega študija, internega izobraževanja) oziroma s prejšnjimi sodelavci.

Na Mednarodnem kongresu praktične psihologije, ki je na Otok pritegnil številne avtoritete s tega področja, so znanstveniki sporočili, da se več kot tri četrtine britanskih delavcev vseh profilov (vključno z zdravniki, profesorji in znanstveniki) vsaj občasno dolgočasi pri svojem delu in razmišlja o poklicni spremembi (idealne zaposlitve torej ni niti za ljudi v belem). Še bolj vznemirljiv in zaskrbljujoč je podatek, da ima od 79 do 87 odstotkov zaposlenih (vključno z zdravniki, profesorji in znanstveniki) na Otoku svoje delo v celoti za nezanimivo in dolgočasno (okrog 45 odstotkov pa meni, da je to, kar počnejo, tudi povsem nekoristno in nepomembno - med njimi je delež zdravnikov povsem zanemarljiv!).

Strokovnjaki Reed Personnel Services, britanske agencije za zaposlovanje, kadrovanje in poklicno-poslovno svetovanje, ugotavljajo, da so zunanji sodelavci, občasni, sezonski delavci, pogodbeni strokovnjaki, zunanji raziskovalci, pomočniki (iz sosednje ustanove, organizacije) in honorarno zaposleni bolj zadovoljni s svojim delom in zaposlitvijo kot njihovi redno in polno zaposleni vrstniki, ki sodijo v železno ekipo institucije (organizacije). Obenem so s svojo motiviranostjo in navdušenjem, odprtostjo in podjetnostjo, pa tudi iznajdljivostjo in predanostjo lahko zgled notranjim kadrom. Zato britanski strokovnjaki in poznavalci svetujejo vodjem, naj bi v svoje pomembne projekte vedno vključili tudi kakega zunanjega strokovnjaka, ki bo skrbel za dvig delovnega razpoloženja in ugodno klimo (prevetritev) v ekipi. Primer tovrstnega najema

zunanjih kadrov je sodelovanje dveh ali več zdravstvenih institucij pri pokrivanju dežurstev (že poteka v slovenskih zdravstvenih institucijah), dobro pa se obnese tudi t. i. "job sharing", pri katerem si dva (ali več) zdravnika delita isto dolžnost (vrsto obveznosti, projekt, delovno nalogo).

Drugi del obsežne raziskave z naslovom Zdrav in varen menedžer, ki jo je britanska vlada izvedla med vodilnimi delavci na Otoku, priča, da so posamezniki v rutinskih, monotoni in dolgočasnih službah tri- do petkrat bolj ogroženi zaradi bolezni srca in ožilja, štirikrat pogosteje jih pestijo bolezni in motnje živčevja (vključno z možgani), dvakrat bolj pa jih ogrožajo bolezni prebavil - med njimi je tudi precej zdravnikov, ki jih poslanstvo ne izpolnjuje in navdušuje tako, kot so pričakovali. Medicinski strokovnjaki in psihologi ugotavljajo predvsem velik delež bolezni in motenj, povezanih z nezdravim načinom življenja, vedenja in razmišljanja. Iz tega razloga je za posameznika pravo le tisto delovno mesto oz. posel, v katerem uživa in je z njim tudi zadovoljen. Poznavalci priporočajo, naj bi sleherni zaposleni redno preverjal stopnjo svojega zadovoljstva, uspeha in motivacije pri delu - tega zdravniki zaradi prezaposlenosti in preobremenjenosti (morda tudi brezbriznosti) praviloma ne počnejo. Po mnenju britanske strokovnjakinje, dr. Sue Cartwright, lahko vsako, tudi najbolj zanimivo delo postane rutinsko, monotono in dolgočasno. Ko človek neko delo dobro pozna in popolnoma obvlada, bo izginil njegov izziv in ves nekdanji čar se bo razblinil. Tudi zdravniki bi se morali, preden se spremenijo v inventar in se začnejo obnašati kot "na pol zarjaveli" roboti, ozreti po novih profesionalnih možnostih - redni ali dopolnilni (honorarni) zaposlitvi, novem poslu, projektu ali službi. Dobrodošlo je tudi izobraževanje in izpopolnjevanje - seveda brez prisile in občutka dodatne obveznosti.

nm

DOBROTA JE SIROTA

Stara modrost, ki velja za vsa področja življenja, se nemalokrat potrdi tudi v zdravstvu. Nehvaležnost že dolgo sodi med (nepogrešljive) spremljevalke zdravniškega poklica, saj jo je omenjal že veliki Hipokrat in spodbujal zdravnike, naj zaradi nje ne zapadejo v malodušje. Potem ko je tradicionalna družba operirala predvsem z nehvaležnostjo, ignoriranjem, neprijaznostjo in brezbriznostjo, se je moderna družba začela zatekati tudi k tožbam. Tako so ne le v ZDA, marveč v večini držav razvitega sveta zdravniki vse pogosteje vpleteni v sodne postopke, ki jih proti njim sprožijo bolniki (njihovi svojci, delodajalci, zavarovalnice ipd.). Zaradi tega je razumljivo, da so se številni zdravniki, ki so pomagali bolnikom in ponesrečencem (v nesreči, nezgodi, kritični situaciji), najbolj bali, da bi jih ogroženi posameznik (skupina), ki so mu ad hoc priskočili na pomoč in mu skušali pomagati, kasneje tožil. Nekateri zdravniki so se zato raje začeli izogibati javnih dogodkov in krajev, kjer je obstojala objektivna nevarnost za nesreče in nezgode. Da bi zaščitila zdravnike in jih spodbudila k brezkompromisnemu opravljanju njihovega poslanstva tudi izven zdravstvenih institucij, se je ameriška zvezna vlada odločila za sprejem ustrezne zakonodaje na tem področju. Pred štirimi leti so v ZDA tako sprejeli poseben odlok o zdravniški pomoči nad oblaki in zdravnikom zagotovili zakonsko zaščito pred morebitno tožbo. Zato se tamkajšnjim zdravnikom, ki potujejo z letalom, danes ni potrebno več bati, da bi naključni sopotnik, potem ko so ga rešili urgentne zdravstvene tegobe, po pristanku na trdnih tleh proti njim vložil obtožnico.

nm

Vir: Newsweek



NAČELA ODLIČNOSTI V ZDRAVSTVU

Odličnost in kakovost sta z velikimi črkami zapisani v kurikulumu javnega in zasebnega zdravstva 21. stoletja. Institut odličnosti je zaživel pred dobrimi dvajsetimi leti, ko sta ameriška strokovnjaka in avtorja, Tom Peters in Robert Waterman, izdala svetovno uspešnico, katere naslov se v slovenskem prevodu glasi: V iskanju odličnosti, lekcije iz najuspešnejših ameriških organizacij. V njej sta na preprost, sprejemljiv in razumljiv, hkrati pa dovolj sofisticiran in znanstveno potrjen način predstavila svoja načela odličnosti in kakovosti, ki so še pred zatonom preteklega stoletja postala sinonim in merilo - pojem maksimalno uspešnega in nadpovprečno perspektivnega poslovanja in delovanja oziroma izjemne uspešnosti v poklicu in karieri ter v življenju nasploh. Pričujoče delo, ki se danes, po dvajsetih letih ponatisov nahaja na knjižnih policah uspešnežev po vsem svetu, bi morali po mnenju ameriške zvezne zdravniške zbornice in britanskega zdravniškega združenja uvrstiti med obvezno čtivo in študijsko gradivo tudi na medicinski fakulteti. Sodobnega, bolnikom in zdravnikom (zdravstvenim delavcem) prijaznega zdravstva si namreč nikakor ne moremo več predstavljati brez odličnosti in kakovosti. Znanstveno-teoretično preverjeno in v praksi potrjeno dejstvo, da se smotrno zasnovana in organizirana ter odlično vodena, nadpovprečno prodorna in uspešna podjetja in organizacije razlikujejo od ostalih (manj perspektivnih) po vrsti enotnih in odločilnih elementov, je namreč vse bolj prisotno in opazno tudi v zdravstvenih institucijah in organizacijah javne in zasebne narave. Bistvo odličnosti v zdravstvu izvira iz ljudi - iz ponudnikov oz. izvajalcev in uporabnikov zdravstvenih proizvodov in storitev. Po mnenju strokovnjakov s področja zdravstvene ekonomike bi bilo s pomočjo načrtnega uveljavljanja in doslednega upoštevanja načel kakovosti in odličnosti mogoče racionalizirati zdravstvo in prihraniti veliko sredstev brez zmanjševanja in krčenja obsega ali celo ukinjanja določenih pravic. ■

nm

Vir: BBC

PSIHIATRIJA 21. STOLETJA

Podobno kot geriatrija tudi psihiatrija na prelomu tretjega tisočletja doživlja "renesanso" (zlasti na razviti zahodni polobli), zahvaljujoč poglobljanju in širitvi patologije, ki je v številnih primerih povezana z načinom življenja in okoliščinami, v katerih se večina sodobnega prebivalstva znajde neprosto voljno, po sili razmer. Razvoj psihiatrije marsikdaj ne pomeni avtomatsko tudi njenega razcveta, marveč ravno nasprotno. Slednje nedvomno velja za Veliko Britanijo, saj odgovorni ugotavljajo, da je psihiatrija na Otoku zapadla v resno krizo 21. stoletja. Rezultati najnovejših statističnih raziskav pričajo, da britansko nacionalno zdravstvo vsako leto izplača zasebnim psihiatričnim ustanovam in institucijam več kot 200 milijonov britanskih funtov za zdravljenje velikega števila psihiatričnih bolnikov, ki bi sicer sodili v javne ustanove, vendar v njih žal ni dovolj prostora za vse kandidate. Zasebne psihiatrične ustanove v Veliki Britaniji veljajo za precej dražje (pa tudi bolj prijazne) od javnih, zato predstavlja zdravljenje v njih precejšnje breme za nacionalno zdravstveno blagajno. Zahvaljujoč zasoljenim cenam prihodki zasebne psihiatrije na Otoku iz leta v leto naraščajo. Leta 1996 so znašali zmernih 135 milijonov funtov, leto kasneje (1997) že 198 milijonov funtov, lansko leto pa so se povzpeli na zavidanja vrednih (zaskrbljujočih) 336 milijonov funtov. K omenjeni vsoti je dobri dve tretjini sredstev prispevala javna zdravstvena blagajna. Medtem ko zasebni psihiatrični sektor v Veliki Britaniji cveti, pa je po podatkih tamkajšnjega ministrstva za zdravstvo javna sfera v istem času ukini-la oziroma izgubila skoraj 3.500 postelj (3.426). Zasebna psihiatrija sodi med najbolj prodorne, naglo razvijajoče se in napredujoče specialnosti v okviru zasebnega zdravstva, saj zdravstveni sistem na Otoku zaradi zaskrbljujočega akutnega pomanjkanja denarja najbolj zavzeto varčuje ravno na tem področju. Zaradi "bohotenja" patologije je skrb za bolnike z duševnimi motnjami in boleznimi že nekaj časa v središču pozornosti medicinske stroke in javnosti. Slednja se intenzivno ukvarja tudi z razmerami v britanskih psihiatričnih ustanovah, ki naj bi bile vse prej kot rožnate. Zato ne presenečajo številni javni protesti in shodi, na katerih udeleženci zahtevajo bolnikom prijaznejšo psihiatrijo - zdravljenje in obravnavanje v javnih psihiatričnih ustanovah. Kriznim razmeram v psihiatriji na Otoku je pisan na kožo

tudi vladni odlok, ki dovoljuje javnim psihiatričnim institucijam, da za svojimi zidovi (pogosto proti volji pacientov in njihovih svojcev) zadržujejo bolnike z duševnimi motnjami in boleznimi. ■

nm

Vir: *The Independent*

ZDRAVSTVENA ELITA

"Zdravniki bodo aktivno in ustvarjalno sodelovali le, če jih bomo znali s trdnimi, poštenimi argumenti prepričati, da so zadeve, ki se jih lotevamo, nujne in smotrne..." S temi besedami je v pogovoru za nacionalno televizijsko mrežo označil zdravnike novozvoljeni nemški predsednik Gerhard Schroeder, ki je prepričan, da se bodo nemški zdravniki zavzeli za nujno potrebne zdravstvene reforme. Seveda le pod pogojem, da jih bosta znala vlada in resorno ministrstvo pravočasno in uspešno prepričati, da so načrtovane spremembe nujne in koristne tako za uporabnike kot tudi za izvajalce zdravstvenih storitev, hkrati pa še dovolj premišljene in dorečene, da ne bodo (spet) padle na malenkostih. Številni dose-danji poskusi racionalizacije v zdravstvu so namreč zvoedeneli in se izjalovili predvsem zato, ker so jih pristojni - predlagatelji in pobudniki - želeli izvesti mimogrede in čez noč ter se z njimi proslaviti, ne da bi pri tem natančno preverili metode in sredstva ter proučili okoliščine in posledice načrtovanih sprememb. Na koncu je stvar izzvenela predvsem v obliki dodatnega pritiska na zdravnike (poostrene kontrole), omejitev in sankcij, ki dejansko niso vodile nikamor oz. nikakor niso prispevale k doseganju prvotno zastavljenih ciljev. Zato je razumljivo, da so nemški zdravniki v zvezi z novimi poskusi racionalizacije v zdravstvu dokaj skeptični in skrajno zadržani. To, po besedah najvišjih predstavnikov ministrstva za zdravstvo iz Bonna, sicer ne pomeni, da zdravniki reformam niso naklonjeni in da v njih ne bodo sodelovali, vsekakor pa jih bo morala vlada najprej pridobiti za sodelovanje - jih iz opazovalcev ali celo nasprotnikov spremeniti v partnerje in somišljenike.

Je podobnost z razmerami na Slovenskem zgolj naključna? ■

nm

Vir: ARD

Madžarski zdravniki slikarji v razstavišču Kliničnega centra

Mednarodno zdravniško sodelovanje je stalnica iz najstarejših časov: spoznavati medicino drugih narodov, deliti izkušnje, se vživljati v psihološko različnost ljudi, razumeti drugačne terapevtske pristope, spoznavati različne geografske, klimatske, pa tudi tradicionalno in kulturološko obarvane prvine drugih narodov ter njihov vpliv na zbolevanje in zdravljenje - vse to je od nekdaj spodbujalo zdravnike, da z odprtimi očmi in ostrim razumom, sprejemljivim za novo in boljše, krojijo svetovno medicino.

Umetnost zdravljenja daleč presega konvencionalno uporabo šabloniziranega predpisovanja takih in drugačnih zdravil in zdravilnih postopkov. Četudi po najsodobnejših medicinskih doktrinah! Že davno smo spoznali, da pričakuje človek kot psihofizično bitje od svojega zdravnika veliko več! Pričakuje, da s šestim čutom pogleda v njegovo dušo in ga z notranjim uvidom zdravi kot zdravnik umetnik. Veliko tega elementarnega presegajo zdravniki, ki so težo bele halje

razbremenili z umetnostjo, pa najsi bo z glasbeno, besedno, upodabljajočo, gibalno... Zdravnik umetnik tako in drugače. Tudi tukaj lahko mednarodno sodelovanje ne le krepi stanovske odnose in vnaša vanje svetovljanstvo, ampak tudi spodbuja k boljšemu, razvija željo po preraščanju sedanjega znanja.

Zakaj slikamo? Ker je v nas notranja nujna, da se tako izražamo. Zakaj pišemo? Ker nosimo sporočila, za katera želimo, da jih ljudje preberejo. Zakaj pojemo? Ker nas pesem dviguje na krila oblakov, kjer so tukajšnje banalnosti obrobne in nepomembne.



Slike madžarskih zdravnikov slikarjev bodo v avli KC na ogled do konca decembra.



Udeleženci svečanega odprtja razstave madžarskih zdravnikov likovnikov, ki je bilo 6. decembra popoldne v avli KC, združeno z zdravniškim koncertom ob Plečnikovem memorialu MF. V prvi vrsti sedijo gostje - likovniki in predstavniki veleposlaništva Hrvaške in Madžarske. V ozadju pevci zagrebškega zbora zdravnikov, ki so popestrili odprtje razstave.

In zakaj igramo instrumente? Ker lahko z njimi pričaramo sicer neuresničljive sanje božanskih muz. Z umetnostjo "krademo" nedoumljivo s Parnasa boginje Atene in njenega polbrata Apolona, da dihamo kot boljši ljudje v novi dan. Tako lepo je hoditi, privzdignjen nad vsemi absurdi tega sveta!

Nekaj takih kolegov zdravnikov je svoja slikarska platna pripeljalo s sosednje Madžarske med obiskovalce razstavišča Kliničnega centra. Pet jih

je bilo: Antal Fabián, Péter Kardos in Aranka Kertész iz Budimpešte, Géza Kalmár iz Szegeda in Csaba Udvardy iz Vaca. Madžarski zdravniki likovniki se šesto leto povezujejo v društvo **Ars medica pro Humanitate Hungarica**, ki ga vodi profesionalna predsednica dr. Daisy Kertay. Vsak izmed slikarjev se je predstavil z nekaj slikami, različnimi po žanru, tehniki, formatu... Razstavljenata dela prinašajo v našo galerijo drugačnost duha svoje dežele, njenih ljudi, doživljanja lepote in stisk življenja ter širokospektralno posegajo v človekovo bit in nagovarjajo obiskovalce. Eden izmed bolnikov mi je celo rekel, da kljub abstraktnemu izrazu čuti bogato izpovedno moč slike o nevihti.

Srečanje z madžarskimi zdravniki umetniki ima sicer kratko zgodovino, a vseeno bi rada zapisala, da je bila lani v Debrecen povabljen komorna zdravniška skupina Pro medico. Zaradi zadržanosti nekaterih članov se je povabilu odzval le umetniški vodja, profesor Pavle Kornhauser, in nastopil s pianistično točko. Recipročno povabilo je pripeljalo naše kolege na Miklavžev dan v ljubljansko sredino. Njihovo razstavo je odprl predsednik Likovne sekcije KUD-a, kirurg doc. Dušan Mueller, prireditelj pa je vodila in povezovala predsednica KUD-a, doc.

Zvonka Zupanič Slavec. Poln avditorij so počastili tudi predstavniki madžarske ambasade, Ministrstva za kulturo RS in Javnega sklada RS za kulturne dejavnosti. Televizija Slovenija je zabeležila dobro vzdušje med sodelujočimi, ki jih podpira tudi UNESCO, spodbudno pa je poročal tudi ljubljanski Dnevnik. Združena Evropa gotovo potrebuje dobre sosede, zato je to tudi korak k zblíževanju. Sodelovanje se bo nadaljevalo, saj je naše Kulturno-umetniško

društvo dobilo povabilo na slikarsko razstavo madžarskih zdravnikov v Budimpešti.

Odprtje razstave je dobilo še dodatno dimenzijo mednarodnega povezovanja zdravnikov umetnikov, saj so v razstavišču Kliničnega centra gromko in navdušujoče zapeli pevci Zdravniškega moškega pevskega zbora iz Zagreba pod umetniškim vodstvom kardiologa prof. dr. Mije Bergovca. Z izjemno umetniško izpovednostjo in glasovno ubranostjo so pokazali, kaj pomeni skoraj

polstoletna tradicija in navdušene obiskovalce kot magnet pritegnili še na večerni 33. zdravniški koncert ob Plečnikovem memorialu v dvorani Slovenske filharmonije.

Srečanje so omogočili Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, Javni sklad za kulturne dejavnosti, Grafika Bonifer in Fotokopirnica Flamingos.

Zvonka Zupanič Slavec

Zdravniški koncert ob Plečnikovem memorialu

Triintrideseti zdravniški koncert ob prav tolikem memorialnem sestanku prof. Janeza Plečnika je zaznamovalo mednarodno sodelovanje. Slovenskim zdravniškim izvajalcem so se pridružili še hrvaški in madžarski. Že tradicionalno so na koncertu podelili diplomu za najboljši študijski uspeh na Medicinski fakulteti v Ljubljani pri predmetih anatomija, histologija z embriologijo in patologija ter priznanje prof. Franceta Hribarja. Diplomo za najboljši uspeh je letošnjemu dobitniku, študentu Tomažu Vovku, predal prof. Miha Žargi, dekan Medicinske fakultete v Ljubljani. Priznanje prof. Franceta Hribarja za vrhunske dosežke v stroki in znanosti ter za pomem-

ben prispevek k razvoju patologije v Sloveniji pa je prof. Dušan Ferluga izročil Janezu Jančarju, dr. med.

Koncertiranje v Slovenski filharmoniji se je pričelo z uvodno zdravniško himno skladatelja Rudolfa Matza Carmen medicorum. Pesem sta zapela združena zbora sosednjih držav, Zagrebški zdravniški moški pevski zbor in Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč, pod vodstvom zborovodje iz Zagreba, zdravnika internista kardiologa, Mije Bergovca. Slovenska filharmonija omogoča tudi orgelsko spremljavo, ki jo je združenima zboroma izvrstno nudil Darko Kristović. Zbora sta se kasneje predstavila še vsak s samostojnim nastopom. Zagrebški zdravniški moški pev-

ski zbor je zapel pesem Moje hrepenenje tiho pluje N. Grčevića in črnsko duhovno Old man river z odličnim basistom Lucianom Batiničem ter ob spremljavi pianista Leonarda Bergovca. Zbor dr. Bogdana Derča je zapel pomursko narodno Protuletje in pesem Na poljani V. Vodopivca.



Dekan prof. Miha Žargi, študent Tomaž Vovko in ga. Vovko (z desne)



Prof. Dušan Ferluga in Janez Jančar, dr. med. (z desne)



Zagrebski zdravniški moški pevski zbor in Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč



Komorna zdravniška skupina Pro medico je spremljala basista prof. Borisa Kluna.



Janos Borvendég na orglab Slovenske filharmonije



Kot vedno, dvorana polna poslušalcev

Ponovno smo lahko uživali ob zvokih, mislim, da že lahko zapišemo legendarne, komorne zdravniške skupine Pro medico. S svojim programom nas vsako leto ponovno presentijo, temu se tudi letos niso izneverili. Concerto grosso no 1 v D-duru op. 3 F. Geminiani je izzvenel ob pomoči klavinove, ki jo je drzno ubiral prof. Kornhauser, ob spremljavi violin Marka Zupana, Mihe Benedika, Gregorja Mavriča in Kristine Gorjup, viole Vilima Demšarja, violončela Zvonimirja Rudolfa in kontrabasa Toma Havlička. Pri lirični ariji iz opere Xerxes G. F. Handla pa so z občutkom spremljali bas prof. Kluna, ki se je po lanskem debiju izvrstno znašel na pevskem odru.

V svojem drugem nastopu so v tričlanski zasedbi (Kornhauser, Zupan in gostja, violončelistka Tanja Babnik Šoštaric) zaigrali Smetanov prvistavek Moderato assai. Allegro ma non agi-

tato iz klavirskega tria v G-molu op. 15.

Eden presenetljivih vrhuncev glasbenega večera je bil nastop madžarskega organista, sicer zdravnika internista, Janosa Borvendéga. Bachova Preludij in Fuga v E-duru BWV 552 bi zagotovo navdušila tudi v Cankarjevem domu. Seveda to ni naključje, saj je tudi organistovo znanje profesionalno. Med drugim je dolga leta igral kot organist v znameniti cerkvi sv. Štefana v Budimpešti.

Prijetno sta presenetila tudi dva študenta drugega letnika Medicinske fakultete, Polona Maver, ki poleg medicine končuje četrtilnetnik Akademije za glasbo, in Andraž Cerar. Klavirski duo E. Griegove suite Peer Gynt Suite 1 je odmeval samozavestno in profesionalno.

Vokalna skupina Kliničnega centra Vox medicorum je zapela tri pesmi: T. Morleya

My bonny lass she smileth, C. Debussyja Trois chansons in andaluzijsko narodno v priredbi E. Fabreza Bolerias Sevillanas. Solistični sopran je zvonko prispevala zborovodkinja Judita Cvelbar.

Zadnje presenečenje letošnjega koncerta je bil nastop Ljubljanskega zdravniškega orkestra Camerata medica, ki sta ga okrepila Jernej Podboj na saksofonu in Hotimir Lešničar s klavirjem. Spremljali so vokal plastične kirurginje Barbare Čokl. Posebej za ta nastop je Urban Koder priredil aranžma za Slike, Jure Robežnik je storil enako za Mlade oči. Čeprav je solistko pri drugi pesmi rahlo izdala trema in odgovornost ob nastopu pred kolegi, ni dvoma, da bomo v prihodnje še lahko občudovali njen vokal. ■

Ebn

Foto: Amadej Lah

MIŠIČNI TRENING

Kot edini postopek za krepitev mišic velja ustrezno naprezanje. Strokovnjaki inštituta Lerner-Reseach v Clevelandu (ZDA) so ugotovili, da je možno doseči učinek tudi samo z močjo pravilnega razmišljanja. Po enotedenskih miselnih vajah pri prof. Guangu Yueju, ko so strogo pazili, da testirani niso fizično naprezali mišice, so biomehaniki ugotovili, da so mišice, tako po masi kot po moči, pridobile povprečno 15 odstotkov. Nekaj podobnega se dogaja tudi v primeru, ko mora mišica mirovati. Stopnja upada njene moči bo manjša, če jo bomo "obremenjevali" le miselno.

rš

DOJENJE IN ODPORNOST

Raziskovalci kalifornijskih univerz so opazovali 2.277 otrok v starosti od 6 do 24 mesecev, da bi ugotovili, ali ima daljše dojenje vpliv na njihov imunski sistem. Ugotovili so, da je bilo pri otrocih, ki so prvih 6 mesecev pili materino mleko, to najboljše zaščita proti vnetjem dihalnih poti. Nevarnost vnetja srednjega ušesa se je prepolovila, pljučnice so se zmanjšale na petino, nahodi in daljše pokašljevanje so se pojavljali redkeje.

rš

MOLITEV POMAGA PRI UMETNI OPLODITVI

Ženske, ki so bile umetno oplojene in je kjerkoli na svetu za njihovo nosečnost nekdo molil, so bile skoraj dvakrat bolj uspešno noseče od ostalih. Do take presenetljive ugotovitve so prišli po raziskavi College of Physicians and Surgeons na kolumbijski univerzi. Spremljali so 199 žensk, ki so bile umetno oplojene v eni od bolnišnic v korejskem Seulu. Raziskovalci so nagovorili kristjane v Avstraliji, Kanadi in ZDA, da so redno molili za 100 žensk. Pri tem moleči niso imeli nobenega stika z njimi. Molilci so običajno dobili fotografijo žensk, za katere naj bi molili. Molitev se je začela pet dni potem, ko so s hormoni sprožili ovulacijo. Pri 100 ženskah, za katere so molili, so ugotovili 50-odstotno zanositev. Pri ostalih 99 ženskah, za katere niso molili, je bilo 23 odstotkov zanositev. Raziskovalci se zavedajo mističnosti ugotovitve, poudarjajo, da niso bili dogovorjeni z nobeno versko skupnostjo, in upajo, da bodo ta fenomen znanstveno razjasnili.

rš

AKUPUNKTURA JE UČINKOVITA

Od 80 do 90 odstotkom bolnikov z bolečinami se stanje izboljša po akupunkturi. To je ugotovila študija berlinske Charite. Pri raziskavi je od leta 2000 sodelovalo preko 80.000 bolnikov. Uspešnost je bila pri bolezni vratne hrbtenice 88,2-odstotna, pri kroničnem glavobolu 88-odstotna, pri bolezni ledvene hrbtenice 86-odstotna. Dve tretjini bolnikov so bile ženske.

Akupunktura z iglami je seveda najbolj učinkovita. Po učinku zelo blizu je akupunkturna masaža po Penzeli, ki učinkuje na celotni energetski meridian ter posredno na točke. Eden od načinov je tudi akupunktura z mokso - zmlet kitajski pelin, ki s tlenjem daje specifično toploto ter poleg energije vzpodbudi tudi toploto v organizmu. Akupunktura z Ventuzami - s podtlakom v podkožju izzove mikrokrvavitev in tako poleg na energijo učinkuje tudi na krvni obtok. Svoj čas so tako nalogo opravljali pijavke in puščanje krvi.

Premišljena kombinacija navedenih postopkov skoraj ne more odpovedati. Poleg samega postopka je pomembno, da je terapevt miselno z vami, ko ste pri njemu, ko ste doma, pa naj misli na vas in naj vam želi vse dobro.

rš

Protiepileptičnega zdravila hydanphen ni več možno dobiti v slovenskih lekarnah

Protiepileptičnega zdravila hydanphen ni več možno dobiti v slovenskih lekarnah. Zdravilo je bilo že pred leti umaknjeno s spiska zdravil, ki jih želimo v Sloveniji predpisovati novo diagnosticiranim bolnikom. Ker v Sloveniji obstajajo bolniki, ki jim je bilo to zdravilo predpisano, preden je bilo umaknjeno, smo z Nevrološke klinike večkrat obveščali zdravnike (tudi prek Izide), naj pri svojih bolnikih postopno **preidejo na druga protiepileptična zdravila.** (Ena kapsula hydanphena je vsebovala 100 mg fenobarbitina in 50 mg fenitoina).

Ker smo na Nevrološki kliniki v zadnjem času sprejeli dva bolnika v epileptičnem statusu, ki jima je zmanjkalo hydanphena, očitno dosedanja obvestila niso dosegla vseh. Prosimo vse zdravnike, naj skrbno preverijo, ali imajo v oskrbi kakšno osebo z epilepsijo, ki se še zdravi s hydanphenom.

Če ga imate, se nemudoma posvetujte z lečečim nevrologom oziroma bolnika ustrezno napotite.

*Prof. dr. David B. Vodusek, dr. med.
Strokovni direktor SPS Nevrološka klinika*

22. memorial Toma Krasnova

3. državno prvenstvo v košarki

V soboto, 23. 11. 2002, se je v meglenem ljubljanskem jesenskem jutru pred športno dvorano gimnazije v Šentvidu zbrala do sedaj najštevilčnejša skupina umetnikov igre pod koši. Skoraj 150 košarkarjev, košarkarica in njihovi spremljevalci so prišli iz vseh koncev Slovenije, da bi se v igri z oranžno žogo z osmimi polji po-

merili s starimi prijatelji in spoznali nove.

Letos se je prijavilo osem ekip, kar je ena več kot lani. Na osnovi dosežkov v preteklih letih so bile ekipe razdeljene v dve predtekmovalni skupini. V skupini A so igrale ekipe: Zdravniki Dolenjska, Zdravniki Celje, Zdravniki ortopedi prijatelji in Zdravniki kirurgi KC. V skupino B so bile razporejene

ekipe: X-Ray Team Mark Medical, MF Ljubljana legende, Zdravniki psihiatri in Zdravniki Maribor. Sistem tekmovanja, ki ga vsako leto nekoliko prikuje časovna stiska, je veleva, da se prvi dve ekipe iz vsake predtekmovalne skupine uvrstita v polfinale, tretjeuvrščeni ekipe igra za 5. mesto, četrtouvrščeni ekipe pa za 7. mesto.



◀ **Ponosni zmagovalci:**
ekipa Zdravniki kirurgi KC

Frenk Kramer meče proste mete;
najboljši igravec prvenstva ni bil dovolj,
Celjani so klonili v finalu.

Najboljši strelci:

IGRALEC	EKIPA	KOŠI
1. Branko CVETIČANIN	XRAY	89
2. Marko MUGOŠA	MFL	87
3. Frenk KRAMER	ZCE	71
4. Marko MACURA	KRG	59
5. Armin ALIBEGOVIĆ	MFL	53
6. Ivan ŽEBELJAN	ZMB	41
7. Nenad ŠPIČKA	ZMB	39
8. Peter ŠKRBAH	PSI	35
9. Igor PRAPROTNIK	KRG	31
10. Tomaž BAJEC	ZMB	26



Po napetih in izredno športnih bojih v predtekmovalnih skupinah smo dobili kandidate za medalje. V polfinale sta se uvrstili dve neporaženi ekipi, in sicer Zdravniki Celje in Zdravniki Maribor. Poleg njiju sta si nastop v polfinalu prislužili v predtekmovanju enkrat poraženi ekipi, in sicer Zdravniki kirurgi KC in MF Ljubljana legende.

V tekmi za 7. mesto sta se pomerili ekipa organizatorjev, Zdravniki psihiatri, in ekipa letošnjih novincev, Zdravniki Dolenjska. V zanimivem in izenačenem boju so zmagali Zdravniki psihiatri, ki so tako s pridom izkoristili prednost domačega terena in se izognili zadnjemu mestu.

V tekmi za 5. mesto sta si stali nasproti ekipi X-Ray Team Mark Medical in Zdravniki ortopedi prijatelji. V napeti tekmi so nekoliko presenetljivo, vendar popolnoma zasluženo, slavili člani ekipe X-Ray Team Mark Medical, ki so imeli v svojih vrstah edino košarkarico in najboljšega strelca prvenstva, Cvetičanina, ki je dosegel 89 točk.

V polfinalnih obračunih so si stali nasproti Zdravniki kirurgi KC in Zdravniki Maribor ter ekipi Zdravniki Celje in MF Ljubljana legende.

Na tekmi med "kirurgi" in "Mariborčani" je bilo negotovo vse do konca tekme. Kirurgi so tekom celotne tekme, predvsem pa v drugem polčasu, spretno izkoriščali prednost v višini in dosegali koše. Mariborčani so imeli v zadnjem napadu, pri zaostanku ene točke, možnost odločiti tekmo v svojo korist, vendar je njihov zadnji met zgrešil koš in Zdravniki kirurgi KC so se veselili nastopa v finalu.

Rezultati:

SKUPINA A

Zdravniki Dolenjska	Zdravniki ortopedi prijatelji	14	30	(7:14, 7:16)
Zdravniki kirurgi KC	Zdravniki Celje	22	29	(8:12, 14:17)
Zdravniki ortopedi prijatelji	Zdravniki kirurgi KC	25	28	(8:13, 17:15)
Zdravniki Celje	Zdravniki Dolenjska	26	22	(14:11, 12:11)
Zdravniki ortopedi prijatelji	Zdravniki Celje	22	25	(12:16, 10:9)
Zdravniki kirurgi KC	Zdravniki Dolenjska	30	16	(10:16, 20:0)

Lestvica skupine A:

MESTO	EKIPA	ŠT. TEKEM	ŠT. ZMAG	ŠT. PORAZOV	ŠT. TOČK
1.	Zdravniki Celje	3	3	0	6
2.	Zdravniki kirurgi KC	3	2	1	4
3.	Zdravniki ortopedi prijatelji	3	1	2	2
4.	Zdravniki Dolenjska	3	0	3	0

Rezultati:

SKUPINA B

MF Ljubljana legende	Zdravniki Maribor	31	41	(14:22, 17:19)
Zdravniki psihiatri	X-Ray Team Mark Medical	19	39	(9:14, 19:16)
Zdravniki Maribor	Zdravniki psihiatri	35	18	(17:9, 18:9)
X-Ray Team Mark Medical	MF Ljubljana legende	38	53	(19:18, 19:35)
Zdravniki Maribor	X-Ray Team Mark Medical	48	32	(15:21, 33:11)
Zdravniki psihiatri	MF Ljubljana legende	17	50	(6:20, 11:30)

Lestvica skupine B:

MESTO	EKIPA	ŠT. TEKEM	ŠT. ZMAG	ŠT. PORAZOV	ŠT. TOČK
1.	Zdravniki Maribor	3	3	0	6
2.	MF Ljubljana legende	3	2	1	4
3.	X-Ray Team Mark Medical	3	1	2	2
4.	Zdravniki psihiatri	3	0	3	0



Boštjan Drev je dal vse od sebe, tudi srebrna medalja je lep dosežek.



Pisana ekipa Zdravniki Maribor: tudi tretje mesto prinaša medaljo.



Organizatorji Zdravniki psihiatri so ponosno nosili nove tekmovalne drese in dosegli lep rezultat.



Zdravniki Dolenjska: letošnji novinci so plačali davek neizkušenosti. Drugo leto bo zagotovo bolje.

Na tekmi med ekipama Zdravniki Celje in MF Ljubljana legende so bili "Celjani" boljši nasprotnik in si s čvrsto obrambo ter natančno igro v napadu priborili možnost, da se borijo za najzlahtnejšo medaljo.

V tekmi za 3. mesto so se pomerili znanci iz predtekmovalne skupine B. Ekipi MF Ljubljana legende in Zdravniki Maribor sta si stali nasproti že v prvi jutranji tekmi, vendar je šlo tokrat povsem zares in povsem na novo. "Legende" so bile močne pod košem, prav tako pa so bile natančne pri metih s polrazdalje. "Mariborčani" so se odlikovali z natančnostjo pri metih za tri točke, poleg tega pa so bili tudi borbeni pod košem in so se dobro upirali višjemu in močnejšemu nasprotniku. V izjemno izenačeni in borbeni tekmi so bili nekoliko srečnejši in spretnejši igralci ekipe Zdravniki Maribor in za sluzeno zmagali ter tako osvojili tretje mesto.

V finalni tekmi sta se za 1. mesto pomerili ekipi, ki sta častno prekrizali meče že zjutraj v predtekmovalni skupini A. Jutranjo tek-

Dosežene trojke:

	IGRALEC	EKIPA	TROJKE
1.	Frenk KRAMER	ZCE	8
1.	Nenad ŠPIČKA	ZMB	8
3.	Branko CVETIČANIN	XRAY	6
4.	Tomaž BAJEC	ZMB	4
5.	Tomaž SCHAUBACH	ZMB	3
5.	Luka TURK	ZCE	3
7.	Armin ALIBEGOVIĆ	MFL	2
7.	Igor PRAPROTNIK	KRG	2
7.	Rok TESTEN	DOL	2
7.	Ivan ŽEBELJAN	ZMB	2



Majbno razočaranje so si s šestim mestom priigrali člani ekipe Zdravniki ortopedi prijatelji. Drugo leto merijo zagotovo višje.



V drugem polčasu so Zdravniki kirurgi KC dosegali lahke koše, saj so imeli visoki igralci "Mariborčanov" pet osebnih napak. Macura je najvišji.



Čvrsta ekipa Zdravniki Celje si je zasluženno priborila 2. mesto



Čvrsti ekipi MF Ljubljana legende se je medalja le za malo izmaknila.

mo so dobili Zdravniki Celje, vendar so Zdravniki kirurgi KC, samozavestni po zmagi v polfinalu, hrepeneli po sladkem maščevanju. V izenačeni tekmi, polni lepih potez, natančnih metov za tri točke in borbenosti, so zasluženno zmagali Zdravniki kirurgi KC. Jeziček na tehtnici je bil prav gotovo njihov najboljši igralec Marko Macura, ki je spretno polnil koš "Celjanov" in tako spravljal v obup njihovo sicer zelo čvrsto obrambo, zraven tega pa je prispeval še veliko skokov. "Celjanom" ostane tolažba, da so popravili svojo uvrstitev iz lanskega leta, ko so bili drugi. Prav tako so lahko ponosni na dejstvo, da so imeli v svojih vrstah najboljšega igralca prvenstva, Franca Kramerja.

Skrbni organizatorji, ekipa Zdravniki psihiatri z Andrejem Kastelicem na čelu in ob pomoči Slovenskega zdravniškega športnega društva Medicus, so po koncu športnega dela tekmovanja organizirali tudi družabni del, v katerem so podelili medalje in pokale najboljšim ekipam. V prijetnem in sproščnem pogovoru smo se zadržali do večernih ur, kjer so se izkazali predvsem novi prvaki, ki so čemerno pestovali svoja najzlahtnejša odličja. Družbo so nam, tako kot vedno, delali tudi starši pokojnega Toma Krasnova, ki se vsako leto z veseljem odzovejo vabilu organizacijskega odbora.

Letos žal ni bilo tekme t. i. veteranov. Tega nikakor ne gre pripisati organizatorjem, ki so se zelo potrudili, da bi do nje vendarle prišlo. Upajmo, da bo naslednje leto zdravstveno stanje nekaterih potencialnih udeležencev nekoliko boljše in zavzetost preosta-

Najboljši igralec - skupno točkovanje:

	IGRALEC	EKIPA	TOČKE
1.	Frenk KRAMER	ZCE	53
2.	Marko MACURA	KRG	48
3.	Branko CVETIČANIN	XRAY	39
4.	Marko MUGOŠA	MFL	38
5.	Ivan ŽEBELJAN	ZMB	33
6.	Armin ALIBEGOVIĆ	MFL	28
7.	Nenad ŠPIČKA	ZMB	27
8.	Tomaž BAJEC	ZMB	24
9.	Matjaž BUNC	ORT	24
10.	Boštjan DREV	ZCE	24



Zelo dobro so nastopili člani ekipe X-Ray Team Mark Medica, ki imajo v svojih vrstah edino karikico in najboljšega strelca prvenstva.



Ekipa Zdravniki Maribor pozira s pokalom za osvojeno 3. mesto. Naslednje leto bo organizacija 23. memoriala Toma Krasnova v njihovih rokah.



Trenutek v igri: polfinale Zdravniki kirurgi KC proti Zdravnikom Maribor.

lih vsaj nekoliko večja.

Ko smo utrujeni, a veseli odhajali domov, je bilo megleno jutro že zdavnaj pozabljeno. Objela nas je večerna cesta in tisti, ki smo se peljali domov nekam daleč, kjer smo vsaj za tisti dan pustili večino svojih težav, a tudi vsaj nekaj sreče, smo se spogledovali z lučkami na armaturni plošči. V duši smo bili bogatejši za lep športni spomin, ki ga bomo zavili v najlepši celofan in zanj izbrali prav

posebno mesto v naši sobi sladkih doživetij.

Ob koncu še enkrat velika zahvala organizatorju, ekipi Zdravniki psihiatri, še posebej Andreju Kastelicu. Naslednje leto bomo ponovno preizkusili košarkarske obroče na Štajerskem, ko bo v standardnem jesenskem terminu 4. državno prvenstvo organizirala ekipa Zdravniki Maribor.

Ivan Žebeljan



Ekipa Zdravniki kirurgi KC ponosno razkazuje svojo trofejo - zmagovalni pokal. Čestitamo!!!

TEKMA ZA 7. MESTO

Zdravniki psihiatri	Zdravniki Dolenjska
33	26 (17:14, 16:12)

TEKMA ZA 5. MESTO

X-Ray Team Mark Medical	Zdravniki ortopedi prijatelji
25	22 (14:13, 11:9)

POLFINALE

MF Ljubljana legende	Zdravniki Celje
30	37 (10:16, 20:21)

POLFINALE

Zdravniki Maribor	Zdravniki kirurgi KC
34	36 (21:17, 13:19)

TEKMA ZA 3. MESTO

MF Ljubljana legende	Zdravniki Maribor
30	32 (15:16, 15:16)

TEKMA ZA 1. MESTO

Zdravniki kirurgi KC	Zdravniki Celje
36	28 (20:15, 16:13)

KONČNI VRSTNI RED

1. Zdravniki kirurgi KC
2. Zdravniki Celje
3. Zdravniki Maribor
4. MF Ljubljana legende
5. X-Ray Team Mark Medical
6. Zdravniki ortopedi prijatelji
7. Zdravniki psihiatri
8. Zdravniki Dolenjska

Trilateralno srečanje zdravniških zbornic

Na Otočcu so se 15. novembra 2002 prvič sestali na trilateralnem sestanku predstavniki zdravniških zbornic Avstrije, Hrvaške in Slovenije s sodelavci. V izčrpnem pogovoru so izmenjali izkušnje o nekaterih aktualnih vprašanjih zdravništva v teh državah in se dogovarjali za sodelovanje v prihodnje. Med najbolj aktualne teme zagotovo sodi tudi pravilo o prostem pretoku blaga in storitev, ki bo začel veljati tudi za Slovenijo po vključitvi v Evropsko unijo čez dobro leto. Avstrija ima še vedno kar nekaj nezaposlenih zdravnikov, ki si bodo delo in kruh v bodoče lahko iskali tudi v Sloveniji. Po drugi strani pa bodo za zdravnike iz držav izven Evropske unije, torej tudi za Hrvaško, veljala druga pravila in postopki, če bodo želeli delati v Sloveniji ali kateri drugi članici Evropske unije. Skupni dogovor je bil, da se za zdravnike teh treh dr-

žav, ki bodo želeli delati preko meje v eni izmed njih, pripravijo v okviru zdravniških

zbornic navodila in postopki, ki bodo v administrativno-organizacijskem smislu olajšali kandidatom pridobitev dovoljenj in licence za delo.

V nadaljevanju so obravnavali problematiko obravnavanja pritožb pacientov na zdravniške zbornice ter načine, ki jih za reševanje pritožb uporabljajo v posameznih državah. Posebej so se osredotočili na to, kakšne poti je najbolj primerno ubrati v odnosu do medijev in druge javnosti, ko se pojavijo t.i. odmevni primeri, ki so dobro gojišče za napihovanje in potencialno neupravičeno gonjo proti posameznemu zdravniku in zdravilstvu v celoti.

Prisotni so ocenili, da je bila izmenjava izkušenj koristna in da bodo konkretni dogovori prinesli pričakovane rezultate.



Dr. Reiner Bretenthaller, Avstrija, podpredsednik avstrijske zdravniške zbornice, zadolžen tudi za mednarodno sodelovanje, in bkrati predsednik UEMS, asist. mag. Marko Bitenc, Slovenija, predsednik Zdravniške zbornice, in prim. Egidio Čepulić, Hrvaška, predsednik Liječničke komisije (z leve)

Brane Dobnikar

IZ GLASIL EVROPSKIH ZBORNIC

Deset let odvetnika bolnikov na Dunaju

Dunajsko Bolniško odvetništvo je pred kratkim praznovalo desetletnico obstoja. V teh desetih letih je svojega odvetnika bolnikov obiskalo več kot 67.000 ljudi. Pritožbe zadevajo previsoke honorarje in pristojbine, ukrepe brez bolnikove privolitve ter napake pri diagnozi, terapiji in operacijah.

V pogojanjih z zasebnimi zavarovalnicami je tako odvetnik bolnikov dosegel izplačilo okoli 6,7 milijonov evrov približno 900 bolnikom.

Vrh tega si je tako pokojni odvetnik bolnikov prof. dr. V. Pickl kot njegov naslednik dr. W. Dohr vedno prizadeval za izboljšave v zdravstvenem sistemu. Dr. W. Dohr se bo v prihodnje poskusil uveljaviti kot posrednik v konfliktih med zdravniki in bolniki.

Marjan Kordaš

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 20, 25. oktober 2002



Linz: Ustanovljen je bil Inštitut za zdravstveno načrtovanje

Med naloge nedavno ustanovljene- ga Inštituta za zdravstveno načrtovanje (Institut für Gesundheitsplanung, IFG) sodi med drugim priprava podatkov, na temelju katerih bodo politiki

in strokovnjaki izbirali ukrepe za varovanje zdravja. Prva naloga IFG: izvesti anketo med 7.000 diabetiki, samostojnimi zdravniki ter bolnišnicami o oskrbi teh bolnikov. Eden od ciljev v Zgornji Avstriji (Oberösterreich) je:

do leta 2010 naj bi se število poznih okvar zaradi diabetesa zmanjšalo za 15 odstotkov.

Marjan Kordaš

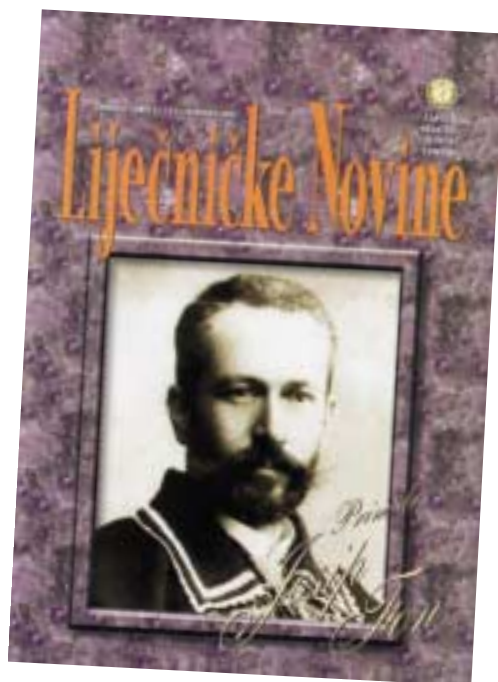
Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 20, 25. oktober 2002

Novice iz Hrvaške

Čeprav je vsaka številka Liječnicke novine polna problemov zdravstva v sosednji državi, ki so največkrat povezani s pomanjkanjem denarja, pa poročajo o načrtih graditve nove mreže zagrebških bolnišnic, ki naj bi bila končana do leta 2010 in naj bi bila vredna okrog 122 milijonov evrov (približno 28 milijard tolarjev). Načrte bodoče graditve in reorganizacije je predstavil minister za zdravstvo.

Danes je v Zagrebu 10 kliničnih, 1 splošna in 6 specializiranih bolnišnic, leta 2010 pa naj bi ostale le 4 klinične ter nedoločeno število zasebnih in specialnih bolnišnic. Do takrat naj bi se primarno zdravstvo povsem privatiziralo. Število postelj (danes jih je 4.952) bi se v osmih letih zmanjšalo na 3.900.

Na posvetu so ravnatelji bolnišnic poudarjali pomembnost svojih ustanov in po vrsti (izjema je psihiatrija Vrapčce) zahtevali povečanje kapacitet. Povedano je bilo marsikaj kritičnega: da obstajata dva transplantacijska centra, ki sta oddaljena le nekaj sto metrov, da so v treh specializiranih bolnišnicah v zadnjih dveh letih naredili le 377 operacij s področja onkološke ginekologije, kar pomeni na posameznega ginekologa 5 operacij na leto, da bi bilo treba nekatere bolnišnice, katerih vodstvo se sklicuje samo na tradicijo, zapreti in da se pričakuje velik odhod zdravnikov, kar bi ogrozilo delovanje omenjenih ustanov. Že sedaj postaja vprašljivo delo v nastajajočem kliničnem centru Blato, kjer bi potrebovali 600 novih zdravnikov. Minister sprašuje, ali naj se dogradi nov klinični center Blato, ali pa naj se denar (sedaj omenja 140 milijonov



evrov) investira v bolnišnici Rebro in Vinogradska.

Vlada je na seji 22. septembra ugotovila, da se je dolg vseh hrvaških bolnišnic v dveh letih (1999-2001) povečal za 237 milijonov kun, na 1,066 milijarde kun, ob tem pa so se odobrena sredstva zmanjšala. Sanacija naj bi obsegala odpis dolgov, nova posojila in boljše gospodarjenje (v medicini eden red-

kih receptov, ki se ne spreminja).

V okviru strokovnega izobraževanja gerontologov je bila narejena študija o vzrokih tveganja med prisotnimi zdravniki (91 preiskovancev, starih od 27 do 81 let) in ugotovljeno je bilo, da jih ima preveliko telesno maso 45 odstotkov, povišan krvni tlak 35 odstotkov in previsoke vrednosti holesterola 67,7 odstotka. (Debeli torej niso le bolniki.)

Pod naslovom "Velikani hrvaške medicine" je v medikohistorični rubriki objavljen daljši članek o Slovencu Josipu Fonu, ki ga avtor imenuje "začetnika moderne kirurgije na Hrvaškem", o katerem pa pri nas ne vemo ničesar in ga ne omenjata niti Enciklopedija Slovenije niti Zgodovina medicine. Rodil se je leta 1846 blizu Rogaške Slatine (omenja se vas Studenice, ki pa je v Atlasu Slovenije ni najti, niti ne vasi s podobnim imenom), študiral v Gradcu in na Dunaju in že s 25 leti postal primarij bolnišnice Milosrdna braća. Bil naj bi izredno spreten kirurg, ki je naredil (1878) prvo laparotomijo na Hrvaškem, kasneje totalno strumektomijo, odstranitev maternice, ekstirpacijo vranice, gastrostomijo, ukvarjal pa naj bi se tudi z ginekologijo, otorinolaringologijo, urologijo in okulistikom. Umrl je leta 1899, star 53 let. V Zagrebu ima svojo ulico, vendar ne zaradi kirurških zaslug, temveč zaradi ustanovitve Hrvaškega Sokola, ki mu je nekaj časa tudi predsedoval.

Boris Klun

Vir: Liječnicke novine št. 13, 15. oktober 2002.

Četrti razpis specializacij - stomatologija

Zdravniška zbornica Slovenije na podlagi 18. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 98/99) ter na podlagi določil Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 8/98, 44/99, 59/99, 109/99, 35/00, 42/00,

57/00, 107/00, 113/00, 50/01, 69/01, 07/02, 43/02) razpisuje specializacije za posamezna specialistična področja s področja stomatologije za potrebe javne zdravstvene mreže v Republiki Sloveniji.

Število razpisanih specializacij po regijah

Specializacija	trajanje (v letih)	Celje	Koper	Kranj	Krško	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Nova Gorica	Novo mesto	Ravne na Koroškem	SKUPAJ
Otroško in preventivno zobozdravstvo	3	1				1					1	3
Zobne bolezni in endodontija	3					1						1
Skupaj		1				2					1	4

Kandidati morajo k vlogi, naslovljeni na Zdravniško zbornico Slovenije, **priložiti** naslednje **dokumente**:

- dokazilo o zaključenem studiju na Medicinski fakulteti v Ljubljani ali potrdilo o nostrifikaciji diplome medicine v tujini,
- dokazilo o opravljenem strokovnem izpitu v Republiki Sloveniji,
- predlog zdravstvenega zavoda - priložijo zaposleni zdravniki,
- dokazilo o državljanstvu Republike Slovenije (velja za državljane Republike Slovenije),
- dokazilo o znanju slovenskega jezika (spričevalo slovenske srednje šole ali fakultete ali potrdilo verificirane ustanove o visoki ravni znanja slovenskega jezika),
- izjavo plačnika o kritju vseh stroškov specializacije,
- dokazila o izpolnjevanju drugih pogojev, določenih z zakonom in drugimi predpisi.

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

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

Obrazec za odobritev specializacije (vloga) je priloga tega razpisa, kandidati pa ga lahko dvignejo tudi na Zdravniški zbornici Slovenije, Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor, Dalmatinova 10 (pritličje), Ljubljana, ali zanj zaprosijo po elektronski pošti: stasa.favai@zzs-mcs.si.

Izbirni postopek za vse prijavljene kandidate opravi Zbornica. Pisne vloge z oznako "četrti razpis specializacij za posamezna strokovna področja" in dokazila o izpolnjevanju razpisnih pogojev sprejema Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, Ljubljana, do 31. 1. 2003.

Ljubljana, 31. december 2002.

Število razpisanih specializacij po regijah za potrebe javne zdravstvene mreže

Specializacija	trajanje (v letih)	Celje	Koper	Kranj	Krško	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Nova Gorica	Novo mesto	Ravne na Koroškem	SKUPAJ
Otroško in preventivno zobozdravstvo	3	1 (ZD Celje)				1 (ZD Domžale)					1 (ZD Dravograd)	3
Zobne bolezni in endodontija	3					1 (zasebnik s koncesijo)						1
Skupaj		1				2					1	4



ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE

Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor

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

Tel.: **386/1/30-72-165, Fax: **386/1/30-72-169

e-mail: stasa.favai@zsz-mcs.si

Vloga za odobritev specializacije

Kandidat:

Ime in priimek: _____

Datum in kraj rojstva: _____

Naslov: _____

Telefon: _____

Datum in fakulteta diplome: _____

Datum in kraj opravljanja strokovnega izpita: _____

Vrsta specializacije:

Regija, za katero kandidat kandidira: _____

Za glavnega mentorja predlagamo: _____

Plačnik specializacije: _____

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

(naziv, naslov, kontaktna oseba)

Obrazložitev vloge:

Datum: _____

Podpis: _____

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

- **originalno dokazilo ali ustrezno potrjena kopija** o zaključenem študiju na Medicinski fakulteti v Ljubljani ali potrdilo o no-strifikaciji diplome medicine, pridobljene v tujini
- **originalno dokazilo ali ustrezno potrjena kopija dokazila** o opravljenem strokovnem izpitu v Republiki Sloveniji
- dokazilo o državljanstvu Republike Slovenije (za slovenske državljane)
- dokazilo o znanju slovenskega jezika (spričevalo slovenske srednje šole ali fakultete ali potrdilo verificirane ustanove o visoki ravni znanja slovenskega jezika)
- izjava o kritju stroškov specializacije
- opis strokovnega dela od diplome dalje



Sindikat zdravnikov
in zobozdravnikov Slovenije

Glavni staskovni odbor

JAVNI POZIV

Delegati Sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Fides,
zbrani na XII. letni konferenci dne 6. decembra 2002 v Ljubljani,
z zaskrbljenostjo ugotavljamo:

- da razmere v slovenskem zdravstvu niso zadovoljive, da obstoječi sistem ni prijazen ne do porabnikov in ne do zdravstvenega osebja;
- da se v javnosti načrtno ruši zaupanje med zdravnikom in bolnikom ter se neupravičeno krni ugled našega poklica;
- da se spremembe v zdravstvu sprejemajo brez sodelovanja nas zdravnikov kot nosilcev zdravniške službe;
- da bodo spremembe zakona o zdravniški službi med drugim najbolj prizadele bolnike, dostopnost do zdravniških storitev se bo zmanjšala. Čakalne dobe se bodo podaljšale, po naših ocenah ponekod tudi do 50 odstotkov;
- da v zadnjem letu kljub obljubam najbolj odgovornih ni prišlo do zadostnega zaposlovanja novih zdravnikov;
- preobremenjenost zdravnikov se ni zmanjšala, kar povečuje možnost zdravniške napake.

Zato pozivamo

vse najbolj odgovorne v državi Slovenji, da javnosti nemudoma predstavijo vse posledice, ki jih bo prinesla uveljavitev sprememb in dopolnitev zakona o zdravniški službi v letu 2003, predvsem za uporabnike storitev. Javnosti je potrebno predstaviti tudi vse plati in pasti načrtovanih zdravstvenih reform.

Urad Republike Slovenije za preprečevanje korupcije **pozivamo**, naj preveri metodologijo ankete o korupciji in se v primeru ugotovljenih metodoloških nepravilnosti za napake slovenskim zdravnikom in zobozdravnikom javno opraviči.

Predsednika Vlade **ponovno pozivamo**, da se opredeli do izjave ministra za zdravje, da vlada v slovenskih bolnišnicah kaos, in presodi o morebitni odgovornosti samega ministra za zdravje za takšne razmere.

*Delegati XII. letne konference Fidesa
Ivan Mrzlikar, dr. stom., spec., l. r., predsednik konference*



Sindikat zdravnikov
in zobozdravnikov Slovenije
Glavni stavekovni odbor

Sklepi

XII. letne konference Sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Fides,

sprejeti 6. 12. 2002

Konferenca pooblašča glavni odbor, da pripravi strategijo množičnega prehoda zdravnikov in zobozdravnikov v zasebno zdravstveno službo za primer, če bi razmere v javnem zdravstvu postale nevzdržne in bi bile možnosti sindikalnega boja zakonsko preveč omejene.

Fides se mora zavzemati za dosledno spoštovanje delovnopravne zakonodaje zdravnikov in zobozdravnikov, tudi za ceno sprememb delovnega časa in posledično prehodno manjšega zaslužka.

Fides naj uporabi vsa pravna sredstva za dosledno usklajevanje pravic zdravnikov in zobozdravnikov z veljavno zakonodajo.

Fides obsoja vse poskuse krčenja pravic njegovih članov in pooblašča organe sindikata, da te pravice branijo z vsemi zakonitimi sredstvi.

Fides naj zagovarja urejanje delovnopravnega položaja zdravnika in zobozdravnika z reprezentativno poklicno kolektivno pogodbo za zdravnike in zobozdravnike.

Pri pogajanjih za kolektivno pogodbo o skupni metodologiji za uvrščanje in določitev orientacijskih delovnih mest in kolektivno pogodbo za javni sektor ter druge kolektivne pogodbe naj Fides zastopa takšno uvrščanje in vrednotenje

dela, ki bo za večino zdravnikov in zobozdravnikov najugodnejše.

Fides naj tudi v prihodnje ohrani dejavno in reprezentativno vlogo v pogajanjih s predstavniki delodajalcev v zavodih.

Konferenca pooblašča predsednika Fidesa, da skupaj z ZZS in SZD oblikuje koordinacijo slovenskih zdravniških organizacij, ki bi omogočala usklajeno delo vseh treh zdravniških organizacij pri zastopanju interesov slovenskih zdravnikov.

Fides naj tudi v prihodnje za člane sindikata organizira izobraževanja o pravicah zdravnikov in zobozdravnikov, ki sledijo iz novo sprejete zakonodaje.

Fides se bo tudi v prihodnje upiral samovolji oblasti pri urejanju razmer v zdravstvu, kadar je škodljiva tako za uporabnike kot izvajalce.

Ljubljana, 6. 12. 2002

*Ivan Mrzlikar, dr. stom., spec., l. r., predsednik konference
Silvan Saksida, dr. med., spec., l. r., predsednik komisije za
sklepe*

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



Sestanek UEMO

Mateja Bulc

Redno jesensko sejo, ki je bila v Firencah 4. in 5. oktobra 2002, je odprla predsednica, dr. Christina Fabian, s pozdravom in sprejetjem zapisnika prejšnje seje. Zatem je predstavila vabljenega govornika, spoštovanega gospoda Stefana Zappala, člana evropskega parlamenta, poročevalca v zadevi "Predlog Evropske komisije: Navodila evropskega parlamenta in sveta o priznavanju strokovnih kvalifikacij" (Commission Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the Recognition of Professional Qualifications).

V svojem govoru je poudaril napore evropske zveze v zvezi s splošno/družinsko medicino, priznavanjem diplom, specializacijo ipd. Prijetno nas je presenetila njegova naklonjenost "naši stvari" in njegova pripravljenost za sodelovanje. Vemo, da tako veliki mlini, kot je EU, meljejo počasi, a začetek je zelo obetaven.

Sledila je razprava o perečih problemih evropske splošne/družinske medicine, predvsem o predstavitvi organizacije UEMO in njenih deklaracij v Bruslju, lobiranju v evropskem parlamentu in doma, dialogu z nacionalnimi zdravniškimi združenji in vlada. Razprava je razkrila sicer pogosto različna stališča posameznih delegacij, ki pa jih je predsedstvo poskušalo usmeriti na sorodni imenovalac.

Podobno burno je bilo pri razpravi o trajanju specializacije iz splošne/družinske medicine.

Razmere v večini evropskih dežel dovoljujejo prehod na 5-letni podiplomski študij, veliko držav tak študij že ima, nekatere (Španija, Italija) pa bijejo hud boj že za triletno podiplomsko usposabljanje zdravnikov splošne medicine.

Po kosilu smo delali v delovnih skupinah. V prvem terminu tri skupine, in sicer za kakovost, za stalno strokovno izpopolnjevanje in za medicinsko informatiko, v drugem pa še za preventivo in za specializacijo iz splošne/družinske medicine.

Delovna skupina za kakovost je končno, po dveh letih trdega dela, pripravila **Deklaracijo organizacije UEMO o kakovosti v splošni/družinski medicini** (UEMO2002/133 Final).

Gre za načelno stališče delegatov organizacije UEMO oziroma njihovih nacionalnih združenj do kakovosti. Med glavne značilnosti splošne/družinske medicine je WONCA, evropsko strokovno združenje zdravnikov splošne/družinske medicine, uvrstila:

- usmerjenost k bolniku
- prvi stik z zdravstveno službo
- reševanje zdravstvenih problemov
- celostni pristop
- racionalno trošenje razpoložljivih sredstev
- profesionalno delo

Nova definicija kakovosti izhaja iz temeljitih sprememb v zadnjih 10 letih. V večini evropskih držav je splo-

šna/družinska medicina postala temeljni kamen nacionalnih zdravstvenih sistemov. Poleg tega je to tudi akademska disciplina, predmet na dodiplomskem študiju medicinskih fakultet, področje intenzivnega raziskovalnega dela, ki ima tudi svoje strokovne revije.

Izraz kakovost lahko uporabljamo v več smislih:

- poudarimo značilnosti zdravstvene službe
- opišemo odnos med bolnikom in zdravnikom
- opišemo dobro delo in dobro organiziranost

Dobro delo pomeni tako individualno strokovnost kot uporabo vseh razpoložljivih dokazov pri vsakdanjem delu, saj je paleta dejavnosti zelo barvita: od promocije zdravja preko preprečevanja bolezni do zdravljenja, dobre komunikacije, zdravstvene vzgoje, vodenja bolnika itd.

UEMO meni, da je za kakovostno delo v splošni/družinski medicini (SM/DM) potrebno:

- dobra dodiplomska izobrazba
- obvezna specializacija iz SM/DM, ki naj vsaj polovico časa poteka v SM/DM
- uporaba razpoložljivih znanstvenih dokazov pri vsakdanjem delu
- stalno strokovno izpopolnjevanje in strokovni razvoj
- zagotavljanje kakovosti, uporabljajoč različna orodja:
 - a) ocenjevanje dela (strokovni nadzor)
 - b) krožki kakovosti
 - c) ocenjevanje lastnega dela
 - d) skupine za kakovost v SM/DM itd.
- partnerski odnos z bolniki, upoštevanje njihovo zadovoljstvo
- analiza uspešnosti in učinkovitosti
- znanstvenoraziskovalno delo
- poučevanje
- različne oblike nagrajevanja dobrega dela

Tudi delovna skupina za preventivo je sprejela svojo deklaracijo, ki je zelo dobra (pripravljamo prevod), pa tudi skupina za stalno strokovno izpopolnjevanje izdeluje nov dokument, ki bo, upamo, "rojen" na spomladanski seji.

Kot ponavadi, smo se zvečer vsi delegati in njihovi spremljevalci



poveselili na skupni večerji v Villi Montalto, prekrasni vili na enem od značilnih gričev, ki obdajajo Firenze. Izborna hrano in pijačo so nam servirali natakariji v livreh in belih rokavicah v razkošnih baročnih salonih. Tudi za glasbo je bilo poskrbljeno, a žal sicer odlični izvajalci niso postregli z italijanskim belcantom, ampak z ameriško glasbo! No, ja...

V soboto smo imeli maratonsko zasedanje. Začeli smo že ob osmih zjutraj s sestankom predsedstva in vodij delegacij, nadaljevali pa ob devetih z generalno skupščino.

Po poročilu predsednice smo se lotili vedno vroče teme - financ. Izdelali smo nov ključ za določanje višine prispevkov, ki upošteva le nacionalni dohodek države in število prebivalcev, ne pa števila zdravnikov SM/DM, ker so bile te številke izredno nenatančne.

Ključ smo soglasno sprejeli. Naslednja točka je bila izključitev neplačnikov (Francija, Belgija, Poljska) iz članstva, kot to določa statut. Tudi to smo soglasno sprejeli. Tedaj pa se je pojavil problem - z izključitvijo nekaterih članic se prispevek ostalih seveda poveča, na to pa ni hotel pristati nihče, predvsem ne veliki trije: Velika Britanija, Nemčija in Italija. Pravega zaključka tudi po dveh urah neproduktivnega razpravljanja nismo sprejeli. Male države (poleg nas še posebej zagreti Maltežani, Islandci, Luksemburžani) predlagamo, da zmanjšamo število simultanih prevajalcev, ki predstavljajo ogromen strošek organizacije. Bomo videli - morda je tokrat finančno stanje takšno, da bomo s svojo idejo končno prodrli.

Naslednje jabolko spora oziroma različnih mnenj je predstaviš-

tvo organizacije UEMO v Bruslju. Vsi se zavedamo, da je seznanjanje Evropske unije tako pomembno za prihodnost SM/DM v Evropi, da nujno potrebujemo bruseljski urad. Naša mnenja se krešejo na predstavniku: predsedstvo se zavzema za strokovno predstavništvo (eden od nas zdravnikov, delegatov organizacije UEMO ali član predsedstva, odvisno od obravnavane teme), medtem ko se veliko delegacij zavzema za profesionalnega "lobista", kot smo ga imeli (ne posebej uspešno) že doslej. Razprava se bo nadaljevala spomladi, zaenkrat ostane status quo.

Po kosilu so dobili besedo poročevalci delovnih skupin. Sprejeli smo obe novi deklaraciji (soglasno): o kakovosti in o preventivi v SM/DM.

Pogovarjali smo se tudi o naši publikaciji UEMO Reference Book, stikih z založnikom in strokovni vsebini.

Na koncu so nas pozdravili in poročali o svojem delu še predstavniki "za zvezo" sorodnih organizacij evropskih zdravnikov, CPME, EANA, AEMH, WONCA EUROPE, PWG in UEMS.

Ker se je Švicarjem mandat iztekel, smo se dr. Seifertu zahvalili za dosedanje sodelovanje in izvolili novega podpredsednika, dr. Dameraua iz Nemčije.

Predstavila se je Slovaška, ki je zaprosila za sprejem v UEMO.

Sklenili smo, da bo naslednje srečanje v Stockholmu, jesensko pa v Dubrovniku (hrvaške kolege sva Slovenki prepričevali, očitno uspešno, kar dva dni!!) in si zaželeli nasvidenje na Švedskem. ■

Povezava med specialistom in zdravnikom splošne medicine

Matej Lipovšek

Pred nedavnim me je urednik revije Isis, prof. dr. Eldar Gadžijev, naprosil, naj napišem nekaj misli o povezavah med zdravnikom specialistom in zdravnikom splošne medicine. Dejal je, da so odpustna pisma, ki jih dobijo ob odhodu iz bolnišnice bolniki nevrokirurškega oddelka, zgledna in da bi bilo koristno razširiti takšen način povezovanja med zdravniki. Potem pa me je pred nekaj dnevi po telefonu poklicala zdravnica iz zdravstvenega doma in me prosila za pomoč pri bolnici. Njen preprost in prijeten način pripovedovanja, zlasti pa očitni interes, da pomaga bolnici, me je spomnil na obljubo, ki sem jo dal uredniku Izide. Ta prispevek je torej samo vzpodbuda za izboljšanje obstoječih skromnih povezav v vsakdanji praksi med zdravniki v bolnišnici in zdravnikih v splošni praksi.

Osebnosti stiki med zdravniki brez dvoma pripomorejo k boljši obravnavi in zdravljenju bolnikov. Če ta ugotovitev drži, se moramo vprašati, zakaj so medsebojne povezave skromne ali pa jih sploh ni. Povezav med specialistom in zdravnikom splošne medicine ne moremo kategorično zanikati, toda prav gotovo je tudi res, da v red-

ni obliki ne obstojajo. Druženje na kongresih, občasna srečanja, ki jih organizirajo farmacevtske družbe, zdravniška društva itn., ki obravnavajo specifična bolezenska stanja ali seznanjanje z določenimi zdravili, ne pripomorejo dovolj, da bi se vzpostavile redne povezave med zdravniki.

Razlog je verjetno tudi v tem, da nas ni v času študija na fakulteti in kasneje v obdobju podiplomskega izobraževanja nihče "od starejših" v to vpeljeval ali na to opozarjal. Ta lepa "navada" ostaja zaenkrat odraz in prepričanje posameznega zdravnika, danes jo srečamo le redko ali pa morda, včasih tudi, v zasebni praksi. Povezava med zdravniki je torej posebna kakovost, ki odstira posameznikov odnos in skrb za zdravje bolnika. Lahko pa je tudi obremenitev, posebno kadar želimo vzpostaviti pisni stik, saj zahteva določen intelektualni napor, čas in redoljubnost, najbolj pogosto v primerih, kjer to zdravnik redno počne. Povezava v pisni obliki tudi kaže strokovno in jezikovno izobraženost zdravnika, ki se na ta način nenehno javno izpostavlja bolnikom, zdravnikom in različnim zdravniškim komi-

sijam. Ali lahko torej pričakujemo, da se bo zdravnik zaradi povezanja v obliki pisma stalno izpostavljati strokovnim krogom ob že tako velikih vsakodnevnih obremenitvah? Prav gotovo je za takšen način v vsakdanji praksi potrebna najprej zdravnikova osebna naravnost, uvideti mora namreč, da je to potrebno, saj s tem pripomore h kakovostnejši bolnikovi oskrbi.

Obvezna povezava, ki smo jo zdravniki dolžni opravljati, na primer v obliki odpustnice, je zakonsko opredeljena, vendar jo izdajamo na obstoječem obrazcu, ki odraža predvsem administrativno plat zdravniške službe. Danes je ta vidik še bolj poudarjen zaradi računalniške izvedbe odpustnice, ki vsebuje šifre diagnoz in kratek, mnogim zdravnikom pa lahko tudi malo razumljiv način zapletenega bolnišničnega zdravljenja. Saj to ni nič nenavadnega, medicinska stroka postaja ob vse večjem vdoru računalniških obdelav zapletena dejavnost in ni pričakovati, da bi lahko zdravnik splošne medicine sledil vsem napredkom na ravni, ki jo neredko tudi specialisti s trudom dohajamo. Menim torej, da so medsebojne povezave, zlasti v pisni obliki, prav danes zelo zaželeni ali celo nujni. Kaj vse lahko pridobimo in kako se lahko lotimo povezav?

Telefonski razgovor ustvarja osebni stik, ki že po načinu razgovora kaže na našo pripravljenost "urediti zadeve za bolnika", odkriva prijateljsko naravnost med kolegi zdravniki in vzpodbuja k povezovanju vsaj v obdobju, ko je zdravljenje bolnika v teku. Pri tem naj ne izostane povabilo, da zdravnik splošne medicine obišče specialista pri delu, morda pri skupni viziti bolnika s posebnim zdravstvenim problemom. Če bi se zdravnik tako spoznala in nato tudi srečala, morda enkrat ali celo večkrat na leto, bi bil led prebit, osebni stik pa bi se odrazil še v drugačni luči. Splošni zdravnik z obiskom v bolnišnici strokovno pridobi. Če uspe obdržati takšne stike z določeno specialnostjo, lahko znanje uporabi pri mnogih drugih bolnikih s podobnimi ali enakimi težavami ter lažje in verjetno hitreje usmeri zdravljenje pri specialistu.

Seveda naj bi veljalo vabilo tudi v obratni smeri in nikakor ne bi bilo odveč, če bi specialist obiskal svojega pacienta doma, recimo po terapiji neozdravljive bolezni, in bi z morebitnim nasvetom bolniku izboljšal počutje. Povezava med specialistom in zdravnikom splošne medicine lahko na takšen način pripelje do boljšega strokovnega in osebnega sodelovanja. Bolniku zagotavlja občutek humane oskrbe in varnosti, zlasti če gre za kronično ali neozdravljivo napredujoče bolezensko stanje. Pokojni prof. Krampač, eden od stebrov slovenske revmatologije v 70. letih, mi je pripovedoval, kako je včasih obiskoval bolnike doma v večernih urah po opravljeni specialistični ambulanti ter jim z nasveti lajšal bolečine in tegobe. Mnogi zdravniki splošne medicine so ga osebno spoznali prav ob takšnem opravilu in so mu bili hvaležni za takšno pomoč. Že dolgo nisem slišal za kakšnega specialista, ki bi ravnal podobno, vendar upam, da so v slovenskem prostoru še posamezniki, ki to opravljajo in negujejo medsebojne povezave.

Pisna povezava je v uradni obliki naša dolžnost in je lahko natančna, strokovno primerna in zadošča vsem zahtevam, a je zaradi birokratsko-računalniških zahtev pogosto suhoparna. Takšna je predvsem zaradi svoje sestave, ki na prvo mesto postavlja šifre diagnoz in laboratorijske rezultate. Menim, da je takšna odpustnica brezdušna in odraža le našo strokovno dolžnost, v nobenem pogledu pa ne sporoča naše skrbi za bolnikove stiske in težave. V njej tudi ni videti našega vloženega truda med bolnišničnim zdravljenjem.

Pisna povezava je lahko tudi drugačna. Lahko na preprost in ra-

zumljiv način v vednost zdravniku splošne medicine in po potrebi tudi bolniku razloži bolezen in potek diagnostike ter zdravljenja. Pri tem ni nujno razlagati specifičnih postopkov ali podrobnosti kirurškega posega, ki so zanimive le za ozek krog strokovnjakov, temveč je pomemben predvsem opis, ali je uspelo radikalno ali samo delno rešiti zdravstveni zaplet ter na ta način bolnika bodisi ozdraviti bodisi samo izboljšati njegovo stanje ter mu olajšati tegobe. Specialist, ki na odpustnico doda še šifre diagnoz in šifre postopkov, nenehno skrbi za razumljivo posredovanje postopkov v času bolnišničnega zdravljenja. Dokument s takšno osebno noto je odraz zdravnikovega odnosa do bolnika in do stroke. Je priložnost za nenehno izpopolnjevanje v načinu izražanja na strokovni in jezikovni ravni in je v poučno pomoč zdravniku splošne medicine. V pismu stremimo k temu, da nismo predolgi in ne opuščamo ali pozabljamo na pomembna sporočila. Zato je lahko tudi "mala mojstrovina", ki je v pomoč različnim strokovnim službam. Kako se lahko dokopljemo do te sposobnosti?

Najbolj preprost in uporaben način predstavlja reden stik s pacientom, ki nam na osnovi anamneze in našega kliničnega pregleda ponudi, da napišemo popis bolezni. Mlad zdravnik lahko samo na ta način nenehno brusi klinične sposobnosti, ki jih mora v ustni obliki posredovati na vizitah. Tedaj hitro vidimo, kako skrben je zdravnik, koliko truda vложи in kako uspešno gradi svoj napredek. Podajanje bolnikove bolezni in opis klinične slike z redno vajo omogočita pravilno in dobro izražanje misli in vse večjo jezikovno spretnost, ki jo mnogi kasneje s pridom uporabijo še na kongresih in simpozijih. Odpustnica vsebuje torej osebni naslov tistega, ki mu pišemo, v prvem odstavku obsega datum sprejema, glavno diagnozo, sporočilo o uspehu zdravljenja in datum odpusta. V drugem odstavku sledijo podatki o naših izsledkih, na osnovi katerih smo prišli do diagnoze, in kako je nato potekalo zdravljenje. Temu sledijo priporočila in spisek zdravil, ki jih priporoča specialist. V zadnjem delu sporočila naj bo datum kontrolnega pregleda ter kakršnokoli navodilo, če gre za premestitev drugam. Pismo je lahko pomanjkljivo ali dolgovezno, zlasti če ga piše malo izkušen specialist (specializant le, če prevzame odgovornost njegov mentor), in samo bremeni bolnišnično administracijo. Seveda pa je pismo lahko odlično sestavljeno, tudi strokovno poučno in prijetno branje za tistega, ki sporočilo sprejme, zlasti če je napisano jedrnatno in smiselno zadeva bolnikovo bolezen.

Pisna sporočila ter kratek opis bolnikovih težav so dobrodošli tudi na napotnicah, ki imajo prazno hrbtno stran. Razdelek na čelni strani napotnice, ki je namenjen za diagnozo, je pogosto nečitljiv zaradi rokopisa. Splošni zdravnik v tem razdelku včasih že kar "vsiljuje" svojo diagnozo. Verjetno pričakuje potrditev za svojo opredelitev in pri branju podatkov se specialist ne more otresti občutka, da je napotnica napisana v naglici samo zato, da se "stvari premaknejo naprej" ali da bolniku ne bi bila storjena kakšna krivica. Vse drugače pa beremo napotnico, na kateri je vsaj vprašanje zdravnika, npr.: "Ali lahko pomagate?" ali pa stavek "Klinične težave so takšne in takšne..." ter na koncu "Hvala za pomoč". Takšne pripombe odražajo našo naravnost in prepričan sem, da bistveno ne podaljšujejo časa, ki ga porabimo za pisanje napotnice.

Ali lahko izboljšamo naše povezave? Poskusimo. ■

Kako do boljšega reprodukativnega zdravja v Sloveniji?

Ali je reorganizacija reprodukativnega zdravstvenega varstva pravi odgovor?

Dunja Obrsnel Kveder

V Sloveniji imamo dolgo tradicijo varovanja zdravja žensk in otrok. Med prvimi v srednji Evropi smo začeli razvijati babištvo (konec 18. stoletja), ustanavljati dispanzerje za ženske in otroke (v 20. letih prejšnjega stoletja) ter uvajati vsesplošno rojevanje v porodnišnicah (v 50. letih prejšnjega stoletja). Med prvimi na svetu smo v ustavo zapisali, da je odločanje za otroke temeljna človekova pravica in da mora država zagotoviti pogoje za njeno uspešno uresničevanje. Obveznosti in pravice smo zapisali v zakone in s tem postavili temelje za dostopno in kakovostno primarno zdravstveno varstvo ter za nacionalne statistične podatkovne zbirke, kakršne so Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti, Perinatalni informacijski sistem Slovenije in druge.

Sledili so veliki uspehi. Zelo se je zmanjševala umrljivost dojenčkov, predvsem zgodnja neonatalna umrljivost, in povečevala se je dostopnost ter kakovost primarnega reprodukativnega zdravstvenega varstva (RZV). Rojevanje je postalo načrtovano, kar se je pokazalo v zmanjševanju števila splavov, predvsem med mladostnicami. Že vrsto let prihaja v nosečnostno posvetovalnico večina nosečnic (98 odstotkov) in kar 75 odstotkov nosečnic v prvem trimesečju nosečnosti. Manj uspešni smo bili pri zmanjševanju maternalne umrljivosti, vendar smo v obdobju od 1987 do 1992 vendarle dosegli raven razvitih evropskih držav (od 4 do 5 na 100.000 živorojenih otrok).

Na izboljševanje kazalcev je vplivalo veliko dejavnikov, nedvomno vedno boljši življenjski standard, večja izobraženost in osveščenost žensk, novi diagnostični in terapevtski postopki. K tem uspehom so v veliki meri pripomogli tudi ginekologi v primarnem RZV s svojim strokovnim delom. Uspehi so najboljši dokaz, da smo delali pravilno.

V zadnjih desetih letih smo pričali velikim družbenim spremembam in tudi spremembam zdravstvenega sistema. K sreči ga nismo uničili, kot se je to zgodilo v nekaterih vzhodnoevropskih državah (Hrvaška, Poljska...). Tako kot v preostali Evropi, je zdravstveno varstvo ostalo organizirano na treh ravneh; tako zahtevajo pravila učinkovitosti in racionalnosti. Ohranili smo tudi našo posebnost, da pri nas delujejo na primarni ravni, kot t. i. **vratarji (gate-keeperji)**, različni strokovnjaki (tudi pediatri, ginekologi) in na samo strokovnjaki ene medicinske stroke (družinske medicine).

V občutljiv zdravstveni sistem smo posegli predvsem z uvajanjem opredeljevanja prebivalcev za osebnega zdravnika na primarni ravni, z novimi načini financiranja zdravstvenega varstva ter z vključevanjem privatne iniciative. Svobodna izbira zdravnika je sicer zelo demokratična, vendar omogoča, da zdravniki skrbijo le za opredeljene prebivalce, ne pa tudi za tiste, ki iz različnih razlogov ne morejo ali ne znajo vstopiti v zdravstveni sistem. S tem zdravniki legal-

no zmanjšujejo svojo obremenjenost in pridobijo možnost, da tudi tržijo svoje storitve. S premalo nadzorovanim uvajanjem zasebnitva se je porušilo tudi komaj zadovoljivo ravnotežje javne zdravstvene mreže: število zdravnikov je deset let ostalo na enaki ravni, spreminjala se je samo njihova razporeditev znotraj mreže. Nekateri "koncesionarji" so prešli iz bolnišnične na primarno raven, kar je še dodatno vplivalo na že tako šibko kadrovske zasedbo na sekundarni bolnišnični ravni. Tisti, ki so ostali na primarni ravni, so pogosto zamenjali kraj svoje dejavnosti in se koncentrirali v mestih in predelih, kjer so si obetali več bolnic. Tudi uvajanje novih načinov financiranja je prepočasno, predvsem za ginekološko dejavnost, saj je nov obračunski sistem za primarno RZV začel veljati šele letos. Na zamudo so delno vplivali tudi snovalci nove zakonodaje v začetku 90. let, ko so "pozabili" vključiti RZV v osnovno zdravstveno dejavnost, in to kljub temu, da so ginekološki dispanzerji delovali na primarni ravni že 70 let.

Vse našete spremembe so najbolj vplivale na dostopnost, ki zelo močno vpliva na zdravje prebivalcev, če jo omejimo. To se je tudi začelo kazati v sredini 90. let. Ponovno se je začela večati perinatalna umrljivost, predvsem mrtvorojenost, in maternalna umrljivost (v 90. letih je bila povprečno 10 na 100.000 živorojenih, kar je najslabše med razvitimi evropskimi državami). Strmo sta začeli naraščati pojavnost raka dojke in raka materničnega vratu. Tudi opredeljenost žensk v primarnem RZV je bila leta 2001 v povprečju le 64-odstotna (Občasnik ZZS, 1/2002) oz. je nihala med 53 in 67 odstotki med različnimi geografskimi območji. Nedvomno obstajajo tudi razlike med posameznimi skupinami žensk (socialno ogrožene ženske, nezaposlene, brez državljanstva, mladostnice), ki jih ne spremljamo rutinsko. Tudi reprodukativne pravice so vse bolj omejene: poslabšal se je dostop do kontracepcijskih pripomočkov, zmanjšal se je njihov izbor, za kontracepcijske pripomočke in druge storitve v zvezi z reprodukcijo je treba doplačevati ali v celoti plačati.

Na poslabšanje kazalcev reprodukativnega zdravja se je dokaj hitro odzvala tudi stroka (Razširjeni strokovni kolegij (RSK) za ginekologijo in perinatologijo, Inštitut za varovanje zdravja, Ministrstvo za zdravje), ki je izdelala "Navodila za izvajanje preventivnih programov RZV", objavljena leta 1998 (Uradni list RS, št. 19/1998), in jih v naslednjih treh letih še dopolnila (Uradni list RS, št. 33/2002). To je bilo prvič, da smo natančno opredelili vsebine preventivnih programov za prednosečnostno, predporodno in poporodno RZV ter kadrovske zmogljivosti tega varstva, ki so vitalnega pomena za izboljšanje reprodukativnega zdravja prebivalstva. V "Navodilih" iz leta 1998 je bila za izvajanje preventivnih programov predporodnega zdravstvenega varstva predvidena tudi vključitev usposobljenih medicinskih sester ali babic, vendar v praksi ni bila uresničena. V

“Navodilih” iz leta 2002 je ta možnost vnovič omogočena in določeno je triletno obdobje za njihovo dodatno usposobitev. Ob taki delitvi dela bi se lahko ginekologi bolj posvetili zahtevnim postopkom, strokovnim in organizacijskim problemom ter skrbeli za večje število žensk. Z razmeroma majhnimi dodatnimi stroški bi se delovne skupine kadrovske okrepile in se približale organiziranosti v drugih evropskih državah. Ne najmanj pomembno je tudi to, da bi se ženske postopoma navadile na spremembe in jih sprejele.

V strokovnih krogih se že nekaj let govori, da je ginekologov dovolj, če ne preveč, vendar se je pri pripravi “Navodil” pokazalo, da to ne drži. Če razdelimo ženske na vse ginekologe, ki delujejo v primarnem RZV, pride na enega ginekologa v povprečju 7.300 žensk, starih 15 let in več, oz. 6.200 žensk, starih med 15 in 74 let, ki najbolj potrebujejo ginekološke storitve. Ker je doslej veljalo, da mora biti vsaka ženska pregledana enkrat na leto, je to pomenilo, da mora ginekolog pregledati vsaj 6.200 žensk na leto. Ob upoštevanju Evropskih smernic za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu, ki priporočajo preventivni pregled z odvzemom brisa enkrat na 3 leta, bi lahko bila letna obremenjenost zaradi tega pregleda temu primerno manjša. Pri izračunu letne obremenjenosti moramo tudi upoštevati, da morajo večkrat v letu obiskati ginekologa nosečnice (tako zdrave, ogrožene še pogosteje), ženske s težavami in tiste, ki želijo svetovanje o kontracepciji. Ovir in težav pri izračunavanju je veliko, tako zaradi različnih statističnih virov podatkov kot tudi zaradi različnih razmer v posameznih predelih Slovenije. Menim, da bi morali kljub težavnosti določiti najvišjo mejo letne obremenjenosti ginekologov, ki ne bi smela presegati 4.500 žensk na enega ginekologa. Poleg tega bi se morali dogovoriti za stopnjo preskrbljenosti, ki jo je mogoče doseči z obstoječimi sredstvi (70-odstotna ali 85-odstotna preskrbljenost). Le tako bomo zagotovili, da bo velika večina žensk med 20. in 64. letom (85 ali 90 odstotkov) lahko opravila predvideni triletni ginekološki pregled.

Za oceno teh izračunov bi nam bili v pomoč podatki iz drugih evropskih držav, kar žal ni mogoče, ker v drugih evropskih državah delujejo ginekologi samo na sekundarni ravni, na primarni ravni pa delujejo družinski zdravniki ali babice. Po zadnjih poročilih se nekatere evropske države, predvsem skandinavske, približujejo našemu sistemu in imajo tudi na primarni ravni vedno več specialistov ginekologov, pa tudi pediatrov in družinskih zdravnikov.

Pri nedavnih zapletih v porodnišnicah se je pokazalo, da obstajajo veliki kadrovski primanjkljaji tudi na sekundarni ravni. Slišati je bilo zamisli, da bi rešili preobremenjenost ginekološke dejavnosti na sekundarni ravni in obenem izboljšali kakovost reproduktivnega zdravja tako, da bi zadolžili ginekologe s primarne ravni, da bi sodelovali pri delu na sekundarni ravni (dežurstva in tudi druga dela) ter tako zagotovili “boljenakomerno” obremenjenost ginekologov. Novi

RSK za ginekologijo poleg tega predlaga organizacijo posebnih ordinacij za nadzor nosečnosti in za preventivo raka materničnega vratu, kjer bi delovale babice ali medicinske sestre, usposobljene v 10-urnem tečaju. Pri tem ne pojasni, ali bi delovale poleg ali celo brez ginekologov. Predlagane rešitve RSK podkrepi z ugotovitvami, da se ginekologi preveč časa ukvarjajo s preventivnim delom, v razmislek daje celo smiselnost organiziranosti ginekološke dejavnosti na treh ravneh.

Menim, da so omenjeni predlogi premalo premišljeni, lahko strokovno nevarni ter predlagani ob nepravem času. Težko bi danes pristali na to, da je “dragih” specialistov škoda za preventivno delo, saj se specialisti tudi v drugih medicinskih strokah vedno bolj ukvarjajo s preventivo. Poleg tega potrebujemo na prvem stiku čim boljše strokovnjake, ki bodo sami reševali zaplete ter s tem razbremenili sekundarno in terciarno raven. Še več, ti zdravniki potrebujejo še dodatna znanja za komuniciranje z ljudmi, za reševanje javnozdravstvenih problemov in organizacijskih pristopov na področju primarnega RZV. Le tako bomo lahko učinkovito organizirali izvajanje preventivnih programov, poiskali in pritegnili tudi tiste najbolj ogrožene ženske, ki danes v večji meri umirajo zaradi nosečnosti, raka na materničnem vratu ali zaradi raka dojk.

Niti pomisliti ne smem, kakšne bi utegnile biti posledice ukinitve treh ravni v RZV. In to prav danes, ko lahko v najnovejših priporočilih Strategiji SZO varovanja zdravja žensk v Evropi preberemo, da se je treba zgledovati po tistih državah, ki imajo kakovostno RZV integrirano na vseh treh ravneh.

Nisem načeloma proti spremembam, saj sem kot članica prejšnjega RSK predlagala in podprla dejavnejše delovanje babic v delovni skupini primarnega RZV, vendar morajo biti spremembe tako premišljene, da ne bomo z njimi povzročili več škode kot koristi. Vključevanje drugih strokovnjakov (babic, medicinskih sester itn.) mora biti postopno in nadzorovano, da ne bi val spregledane patologije preplaval sekundarne ravni, četudi bi bila kadrovske okrepitve, in da ne bi odvrnili tistih žensk, ki jih do sedaj nismo uspeli pritegniti.

Ginekološka služba na primarni ravni je prinašala dolga leta dobre rezultate, zato slabšanja reproduktivnega zdravja ne moremo pripisati njeni dosedanji organiziranosti. In prav zato je ne smemo spreminjati ali celo ukinjati, temveč izboljšati z boljšo kakovostjo dela in boljším sodelovanjem ustreznih strokovnjakov. Predvsem moramo usmeriti vse napore v dosledno izvajanje pravkar sprejetih “Navodil”, ki smo jih pripravili z namenom, da bi lažje dosegli zastavljeni cilj, to je boljše reproduktivno zdravje naših prebivalk in prebivalcev. In šele takrat, ko bomo svoje delo po določenem času ovrednotili, bo smiselno, da na podlagi ugotovljenih pomanjkljivosti sprejmemo nove usmeritve. ■

Spletna stran Zdravniške zbornice Slovenije

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



Novorojencem (in materam) prijazne porodnišnice v Sloveniji, 1998-2002

Borut Bratanič

Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri Slovenskem odboru za UNICEF in Pediatrična klinika KC Ljubljana sta 15. novembra 2002 v predavalnici Pediatrične klinike v Ljubljani organizirala posvet o trenutnem stanju pobude UNICEF-a in Svetovne zdravstvene organizacije za "Novorojencem prijazne porodnišnice" (Baby friendly hospital initiative) v Sloveniji.

Uvod

V enajstih letih (od leta 1991), ko se je mednarodna pobuda za "Novorojencem prijazne porodnišnice" (NPP) začela, je bilo v 132 državah po svetu podeljenih že več kot 16.000 plaket NPP. V Sloveniji se je pobuda pričela kmalu po ustanovitvi Slovenskega odbora za UNICEF in nadaljevala v letu 1996, ko je bil pri istem odboru ustanovljen Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja (NOSD). Ocenjevanja porodnišnic so se lahko začela, ko smo na posebnem UNICEF-ovem tečaju, leta 1998 v Osijeku, dobili 5 mednarodnih ocenjevalcev. Po analizi stanja v slovenskih porodnišnicah (samoocenjevalno testiranje) in po dokaj številnih izobraževanjih je bilo prvo zunanje ocenjevanje opravljeno v ljubljanski porodnišnici v juniju 1998 (1).

Po štirih letih imamo od 14 porodnišnic že 10 porodnišnic z mednarodno UNICEF-ovo plaketo NPP. Od teh jih je bilo 5 tudi ponovno ocenjenih in nadaljujejo delo v skladu z obema dokumentoma: "Deset korakov do uspešnega dojenja" in "Mednarodni kodeks o trženju nadomestkov za materino mleko".

Na posvetu smo želeli izvedeti, kako po prvih letih nove organiziranosti v praksi poteka delo v 10 NPP in v ostalih 4 porodnišnicah, ki se na zunanje ocenjevanje za plaketo NPP še pripravljajo. Predstavnice in predstavniki porodnišnic smo vnaprej prosili, da v svojih poročilih odgovorijo na naslednja vprašanja:

- Trajanje načina dela NPP v vaši ustanovi?
- Katere so po vaše prednosti režima NPP za otroke, matere, zdravstveno osebje ter delo porodnišnice na splošno?
- Katere slabosti sistema NPP ste v vaši ustanovi opazili in kako jih nameravate odpraviti?
- Ali statistično spremljate odstotek dojenih otrok *ob* ali morda tudi *po* odpustu iz porodnišnic in kakšni so vaši rezultati v primerjavi med obdobjema pred in po uvedbi NPP?
- Ostala opažanja v zvezi z NPP?

Vabilu so se odzvale prav vse slovenske porodnišnice. Kot je v razpravi dejala ena od članic NOSD, smo porodničarji in pediatri neonatologi natančni in disciplinirani strokovnjaki, kar se je v polni meri pokazalo tudi pri zelo kakovostnih in do minute točno odmerjenih predstavitev vseh 15 poročevalk in poročevalcev (za Novo Gorico sta poročala porodničar in pediaterinja neonatologinja).

Rezultati poročanja

Poročila so si sledila po abecednem vrstnem redu v dveh skupinah. Prva je poročala skupina ustanov, ki že imajo plaketo NPP, v drugi skupini pa so nastopili predstavnice in predstavniki preostalih 4 porodnišnic.

Celje (poročala: medicinska sestra Cvetka Skale). Julija 1998 so pridobili naslov "NPP". Od oktobra 2000 so tudi Republiški demonstracijski center za uvajanje NPP kot mednarodnega projekta UNICEF-a in SZO. Režim omogoča celostno obravnavo matere in novorojenčka skupaj, kar olajša delo zdravstvenih delavcev, še zlasti medicinskih sester. Zelo pomemben je "timski" pristop do matere in novorojenčka, vendar mora vključevati individualno sposobnost empatije z materinimi problemi. Prednost režima za matere in otroke je vsekakor 24-urno sobivanje matere in novorojenčka. Zaradi pogostega dojenja skoraj ni več trdih in zastojskih prsi. S tem, ko vse matere dosledno naučijo pravilnega pristavljanja novorojenčka k prsim, preprečujejo tudi nastanek bolečih, razpokanih in krvavečih bradavic pri materi. Že v porodnišnici pričnejo tudi z vključevanjem očetov in ostalih družinskih članov v nego novorojenčka. Tako so vsi skupaj boljše pripravljene na dogajanja v kasnejšem obdobju po porodu. Bistvenih slabosti sistem NPP nima. Opazili so, da je potrebno posebno pozornost namenjati novorojenčkom, katerih porodna teža je višja od 4.000 g, ter materam in novorojenčkom po porodu s carskim rezom. Operativno končan porod s carskim rezom je prav gotovo ena od ovir, ki preprečuje uspešno dojenje, če mati pri tem nima ustrezne strokovne podpore zdravstvenih delavcev. Z uvedbo NPP, predvsem pa z aktivnim delom zdravstvenega osebja in vseh ostalih strokovnjakov, postaja dojenje postopoma popolnoma naraven in normalen proces v družbenem okolju.

Izola (poročala: Irena Cetin Lovšin, dr. med., specialistka pediatrije) je prejela plaketo NPP v maju 2000. Odgovore na zastavljena vprašanja so ugotavljali s pomočjo manjše ankete, kjer so rezultati pokazali, da obstajajo v nekaterih pogledih statistično značilne razlike med letoma 1996 in 2001. Tako je bilo po uvedbi sistema NPP značilno manj mastitisa (34 primerov proti 5 leta 2001), manj je bilo fiziološke zlatenice (22 proti 11 v letu 2001) in povprečni padec telesne teže po rojstvu je bil zmanjšan (s povprečno 166 g na 118 v letu 2001). Ob odpustu je bilo samo dojenih več otrok (od 87 odstotkov na 92 odstotkov v letu 2001). Želja po sobivanju mater in njihovih novorojencev se je značilno povečala (s 13 na 130 od 200 anketiranih mater v letu 2001). Hkrati se je značilno zmanjšalo zadovoljstvo mater s pomočjo pri dojenju (s 186 na 164 v letu 2001). Menijo, da je program NPP dober, kar lahko potrdijo z objektivnimi in subjektivnimi kazalci. Potreben je individualen pristop k doječim mate-

ram in otrokom. Težave, ki so jih opazili, so: premalo osebja za povečano delo s poukom, nadzorom in odgovornostjo.

Jesenice (poročal: Peter Najdenov, dr. med., specialist pediatrije). Ustanova ima plaketo NPP od junija 2000. Največ zaslug za pridobitev naziva ima med ostalim osebjem prav Majda Medvešček, ki se je pred kratkim upokojila. Prednosti novega režima dela so več permanentnega izobraževanja osebja in mater, bolj individualni pristop k materam, boljše vzpostavljanje ritma budnosti in spanja pri novorojenčkih. Med slabostmi so opazili, da so matere prvi dan po porodu utrujene, v prvih dveh dneh zelo pogosto dojijo otroke, opazili pa so tudi razlike v pogostosti dojenja med mestnimi in podeželskimi ženskami. Želeli bi si več sodelovanja porodničarjev in ginekologov pri spodbujanju dojenja. Statistika kaže, da je 99 odstotkov otrok ob odpustu iz porodnišnice (4. dan po rojstvu) dojenih. Trajanje dojenja doma je daljše, manj uporabljajo umetne formule.

Kranj (poročala: Marija Bergant, vodilna medicinska sestra porodnišnice). Porodnišnica je bila proglašena za NPP februarja 2001. Opazajo manj okužb, manj zlatenice pri otrocih, boljši prirast telesne teže, manj je zastojnih dojk, dodatno hranjenje otrok ni potrebno, več je komunikacije med osebjem in materami. Slabosti so, da ponoči ni ustreznega nadzora po sobah, ker primanjkuje osebja, ki se številčno zmanjšuje. Problematični so obiski po sobah, ki motijo doječe matere. Matere so bolj utrujene. Več težav je tudi pri materah po carskem rezu. Kot problem se v Kranju kaže tudi vse višja povprečna starost mater, ki so se manj pripravljene in sposobne prilagajati novim situacijam. Po odpustu vse dojijo, vendar pride hitro do dodajanja umetne hrane. Po uvedbi NPP opazajo kasneje daljše dojenje doma.

Ljubljana (poročala: Andreja Domjan, dr. med., specialistka pediatrije). To je prva porodnišnica, ki je pridobila plaketo NPP, in sicer v juniju 1998. Ob odpustu je dojenih v povprečju 97 odstotkov otrok, 3 odstotke je takih, ki jih matere ne dojijo. Tudi pri novorojenčkih z zelo nizko porodno težo je dojenih ob odpustu več kot 90 odstotkov otrok. Prednosti NPP so: tišina na oddelkih, prazni prostori "stacij", fototerapija, vizita, odvzemi, cepljenje - vse poteka v sobi ob materi. Vizite so daljše, več je časa za pogovor o dojenju, prej se vzpostavi laktacija. Manj je padcev teže, dojenje je pogostejše. Manjša je poraba adaptiranega mleka, manj je poporodnih krvavitev. Boljše je tudi vzdrževanje laktacije mater nedonošenčkov in bolnih na EINT. Osebe je bolj zadovoljno s svojim delom. Med slabostmi NPP so opazili: utrujene matere zaradi nočnega dojenja in prevelikega števila obiskovalcev. Pri spodbujanju dojenja ni ugodna kratka ležalna doba, ko odpuščajo 3. dan po rojstvu. Primanjkuje zdravstvenega osebja (medicinskih sester, katerim se delo spremeni iz fizičnega v svetovalno in učno). Težavno je vzpostavljanje dojenja po carskem rezu, srečujejo pa se tudi z občutki manjvrednosti pri materah, ki ne uspejo dojiti.

Maribor (poročala: Andreja Tekauc Golob, dr. med., specialistka pediatrije). Porodnišnica je bila proglašena za NPP v aprilu 1999. Med številnimi prednostmi NPP so navedli: zgodnje dojenje po porodu, dojenje po želji in na zahtevo, manj okužb pri otrocih, boljše sožitje med materami in novorojenčki, pri materah manj mastitisov in zastojnih dojk. Med slabostmi so opazili, da sistem potrebuje več negovalnega osebja za svetovanje in pomoč doječim materam. Ker sesanje po cuclju iz steklenič moti sesanje pri prsih, so uvedli, kadar je medicinsko upravičeno, dodajanje formule po brizgalki. To nekatere matere odklanjajo. Potrebno je tudi stalno izobraževanje

osebja za spodbujanje dojenja. Nekoliko presenetljivo se po statističnih podatkih o dojenju zmanjšuje odstotek izključno dojenih, od 87 odstotkov na 73 odstotkov (v letu 2001). Po odpustu je M. Bigec, dr. med., s sodelavci spremljal 1.695 otrok (iz Maribora, Kopra, Velenja in Ljubljane). Maksimalni čas dojenja je bil 100 tednov, povprečje 21,6 tedna (5 mesecev) in standardni odklon $\pm 20,3$ tedna. Opazili so, da skrajševanje ležalne dobe negativno vpliva na uspešnost dojenja. Kriteriji za dojenje pri odpustu niso povsem jasni. Postopke spodbujanja dojenja moti upad števila negovalnega osebja (23 sester leta 1999, zdaj 17 = upad za 26 odstotkov). Za prve tedne po odpustu predlagajo organizacijo posvetovalnice za dojenje v NPP?

Murska Sobota (poročal: mag. Zlatko Šubinski, dr. med., specialist ginekologije in porodništva, predstojnik oddelka). Porodnišnica je bila proglašena za NPP v aprilu 2001. Od septembra 2001 do septembra 2002 je bilo ob odpustu dojenih v povprečju 79,5 odstotka otrok. Po uvedbi NPP se je podaljšalo trajanje dojenja od 5,5 na 6 mesecev. Uporaba formule se je zmanjšala za 3-krat. Izboljšalo se je tudi sodelovanje s patronažno medicinsko službo na terenu. Med slabostmi so opazili: utrujenost in izčrpanost mater, ki prvo noč po porodu še zdržijo, drugo noč pa so bolj utrujene. Tretji dan po porodu so mnoge otožne, neučakane, ker pri nekaterih še vedno ni dovolj mleka. Dejavnost zdravstvenega osebja je največja drugi in tretji dan po porodu, zato je tudi pri njih moteče premajhno število predvsem medicinskih sester.

Po odmoru so nadaljevali poročanje kolegice in kolegi iz:

Novo Gorice (poročala sta: Zvonko Šošarič, dr. med., specialist ginekologije in porodništva, predstojnik oddelka, in Breda Wedam Mozetič, dr. med., specialistka pediatrije). Porodnišnica je bila proglašena za NPP oktobra 2000. Prednosti NPP, ki so jih opazili, so: sobivanje in sožitje, ki omogoča boljše čustvene vezi med materjo in otrokom ter večji občutek varnosti. Omogočen je optimalen psihofizični razvoj otrok, pri materah se razvija občutek materinstva in odgovornosti. Opazili so tudi večjo angažiranost kolektiva porodnišnice ter na splošno pozitiven vpliv na dojenje in zadovoljstvo mater. Med slabostmi opazajo, da bi si matere želele več (nočnega) počitka, tožijo, da so utrujene. Zaznali so negativen vpliv svojcev na neizkušene matere in prevlado starih navad mnogorodk iz prejšnjih nosečnosti. Delež polno dojenih otrok ob odpustu je 96 odstotkov. Pri kasnejšem spremljanju trajanja dojenja so ugotovili podaljševanje. Primerjava Šempetra in Ajdovščine pokaže, da je povprečje trajanja dojenja pri prvem 8 mesecev, v Ajdovščini pa 5,5 meseca.

Novo mesto (poročala: Helena Turk Paunović, dr. med., specialistka pediatrije). Porodnišnica je bila proglašena za NPP decembra 1999. Prednosti, ki jih opazajo, so: oddelek je bolj umirjen, matere dojijo po želji, vsak petek poteka izobraževanje nosečnic o dojenju, manj je potrebno obsevati zlatenične novorojence s fototerapijo, manj jih je tudi dehidriranih. Tudi formule uporabljajo veliko manj kot pred tem. Pri materah ni mastitisa, niti zastojnih dojk. V letu 2000 je bilo rojenih 1.052 otrok, od teh jih je bilo ob odpustu dojenih 90,6 odstotka. Slabost je tudi v tej porodnišnici, da primanjkuje medicinskih sester za izobraževanje, svetovanje in pomoč materam, ki želijo dojeti svoje otroke.

Ptuj (poročal: Andrej Levanič, dr. med., specialist pediatrije). Plaketo NPP je porodnišnica prejela junija 1999. Prednosti sistema NPP so podobne kot v drugih porodnišnicah in so tudi na Ptujju jasne ter nedvoumne. Slabosti in težave so pri sprejemanju ideje v strokov-

nem in laičnem okolju. Potrebna je stalna vzgoja in ustrezne tehnične rešitve. Tudi na Ptuju je zdravstveno osebje močno obremenjeno z drugačnim delom kot pred NPP. Sistem naj bi bil fleksibilen, dovoljena morajo biti individualna odstopanja od strogih načel (kar je tudi predvideno in dovoljeno). A. Neubauer Potočnik, D. Kolarič, A. Levanič so v članku "Dojenje in obolevnost pri hospitaliziranih dojenčkih na Otroškem oddelku Splošne bolnišnice na Ptuju" (2) pokazali, da je po uvedbi sistema NPP manj sprejemov dojenčev in da so sprejeti manj bolni kot pred NPP. V letu 1990 je bilo od vseh sprejemov na Pediatrični oddelek SB Ptuj 25 odstotkov dojenčkov, v letu 2000 pa samo 12 odstotkov. Dojenje med hospitalizacijo je v istem obdobju poraslo z 11 na 42 odstotkov. Povečal se je tudi delež dojenih otrok pri 6 mesecih, od 2,4 odstotka na 5,5 odstotka. Manj je bilo okužb dihal in na splošno tudi manj bakterijskih okužb. Skrajšala se je ležalna doba.

Na koncu so nastopili predstavnice in predstavniki 4 porodnišnic, ki se pripravljajo na ocenjevanje za NPP.

Brežice (poročal: Goran Žarković, dr. med., specialist pediatrije). Porodnišnica je v zadnjih desetih letih doživela upad števila rojstev za od 30 do 40 odstotkov. Po letu 1999 število rojstev nekoliko narašča. V zadnjem letu poizkušajo z uvedbo sobivanja mater in otrok po porodu, vendar so prostori neustrežni. Sobivanje omogočijo materam po želji. Ležalna doba je 5 dni. V porodnišnici so hospitalizirani samo zdravi novorojenci, na 12 ležiščih in v enem inkubatorju. Bolni novorojenci so oskrbovani na Pediatričnem oddelku SB Brežice. Tri medicinske sestre so že obiskale 18-urni UNICEF-ov tečaj za osebje NPP. Ostali so seznanjeni z osnovnim dokumentom za NPP - "Deset korakov do uspešnega dojenja".

Postojna (poročala je Silvana Žnidaršič Šajn, dr. med., specialistka pediatrije). Porodnišnica že trideset let podpira in spodbuja dojenje. Med prvimi so v letu 1983 pričeli z dojenjem takoj po rojstvu. Ko so se 1988 preselili v novo zgradbo, so upoštevali sodobna načela dojenju prijazne ustanove. V letu 2000 je v porodnišnici zelo uspešno potekal 18-urni UNICEF-ov tečaj za osebje NPP, sodelovali so tudi zunanji zdravstveni sodelavci. Kljub temu so v anketi matere kasneje odklonile stalno sobivanje (od anketiranih jih je bilo samo 10 odstotkov za stalno sobivanje z novorojenci) in se je zaenkrat pobuda za NPP ustavila. Kljub temu porodnišnica beleži zelo

dobre statistične rezultate, saj doji ob odpustu 91 odstotkov mater, le 3 odstotke jih nikoli ne doji (podatki za leto 2001). Tudi v Postojni opažajo porast povprečne starosti porodnic, čemur tudi pripisujejo manjše navdušenje za stalno sobivanje po porodu. To je tudi edini korak, ki porodnišnici manjka, da bo izpolnjenih vseh 10, ki so pogoj za podelitev plakete NPP.

Slovenj Gradec (poročal: mag. Marijan Lužnik, dr. med., specialist ginekologije in porodništva, predstojnik oddelka). Porodnišnica je znana po tem, da so med prvimi uvedli sobivanje mater in otrok, že leta 1961. To je bilo delno sobivanje, med 5. in 22. uro. Ponoči so novorojenčki prebivali v posebnem prostoru, ločeni od mater. Leta 1999 so uvedli tudi možnost nočnega dojenja po dogovoru in po želji mater tudi 24-urno sobivanje. Matere dojijo novorojence v prve pol ure po rojstvu. Tako je bilo lani ob odpustu dojenih v povprečju 92 odstotkov, letos oktobra pa že 94 odstotkov otrok. Ob pripravi na NPP so izvedli anketo med 123 bodočimi materami. Ugotovili so, da jih je 80 odstotkov vedelo za projekt NPP. Za 24-urno sobivanje jih je vedelo 71 odstotkov, vendar se je zanj odločilo samo 16 odstotkov žensk. Za 24-urno sobivanje se ne odločijo zaradi utrujenosti po porodu. Na NPP se pripravljajo z uvajanjem celodnevnega sobivanja, z dodatnim izobraževanjem zdravstvenega osebja (seznanjanje s pravili o dojenju), z dodatnim spodbujanjem dojenja (poučevanje o prednostih dojenja), ter z dodatno pomočjo pri dojenju in pravilnim izvajanju dojenja.

Trbovlje (poročal: mag. Nenad Terzić, dr. med., specialist pediatrije). Porodnišnica spodbuja dojenje in od konca leta 2001 do februarja 2002 beleži povečanje deleža izključno dojenih otrok od 66 na 87 odstotkov. Novorojenčki sobivajo z materami v več kot 93 odstotkih. Zaradi zmanjšanja pogostosti neonatalne zlatenice se je zmanjšal delež obsevanja s fototerapijo s 33 na 9 odstotkov. Tudi pri njih se matere počutijo po porodu zelo utrujene, več težav je pri tistih materah, ki rojevajo s carskim rezom. Trenutno je še premalo povezave med porodnišnico in patronažno medicinsko službo na terenu.

Komentar

Mnogi poročevalci so izpostavili podobne prednosti in slabosti sistema NPP (Tabela 1).

Tabela 1: Pogosteje navedene prednosti in slabosti sistema NPP po porodnišnicah v Sloveniji

Prednosti	Št. poročil	Slabosti	Št. poročil
Podaljšano trajanje dojenja doma	6	Matere so utrujene	6
Manj neonatalne zlatenice	5	Premalo zdravstvenega osebja	5
Manjši padec telesne teže po rojstvu	4	Težave pri dojenju po carskem rezu	4
Zmanjšana uporaba formule	3	Preveč obiskov po sobah	2
Manj okužb pri otrocih	3	Zahtevno izobraževanje osebja	2
Manj zastojnih dojk in mastitisa	3		
Več izobraževanja mater	3		
Boljše sožitje mati - otrok	2		
Dojenje po želji	2		
Individualni pristop do mater in otrok	2		
Več miru na oddelkih	2		
24-urno sobivanje	2		

Velika večina poročevalk in poročevalcev si je bila enotna v oceni, da so prednosti sistema NPP bistveno večje od slabosti. Med izvajanjem NPP se ne počutijo boljše samo matere in njihovi novorojenčki, temveč tudi zdravstveno osebje, ki več in bolj individualno dela z njimi. Ponekod se pobuda za NPP širi tudi na zdravstveno osebje, ki oskrbuje matere in otroke na domu (patronažna medicinska služba), kar doprinaša k boljšemu sodelovanju porodničnic z njihovim strokovnim okoljem ter s tem koristi predvsem materam in otrokom.

Hkrati se tako odpira pot načrtovani uvedbi sistema *Dojenju prijaznih zdravstvenih ustanov* (DPZU), ki bo naslednji organizacijski korak NOSD v sodelovanju z vsemi zdravstvenimi ustanovami, ki oskrbujejo matere in dojenčke ter male otroke (otroški in ginekološki dispanzerji - javni in zasebni, otroški oddelki bolnišnic, Pediatrična klinika, oddelki bolnišnic, kamor utegnejo biti sprejete na

zdravljenje matere, ki bi želele nadaljevati z dojenjem, če ne bo medicinskih zadržkov).

Iz posveta je jasno razvidno tudi sporočilo in opozorilo, da sistem oskrbe NPP terja posebej izurjeno in predano medicinsko osebje, ki mora biti v vseh izmenah dovolj številno, da se utegne strokovno posvetiti vsem materam in novorojenčkom, ki žal ostajajo v teh ustanovah vse krajši čas.

Literatura:

1. Bratanič B. Dve leti pobude za "Novorojencem prijazne porodničnice" v Sloveniji. *ISIS* 2000; IX (12): 60-4.
2. Neubauer Potočnik A, Kolarič D. Dojenje in obolevnost pri hospitaliziranih dojenčkih na otroškem oddelku Splošne bolnišnice na Ptujju. V: Bratanič B, Felc Z, Hoyer S et al., uredniki. *Knjižica prispevkov 2. simpozija "Dojenje v novem tisočletju"*; 2001, 12-13 oktober; Laško. Ljubljana: Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri Slovenskem odboru za UNICEF, 2001; 55-6.

Oseбно predpisovanje zdravil

Martin Toth

V zadnji številki (z dne 1. decembra) je revija Isis objavila prispevek ministra za zdravje, prof. Dušana Kebra, z naslovom "Da, kršim pravila". V članku avtor razpravlja o svojih načelnih pogledih na ureditev, po kateri imajo zdravniki možnost dobiti posebne receptne obrazce in na njih za lastne potrebe ter potrebe svojcev predpisovati zdravila na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zastavlja se vprašanje, zakaj je tak ukrep sploh potreben in ali gre pri tem za administrativno omejevanje predpisovanja zdravil. Verjamem, da večina zdravnikov pozna ozadje tega ukrepa, ki je bil uveden leta 1995. Pred tem zdravniki te možnosti niso imeli. Doslej v zvezi s tem ni bilo nobenih zapletov ali težav. Zaradi boljšega razumevanja takšne ureditve v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja pa je morda koristno še enkrat pojasniti, zakaj je bil takšen ukrep sprejet in kakšne so njegove posledice.

Predpisovanje zdravil na recepte je eno izmed opravil, za katerega je usposobljen vsak, ki je končal studij na medicinski fakulteti in nato tudi pripravništvo. S tem si je pridobil pravico, da osebam, ki jih zdravi, predpisuje ustrezna zdravila. Poleg tega glede predpisovanja zdravil na recepte veljajo še nekatere omejitve, ki so po državah različne. Tako ponekod npr. zdravniki zasebniki ne smejo predpisovati receptov na račun javnih sredstev, nekatera zdravila lahko predpisujejo le določeni specialisti ali pa mora recept še dodatno preveriti pooblaščen nadzorni zdravnik bolnišnice blagajne. Nasproh so omejitve tudi glede zdravil, ki jih uporabljajo pri obravnavi bolnikov v zdravstvenih zavodih ali ordinacijah in jih ni mogoče predpisovati na recepte. Različne omejitve na tem področju so posledica dejstva, da je zdravstvena služba javna in mora delovati po pravilih, ki veljajo za te dejavnosti. V tem smislu je tudi predpisovanje zdravil na recepte, ki se financirajo iz javnih finančnih virov, pod nadzorom države ali po njej pooblaščenega nosilca zdravstvenega zavarovanja. Pri tem imajo zdravniki določena (precejšnja) javna pooblastila, naročati storitve in zdravila na račun javnih sredstev, ki jih imajo le redki drugi poklici, zaposleni v javnih službah ali celo v politiki. To financiranje poteka npr. pri nas na podlagi zakonskih določil in opredelitev, ki jih sprejmejo partnerji s sklenitvijo dogovorov in pogodb z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Ta ne dovoljujejo predpisovanja zdravil na račun javnih sredstev "kar vse čez" v zdravnikovi okolici.

Pri nas predpisi določajo, da praviloma predpisujejo zavarovanim osebam in na račun sredstev zdravstvenega zavarovanja zdravila na recepte le izbrani osebni zdravniki. To so zdravniki, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe (tudi zasebniki s koncesijo), ki so si jih osebe same izbrale. Takšna pooblastila je prinesel zakon o zdravstveni dejavnosti iz leta 1992. Ti izbrani zdravniki imajo možnost, da z napotitvijo zavarovanih oseb k specialistom prenesejo na slednje tudi pooblastila za predpisovanje zdravil. Takšna pooblastila so omejena na določeno časovno razdobje in na zdravila, potrebna pri zdravljenju bolezni oziroma stanja, zaradi katerega je osebni zdravnik osebo napotil k specialistu. Ta pravila ne veljajo za zasebne zdravnike brez koncesije in zdravnike v samoplačniških ambulantah, ki ne smejo predpisovati zdravil na račun zdravstvenega zavarovanja, lahko pa svojim bolnikom predpisujejo zdravila na "bele" recepte, ki si jih zavarovanci plačujejo sami. Glede teh receptov ni drugih omejitev, razen tistih, ki jih določa že sam režim predpisovanja zdravil na

recepte in ki so objavljena v registru zdravil.

Omenjeno zakonsko določilo je imelo namen ucvrstiti vlogo osebnega zdravnika kot "vratarja" pred vstopom v sistem zdravstvene službe. Vendar bi dobesedna uresničitev teh opredelitev pomenila med drugim tudi to, da zdravnik sebi in članom svoje družine ne bi smel predpisovati zdravil, razen če bi si ga izbrali za osebnega zdravnika. Tega pa sploh ne bi mogli zdravniki, ki so se že upokojili, in drugi zdravniki, ki ne zdravijo ljudi, kot so npr. zdravniki na Medicinski fakulteti, v upravnih službah, zdraviliščih, laboratorijih, na patologiji, radiologiji itn. Zaradi tega je v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja predvidena za te primere določena izjema. Vsi zdravniki namreč lahko za lastne potrebe in potrebe svojih družinskih članov prejmejo 50 posebnih receptnih obrazcev na leto. Bilo bi namreč neživljenjsko, da bi zdravnik sam moral iskati pomoč in recept pri drugem zdravniku ali da bi to morali storiti njegov zakonec, starši ali otroci. Hkrati je bil s tem vzpostavljen nujno potreben red, saj so pred tem takšni zdravniki iskali (in tudi dobili) receptne obrazce v zdravstvenih domovih in bolnišnicah in so z njimi prosto razpolagali. Pred tem smo imeli stanje, ko so lahko posamezni zdravniki na račun zdravstvenega zavarovanja predpisovali zdravila res vsem v svoji okolici, in to ljudem, ki jih niso zdravili, niti niso imeli vpogleda v njihovo zdravstveno dokumentacijo ter nad terapijo, ki je bila morda že pred tem uvedena po drugih zdravnikih. To predstavlja resno vprašanje strokovne utemeljenosti takšnega ravnanja. Zato namen sedanje ureditve ni v omejevanju zdravnikove strokovne avtonomije, niti v varčevanju, ampak v vzpostavitvi reda, spoštovanju načela osebnega izbranega zdravnika in načela, da naj zdravila predpisuje zdravnik, ki zavarovano osebo tudi zdravi. To pa so pravna in strokovna načela, ne pa administrativno poseganje na področje predpisovanja zdravil.

Nad temi recepti ima Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pregled s tem, da so posebej označeni in oštevilčeni, prav tako pa z njihovim spremljanjem v okviru avtomatske obdelave receptov. V prvem polletju letošnjega leta so takšne recepte uporabljali 4.803 zdravniki (podatek iz baze zdravil) in pri tem predpisali 31.156 receptov ali v povprečju 6,5 recepta na zdravnika. Celotna vrednost zdravil, predpisanih na te posebne receptne obrazce, je znašala nekaj več kot 205 milijonov ali blizu 6.600 SIT na recept. Že ti podatki kažejo, da ne gre za finančni ukrep ali omejevanje, s katerim bi lahko zdravstveno zavarovanje privarčevalo veliko denarja.

Ni pa sprejemljiva posplošena trditev, da zdravnik ostane zdravnik, tudi ko odide na delovno mesto, kjer se ne ukvarja več z zdravljenjem ljudi, ali se upokoji. Res je, da ostane zdravnik po poklicu, ne pa po svoji dejavnosti. Posploševanje v smislu neupoštevanja pravil bi pomenilo pristati na nered, na "privatizacijo" brez koncesij in dovoljenj, nekontroliran poseg v javni sistem in sredstva, ki jih za zdravstveno zavarovanje namenjajo plačniki prispevkov, ter resno odstopanje od pravnega reda, ki velja v zvezi z opravljanjem zdravstvene dejavnosti. Tudi odvetniki, sodniki in notarji ne morejo več opravljati svoje dejavnosti, ko se upokojijo ali odidejo na drugo delovno mesto. Če bi to lahko počenjali kar vse čez, bi s tem ukinili načelo osebnega izbranega oziroma družinskega zdravnika in njegovo vlogo v celotnem sistemu zdravstvene dejavnosti. To pa skoraj gotovo ne bi bilo strokovno in organizacijsko sprejemljivo. ■

Zdravnik preko vrtno ograje? Ne, hvala

Matjaž Zwitter

Za začetek zgodba, ki jo pripisujejo dr. Jožetu Možganu. V nedeljo dopoldne je šel z družino čez glavni trg v Škofji Loki, pa ga je ustavila gospa, njegova bolnica. "Joj, doktor, kako sem vesela, da vas srečam, že cel teden me hudo boli trebuh. Le kaj bi to bilo?" Možgan, tako so pripovedovali, je mirno odvrnil: "Slecite se, prosim." "Kako, slečem naj se, tule sredi trga?" "Gospa, tukaj ste me vprašali."

V prejšnji številki Izide prof. dr. Dušan Keber ni našel prav nobene dobre besede za predpis, ki zdravniku predpisovanje zdravil na osebne recepte omejuje na ožje družinske člane. Predpisovanje zdravil sodelavcem v službi, znancem ali sosedom naj bi bilo vsem v pomoč, rešilo naj bi jih zamude z začetkom zdravljenja in rešilo bi jih nepotrebnega čakanja pri osebnem zdravniku. Zavzel se bo za to, da bodo ta neživiljski predpis opravili.

Naj najprej povem, da vidim bistveno razliko med zdravnikovi ožjimi družinskimi člani in sosedi, znanci ali prijatelji. Kot zdravnik vem za bolezni v svoji družini, prebral sem odpustnico iz bolnišnice, govoril sem s kolegom, ki je operiral mojega otroka. Kot oče mladoletnega otroka ali kot sin ostarelih staršev zanje odgovarjam tudi drugače, ne le kot zdravnik. To je bistvena razlika od odnosa s sosedi, za katere nimam nobene medicinske dokumentacije in zanje nisem odgovoren.

Res je, predpisovanje zdravil na osebne recepte lahko ljudem prihrani nekaj sitnosti. Res pa je tudi, da bi imela sprostitev pisanja osebnih receptov kar nekaj neželenih posledic. Najprej bi to pomenilo razvrednotenje zdravniškega dela. Upam, da bomo vsaj zdravniki enotni v mnenju, da ne smemo enačiti zdravniškega pregleda s pisanjem recepta. Zdravniki strokovno, etično, pravno in finančno odgovarjamo za zdravila, ki jih predpišemo. To svojo odgovornost lahko udejanjimo le tako, da spoštujemo pravila dobre klinične prakse. Med ta pravila brez dvoma sodi tudi to, da zdravila predpišemo šele po natančno postavljeni diagnozi in da vsa svoja opazanja in svoje ukrepe primerno zapišemo. Vsi vemo, da se nam tudi ob skrbnem delu lahko dogodi napaka. Če pride do odškodninskega zah-

tevka, ga bo oškodovanec naslovil na zavarovalnico, pri kateri sem zavarovan kot zdravnik zasebnik ali kot zdravnik v javnem zavodu. Kdo pa bo odgovoren, če kot upokojenec znancu za domnevno angino brez zdravniškega pregleda predpišem antibiotik, pa pri tem spregledam absces ali poprejšnjo alergijo na podobno zdravilo?

Že sedanja ureditev, ki dovoljuje pisanje osebnih receptov za ožje družinske člane, je torej kompromis; popolna sprostitev bi pomenila nevarnost za vse, torej za zdravnike in tudi za bolnike. S tem bi se popolnoma prepustili mnenju, da ljudje že sami vedo, katera zdravila potrebujejo. Če pristajamo na predpisovanje zdravil brez zdravniškega pregleda, zakaj pri tem sploh potrebujemo zdravnike in zakaj ne prepustimo predpisovanja zdravil farmacevtom v lekarnah? Ljudje bodo v takem primeru imeli še manj sitnosti.

Tisti, ki rad ustreže vsaki želji po receptu, tudi ve, da mnogi, ki nas prosijo za recepte, to počno v imenu tretjih oseb: doktor, veste, moja mati v Banjaluki... Kot sem nekoč že zapisal: sem za pomoč vsem ljudem v stiski, tudi našim bivšim sodržavljanom iz jugovzhoda. Sem za zabojujnik z zdravili, na katerem bo pisalo **Pomoč Republike Slovenije Republiku Bosni in Hercegovini**. Sem pa odločno proti praksi, da na račun naše zavarovalnice čez mejo romajo tisoči majhnih zavojčkov. Kdor ni naiven, tudi ve, da mnogo teh zdravil ni namenjenih konkretnim bolnikom, pač pa končajo v rokah preprodajalcev.

Prav za konec pa priznanje: da, sem in tja ravnam enako kot dr. Keber in napišem recept prijatelju ali znancu, pa čeprav mi pravila zavarovalnice tega ne dovoljujejo. Pri tem upam, da ima zavarovalnica veliko pomembnejšega dela in pač ne bo strogo nadzorovala nečesa, kar je v finančnem pogledu zanemarljivo. Razumem, da dr. Kebru kot ministru ni prav, da obstaja predpis, ki ga (skoraj) vsi tu in tam kršimo. Morda pa bo tudi on razumel, da nam je nekaterim kar prav tako, kot je: predpis, ki nam je v oporo, ko vljudno odklonimo strokovno nesprejemljivo bližnjico z receptom preko vrtno ograje.

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

Kirurški sanatorij Rožna dolina

Pet let prve zasebne bolnišnice v Sloveniji

Janez Bajec

Decembra 2002 je minilo pet let od uradnega odprtja prve zasebne bolnišnice v Sloveniji. Od precej smeje ideje zasebnega docenta dr. Janeza Bajca, dr. med., ki je tudi direktor Kirurškega sanatorija Rožna dolina, ter nekaterih njegovih kolegov in prijateljev, da slovenski zdravstveni prostor zapolni tudi zasebna kirurška bolnišnica, pa še nekaj let več.

Zgodnja devetdeseta leta so bila tista, v katerih je projekt idejno zorel. Decembra leta 1996 so gradbeni stroji po načrtih arhitekta Jurija Bajca pričeli z obnovo opuščene industrijskega objekta Kolinske in z izgradnjo novega dela stavbe, ki so jo naslonili na nekoč ugledno rožnodolsko vilo. V manj kot letu dni je zrasel Kirurški sanatorij, ki s svojimi prostorskimi rešitvami izpolnjuje vse pogoje za sodobno in prostorsko kakovostno kirurško zdravljenje, hkrati pa pacientom omogoča prijazno in udobno bivanje.

Kirurški sanatorij Rožna dolina je bil v vseh merilih zasnovan am-

biciozno. Tako z vidika infrastrukturne in tehnične opreme ter izbora nosilcev kirurških programov kot tudi z vidika skrajno visokih zahtev do celotnega medicinskega osebja. Visoka motiviranost, strokovna prepoznavnost ter predvsem zmožnost empatije in prijaznega komuniciranja s pacienti so bila temeljna vodila za izbor v krog sodelavcev Sanatorija.

Poslovni rezultati prvih petih let delovanja zasebne bolnišnice so pokazali, da slovenski zdravstveni prostor morda vendarle še ni zrel za tako ambiciozen projekt. Pacienti so že od januarja 1998 prihajali v Sanatorij na prve preglede in prve kirurške posege. Njihovo število je z leti naraščalo, toda v povprečju so pacienti le redkokdaj zapolnili vseh dvaindvajset po-

stelj in redkokdaj so bile zasedene vse tri operacijske dvorane hkrati. Izkušnje prvih let Sanatorija so torej pokazale, da slovenski pacienti še niso pripravljeni plačati večjih kirurških posegov iz lastnega žepa, četudi bi jim to prihranilo dolgo čakalno dobo za poseg v javnem zdravstvu.

Odločitev za pregled v zasebni ambulanti je že postala del vsakdanje prakse v slovenskem zdravstvu, odločitve za operativni poseg in zdravljenje v zasebni bolnišnici pa terjajo spremembo miselnosti, ki je ni mogoče doseči čez noč in ki jo pomagajo soustvarjati predvsem širše družbene razmere.

Kirurški sanatorij je v petih letih poleg samoplačniških pacientov želel zapolniti svoje prostore tudi s tistimi pacienti, ki dolgo oziroma predolgo čakajo na operacijo v javnem zdravstvu. Gre za paciente izven ozkega kroga tistih Slovencev, ki bi lahko stroške operativnega posega in bivanja v bolnišnici pokrili iz lastnega žepa. Vodstvo Sanatorija si je pričelo prizadevati tudi za koncesije na tistih kirurških področjih, kjer so čakalne vrste najdaljše, tako da je Sanatorij v petih letih pridobil koncesiji za abdominalno kirurgijo s proktologijo ter za žilno kirurgijo, v letu 2002 pa še za okulistiko in ultrazvočno diagnostiko. Kljub temu, da Kirurški sanatorij vstopa v javno mrežo zdravstvenega zavarovanja s ponudbo, ki je v marsičem





nadstandardna, cenovno pa v okvirih ostalih bolnišnic, se tudi ta vidik njegova delovanja srečuje s problemi, ki bi jih morali reševati v krogu vseh, ki so vpleteni v odločanje o prihodnosti slovenskega zdravstva.

Podatki o približno 35.000 pregledih in skoraj 5.000 opravljenih kirurških posegih v petih letih (največ na področjih zilne kirurgije - 35 odstotkov, abdominalne kirurgije in proktologije - 30 odstotkov, ter otorinolaringologije, okulistike in plastične kirurgije) kažejo na izkušnje ekipe Kirurškega sanatorija, ki bi jih lahko uporabili

pri razmišljanju o prihodnosti razvoja zasebne prakse in zasebnega bolnišničnega zdravljenja v mreži slovenskega zdravstva.

Kirurški sanatorij Rožna dolina predstavlja za slovenski prostor brez dvoma nov koncept bolnišnice, ki je v javnih in velikih bolnišnicah težko uresničljiv. Pacienti prihajajo v Sanatorij, ker strokovno in organizacijsko zagotavlja sistem osebne obravnave vsakega pacienta. Zdravnikom, ki sicer delujejo tudi v javnem zdravstvu, Sanatorij omogoča takšne pogoje dela, da se lahko v celoti posvetijo pacientu od začetnega pregleda do operacije in pooperativnega zdravljenja. Tisti, ki odločajo v slovenskem zdravstvenem prostoru, bodo morali odgovoriti tudi na izzive in predvsem pričakovanja pacientov, ki jih prinaša tovrstni koncept bolnišničnega zdravljenja.

Pet let delovanja Kirurškega sanatorija je torej predvsem priložnost za razmislek, ali ni morda eden izmed možnih odgovorov za reševanje problemov, ki so se nakopili v javnem zdravstvu v zadnjih letih, prav v vzpodbudah za vzpostavitev učinkovitega sistema zasebnega zdravstva in zasebnega bolnišničnega zdravljenja. Te vzpodbude so gotovo dolgoročno vezane tudi na razvoj zasebnega zavarovalništva v Sloveniji ter predvsem na spremembe v sistemu pokrivanja stroškov izvajanja zdravstvenih storitev.

Pet let delovanja prve zasebne bolnišnice v Sloveniji je kratko obdobje. Dejstvo, da je bolnišnica poslovno preživela in da je število pacientov z vsakim dnem večje, je potrditev, da potrebujemo takšno bolnišnico. Ni dvoma, da se je Kirurški sanatorij v Rožni dolini iz ambicioznega in idealističnega projekta razvil v institucijo, ki na poseben način sooblikuje slovenski zdravstveni prostor. ■



Navodila za oglaševanje na rumenih straneh:

Vsak prireditelj zdravniškega srečanja, seminarja, konference idr. ima pravico do dveh brezplačnih objav.

Za prvo obvestilo, v katerem najavi prireditev nekaj mesecev vnaprej, je na voljo četrtna strani, za objavo podrobnega programa seminarja ali simpozija pred srečanjem prostor ni omejen. Da bi bile informacije čim bolj natančne in brez napak, vljudno prosimo, da prireditelji izpolnijo obrazec, ki je objavljen na zadnji strani koledarja. Objavljali bomo le tista obvestila in programe, ki jim bo priložen izpolnjen vprašalnik, da bo podatke mogoče vnašati v koledar.

Rok za oddajo gradiva v uredništvu je 10. v mesecu za objavo v številki, ki izide prvega v naslednjem mesecu.

Psihiatrična klinika Ljubljana in Združenje sodnih izvedencev Slovenije za psihiatrijo

organizirata seminar iz forenzične psihiatrije

LOKARJEVI DNEVI

Velika predavalnica nove stavbe Psihatrične klinike Ljubljana,
Studenec 45, Ljubljana

23. januar 2003

Tema seminarja: Različni vidiki dodelitve otrok

PROGRAM:

Četrtek, 23. januarja 2003

- 8.00–9.00 Registracija
- 9.00–9.30 Pozdravni in uvodni govor
- 9.30–10.00 Doc. dr. *Katja Filipčič*, univ. dipl. prav.: Vloga prava pri varovanju otroka v družini
- 10.00–10.30 Prof. dr. *Martina Tomori*, dr. med.: Družina – zunaj črke zakona
- 10.30–11.00 *Marija Snežna Novak*, okrožna sodnica, svetnica: Otrok kot subjekt in objekt v razveznem postopku
- 11.00–11.30 *Alenka Kovšca*, državna sekretarka za družino: Zastopanje otrokovih pravic v procesu dodelitve otrok
- 11.30–12.30 Odmor s kosilom

- 12.30–13.00 Doc. dr. *Tone Pačnik*, dipl. klin. psih.: Klinični psiholog in raziskovanje največje otrokove koristi pri razvezi
- 13.00–13.30 Prim. *Gorazd V. Mrevlje*, dr. med.: Kdaj psihiater in zakaj ne?
- 13.30–14.00 *Maja Vodopivec*, dipl. klin. psih., *Vida Ribič*, dipl. klin. psih.: Izkušnje in dileme pri dodelitvi otrok
- 14.00–14.30 Asist. *Maja Rus Makovec*, dr. med.: Ali je človek, ki je odvisen od alkohola, lahko dober roditelj?
- 14.30–15.00 Zaključna razprava
- 15.00–16.00 Občni zbor Združenja sodnih izvedencev Slovenije za psihiatrijo

Kotizacija za srečanje je 17.000 SIT. Plačilo na transakcijski račun Združenja sodnih izvedencev Slovenije za psihiatrijo št.: 02014-0089257909. Nismo zavezanci za DDV.

Informacije in prijave: ga. Ana Mihič, Psihatrična klinika Ljubljana, Klinični oddelek za mentalno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 74 900.

Društvo zobozdravstvenih delavcev Celje

organizira

**CEDENS – IX. DAN
CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA**

Narodni dom Celje, Trg Celjskih knezov 9, Celje

14. februar 2003

PROGRAM**Petek, 14. februarja 2003 – Velika dvorana**

- 09.00 Prihod in prijava
 09.50 *Nikola Potočnik*: Uvodne besede
 10.00 *Rudi Beckers*: CEKA in PRECI-LINE SYSTEM – včeraj, danes, jutri
 11.00 *Marta Škapin, Mojca Drev*: Poškodbe zob in medicinska dokumentacija za zavarovalnico
 11.30 *Slavko Brkič*: Sodobne metode dentalno-keramičnih sistemov
 12.30 Odmor za kosilo
 15.00 Podelitev Schwabovih priznanj
 15.30 *Daniel Žerdoner*: Težave celjustnega sklepa in možnosti zdravljenja danes
 16.00 *Gorazd Lešničar*: Kapljične infekcije v zobozdravstvu
 17.00 Odmor
 17.30 *Matjaž Rode*: Regenerativne tehnike zdravljenja parodontalne bolezni
 18.00 *Niko Lavrenčič*: Računalnik in fotoaparati v ordinaciji
 18.30 Zaključek
 Mala dvorana – Dentalna razstava naših sponzorjev
 20.00 Polona – zabavna prireditve v Hotelu Štorman Celje

Kotizacija: 15.000,00 SIT. Nakažete jo na transakcijski račun DZD Celje: 06000-0052407750, s pripisom "za CEDENS".

Kotizacijo lahko poravnate tudi ob registraciji na dan prireditve.

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

Sekcija SZD za kemoterapijo**Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja**

organizirata

INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2003

Velika predavalnica Kliničnega centra, Ljubljana

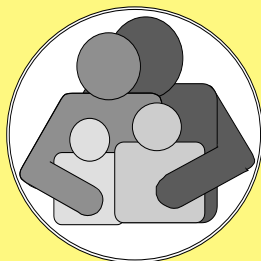
7.-8. marec 2003**PROGRAM:**

1. *I. Štumbelj* in sod.: Občutljivost *S. pneumoniae* in *S. pyogenes* v Sloveniji
2. *K. Seme* in sod.: Spremljanje odpornosti *S. pneumoniae* in *S. pyogenes* v Sloveniji
3. *M. Čižman* in sod.: Dejavniki tveganja za pojav odpornosti bakterij
4. *M. Paragi* in sod.: Serološki tipi invazivnih pnevmokokov v Sloveniji 1997-2002
5. *B. Lovšin, B. Beovič*: Predpisovanje antibiotikov v osnovni zdravstveni službi v Sloveniji
6. *B. Beovič*: Zdravljenje okužb sečil; ali je potrebno spremeniti izkustveno zdravljenje?
7. *I. Muzlovič, M. Jereb*: Okužbe, ki zahtevajo takojšnje antibiotično zdravljenje pri odraslih
8. *R. Rakar, J. Ahčan, M. Čižman*: Okužbe, ki zahtevajo takojšnje antibiotično zdravljenje pri otrocih
9. *J. Jazbec, L. Kitanovski*: Pristop k nevtropeničnemu otroku z vročino
10. *T. Lejko Županc*: Nespecifične laboratorijske preiskave v diagnostiki okužb
11. *J. Podboj*: Zapleti ORL-okužb
12. *F. Strle*: Legionarska bolezen
13. *J. Bedernjak*: Leptospirosis
14. *J. Gorišek Reberšek, A. Dolinšek Berginc, T. Remec Zafred, Z. Knafelj, G. Lešničar, B. Beovič*: Okužbe s Hantavirusi v Sloveniji
15. *T. Avšič Županc, M. Petrovec*: Mikrobiološka diagnostika s Hantavirusi

Kotizacija 18.000,00 SIT z DDV.

Informacije in prijave: ga. Andreja Sorman, tajništvo Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 110, faks: 01 52 22 456.

Združenje zdravnikov družinske medicine SZD
Katedra za družinsko medicino MF



organizirata strokovno srečanje

19. UČNE DELAVNICE: ZDRAVSTVENA NAPAKA

Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, Ljubljana
24.-25. januar 2003

Vodje delavnic: prof. dr. *Igor Švab*, asist. *Dean Klančič*, *Davorina Petek*, mag. *Marija Petek Šter*

Cilji:

Udeleženci se bodo naučili:

- definirati odklone, nesreče pri zdravljenju in zdravstveno napako
- spoznati možne posledice napak
- poiskati in prepoznati napake
- načrtovati pritožni postopek v svojem delovnem okolju
- pravilno postopati po storjeni napaki in ob sumu storjene napake
- ustvariti delovno okolje, ki bo stimuliralo delo z manj napakami
- deliti izkušnje, čustva in spoznanja s kolegi ob napačnih odločitvah
- učiti študente in specializante o zdravstvenih napakah
- učiti se iz napak
- poučevati o napakah

PROGRAM:

Petek, 24. januarja 2003

- 8.00 Pozdrav
 8.00–8.30 Predstavitev udeležencev
 8.30–9.15 *Igor Švab, Dean Klančič*: Uvodno predavanje: Definicija, vrste napak, posledice
 9.15–10.30 Delo v skupinah
 10.30–11.00 Odmor
 11.00–11.45 *Marija Petek Šter*: Postopek po zdravstveni napaki – Kako sporočiti slabo novico?

- 11.45–13.00 Delo v skupinah
 13.00–14.30 Kosilo
 14.30–16.30 *Igor Švab*: Strategija preprečevanja zdravstvene napake
 19.00 Družabno srečanje

Sobota, 25. januarja 2003

- 9.00–9.30 *Dean Klančič*: Učenje iz napak
 9.30–10.00 Delo v skupinah
 10.00–10.30 Odmor
 10.30–11.00 *Davorina Petek*: Bolnik kot vir napak pri vodenju kronične bolezni
 11.00–13.00 Delo v skupinah: Ovire pri vodenju SB v splošni ambulanti
 14.00–15.00 Kosilo
 15.00–16.30 Delo v skupinah - izdelava učnega modela, priporočil
 16.30–17.30 *Igor Švab, Dean Klančič, Davorina Petek, Marija Petek Šter*: Zaključek učne delavnice

Srečanje je namenjeno predvsem mentorjem študentov in specializantom, zato so oproščeni plačila kotizacije. Študenti, sekundariji in udeleženci modulov na specializaciji iz družinske medicine so prav tako oproščeni plačila kotizacije. Udeležba je omejena na 30 udeležencev.

Prijavnice pošljite do **17. 1. 2003** na naslov: ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, lahko tudi po faksu: 01/438 69 10. Informacije: ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, tel: 01 43 86 915, spletna stran www.drmed.org. Na Zdravniški zbornici Slovenije je vložena prošnja za dodelitev ustreznega števila kreditnih točk pri podaljšanju licence.

Klinični center Ljubljana
SPS Interna klinika
Klinični oddelek za nefrologijo
 organizira

PODIPLOMSKO ŠOLO ZA ZDRAVNIKE - BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA

Izbrana poglavja
 Klinični center Ljubljana, Ljubljana

21.-22. marec 2003

PRELIMINARNI PROGRAM:

- Kronična ledvična bolezen
- Akutna in kronična ledvična insuficienca - diagnostika in zdravljenje
- Arterijska hipertenzija
- Diabetična nefropatija
- Okužbe sečil

Podiplomska šola bo potekala v obliki predavanj in učnih delavnic s praktičnim pristopom k diagnostiki in zdravljenju bolnikov.

Podiplomska šola je namenjena zdravnikom splošne medicine, družinskim zdravnikom, specialistom in specializantom interne medicine s pripravo za delo na nefrološkem oddelku v okviru specializacije iz interne medicine, sekundarjem in vsem zdravnikom, ki se želijo seznaniti ali si osvežiti znanje o sodobnem, praktičnem, usmerjenim specialistom, ki se želijo seznaniti s sodobnim praktičnim pristopom k bolniku z najpogostejšimi problemi s področja boleznih ledvic in arterijske hipertenzije.

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

Število udeležencev je omejeno.

Kotizacija znaša 30.000,00 SIT. Prijava z enotno prijavnico, ki je objavljena v reviji Isis, vsebuje naj vse podatke. Na podlagi prijavnice bomo izstavili račun s podatki o nakazilu kotizacije.

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

Prijavnico pošljite na naslov: ga. Danica Brlec, Klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za nefrologijo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 408, faks: 01 52 22 408.

Informacije: 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., e-pošta: stasa.kaplan@kclj.si

University of Ljubljana
Medical Faculty and
Dept. of Developmental & Child Neurology
Dept. of Neonatology
University Childrens Hospital Ljubljana

Symposium: MUSCULAR DYSTROPHIES: FROM GENES VIA MUSCLES TO THE CLINICAL FACTS

Grand Hotel Union, Ljubljana, Slovenia
 14-16 March 2003

TOPICS:

Eugenio Mercuri, London, Roma: Floppy infant syndrome
 Clinical/MRI/genetic presentation of neuromuscular disorders
 Rigid spine syndrome

Corrado Angelini, Padova: Congenital muscular dystrophies
 Prognostic factors in treating DMD

Nina Barišič, Croatia: Congenital myasthenic syndrome
J. Zidar, Slovenia: Limb-girdle dystrophies

M. Meznarič Petruša, Slovenia: Early histopatological and immunohistochemical findings in some muscular dystrophies

N. Teran, B. Peterlin, Slovenia: Genetic aspects of (myotonic) dystrophies

B. Šušteršič et al.: The generational aspect of myotonic dystrophy: three generations of the family with two siblings of congenital myotonic dystrophy

D. Paro Panjan, D. Neubauer: The floppy newborn: a 10-year retrospective study

PROGRAMME TIMETABLE:

Friday afternoon

15.00–16.00 Registration

16.00–16.45 Mercuri
 Coffee break

17.15–17.45 Paro Panjan et al.

18.00–18.30 Teran et al.

18.30–19.00 General discussion

Saturday morning

09.00–09.45 Mercuri

10.00–10.45 Angelini
 Coffee break

11.15–11.45 Meznarič

12.00–12.30 Barišič

12.30–13.00 General discussion

13.00–15.00 Lunch

- 15.15–16.00 Mercuri
 16.00–16.45 Angelini
 Cofee break
 17.15–18.00 Zidar
 18.00–18.45 Šušteršič
 19.00 Closing and dinner

Registration fee: 100 EUR, 20.000 SIT (nakazati na: Medicinska fakulteta v Ljubljani – Tečaji otroške nevrologije). Transakcijski račun: 01100-6030708380, sklic na št. 230-19 (davčna številka: 44752385).

Local organization: David Neubauer, MD, DSc, Darja Paro Panjan, MD, MSc, University of Ljubljana, Medical Faculty and Dept. of Developmental & Child Neurology, Dept. of Neonatology, University Childrens Hospital Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, Slovenia, tel: +386 (0) 1 52 29 273/274, fax: +386 (0) 1 52 29 357, e-mail: david.neubauer@mf.uni-lj.si, <http://animus.mf.uni-lj.si/neurology/>

Accommodation: GH Union, Miklošičeva (venue site), (approx: 120 EUR single/double), Hotel Turist, Dalmatinova (around the corner), (approx: 80 EUR single/double), Hotel – Pension Mrak: 10 minutes' walk (approx: 50 EUR single double)

Sekcija za zobne bolezni in endodontijo SZD
 prireja

10. SIMPOZIJ ZOBNIH BOLEZNI IN ENDODONTIJE

Festivalna dvorana, Bled
4.-5. april 2003

PROGRAM

Petek, 4. aprila 2003

- 8.00–9.00 Prihod udeležencev
 9.00–9.10 Odprtje in pozdravne besede
 9.10–9.20 Podelitev Brenčič-Logarjeve nagrade
 9.20–9.40 Stomatološka oskrba obsevanih bolnikov v vsakdanji praksi, *Mirela Rode*, Ljubljana
 9.40–10.00 Klinična obravnava pacientov z visokim tveganjem za karies, *Lidija Nemeth*, Ljubljana
 10.00–10.20 Diagnostične napake pri analizi RTG - posnetkov v endodontiji, *Aleš Fidler*, Ljubljana

- 10.20–11.00 Odmor
 11.00–11.20 Pulpo-parodontalni sindrom, *Matjaž Rode*, Ljubljana
 11.20–11.40 Temeljna pravila adhezivne tehnike restavracije zob, *Janez Leskovec*, Ljubljana
 11.40–12.40 Razprava
 12.40–14.40 Odmor za kosilo
 14.40–15.20 How to avoid post-operative sensitivity, *Garry Unterbrink*, Schaan, Liechtenstein
 15.20–16.00 Advanced technologies in endodontics for the general practitioner, *Stacy D. Lind*, Colorado, ZDA
 16.00–16.30 The rotary revolution. myths & realities. A clinical overview, *Lynda Elliott*, Dublin, Irska
 16.30–17.00 Odmor
 17.00–17.45 The infected root canal – treatment and prognosis, *Dag Årstavik*, Oslo, Norveška
 17.45–18.30 Kompoziti danes – jutri, *K. H. Kumzelmann*, Nemčija
 18.30–18.50 Svetlobna polimerizacija kompozitov, *Igor Šutič*, Hrvaška
 18.50–19.50 Razprava
 20.30 Skupna večerja predavateljev

Sobota, 5. aprila 2003

- 9.00–9.20 Indikacije za endodontsko-kirurške posege, *Igor Potočnik*, Ljubljana
 9.20–9.40 Apikotomija z retrogradno polnitvijo – prikaz kliničnega primera, *Vasilij Vendramin*, Nova Gorica
 9.40–10.00 Imuno-histokemična preiskava periapikalnih granulomov bolečih in nebolečih ter endodontsko zdravljenih in nezdravljenih zob, *Nataša Jevnikar*, Ljubljana
 10.00–10.20 Diagnostika in zdravljenje zunanje resorpcije korenine, *Dušan Grošelj*, Ljubljana
 10.20–11.00 Odmor
 11.00–11.20 Sodobno določanje delovne dolžine v endodontiji, *Janja Jan*, *Dejan Križaj*, Ljubljana
 11.20–11.40 Irigacija koreninskih kanalov, možne komplikacije in terapija, *Franek Klemenc*, Ljubljana
 11.40–12.40 Razprava
 Zaključek seminarja

Kotizacija: 35.800,00 SIT (DDV je vključen). Nakažete jo na račun št.: 03139-1087540073.

Informacije: ga. Marjana Bajt, Albatros Bled, Ribenska 2, 4260 Bled, tel.: 04 57 80 350, faks: 04 57 80 355.

Klinični center Ljubljana**Interna klinika**

Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni
organizira

XV. PODIPLOMSKO ŠOLO ZA ZDRAVNIKE – 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*: Predstavitev repaglinida in najpogosteje 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 Rovan*: 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 Rovan*)
- 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.

PRVO OBVESTILO

Klinični center Ljubljana

SPS Interna klinika

Klinični oddelek za nefrologijo

organizira

TEČAJ IZ TRANSPLANTACIJE 2003

Brdo pri Kranju

11.-12. april 2003

Transplantacija je v Sloveniji v zadnjih letih dosegla pomemben napredek, posebno z reorganizacijo in vključitvijo v Eurotransplant in z ustanovitvijo Zavoda Slovenija-Transplant. Ker je vedno več bolnikov s presajenimi organi, smo se odločili, da pripravimo tečaj iz transplantacije, ki bo koristil številnim zdravnikom in sestram, ki se pri svojem delu srečujejo s takimi bolniki.

PRELIMINARNI PROGRAM:

- Stanje transplantacije ledvic v Sloveniji
- Transplantacijska dejavnost in pravne osnove
- Nacionalna transplantacijska mreža in povezava z Eurotransplantom

- Etični vidiki transplantacije
- Možnosti zdravljenja bolnikov s končno ledvično odpovedjo v Sloveniji
- Transplantacijska imunologija
- Imunosupresijski protokol
- Čakalna lista za transplantacijo ledvic
- Izobraževanje bolnika pred transplantacijo ledvice
- Živa in kadavska donacija ledvic
- Ocena prejemnika transplantirane ledvice
- Kirurgija transplantacije ledvic
- Vodenje transplantiranih bolnikov v Centru intenzivne terapije
- Zgodnje obdobje po transplantaciji ledvic
- Dolgoročno ambulantno vodenje bolnikov po transplantaciji ledvic
- Infekcije po transplantaciji ledvic
- Pristop k bolniku s poslabšanjem delovanja transplantirane ledvice
- Transplantacija ledvic pri otrocih
- Pomen ultrazvoka in dopplerja pri transplantaciji ledvic
- Transplantacijska histopatologija
- Psihosocialni vidiki transplantacije
- Vloga medicinske sestre pri transplantaciji ledvic
- Ekonomski in finančni vidiki transplantacije ledvic
- Izobraževanje bolnikov po transplantaciji ledvice
- Transplantacija srca

- Transplantacija jeter
- Transplantacija kostnega mozga
- Transplantacija pljuč

Tečaj je namenjen zdravnikom in medicinskim sestram, ki imajo opraviti s transplantiranimi bolniki (zdravnikom specialistom družinske medicine, specialistantom, specialistom interne medicine, specialistantom in specialistom kirurgom, anesteziologom).

Organizacijski odbor: predsednik: prof. dr. Aljoša Kandus, dr. med., podpredsedniki: mag. Damjan Kovač, dr. med., doc. dr. Marko Malovrh, dr. med., prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med.

Strokovni odbor: mag. Jelka Lindič, dr. med., prof. dr. Staša Kaplan Pavlovčič, dr. med., doc. dr. Rado Kveder, dr. med., mag. Janko Kovač, dr. med., asist. mag. Miha Arnol, dr. med., Mirjana Čalič, v. m. s.

Generalna sekretarka tečaja: prof. dr. Jadranka Buturović Ponikvar, dr. med.

Programski direktor: prof. dr. Andrej F. Bren, dr. med.

Kotizacija za zdravnike 30.000,00 SIT, za medicinske sestre 20.000,00 SIT.

Informacije in prijave: ga. M. Kandus, Klinični oddelek za nefrologijo, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 23 121.

DELOVNA MESTA

Zdravstveni dom Novo mesto zaposli

dva zdravnika splošne medicine oziroma dva zdravnika specialista splošne medicine

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta in opravljen izpit iz sekundarijata oziroma končana specializacija iz splošne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo 3 mesece,
- vozniški izpit kategorije B.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 8 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Novo mesto, Kandijaska c. 4, 8000 Novo mesto.

Zdravstveni dom Ljubljana, ZD Ljubljana Bežigrad objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika

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.

Onkološki inštitut Ljubljana

zaposli

dva zdravnika

z možnostjo specializacije iz radioterapije in onkologije v Radioterapevtski službi za določen čas, zaradi izpolnjevanja in izobraževanja.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- zdravstvena sposobnost za delo v območju ionizirajočega sevanja,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega in enega tujega jezika ter državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo 4 mesece.

Pisne vloge z zahtevanimi dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati v roku 8 dni po objavi pošljejo na naslov: Onkološki inštitut Ljubljana, Kadrovska služba, Zaloška 2, 1000 Ljubljana.

Zdravstveni dom Radlje ob Dravi

takoј zaposli

zdravnika splošne medicine

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit ali sekundarijat,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Ponujeno družinsko stanovanje.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov: Zdravstveni dom Radlje ob Dravi, Mariborska 37, 2360 Radlje ob Dravi.

**Zdravilišče Rogaška, Zdravstvo d. o. o.,
objavlja prosto delovno mesto****zdravnika**

za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- strokovni izpit in končni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo v skladu s kolektivno pogodbo.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati pošljejo v roku 8 dni na naslov: Zdravilišče Rogaška, Zdravstvo d. o. o., Zdraviliški trg 9, 3250 Rogaška Slatina

**Javni zavod Zdravstveni dom Lendava objavlja
prosto delovno mesto****zdravnika splošne/družinske medicine**

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji:

- zdravnik s končano medicinsko fakulteto in opravljen strokovni izpit ali zdravnik sekundarij – končana medicinska fakulteta – opravljen sekundarijat ali zdravnik specialist splošne medicine – končana specializacija iz splošne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne medicine,
- državljanstvo 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.

Zdravstveni dom Zagorje

objavlja na podlagi 9. člena ZTPDR, 20. člena statuta ZD Zagorje in 11. člena kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike prosto delovno mesto

**zdravnika specialista splošne medicine ali
zdravnika specialista družinske medicine ali
zdravnika po končanem sekundarijatu**

za delo v ambulanti splošne medicine v ZD Zagorje. Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas (za nadomeščanje zdravnice na bolniškem in porodniškem dopustu) s polnim delovnim časom ter 4-mesečno poskusno dobo.

Kandidati, ki imajo dokončano Medicinsko fakulteto v Ljubljani – odsek za splošno medicino, ter veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije, naj pošljejo svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev v 8 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Zagorje, Kadrovska služba, Cesta zmage 1, 1410 Zagorje ob Savi.

O izbiri bodo kandidati obveščeni v osmih dneh po odločitvi.

Splošna bolnišnica "dr. Franca Derganca"

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista ginekologa

Pogoji:

- doktor medicine – specialist ginekologije in porodništva,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- obvezno znanje slovenskega jezika.

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za določen čas enega leta. Po zaposlitvi za določen čas obstaja možnost podaljšanja zaposlitve.

Stanovanja ni.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati pošljejo v roku 8 dni od objave na naslov: Splošna bolnišnica "dr. Franca Derganca" Nova Gorica, Kadrovska služba, Padlih borcev 13 a, 5290 Šempeter pri Gorici.

Zdravstveni dom Zagorje

objavlja na podlagi 9. člena ZTPDR, 20. člena statuta ZD Zagorje in 11. člena kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike prosto delovno mesto

**zobozdravnika s podiplomskim tečajem iz
otroškega in preventivnega zobozdravstva**

za nedoločen čas s polnim delovnim časom in 4-mesečno poskusno dobo.

Kandidati, ki imajo dokončano Medicinsko fakulteto v Ljubljani – odsek za stomatologijo, veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije in opravljen dvosemestrni podiplomski tečaj iz otroškega in preventivnega zobozdravstva, naj pošljejo svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev v 8 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Zagorje, Kadrovska služba, Cesta zmage 1, 1410 Zagorje ob Savi.

O izbiri bodo kandidati obveščeni v osmih dneh po odločitvi.

**Zdravstveni dom Ljubljana,
ZD Ljubljana Bežigrad**

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika

za določen čas.

Pogoji:

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

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

**Zdravstveni dom Ljubljana, ZD Ljubljana Center
objavlja prosto delovno mesto**

zobozdravnika

za nedoločen 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.

**Zasebna zobna ordinacija
GREGOR VESEL, dr. stom.**

vabi k sodelovanju

zobozdravnika

z nastopom dela po dogovoru.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta, smer stomatologija z opravljenim strokovnim izpitom,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Pričakujemo prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis na naslov:

Zobna ordinacija Gregor Vesel, dr. stom.,
Gestrinova 2, 1000 Ljubljana

**Zdravstveni dom Ljubljana, ZD Ljubljana – SNMP
objavlja prosto delovno mesto**

**zobozdravnika s podiplomskim
tečajem v SNMP**

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 zavod Zdravstveni dom Celje

objavlja prosto delovno mesto

**zdravnika/zdravnice v službi NMP
– predbolnišnična enota**

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom. Zdravniku/zdravnici bo omogočeno dodatno usposabljanje iz urgentne medicine.

Pogoji:

- zdravnik specialist splošne/družinske medicine, ali specialist kirurg, ali specialist internist, ali specialist anesteziolog, ali zdravnik sekundarij z opravljenim strokovnim izpitom iz urgence v drugem letu sekundarijata;
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije;
- slovensko državljansko ali dovoljenja za delo v RS;
- aktivno znanje slovenskega jezika;
- zaželena je starost do 40 let;
- vozniški izpit kategorije B;

Rok za oddajo vlog je 15 dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis pošljejo na naslov: Javni zavod Zdravstveni dom Celje, Gregorčičeva 5, 3000 Celje.

Za vse dodatne informacije pokličite na tel.: 03 54 34220 (prim. Andrej Žmavc, dr. med.).

Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj

objavlja prosto delovno mesto

doktorja stomatologije

za določen čas 1 leta s polnim delovnim časom
in poskusnim delom 4 mesece.

Pogoji:

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

Rok za prijavo je 8 dni od objave v reviji.

Vloge pošljite na naslov:

Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj,
Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj.

**PREOBRAZBA
ZASEBNA PSIHIATRIČNA ORDINACIJA**

Dr. JANEZ RUGELJ, dr. med. ☎ 01/561-31-67, 561-31-71
Specialist - psihiater Zasebno: 01/537-17-31
Zasavska cesta 42 Davčna št.: 23712996
1231 LJUBLJANA E-mail: Janez.Rugelj@guest.arnes.si
- ČRNUČE Internet: www.preobrazba-rugelj.si

razpisuje delovno mesto

**ZDRAVNIKA
(specializanta psihiatrije ali psihiatra)**

Pogoji:

- diploma Medicinske fakultete, oddelek za medicino,
- opravljen strokovni izpit oziroma sekundarijat,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poznavanje osnov računalništva,
- vrhunsko telesno, socialno, duševno in duhovno zdravje, ki bo preizkušeno na 10 km vzdržljivostnem teku,
- dar za delo z ljudmi, z ustrežno karizmo in z dobro elokvenco,
- družinsko stanovanje v Ljubljani.

Kandidat bo deloma doma, deloma v tujini opravil specializacijo iz psihiatrije in se še dodatno usposobil za delo z alkoholiki, drugimi odvisniki in "ljudmi v stiski" po originalni Hudolinovi in socialno-andragoški metodi (metodi radikalne psihoterapije in osebnostne preobrazbe), kar pomeni, da se bo moral usposobiti za učitelja telovadbe, vzdržljivostnega teka, planinarjenja, modificirane biblioterapije, kreativnega pisanja, terapevtskega postenja, organizacijo specialnega mentorstva ter za subtilno kombinacijo usklajenega avtoritativnega in permisivnega vodenja skupinske, družinske, partnerske in individualne psihoterapije z radikalnim usmerjanjem klientov v zdravo življenje, ustvarjalnost in samouresničevanje. Kandidat se bo moral obvezati, da bo opravil magistrski in doktorski študij in se usposobil za poljudno strokovno in znanstveno publicistiko ter za nadpovprečno natančno dokumentiranje celotnega delovanja.

Specializacija se začne po enoletni preizkusni dobi uvodnega usposabljanja za delo po socialno-andragoški metodi.

Delo je za nedoločen čas, z možnostjo, da do konca poklicnega življenja, kot moj naslednik, deluje v prostorih "Fundacije dr. R. za pomoč ljudem v stiski", na Zasavski cesti 42.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev sprejemam 15 dni po objavi na gornji naslov.

Kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po končanem zbiranju prijav.

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.

PRIDOBITI ŽELIMO

Kolega, kolegico kot partnerja (sovlagatelja) za uveljavljeno specialistično dejavnost v Ljubljani in z možnostjo kasnejšega popolnega lastništva. Prinos koncesije ni pogoj, dohodek odvisen od lastniškega deleža in opravljenih storitev. Potrebna je splošna medicinska razgledanost in obvladovanje ultrazvočne diagnostike.

*Pisne ponudbe bodo obravnavane zaupno, naslovite pa jih: **INTERAKCIJA d.o.o., Dunajska 106, 1000 Ljubljana, z oznako "zdravnik specialist"***

**Cenjene kolegice in kolege obveščamo,
da je pričela z delovanjem**

SPECIALISTIČNA ORDINACIJA ZA ULTRAZVOK,

**Mojca van Midden, dr. med.,
Gabrje pri Stični 6,
1295 Ivančna Gorica.**

Naročanje po telefonu: 01 78 78 325.

NAROČILNICA

MOŽGANSKE POŠKODBE

Prof. dr. Boris Klun je napisal knjigo Možganske poškodbe. Monografija je zamišljena kot priručnik 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.

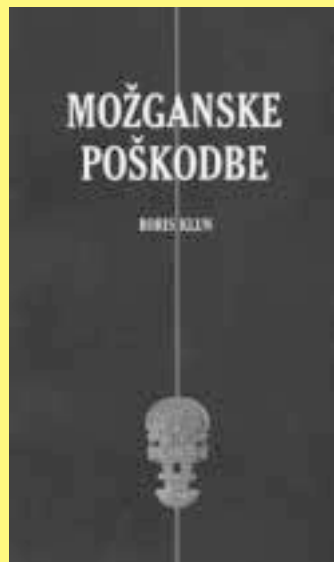
Podpisani(a)

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

BO V SODELOVANJU Z

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

LETOS IZDALA

SLOVENSKI MEDICINSKI SLOVAR

v katerem bo na okrog 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

CENA 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. Pisci 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 kvalitet slovarja.

Zgled:

difterija -e ž	→	dávica -e ž	←	diphtheria -ae <diftēria> 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 ~ kožna - razjede kože, z dvignjenimi robovi, ki včasih segajo do mišičja in so pokrite z belkastimi oblogami</p>		
<i>Corynebacterium</i> [korínebaktērium] rod različno patogenih, grampozitivnih, nesporogenih, negibnih, ravnih ali redko ukrivljenih bakterij				Löffler, Friedrich August Johannes [léfler frídrih áugust johánes] (1852–1915) nemški mikrobiolog
<i>Corynebacterium diphtheriae</i> [korínebaktērium diftērie] vrsta korinebakterij, ki povzročajo davico; <i>sin.</i> Löfflerjev (F. A. J.) bacil				Löfflerjev -a -o [léflerjev]: ~ (F. A. J.) bacil
				korínebaktērija -e ž bacil iz rodu <i>Corynebacterium</i>

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

TONE ŽAKELJ, TEHN. URED.,
SLOVENSKI MEDICINSKI SLOVAR

MEDICINSKA FAKULTETA V LJUBLJANI
VRAZOV TRG 2

1000 LJUBLJANA

Zapisniki IO ZZS

Zapisnik 16. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 7. novembra 2002

Predsednik Zbornice je predlagal, da se zaradi opravičene odsotnosti poročevalke, ge. Gordane Gergič, iz predlaganega dnevnega reda prenese na naslednjo sejo točka 2. Povedal je, da se bo pod točko 6 obravnavalo le Poročilo o finančnem poslovanju Zbornice od 1. 1. 2002 do 30. 9. 2002, Navodila za vodenje stroškovnega računovodstva pa bodo obravnavana na eni od naslednjih sej izvršilnega odbora. Točka Razno se razširi.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 235/16/2002:

Sprejme se naslednji, spremenjeni dnevni red:

1. Potrditev zapisnika 15. seje izvršilnega odbora z dne 17. 10. 2002 in poročilo o izvršitvi sklepov
2. Predlog pogojev za podaljšanje licence za sodne izvedence medicinske stroke
3. Prošnja E. V., dr. med., za mnenje za razširitev področja izvedenstva
4. Delo razširjenih strokovnih kolegijev (RSK):
 - a) Osnutek poslovnika za delo RSK
 - b) Predlog za spremembo Pravidnika o sestavi in delovanju RSK
 - c) Sodelovanje Zbornice z RSK
 - d) Vloga in pomen kolegijev pri Zbornici po ustanovitvi RSK po novem pravilniku
 - e) Pobuda za ustanovitev novega RSK za nuklearno medicino
5. Poročilo o finančnem poslovanju Zbornice za čas od 1. 1. do 30. 9. 2002
6. Stališče Zbornice do opravljanja del v skladu z veljavno licenco
7. Poročilo o izvajanju projekta izdaje članske izkaznice in kartice pripadnosti
8. Predlog rešitev za stimuliranje zdravnikov pri sodelovanju na projektu "Kakovost"
9. Pogajalska stališča Zbornice za Splošni dogovor in Področni dogovor za leto 2003
10. Predlog sestave razširjenega strokovnega kolegija za pediatrijo - pripomba
11. Presoja o morebitni kršitvi Kodeksa medicinske deontologije Slovenije v zvezi s člankom "Direktor upihnil božanski sij belih halj", objavljenim v Nedeljskem dnevniku, dne 29. 9. 2002
12. Stališče odbora za pravno-etična vprašanja v zvezi s pravico do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili
13. Razno:
 - a) Mednarodni posvet o financiranju zdravstvenega varstva
 - b) Pobuda za imenovanje nacionalnega predstavnika in njegovega namestnika v EBUPRAS (European Board Examination in Plastic Surgery)
 - c) Razpis Vlade Flamske regije in skupnosti v Belgiji za sofinanciranje skupnih projektov v srednji in vzhodni Evropi v letu 2003

K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 15. seje izvršilnega odbora z dne 17. 10. 2002 in poročilo o izvršitvi sklepov

Soglasno je bil sprejet sklep št. 236/16/2002:

Potrdi se zapisnik 15. seje izvršilnega odbora z dne 17. 10. 2002 v predloženi obliki ter poročilo o realizaciji sklepov.

K 2. točki dnevnega reda: Predlog pogojev za podaljšanje licence za sodne izvedence medicinske stroke

Prof. dr. Vladimir Smrkolj, dr. med., je povedal, da Zakon o sodiščih imenovanim sodnim izvedencem nalaga, da morajo pridobiti licenco za sodnega izvedenca po petih letih obnoviti. Navedeni zakon nalaga strokovnim združenjem, v primeru izvedencev medicinskih strok Zbornici, da podajo strokovno stališče. Kriteriji so zelo strogi. Ker je med izvedenci medicinske stroke veliko upokojenih zdravnikov, predlaga milejše kriterije. Eden od kriterijev je tudi ta, da mora imeti sodni izvedenec medicinske stroke veljavno licenco Zbornice za področje, za katero je imenovan za sodnega izvedenca. Pozanimal se je v strokovni službi Zbornice, kako je s podaljševanjem licence upokojenim zdravnikom. Dobil je informacijo, da Zbornica zdravniku, v kolikor ne opravlja zdravniške prakse v polni delovni obveznosti, za podaljšanje licence lahko predpiše posebne pogoje v obliki dodatnega strokovnega izpopolnjevanja. Poleg tega je veliko zdravnikov, ki so strokovnjaki na določenem področju, nima pa zdravniške licence s tega področja, ker pač za to področje ni bila razpisana specializacija (npr. travmatologija). Svoje znanje in izkušnje so pridobili na podlagi izobraževanja. Zbornica izdaja licenco zdravnikom le na podlagi opravljenega specialističnega izpita. Zaradi zgoraj navedenega predlaga, da se zgoraj navedeni kriterij črta iz pogojev.

Predsednik je pojasnil, da se licenca podaljša na podlagi 75 kreditnih točk, zbranih v sedemletnem obdobju. Dodatno strokovno izpopolnjevanje pri podaljšanju licence ni avtomatizem, velja le v nekaterih primerih. To velja za pridobitev licence. Zbornica nima mehanizma za odvzem licence. Upokojeni zdravnik ima lahko licenco, poleg tega pa ima pravico do nižje članarine (1.000,00 SIT na leto). Zbornica bo morala v prihodnje doseči prilagoditev pri priznanju licence za določeno področje zdravnikom, ki so strokovnjaki na tem področju, nima pa specialističnega izpita s tega področja. To ni problem le pri sodnih izvedencih, temveč tudi pri imenovanju mentorjev. Formalno nimamo mentorjev za določena področja (npr. srčno-žilna kirurgija), čeprav vemo, da so strokovnjaki na tem področju. Potrebno bo pripraviti zelo jasne kriterije (npr. mnenje strokovnjaka, točen predpis posegov, avtor strokovnih člankov itd.), po katerih se bodo priznale zdravnikom določene specializacije, na podlagi tega pa izdale licence za določena področja. Pogoji bodo morali biti usklajeni s pogoji zdaj veljavnih specializacij. V kolikor zdravnik ne bo izpolnjeval pogojev, se bo moral dodatno izobraževati.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je izrazil dvom do priznavanja specializacij za nazaj. Menil je, da je to pri nekaterih specializacijah možno (npr. kirurgija), problematično pa se mu zdi npr. pri zdravnikih nefrologih, nevrologih.

Mag. Žarko Pinter, dr. med., je prosil za argumentirane razloge za spreminjanje pogojev za podaljševanje licence za sodnega izve-

denca medicinskih strok.

Prof. dr. Vladimir Smrkolj, dr. med., je pojasnil, da je svet za izobraževanje zdravnikov določil kriterije, ki jih mora izpolnjevati sodni izvedenec medicinske stroke. Izpolnjevati mora naslednje strokovne pogoje: opravljen specialistični izpit, veljavna licenca, avtor 10 člankov, 8 let delovnih izkušenj po opravljenem specialističnem izpitu.

Prof. dr. Vladimir Pegan, dr. med., je menil, da ti kriteriji niso strogi. Sodni izvedenec lahko odkloni izdelavo mnenja v primeru, da ni strokovnjak za določeno področje. Zdi se mu prav, da mora imeti licenco. Specialističnega izpita zdravnik ne more imeti, če ga takrat ni bilo, zato odobrava priznavanje določenih specializacij za nazaj.

Prof. dr. Vladimir Smrkolj, dr. med., je pojasnil, da v kolikor zdravnik nima specialističnega izpita za določeno področje, je pogoj, da 15 let dela na tem področju.

Predsednik je predlagal, da izobraževanje s področja splošnega sodnega izvedeništva, ki ga mora opraviti izvedenec enkrat v 5 letih, organizira Zbornica. Pogoj, naveden v 3. alineji predloga, se črta.

Jani DERNIČ, dr. med., se ni strinjal s predlogom, da Zbornica organizira zgoraj navedeno izobraževanje. Menil je, da tovrstno izobraževanje že obstaja, ki pa po zakonu ni obvezujoče za sodne izvedence.

Predsednik je pojasnil, da mora Zbornica podati mnenje za imenovanje sodnega izvedenca, kot tudi za podaljšanje licence za sodnega izvedenca. Za to mora imeti ustrezne kriterije, po katerih preveri izpolnjevanje pogojev.

Po razpravi je bil soglasno sprejet sklep št. 237/16/2002:

Na predlog sveta za izobraževanje zdravnikov izvršilni odbor sprejema spodaj navedene pogoje za podaljšanje licence za sodne izvedence medicinske stroke:

“Pogoji, ki jih mora izpolniti vsak sodni izvedenec medicinske stroke, pri vsakem petletnem podaljšanju licence za sodnega izvedenca medicinske stroke:

- imeti mora licenco Zdravniške zbornice Slovenije za področje, za katerega je imenovan za sodnega izvedenca;
- v petih letih mora opraviti eno izobraževanje s področja splošnega sodnega izvedeništva, ki ga organizira Zdravniška zbornica Slovenije (Komisija za izvedeništvo).”

K 3. točki dnevnega reda: Prošnja E. V., dr. med., za mnenje za razširitev področja izvedenstva

Prof. dr. Vladimir Smrkolj, dr. med., je predstavil prošnjo E. V., dr. med., za izdajo mnenja za razširitev področja izvedenstva na področju plastične, rekonstruktivne in estetske kirurgije. Povedal je, da je komisija za izvedeništvo Zbornice prošnjo obravnavala in podala negativno mnenje zaradi neizpolnjevanja pogojev. V nadaljevanju je izpostavil prošnjo komisije za izvedeništvo za honoriranje njihovega dela. Člani komisije porabijo veliko časa za ocenjevanje strokovnih člankov.

Predsednik je pojasnil, da se delo komisije honorira v skladu z obstoječimi pravilniki Zbornice. Na podlagi zapisnika in liste prisotnosti imajo člani pravico do izplačila sejnine in potnih stroškov (v kolikor niso iz Ljubljane).

Soglasno je bil sprejet sklep št. 238/16/2002:

Izvršilni odbor se je seznanil s prošnjo E. V., dr. med., za mnenje za razširitev področja izvedenstva.

K 4. točki dnevnega reda: Delo razširjenih strokovnih kolegi-

jev (RSK)

- Osnutek poslovnika za delo RSK
- Predlog za spremembo Pravilnika o sestavi in delovanju RSK
- Sodelovanje Zbornice z RSK
- Vloga in pomen kolegijev pri Zbornici po ustanovitvi RSK po novem pravilniku
- Pobuda za ustanovitev novega RSK za nuklearno medicino

Soglasno je bil sprejet sklep št. 239/16/2002:

Točka se obravnava na eni od naslednjih sej izvršilnega odbora.

K 5. točki dnevnega reda: Poročilo o finančnem poslovanju Zbornice za čas od 1. 1. do 30. 9. 2002

Soglasno je bil sprejet sklep št. 240/16/2002:

Izvršilni odbor se je seznanil s poročilom o finančnem poslovanju Zbornice za čas od 1. 1. do 30. 9. 2002.

K 6. točki dnevnega reda: Stališče Zbornice do opravljanja del v skladu z veljavno licenco

Predsednik je predstavil problem dveh kolegic s Ptuja, ki sta specialistki pediatrije, delata v osnovnem zdravstvu kot koncesionarki. Vključeni sta v dežurno službo ZD Ptuj ob sobotah, nedeljah in praznikih, ko je organizirano dežurstvo za otroke. Vodstvo ZD Ptuj in koncesionarji splošne medicine ju želijo vključiti v dežurno službo za splošno in urgentno medicino, ki poteka v nočnem času. Kolegici se s tem ne strinjata, saj nimata licence za splošno medicino. Poudaril je, da to ni enostavno rešljiv problem, ki bi ga reševal izvršilni odbor. Organizacija dežurstva je v primarnem zdravstvu drugače organizirana kot v bolnišnicah. V primarnem zdravstvu tudi ni jasne razmejitve glede splošne medicine in specialističnih področij (šolska medicina, pediatrija). Na tem področju bo potrebno narediti nove razmejitve. Licenca iz pediatrije zdravnika ne izkazuje za samostojno delo na področju splošne medicine. Menil je, da je odbor za strokovno-medicinska vprašanja pristojen, da poda stališče v zvezi z navedeno problematiko.

Asist. Gordana ŽIVČEC Kalan, dr. med., je menila, da se kolegicama odgovori, da v tem času ne dežurata za splošno medicino, temveč za svoje paciente. Zanimalo jo je, zakaj pediater ne more dežurati za odrasle. Po njenem mnenju naj tudi pediater dežura v skladu s koncesijsko pogodbo in se vključuje v 24-urno dežurstvo.

Prof. dr. Matija HORVAT, dr. med., je pojasnil, da pediater, ki nima licence iz splošne medicine, ne sme delati v dežurni službi za splošno medicino (dežurstvo za odrasle). Imeti mora dve licenci: iz pediatrije in iz splošne medicine. Kar nekaj zdravnikov specialistov (pediatrija; šolska medicina; medicina dela, prometa in športa) ima tudi licenco iz splošne medicine. Svet za izobraževanje zdravnikov odobri izdajo ali podaljšanje licence iz splošne medicine, če sta izpolnjena naslednja pogoja: da se zdravnik izobražuje na področju splošne medicine (kreditne točke) in da dela s pacienti na področju splošne medicine (opis strokovnega dela, podpisan s strani neposrednega vodje). Zdravnik z licenco iz splošne medicine ima lahko opredeljene odrasle paciente in otroke, medtem ko ima pediater lahko opredeljene le otroke. Poudaril je, da mora imeti pediater z glavarino za odrasle dve licenci.

Jani DERNIČ, dr. med., je menil, da dežurna služba zagotavlja nujno zdravniško pomoč. Ne strinja se, da pediater ni usposobljen za prepoznavanje urgentnih stanj. Za to naj bi bili usposobljeni vsi zdravniki, ki opravijo sekundarijat (prvih šest mesecev opravlja sekundarij delo na področju urgentne medicine).

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je menil, da je to res, da vsi

zdravniki opravijo najprej sekundarijat, tudi specialist ginekolog, nevrolog, psihiater. To pa ne pomeni, da lahko dežurajo za splošno medicino, če nimajo licence za to področje. Tudi te vrste specialisti so zaprosili za licenco iz splošne medicine. Njihove vloge svet za izobraževanje ni zavrnil. Predpisani so bili dodatni pogoji (prim. doc. dr. Marko Kolšek, dr. med.) za pridobitev licence iz splošne medicine. Po opravljenih pogojih mora zdravnik uspešno opraviti tudi izpit. Na podlagi tega se mu izda licenca iz splošne medicine.

Prim. Andrej Možina, dr. med., je menil, da je za reševanje tega problema najprej potrebna pravna analiza, na podlagi katere bo Zbornica lahko sprejela neko stališče.

Predsednik se je strinjal s predlogom prim. Možine. Poudaril je, da je primarno zdravstvo organizacijski pojem, medtem ko je specializacija strokovni pojem. Po kriterijih usposobljenosti na primarnem zdravstvu lahko 24-urno dežurno službo opravlja specialist družinske medicine. Specialist šolske medicine/medicine dela, prometa in športa/pediatricije mora za to, da je usposobljen za to delo, imeti tudi licenco iz splošne medicine. V nasprotnem primeru se morajo specialisti pediatrije/šolske medicine odpovedati glavarini za odrasle. Pravna služba naj naredi jasno analizo na vprašanje: kdo lahko opravlja zdravniško službo v rednem delovnem času in kdo v 24-urni dežurni službi.

Prim. Anton Židanik, dr. med., je pojasnil, da je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije izdal navodila, v katerih je navedeno, kdo je lahko izbrani zdravnik. Pacienti imajo zakonsko pravico do proste izbire izbranega osebnega zdravnika. Vemo, da ima veliko odraslih pacientov za svojega izbranega zdravnika še vedno pediatra. Prehod od pediatra k šolskemu zdravniku in od tega k zdravniku splošne medicine v praksi ne deluje. Če to preprečimo z licenco, bo prišlo do zmanjšanja števila opredeljenih pacientov pri pediatrih.

Predsednik je menil, da bi se moralo število pediatrov že pred petimi leti zmanjšati za 25 odstotkov, glede na to, da je bila znana tendenca zmanjševanja števila otrok. Pediatri so imeli svojo strategijo, da ohranijo enako število pediatrov na primarni ravni.

Po razpravi je bil soglasno sprejet sklep št. 241/16/2002:

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. Na podlagi pripravljene analize bo izvršilni odbor zavzel stališče na eni od naslednjih sej.

K 7. točki dnevnega reda: Poročilo o izvajanju projekta izdaje članske izkaznice in kartice pripadnosti

Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je povedal, da so bile v času od maja do oktobra 2002 opravljene naslednje dejavnosti:

- podpisana pogodba z banko SKB Societe Generale Group za izdajanje kartic pripadnosti (članska + zlata VISA) ter pogodba med SKB, Zbornico in Plasis za izdajanje članskih izkaznic;
- priprava in sodelovanje pri pripravi vseh materialov in postopkov za lansiranje kartic;
- sodelovanje pri distribuciji promocijskega materiala s prijavniciami, objava oglasov v glasilu Isis;
- priprava zahtev za dopolnitev programske podpore v aplikaciji "Zdravnik";
- stalna komunikacija z SKB in delo na tehnično-logističnem področju, dajanje informacij članom Zbornice o karticah, lastnostih, možnostih;

- začetek priprave na uvajanje dodatnih ugodnosti.

Do konca oktobra je bilo izdanih 1.531 kartic, od tega 872 kartic pripadnosti (članska + VISA) ter 659 članskih izkaznic. Izdaja kartic je naletela na zelo dober odmev pri zdravnikih. V času lansiranja kartic sta na Zbornico prispeli dve pisni pritožbi, v katerih sta zdravnik nasprotovala predvsem dejstvu, da naj bi zdravniki, ki želijo samo člansko izkaznico, pošiljali prijavnice na naslov banke, ter da je izdaja kartice s povezovanjem za izdajo kartice pripadnosti nekorrektno dejanje Zbornice in tako preveč skomercializirano. Podani so bili tudi pomisleki glede varovanja osebnih podatkov. Članoma sta bila podana odgovora z ustreznimi pojasnili: prijavnica za člansko izkaznico se lahko pošlje tudi neposredno na Zbornico; glede varstva osebnih podatkov je Zbornica ravnala skladno s predpisi; izdajanje tovrstnih kartic je praksa tudi drugje po svetu, ravno tako v sodelovanju med zdravniškimi, odvetniškimi in drugimi organizacijami samostojnih poklicev ter bankami, zato za odločitev Zbornice za ta projekt ni ovir glede komercializacije. Povedal je, da je do negativnega odmeva prišlo znotraj Zbornice, na odboru za pravno-etična vprašanja, o čemer bo v nadaljevanju več povedal predsednik odbora.

Mag. Žarko Pinter, dr. med., je povedal, da je odbor za pravno-etična vprašanja na svoji seji dne 18. 9. 2002 na predlog svoje članice obravnaval etičnost projekta. Po mnenju članice in člana odbora naj bi bila izdaja kartic v nasprotju z etiko in naj bi predstavljala žalitev za vse zdravnike v RS. Odbor ni sprejel dokončnega sklepa glede etičnosti projekta, kot predsednik odbora pa je bil zadolžen, da zadevo predstavi izvršilnemu odboru. Njemu samemu se projekt ne zdi sporen in se ni opredelil proti projektu. Razloge za dilemo pri članici in članu odbora vidi predvsem v današnji situaciji zdravnika v družbi (v smislu zmanjšanja ugleda zdravnika v javnosti).

Predsednik je poudaril, da na izvršilnem odboru pričakuje mnenje odbora, ne pa mnenje članice. Izvršilni odbor je pristojen za obravnavanje jasnega stališča odbora. Presenečen je nad reakcijo članice odbora, kajti projekt je bil potrjen na izvršilnem odboru. Člani zborničnih odborov bi morali biti informirani v pravi smeri. Nobelega zdravnika ne silimo v projekt, vsak se odloči prostovoljno. Poleg tega je poskrbljeno za varstvo osebnih podatkov. Projekt se mu ne zdi v nasprotju z etiko. Menil je, da bi bilo potrebno projekt ustaviti, dokler odbor za pravno-etična vprašanja ne zavzame dokončnega stališča.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je menil, da se mu ravno zaradi proste izbire zdravnika, ali bo sodeloval v tem projektu ali ne, le-ta ne zdi sporen.

Mag. Žarko Pinter, dr. med., je pojasnil, da na oktobrski seji odbora ni bilo razprave na to temo, ker se članica odbora ni udeležila seje. Odbor zato ni sprejel dokončnega stališča.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., se je strinjala s predsednikom. Poudarila je, da je bil projekt predstavljen na izvršilnem odboru in v glasilu Zbornice. Zanimalo jo je, zakaj ni članica odbora za pravno-etična vprašanja prej reagirala. Menila je, da ima članica odbora pravico do svojega mnenja o projektu, nikakor pa tega mnenja navzven ne sme reprezentirati kot članica tega odbora. Predlagala je, da se projekt izvaja naprej.

Predsednik je zahteval, da se črtata 4. in 5. predlog sklepa, dokler odbor za pravno-etična vprašanja ne pripravi dokončnega stališča glede etičnosti projekta. Predlagal je, da odbor za pravno-etična vprašanja na svojo sejo povabi generalnega sekretarja Zbornice, da čla-

nom pojasni nejasnosti v zvezi s projektom.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 242/16/2002:

1. Izvršilni odbor se je seznanil s 5. poročilom o izdaji članske in partnerske kartice.
2. Na podlagi predloga odbora za pravno-etična vprašanja izvršilni odbor zavzame naslednje stališče: Odbor za pravno-etična vprašanja zavzame jasno stališče glede etičnosti projekta "zlata VISA - ZKS kartica SKB banke in Zdravniške zbornice Slovenije" in ga posreduje izvršilnemu odboru. Pri oblikovanju stališča naj odbor upošteva, da je sodelovanje v projektu prostovoljna izbira posameznega zdravnika in da je zagotovljeno varovanje osebnih podatkov. Odbor povabi na sejo generalnega sekretarja Zbornice za morebitna pojasnila v zvezi s projektom.
3. Izvajanje projekta naj se nadaljuje. Izvajajo se vse potrebne tehnične in logistične dejavnosti, o nadaljnjem promoviranju kartice se bo odločil izvršilni odbor na naslednji seji.

K 8. točki dnevnega reda: Predlog rešitev za stimuliranje zdravnikov pri sodelovanju na projektu "Kakovost"

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je povedala, da je bil zgoraj navedeni predlog že predstavljen vodji projekta, prof. Pajntarju, ki se je z njim strinjal. Nekatere predlagane rešitve bo izvajal odbor za osnovno zdravstvo, nekatere pa svet za izobraževanje zdravnikov.

Prim. Anton Židanik, dr. med., se ni strinjal s predlogom, da se projekt izvaja v uri, ki je zagotovljena zdravnikom za pripravo na delo. Povedal je, da v tem času niso vsi zdravniki prisotni v zdravstvenih domovih.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je svetovala, da je potrebno zdravnikom v vseh zdravstvenih domovih omogočiti dostop do interneta. Le to je motivacija, da bi bili zdravniki v času priprave na delo prisotni v zavodih. Povedala je, da je to strategija odbora za osnovno zdravstvo za leto 2003.

Predsednik je pripomnil, da mora priprava na delo potekati na delovnem mestu, ne pa doma. Direktor zavoda ne more zmanjšati obsega ur zdravniku, temveč mora omogočiti določeno vsebino in ustrezne pogoje za izvajanje.

Po razpravi je bil soglasno sprejet sklep št. 243/16/2002:

Izvršilni odbor potrди predlog spodaj navedenih rešitev za stimuliranje zdravnikov pri sodelovanju na projektu "Kakovost", ki jih je sprejel odbor za osnovno zdravstvo na svoji 13. seji dne 5. 9. 2002:

- "povabilo direktorjem zdravstvenih domov in predsednici Združenja zdravstvenih zavodov na sestanek in predstavitev projekta;
- alternativa je pismo direktorjem ZD, v katerem so navedeni: namen, cilj, načela in strokovne podlage za projekt s prošnjo za podporo;
- pobuda izvajalcem specializacije iz družinske medicine, da v projektu sodelujejo vsi specializanti;
- projekt se izvaja v uri, ki je zdravnikom zagotovljena za pripravo na delo;
- projekt se vključi v pravilnike o stimulaciji zdravnikov, kot nagrada za preverjanje kakovosti lastnega dela;
- v Izidi se objavlja stalne krajše prispevke z rezultati projekta in imeni zdravnikov, ki v projektu sodelujejo;
- zdravnike, ki sodelujejo v projektu, se nagradi z določenim številom točk za podaljšanje licence, za kar je potrebna dopolnitev pravilnika".

K 9. točki dnevnega reda: Pogajalska stališča Zbornice za Splošni dogovor in Področni dogovor za leto 2003

Jani Dernič, dr. med., je povedal, da je pogajalska skupina Zbornice pripravila predlog sprememb Splošnega dogovora za leto 2002, ki naj bi veljale v letu 2003, ki ga je v nadaljevanju tudi predstavil.

Prim. Anton Židanik, dr. med., je predlagal, da se financiranje specializacij uredi v okviru aneksa k Splošnemu dogovoru za leto 2002.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 244/16/2002:

1. Izvršilni odbor se strinja, da Zdravniška zbornica Slovenije predloži partnerjem "Predlog sprememb Splošnega dogovora za leto 2002, ki naj bi veljale v letu 2003".
2. Izvršilni odbor se strinja, da Zdravniška zbornica Slovenije predlaga predlog financiranja specializacij v okviru aneksa k Splošnemu dogovoru za leto 2002.
3. Izvršilni odbor v projektno skupino za pripravo predloga financiranja specializacij imenuje dva predstavnika, to sta:

- mag. Zlatko Fras, dr. med.;

- Jani Dernič, dr. med.,

namestnica asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med.

Jani Dernič, dr. med., je predstavil predlog podskupine za ambulantno ginekologijo.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 245/16/2002:

Na 4. sestanku partnerjev za Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravstveno dejavnost za pogodbeno leto 2002, dne 27. 6. 2002, je bil sprejet naslednji sklep:

"Partnerji se strinjajo, da se plan količnikov iz obiskov v dispanzerjih za žene določi v višini plana količnikov iz glavarine na zdravnika, to je 29.251 količnikov. Temu ustrezno se povečajo vrednosti posameznih storitev v Sklepu k Navodilom o beleženju in obračunavanju storitev."

Na podlagi omenjenega sklepa, rezultatov testnega obdobja in izvajanja mag. Simone Svetec na sestanku dne 6. 3. 2001 bo Zdravniška zbornica Slovenije apelirala na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, da nemudoma realizira omenjeni sklep, ki so ga soglasno sprejeli partnerji na sestanku za Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravstveno dejavnost za pogodbeno leto 2002, in s tem tudi določilo 27. člena Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravstveno dejavnost za pogodbeno leto 2001, ki se glasi: "V letu 2001 se nadaljuje, s 1. 7. 2000 uvedeno, testno obdobje. Na podlagi realizacije opravljenih storitev v testnem obdobju se bo oblikovalo plansko število količnikov iz obiskov." Doseženo število količnikov iz storitev v testnem obdobju je znašalo 25.105.

K 10. točki dnevnega reda: Predlog sestave razširjenega strokovnega kolegija za pediatrijo - pripomba

Predsednik je prisotne seznanil z dopisom predsednika kolegija za pediatrijo pri Zbornici, v katerem je izrazil nestrinjanje z imenovanjem članice v RSK za pediatrijo. Povedal je, da ga je poklicala Dora Jeler, dr. med., ter ponudila odstop. Predlagal je, da se za novo članico imenuje asist. Ajdo Cimperman, dr. med.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je menila, da mora Zbornica dati podporo kolegici, ki je odstopila.

Predsednik je pojasnil, da kolegica ne glede na podporo Zbornice nepreklicno odstopa.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je poudarila, da se ne strinja z imenovanjem.

Po razpravi je bil soglasno sprejet sklep št. 246/16/2002:

Izvršilni odbor se strinja z razrešitvijo članice RSK za pediatrijo, Dore Jeler, dr. med., na njeno lastno pobudo. Na njeno mesto izvršilni odbor imenuje novo članico, in sicer asist. Ajdo Cimperman, dr. med.

K 11. točki dnevnega reda: Presoja o morebitni kršitvi Kodeksa medicinske deontologije Slovenije v zvezi s člankom "Direktor upihnil božanski sij belih halij", objavljenim v Nedeljskem dnevniku, dne 29. 9. 2002

Mag. Žarko Pinter, dr. med., je povedal, da je bil predlog obravnavan na koordinaciji Zbornice. Zaradi razsežnosti in teže problema, ki se ga članek loteva, so bili člani Koordinacije mnenja, da odbor za pravno-etična vprašanja analizira zgoraj navedeni članek in poišče tiste elemente, ki so sporni in bi lahko predstavljali kršitve kodeksa. Mnenje odbora je, da gre za kršitev kodeksa.

Predsednik je poudaril, da izvršilni odbor ni pristojen za ugotavljanje, ali gre za kršenje kodeksa ali ne. Za to je pristojen tožilec Zbornice. Odbor za pravno-etična vprašanja mora pripraviti dokončno stališče glede tega.

Prim. Anton Židanik, dr. med., je predlagal, da odbor za pravno-etična vprašanja, preden preda zadevo tožilcu Zbornice, povabi na razgovor zdravnika S. F., dr. med.

Po razpravi je bil soglasno sprejet sklep št. 247/16/2002:

Izvršilni odbor se je seznanil z zgoraj navedeno zadevo in jo predaja odboru za pravno-etična vprašanja v nadaljnje reševanje. Odbor za pravno-etična vprašanja za razjasnitev zadeve na svojo sejo povabi zdravnika S. F., dr. med.

K 12. točki dnevnega reda: Stališče odbora za pravno-etična vprašanja v zvezi s pravico do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili

Mag. Žarko Pinter, dr. med., je povedal, da je odbor za pravno-etična vprašanja obravnaval dopis gospoda F. Š., ki se nanaša na pisanje potnih nalogov dializnim bolnikom na razne dodatne preglede (prevoz na dializo in nazaj je urejen). Pravna služba Zbornice je zadevo proučila in ugotovila, da je pravica do prevoza z reševalnim ali drugim prevozom pravica iz Pravil osnovnega zdravstvenega zavarovanja.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je poudarila, da imajo dializni bolniki na nedializni dan enako pravico do prevoza kot drugi bolniki.

Po razpravi je bil soglasno sprejet sklep št. 248/16/2002:

Izvršilni odbor potrdi stališče odbora za pravno-etična vprašanja v zvezi s pravico do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili: "Dializni bolniki imajo tako kot vsi drugi bolniki pravico do prevoza na "ostale" preglede (ne dialize) v primeru, ko zdravnik ugotovi, da bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom lahko škodljiv. Odločitev o upravičenosti prevoza na preglede je stvar strokovne odločitve vsakega zdravnika."

Odgovor se posreduje gospodu F. Š. ter v vednost Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Ministrstvu za zdravje.

K 13. točki dnevnega reda: Razno

a) Mednarodni posvet o financiranju zdravstvenega varstva

Soglasno je bil sprejet sklep št. 251/16/2002:

Izvršilni odbor se je seznanil z analizo procesov privatizacije v zdravstvu v evropskih državah, ki je bila predstavljena na 52. zasedanju Regionalnega odbora Svetovne zdravstvene organizacije v Kopenhagnu, od 16. do 19. septembra 2002.

b) Pobuda za imenovanje nacionalnega predstavnika in njegovega namestnika v EBUPRAS (European Board Examination in Plastic Surgery)

Soglasno je bil sprejet sklep št. 252/16/2002:

Zdravniška zbornica Slovenije soglaša, da se v EBUPRAS (European Board Examination in Plastic Surgery) kot nacionalnega predstavnika imenuje predstavnik Slovenskega združenja za plastično, rekonstrukcijsko in estetsko kirurgijo prof. dr. Zorana M. Arneža, dr. med., v. svet., za njegovega namestnika pa asist. Tomaža Janežiča, dr. med.

c) Razpis Vlade Flamske regije in skupnosti v Belgiji za sofinanciranje skupnih projektov v srednji in vzhodni Evropi v letu 2003

Predsednik je povedal, da je Ministrstvo za zdravje posredovalo Zbornici dopis, ki se nanaša na zgoraj navedeni razpis. Ministrstvu za zdravje je navedeni razpis posredovalo Ministrstvo za zunanje zadeve RS. Kot eno od možnih področij sodelovanja je navedeno tudi področje javnega zdravstva, s poudarkom na organizaciji zdravniške pomoči, promociji zdravja ter preventivnem zdravstvenem varstvu. Predlagal je, da predloga projekta pripravi odbor za osnovno zdravstvo in vodja projekta "Kakovost" prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 254/16/2002:

Predloga projekta pripravita odbor za osnovno zdravstvo Zbornice in vodja projekta "Kakovost" prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med.

d) Predsednik je povedal, da bo 11. novembra 2002 sestanek Komisije za upravni nadzor Ministrstva za zdravje. Predlagal je, da se sestanka poleg tričlanske komisije Zbornice udeleži tudi prof. Pegan.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 258/16/2002:

Sestanka Komisije za upravni nadzor Ministrstva za zdravje se dne 11. 11. 2002 udeležijo člani zbornične komisije in prof. dr. Vladimir Pegan, dr. med.

e) Predsednik je povedal, da bo 15. novembra 2002 na Otočcu srečanje predstavnikov Zdravniške zbornice Slovenije s predstavniki hrvaške in avstrijske zdravniške zbornice. Člane izvršilnega odbora je pozval, da se udeležijo navedenega srečanja.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 259/16/2002:

Srečanja s predstavniki avstrijske in hrvaške zdravniške zbornice dne 15. novembra 2002 se udeležijo predsednik Zbornice, generalni sekretar Zbornice, mag. Zlatko Fras, dr. med., Igor Praznik, dr. med., Žarko Pinter, dr. med., asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., ter eden od članov odbora za strokovno-medicinska vprašanja Zbornice, tožilec in predsednik razsodišča.

Zapisala: Darja Klančar



Zapisnik 17. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 21. novembra 2002

Predsednik Zbornice je predlagal, da se 3. točka dnevnega reda obravnava pred 2. točko.

Sklep št. 260/17/2002:

Sprejme se naslednji, spremenjeni dnevni red:

1. Potrditev zapisnika 16. seje izvršilnega odbora z dne 7. 11. 2002 in poročilo o izvršitvi sklepov
2. Delo razširjenih strokovnih kolegijev (RSK):
 - a) Osnutek poslovnika za delo RSK
 - b) Predlog za spremembo Pravilnika o sestavi in delovanju RSK
 - c) Sodelovanje Zbornice z RSK
 - d) Vloga in pomen kolegijev pri Zbornici po ustanovitvi RSK po novem pravilniku
 - e) Pobuda za ustanovitev novega RSK za nuklearno medicino
3. Poročilo o izvajanju projekta "Kakovost"
4. Domnevna etična spornost projekta zdravniške kartice
5. Imenovanje dodatnih članov strokovne komisije Zdravniške zbornice Slovenije za ugotavljanje posledic zaostankov pri izdelavi histoloških izvidov v SB Celje
6. Sanacijski načrti bolnišnic, podani s strani Ministrstva za zdravje
7. Predlog ZZZS za dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja
8. Imenovanje članov izpitne komisije za preverjanje znanja pri izpitih iz urgentnih stanj v stomatologiji
9. Strokovni nadzori za leto 2003 na področju zobozdravstva
10. Prošnja Rotary kluba, Ljubljana, za sodelovanje na Miklavževem večeru
11. Razno:
 - a) Posvet o medicinski uporabi konoplje, Klinični center, Ljubljana, 18. november 2002
 - b) Konferenca Delovno pravo in socialna varnost, Ljubljana, 3. in 4. december 2002;
 - c) Pismo prof. dr. Zorana M. Arneža, dr. med., Slovenskemu združenju za anesteziologijo in intenzivno medicino in Katedri za anesteziologijo in reanimatologijo Medicinske fakultete v Ljubljani
 - d) Spremembe zakona o zdravniški službi
 - e) Prošnja za objavo

K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 16. seje izvršilnega odbora z dne 7. 11. 2002 in poročilo o izvršitvi sklepov

Mag. Žarko Pinter, dr. med., je podal dopolnitev zapisa njegove izjave v razpravi pod 2. točko dnevnega reda, stran 3, četrti odstavek. Dopolnjen zapis se glasi: "Mag. Žarko Pinter, dr. med. je iz Pravilnika o sodnih izvedencih (Uradni list RS, št. 20/95) prebral pogoje za imenovanje sodnih izvedencev (87. člen). Ugotovil je, da v teh pogojih niso zajeta posebna strokovna znanja. Dodal je, da se je v zadnjih treh letih pravilnik trikrat spreminjal, ter poudaril, da prof. Smrkolj ni argumentiral razlogov za spremembo pogojev za podaljšanje licence za sodnega izvedenca medicinske stroke.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je podal pripombo na zapis sklepa št. 241/16/2002, ki je bil sprejet pod 6. točko dnevnega reda, stran 6. V prvem stavku sklepa se beseda "pogojev" zamenja z besedama "pravnih predpisov", tako da se prvi stavek navedenega skle-

pa sedaj glasi: "Pravna služba pripravi analizo pravnih predpisov, ki jih mora izpolnjevati zdravnik za izvajanje dejavnosti v rednem delovnem času in v času 24-urne dežurne službe na posameznem področju."

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je podala pripombo na zapis njene izjave v razpravi pod točko 8 dnevnega reda, stran 8, tretji odstavek. V drugem stavku njene izjave se zapis "le to" zamenja z zapisom "tudi to", tako da se drugi stavek njene izjave sedaj glasi: "Tudi to je motivacija, da bi bili zdravniki v času priprave na delo prisotni v zavodih."

Po podanih pripombah je bil sprejet sklep št. 261/17/2002:

Potrdi se zapisnik 16. seje izvršilnega odbora z dne 7. 11. 2002, z zgoraj navedenimi dopolnitvami in popravki, ter poročilo o realizaciji sklepov.

K 2. točki dnevnega reda: Delo razširjenih strokovnih kolegijev (RSK)

a) Osnutek poslovnika za delo RSK

Prim. Andrej Možina, dr. med., je povedal, da je letos aprila začel veljati pravilnik, ki ureja sestavo in delovanje razširjenih strokovnih kolegijev. Poudaril je, da do danes noben kolegij še nima pripravljene poslovnika za delo. Menil je, da je nujno potrebno sprejeti poslovnik, ki bi uravnaval delo vseh RSK-jev in omogočal poenoten način poslovanja. Povedal je, da je RSK za ginekologijo in porodništvo pripravil osnutek poslovnika, ki ga je pregledal in dopolnil gospod Dobnikar (predlog - varianta 2 v prilogi). Ta predlog poslovnika je pripravljen v skladu z Pravilnikom o sestavi in delu RSK in upošteva soglasen način odločanja vseh članov kolegija. Postavlja se dilema, ali je predvideni soglasni način odločanja vseh članov ustrezen, ali naj se določi drugačna večina. Predlagal je dvotretjinsko večino odločanja (predlog - varianta 1 v prilogi), kajti pri odločanju ne gre le za strokovne smernice posameznega RSK, temveč tudi za organizacijske in ekonomske odločitve. Za sprejem predlaganega Poslovnika za delo RSK (varianta 1) bi bilo potrebno dati pobudo KC in SZD ter nato Ministrstvu za spremembo pravilnika.

Predsednik je poudaril, da Zbornica nima pristojnosti za spremembo ali sprejetje poslovnika za delo RSK-jev. Osnovna ideja ob ustanovitvi RSK-jev je bila, da je posamezni RSK strokovno telo določene stroke in sprejema predvsem strokovne odločitve. Finančne in organizacijske težave morajo reševati drugi strokovnjaki. Menil je, da se mu zdi smiselno, da je za sprejemanje določenih strokovnih stališč, ki niso sprejeta soglasno, potrebno več časa. Poudaril je, da podpira soglasno odločanje vseh članov kolegija. Poleg tega meni, da si je potrebno vzeti več časa za premislek o spremembi načina odločanja.

Prof. dr. Franc Farčnik, dr. stom., je dejal, da se strinja s soglasnim odločanjem v primeru, ko RSK sprejema strokovne smernice za posamezno strokovno področje, v primeru sprejemanja nestrokovnih odločitev (organizacija, finance) pa se strinja z dvotretjinsko večino.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je povedal, da je deset let vodil RSK. Nikoli ni bilo problemov pri sprejemanju sklepov oz. doseganju soglasja.

Prim. Andrej Možina, dr. med., se je strinjal s predlogom predsednika, da je potreben čas za premislek glede spremembe načina odločanja in s tem spremembe pravilnika. Predlagal je, da se sprejme poslovnik za delo RSK (verzija 2 v prilogi), ki je v skladu s sedaj veljavnim pravilnikom.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je menil, da imajo člani RSK cel spekter funkcij. Predlagal je soglasno odločanje le v primeru, ko gre za strokovne odločitve, v nasprotnih primerih pa ne.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je menil, da vedno ni mogoče ločiti stroke in financ. So primeri, kjer deluje stroka, v ozadju pa so prisotne finance.

Predsednik je predlagal, da se vsem RSK-jem posreduje predlog poslovnika, ki je v skladu s sedaj veljavnim pravilnikom.

Po razpravi je bil soglasno sprejet sklep št. 262/17/2002:

Izvršilni odbor soglaša z osnutkom poslovnika za delo RSK (verzija 2 v prilogi), pripravljene na podlagi sedaj veljavnega Pravilnika o sestavi in delovanju RSK.

Predlog poslovnika za delo RSK (verzija 2 v prilogi) se posreduje vsem RSK-jem.

b) Predlog za spremembo Pravilnika o sestavi in delovanju RSK

Predsednik je predlagal, da prim. Možina in generalni sekretar na sestanek povabita predstavnike KC in SZD, kjer se obravnava problematika v zvezi z spremembo Pravilnika o sestavi in delovanju RSK.

Po razpravi je bil soglasno sprejet sklep št. 263/17/2002:

Prim. Andrej Možina, dr. med., in Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., skličeta sestanek, na katerega se povabi predstavnike KC in SZD. Tema sestanka je obravnava problematike v zvezi z načinom odločanja članov RSK. Vse tri organizacije skupaj odločijo, ali se Ministrstvu predlaga sprememba določila Pravilnika o sestavi in delu RSK tako, da se za sprejemanje odločitev RSK določi dvotretjinska večina vseh članov posameznega kolegija.

c) Sodelovanje Zbornice z RSK

Prim. Andrej Možina, dr. med., je predlagal, da se sestanka Zbornice s predstavniki KC in SZD udeležita tudi prof. Pegan in prof. Horvat.

Predsednik se je strinjal s predlogom. Na sestanku naj se poda tudi predlog za ustanovitev RSK za transfuzijsko medicino in za ustanovitev RSK za nuklearno medicino.

Po razpravi je bil soglasno sprejet sklep št. 264/17/2002:

Sestanka Zbornice s predstavniki KC in SZD se udeležita tudi prof. Horvat in prof. Pegan.

Na dnevni red sestanka se da predlog za ustanovitev RSK za transfuzijsko medicino in za ustanovitev RSK za nuklearno medicino.

d) Vloga in pomen kolegijev pri Zbornici po ustanovitvi RSK po novem pravilniku

Prim. Andrej Možina, dr. med., je menil, da kolegiji pri Zbornici, po ustanovitvi RSK-jev po novem pravilniku, niso več potrebni. Ne vidi nobenega razloga za njihov formalni obstoj, kajti večina članov deluje v novih RSK-jih.

Predsednik se je strinjal s predlogom prim. Možine. Predlagal je, da Zbornica z ukinitvijo kolegijev počaka do spomladi 2003, ko bo preteklo pol leta od posredovanja navodil za konstruktivne seje kolegijem.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., se je strinjal z ukinitvijo zborničnih kolegijev. Poudaril je, da kolegiji ob ukinitvi formalno predajo nerešene zadeve ustreznim RSK-jem.

Po razpravi je bil soglasno sprejet sklep št. 265/17/2002:

Kolegiji, ustanovljeni pri Zbornici, se zaradi ustanovitve RSK-jev po novem pravilniku ukinejo, predvidoma spomladi leta 2003. Kolegiji ob ukinitvi nerešene zadeve formalno predajo ustreznemu RSK-ju.

e) Pobuda za ustanovitev novega RSK za nuklearno medicino

Predsednika je zanimalo, ali področje nuklearne medicine pokriva kakšen od že ustanovljenih RSK-jev.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je povedal, da je nuklearna medicina zajeta v interni medicini in tudi v onkologiji.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je menil, da je nuklearna medicina predvsem diagnostična metoda (diagnostične in slikovne metode). Glede ustanovitve RSK-ja za to področje je potreben premislek.

Prim. Andrej Možina, dr. med., je predlagal, da se na sestanku Zbornice s predstavniki KC in SZD prouči pobuda o ustanovitvi RSK za nuklearno medicino.

Po razpravi je bil soglasno sprejet sklep št. 267/17/2002:

Zdravniška zbornica Slovenije na sestanku s predstavniki KC in SZD prouči pobudo za ustanovitev razširjenega strokovnega kolegija za nuklearno medicino.

V kolikor se bodo s pobudo strinjale vse tri organizaciji, se predlog za ustanovitev razširjenega strokovnega kolegija za nuklearno medicino posreduje Ministrstvu za zdravje.

K 3. točki dnevnega reda: Poročilo o izvajanju projekta "Kakovost"

Prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., je povedal, da se je 9. septembra letos končalo triletno obdobje projekta "Kakovost". V tem obdobju je bilo opravljenega veliko dela. Poudaril je, da načrtovani stroški za izvedbo projekta niso bili prekoračeni, kar je razvidno iz finančnega poročila, ki ga je pripravila gospa Osolnik. V nadaljevanju sta prof. Pajntar in dr. Verdenik prisotnim predstavila povzetke analiz za vprašalnike za 16 specialističnih področij.

Prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., je po končani predstavitvi podal naslednje predloge oz. vprašanja za nadaljnje izvajanje projekta:

1. da statistično obdelamo še druga področja, cca 15;
2. da pošljemo rezultate zdravnikom splošne prakse in vsem direktorjem zdravstvenih domov;
3. naredimo za vsak sodelujoči oddelek primerjavo z drugimi sodelujočimi oddelki (vprašanje identifikacije);
4. objava rezultatov v Izidi (vprašanje anonimnosti);
5. komu in v kakšni obliki predamo rezultate kompletnih analiz? Za nadaljnje delo projekta je predstavil naslednje predloge:
 1. nadaljnje delo temelji na predpostavki, da je bilo dosedanje delo uspešno;
 2. nadaljevati z zbiranjem podatkov tam, kjer so vprašalniki dobri. Potreba po motivaciji, da sodeluje čim več oddelkov iste stroke;
 3. področja, ki niso bila uspešna: nov koordinator/nov vprašalnik;
 4. popravki obstoječih vprašalnikov;
 5. navodila za vnos v vprašalnike;
 6. avtomatizacija analiz.

V nadaljevanju je povedal, da je bil projekt uspešno zaključen z minimalnimi sredstvi, ki jih je v večini prispevala Zbornica. Predlaga, da preide delo projekta v redno delo v okviru Zbornice (Ministrstvo za zdravje se izpusti).

Predsednik je poudaril, da je bilo do danes na projektu "Kakovost" opravljenega veliko dela. Projekt je treba vsekakor nadaljevati v smeri pokritja vseh specialističnih področij medicine. Potrebno

bo razmisliti o motivacijskih faktorjih. Trenutno ni korelacije med kreditnimi točkami in kakovostjo dela. Zbornica bo morala v prihodnje pripraviti spremembe na področju podeljevanja licenc, na področju splošnega dogovora (klavzula) ter spremeniti pravilnik o licencah (Ministrstvo ni potrdilo predloga, da zdravnik opravi določeno število ur v neposrednem delu s pacientom). Dober motivacijski faktor je, da se zdravnike, ki sodelujejo v projektu, prostovoljno nagradi z določenim številom kreditnih točk za podaljšanje licence. To so zdravniki, ki dejansko opravljajo neposredno zdravniško službo. Nadgradnjo projekta vidi v izdaji certifikata zdravniku, ki sodeluje v projektu. Vsekakor je projekt zelo pomemben za Zbornico, kajti Zbornica ima javno pooblastilo za izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem. Nadzore bi v prihodnje postopoma ukinitili. Najprej bi lahko izločili predvsem svetovanje zdravnikom. Projekt je potrebno intenzivirati in v prihodnje za njegovo izvajanje nameniti več sredstev, vendar je potrebno tudi pokazati rezultate projekta.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., se ni strinjal s predlogom, da se do sedaj pridobljene rezultate posreduje direktorjem ZD ter da se objavijo v glasilu Isis. Menil je, da se rezultate najprej posreduje v oceno in analizo RSK-jem. RSK-ji naj opravijo strokovno recenzijo podatkov.

Prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., je pojasnil, da bi se podatki direktorjem ZD posredovali le v pogled. Poudaril je, da so imeli negativne izkušnje z RSK-ji, predvsem v zvezi z obsegom vprašalnikov.

Prim. Andrej Možina, dr. med., se je strinjal s predlogom prof. Horvata. Podatke naj najprej analizira strokovni svet projekta, nato se jih posreduje RSK-jem.

Predsednik se je strinjal s prim. Možino. Podatki ostanejo v projektni skupini strokovnega sveta. Ne objavijo se v glasilu Isis. Koordinatorji sodelujejo s projektno skupino pri popravkih obstoječih vprašalnikov. Nato posredujemo podatke in vprašalnike RSK-jem. Člani projekta sodelujejo z RSK-ji.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je pripomnil, da ni mislil, da RSK-ji sodelujejo v smislu širjenja vprašalnikov. Predlagal je, da dva člana RSK pomagata projektni skupini.

Predsednik je pojasnil, da imamo za vsako področje imenovane koordinatorje. Najprej naj s projektno skupino sodelujejo oni, nato pa se podatki posredujejo RSK-jem.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je poudaril, da so pridobljeni podatki zelo dragoceni. Menil je, da bi RSK-ji težko analizirali te podatke. Predlagal je, da se posredujejo ožjim združenjem oz. sekcijam, ki jih ta vprašanja zanimajo. S tem bi dosegli večji učinek pri analizi.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je predlagala, da se v glasilu Isis objavijo imena zdravnikov splošne medicine, ki so sodelovali v projektu. Predhodno se kolege o tem obvesti.

Predsednik je ponovno poudaril, da bo potrebno v prihodnje omogočiti, da se zdravnika, ki prostovoljno sodeluje v projektu, nagradi z določenim številom kreditnih točk za podaljšanje licence.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., se je strinjal s predlogom, kajti zdravnik se ob tem tudi strokovno izobražuje. Potrebno bo analizirati, kolikšen delež kreditnih točk se prizna na ta način.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je menil, da se lahko pojavi očitek, da tisti zdravniki, ki "delajo za Zbornico", dobijo kreditne točke.

Prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., je oporekal, da zdravniki, ki sodelujejo v projektu, nikakor ne "delajo za Zbornico", temveč za sebe.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., se je strinjal s prof. Pajntarjem. Spremljanje kakovosti dela je ena od obvez zdravnika. Kljub temu se boji, da bi prišlo do zgoraj navedenega očitka.

Prof. dr. Matijo Horvata, dr. med., je zanimalo, kdo nadzira izpolnjevanje stomatološkega vprašalnika.

Živo Bobič, dr. stom., je povedal, da se očitek projektu nanaša ravno na vprašalnik za stomatologe. Menil je, da ni bil izbran pravi pristop h kakovosti. Vprašanje je, kdo bo nadziral izpolnjevanje vprašalnika: sam koordinator ali kdo drug. Potrebno je imenovati koordinatorja, ki bo dal prava merila za kakovost ter zobozdravnike ustrezno motivirati za sodelovanje v projektu.

Dr. Brane L. Leskošek, univ. dipl. ing., je pojasnil, da je podatke zelo težko ponarejati. Vsak zdravnik ali zobozdravnik, ki bi se tega skušal posluževati, bi za to potrošil zelo veliko energije, zato je verjetnost ponarejanja zelo majhna.

Predsednik je predlagal, da se iz projektnega sveta izključi nesodelujoče partnerje. Sodelujejo naj zdravniške organizacije in donatorji (ZZZS). Skliče se projektni svet. Iz projektnega sveta se izključi Ministrstvo za zdravje. Predlagal je, da Zbornica v prihodnje sama financira projekt. V ta namen se do ene izmed naslednjih sej izvršilnega odbora pripravi finančni načrt za projekt za leto 2003.

Po razpravi je bil soglasno sprejet sklep št. 267/17/2002:

1. Projekt "Kakovost" se oceni s pozitivno oceno.
2. Izvajanje projekta se nadaljuje.
3. Rezultati kompletnih analiz ostanejo v projektni skupini projekta.
4. Koordinatorji sodelujejo pri oblikovanju dokončne verzije vprašalnikov.
5. Rezultate se nato posreduje RSK-jem za posamezno področje.
6. Pripravi se predlog za spremembo licenčnega pravilnika (kreditne točke).
7. Iz projektnega sveta se izključi nesodelujoče partnerje. V projektu sodelujejo zdravniške organizacije in donatorji (ZZZS).
8. Predsednik Zbornice skliče projektni svet, kjer se odloči, ali se projekt nadaljuje le pod okriljem Zbornice.
9. Do ene od naslednjih sej izvršilnega odbora se v sodelovanju z generalnim sekretarjem in gospo Osolnik pripravi finančni plan za projekt "Kakovost" za leto 2003.

K 4. točki dnevnega reda: Domnevna etična spornost projekta zdravniške kartice

Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je vprašal, če SKB lahko izvaja promocijske in reklamne dejavnosti pri različnih srečanjih, ki jih organizirajo druge zdravniške organizacije.

Predsednik je poudaril, da je proti temu, da SKB izvaja promotivno dejavnost na srečanjih, ki jih ne organizira Zbornica.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., se je strinjal s predsednikom.

Po razpravi je bil soglasno sprejet sklep št. 268/17/2002:

Za izdajo članske kartice in kartice pripadnosti banka SKB lahko izvaja ustrezne promocijske in reklamne dejavnosti le na srečanjih, ki jih organizira Zdravniška zbornica Slovenije.

K 5. točki dnevnega reda: Imenovanje dodatnih članov strokovne komisije Zdravniške zbornice Slovenije za ugotavljanje posledic zaostankov pri izdelavi histoloških izvidov v SB Celje

Soglasno je bil sprejet sklep št. 269/17/2002:

1. Izvršilni odbor potrди imenovanje dodatnih članov strokovne komisije Zdravniške zbornice Slovenije za ugotavljanje posledic zaostankov pri izdelavi histoloških izvidov v SB Celje v naslednji sestavi:

- doc. dr. Miha Sok, dr. med.,
- prim. dr. Boris Sedmak, dr. med.,
- prim. Franc Marolt, dr. med.,
- doc. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

2. Navedena komisija lahko sama po potrebi imenuje dodatne članice komisije.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je povedal, da je ponudila odstop prof. dr. Nina Gale, dr. med., članica komisije za ugotavljanje posledic zaostankov pri izdelavi histoloških izvidov pacientov, ki so bili pregledani in/ali zdravljeni v SB Celje. Govoril je s prof. Repštom, predsednikom navedene komisije. Prof. Repše se strinja z odstopom članice.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 270/17/2002:

Izvršilni odbor potrди odstop prof. dr. Nina Gale, dr. med., članice komisije za ugotavljanje posledic zaostankov pri izdelavi histoloških izvidov pacientov, ki so bili pregledani in/ali zdravljeni v SB Celje.

K 6. točki dnevnega reda: Sanacijski načrti bolnišnic, podani s strani Ministrstva za zdravje

Predsednik je pojasnil, da so člani izvršilnega odbora gradivo dobili v vednost.

K 7. točki dnevnega reda: Predlog ZZS za dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja

Predsednik je povedal, da je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije Zbornico zaprosil za mnenje v zvezi z posodobitvijo 2. odstavka 210. člena Pravil osebnega zdravstvenega zavarovanja, ki omogoča vsakemu zdravniku dodelitev 50 receptov na leto za osebno rabo. Kriterij za dodelitev receptov zdravniku naj bi bila tudi veljavna licenca. Če zdravnik nima licence, ne sme predpisovati zdravil.

Borut Gubina, dr. med., je vprašal, če specializant, ki nima licence, po predlaganem kriteriju ne sme predpisovati zdravil.

Mag. Žarko Pinter, dr. med., je menil, da vsak, ki je zaključil medicinsko fakulteto, lahko napiše recept. Predlog zavoda zanj predstavlja izključno finančni motiv.

Predsednik je pripomnil, da po zakonu o zdravniški službi sekundarij oz. specializant lahko napiše recept pod nadzorom mentorja. Samostojno ne, če nima veljavne licence.

Jani Darnič, dr. med., je dejal, da se mu zdi smiselno upoštevati določila zakona. Podpira predlagani kriterij - veljavna licenca.

Po razpravi je bil soglasno sprejet sklep št. 271/17/2002:

Člani izvršilnega odbora menijo, da se besedilo 2. odstavka 210. člena Pravil osebnega zdravstvenega zavarovanja ne spreminja. Mnenje v zvezi s posodobitvijo navedenega člena se posreduje Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

K 8. do 11. točki dnevnega reda:

Soglasno je bil sprejet sklep št. 272/17/2002:

Točke od 8 do 11 dnevnega reda tokratne seje se obravnavajo na naslednji seji izvršilnega odbora. ■

Zapisala: Darja Klančar

Delo odbora za osnovno zdravstvo

Navodila za pripravo bolnika v osnovnem zdravstvu za operativni poseg v anesteziji - tretjič

Gordana Živčec Kalan, Franc Šuta

V decembrski številki Izide je bilo ponovno objavljeno navodilo za pripravo bolnika v osnovnem zdravstvu za poseg v anesteziji. Zapisali smo, da so navodila zaživela v praksi in skladno s tem imamo že določene izkušnje.

Zdravniki, tako osnovne kot bolnišnične ravni, so navodila v osnovni lepo in dobro sprejeli. Pojavljajo se še manjše neuskkljenosti, ki pa so verjetno predvsem posledica neobveščeniosti. Potrudili se bomo, da bomo to popravili.

Prav tako smo opazili, da smo pri promociji pozabili na nekatere elemente, ki bi jih lahko dali osebnim zdravnikom v roke kot še boljše orodje za dobro komunikacijo s kolegi bolnišničnimi specialisti.

Želeli bi posebej svetovati, da so navodila uporabna tudi pri nujnih in nenujnih napotitvah za vsak poseg, kjer je pričakovati tudi

kratkotrajno anestezijo. To so lahko ambulantno-specialistične obravnave: razni septični procesi, kot tudi zlomi ali posegi, ki zahtevajo anestezijo in s tem omogočajo poseg brez bolečine.

V kolikor gre za nujno napotitev, seveda ni potrebno izgubljeti časa z laboratorijskimi preiskavami, ki jih ni mogoče zagotoviti hitro. **Vsekakor bo vsakemu anesteziologu v veliko pomoč spremni dopis z zapisanimi kroničnimi diagnozami in, še bolj pomembno, kronično terapijo. Zato vas prosimo, da VSAKO napotitev, kjer je pričakovati anestezijo, opremite v skladu z navodili oz. spremnim dopisom.** S tem boste pokazali resnost pri delu in zagotavljanju višje stopnje kakovosti v komunikaciji pri napotitvi, projektu pa boste dali novo kakovostno vsebino. ■

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

Ime	Dan	Od	Do
Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med. Predsednik Zbornice	četrtek	16.00	17.00
Asist. Andrej Možina, dr. med. Podpredsednik Zbornice in predsednik odbora za bolnišnično in specialistično zdravstvo	četrtek	16.00	17.00
Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med. Predsednica odbora za osnovno zdravstvo	po dogovoru		
Prof. dr. Franc Farčnik, dr. stom. Podpredsednik Zbornice in predsednik odbora za zobozdravstvo	sreda	13.00	14.00
Prof. dr. Matija Horvat, dr. med. Predsednik sveta za izobraževanje zdravnikov	četrtek	15.00	16.00
Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med. Predsednik odbora za strokovno-medicinska vprašanja	po dogovoru		
Mag. Žarko Pinter, dr. med. Predsednik odbora za pravno-etična vprašanja	prva sreda vsak drugi četrtek	15.00 16.00	16.00 17.00
Jani Dornič, dr. med. Predsednik odbora za socialno-ekonomska vprašanja	četrtek	16.00	17.00
Igor Praznik, dr. med. Predsednik odbora za zasebno dejavnost	četrtek	16.00	17.00
Prim. mag. Brane Mežnar, dr. med. Razsodišče I. stopnje	po dogovoru		
Doc. dr. Jože Balazic, dr. med. Tožilec Zbornice	po dogovoru		
Brane Dobnikar, univ. dipl. prav. 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	✗	✗
Tel.: 01 30 72 100, faks: 01 30 72 109 E-pošta: zdravniska.zbornica@zzs-mcs.si					
Oddelek za pravne in splošne zadeve	Po, T, S	09.00	10.00	✗	
	Č	14.00	15.00		✗
	Pe	13.00	16.00	✗	✗
Tel.: 01 30 72 122, faks: 01 30 72 109 E-pošta: cecilija.dolhar@zzs-mcs.si					
Oddelek za zdravstveno ekonomiko, plan in analize	Po, T, S, Č	08.00	15.00	✗	✗
Tel.: 01 30 72 142, faks: 01 30 72 109 E-pošta: maja.horvat@zzs-mcs.si					
Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor	Po, T, S	08.00	15.00	✗	✗
	Č	13.00	17.00	✗	✗
	Pe	08.00	13.00	✗	✗
Tel.: 01 30 72 162, faks: 01 30 72 169 E-pošta: ana.brodnik@zzs-mcs.si					
Oddelek za finance in računovodstvo	Po, T, S	08.00	15.00	✗	✗
	Č	08.00	17.00	✗	✗
	Pe	08.00	13.00	✗	✗
Tel.: 01 30 72 132, faks: 01 30 72 109 E-pošta: helena.novak@zzs-mcs.si					
Oddelek za stike z javnostmi in uredništvo revije Isis	Po, T, S	08.00	15.00	✗	✗
	Č	08.00	17.00	✗	✗
	Pe	08.00	13.00	✗	✗
Tel.: 01 30 72 152, faks: 01 30 72 159 E-pošta: isis@zzs-mcs.si					

Mednarodne smernice za merjenje mineralne kostne gostote

Tomaž Kocjan

Ker osteoporoza pred pojavom zlomov nima kliničnih simptomov ali znakov, temelji diagnoza bolezni na ugotovitvi znižanja mineralne kostne gostote (MKG). Nizka MKG je sočasno tudi najpomembnejši dejavnik tveganja za zlom. Zlati standard za merjenje MKG je dvoenergijska rentgenska absorpcijometrija ali DXA ("dual energy X-ray absorptiometry"). Metoda je neinvazivna, hitra in varna, njena natančnost pa nam omogoča, da jo uporabljamo tudi za spremljanje zdravljenja in ne le za diagnozo osteoporoze.

International Society for Clinical Densitometry (ISCD) s sedežem v Washingtonu, ZDA, je vodilna ustanova na svetu, ki oblikuje smernice za merjenje MKG. Konec leta 2001 je ISCD v sodelovanju z International Osteoporosis Foundation (IOF) organizirala seminar, kjer so bile predstavljene enotne mednarodne smernice za merjenje MKG s pomočjo DXA tudi evropskim zdravnikom. Udeleženci, ki smo uspešno opravili zaključni izpit, smo pridobili mednarodno licenco za merjenje MKG. Kot edini predstavnik Slovenije želim v naslednjem prispevku na kratko predstaviti glavna sporočila tega odličnega seminarja.

1. Indikacije za merjenje MKG z DXA:

- prisotnost dejavnikov tveganja: pomanjkanje spolnih hormonov (zgodnja menopavza < 45 let, sekundarna amenoreja > 1 leto, hipogonadizem), zdravljenje s kortikosteroidi (metilprednizolon > 4 mg/dan več kot tri mesece), zlom kolka pri materi, nizka telesna teža (< 60 kg ali BMI < 19 kg/m²), druge bolezni z osteoporozo (anorexia nervosa, malabsorpcija, primarni hiperparatiroidizem, po presaditvi organov, kronična ledvična odpoved, hipertiroza, podaljšana imobilizacija, Cushingov sindrom)
- rentgenski dokaz osteopenije in/ali deformacije hrbtenice
- predhodni zlomi zaradi krhkosti kosti ("fragility fractures", torej zlomi pri padcu iz stojne višine), zlasti kolka, vretenc ali zapestja
- izguba telesne višine ali torakalna kifoza

2. Kaj merimo z DXA?

Prvikrat vedno merimo hrbtenico in kolk! Če bolnik prinaša izvid DXA s seboj, meritev ponovimo, če predvidevamo, da ga bomo spremljali v naši ustanovi. Ob kontrolah bomo namreč za primerjavo potrebovali izhodno meritev na našem denzitometru.

3. Diagnoza osteoporoze z DXA:

- uporabimo kriterije, ki jih je predlagala SZO in modificirala IOF:
 - normalno - T-vrednost ≥ -1 SD
 - osteopenija - T-vrednost < -1 SD in $> -2,5$ SD
 - osteoporoza - T-vrednost $\leq -2,5$ SD
 - huda osteoporoza - osteoporoza z zlomom/zlomi
- upoštevamo najnižjo T-vrednost s kateregakoli od naslednjih štirih mest:

- povprečje vretenc L1-L4 (za diagnozo ne zadošča MKG enega vretenca, pač pa vsaj povprečje MKG dveh, še boljše treh vretenc)
- vrat kolka ("neck")
- trohanter
- celoten kolk ("total")

- ugotovimo npr. lahko, da je izmerjena MKG v področju osteoporoze (ali osteopenije). Napačno je, če zaključimo, da je MKG hrbtenice v področju osteopenije in MKG kolka v področju osteoporoze.

4. Kontrolne meritve z DXA:

- okvirni razmiki med DXA glede na vrednosti MKG (upoštevamo seveda tudi morebitne dodatne dejavnike, kot so starost bolnika, zdravljenje s kortikosteroidi, nedavna menopavza itd):
 - T-vrednost 0 do + 1 SD → čez 10 let
 - T-vrednost 0 do ≥ -1 SD → čez 3-5 let
 - T-vrednost < -1 SD in $> -2,5$ SD → čez 2 leti
 - T-vrednost $\leq -2,5$ SD → 1. in 2. kontrola čez leto, nato čez 2 leti
- za spremljanje uporabimo povprečje vretenc L1-L4 in/ali celoten kolk, izjemoma trohanter (predvsem, če gre za degenerativne spremembe hrbtenice, ki onemogočajo realno oceno MKG)
- vedno upoštevamo izhodno in zadnjo meritev (po potrebi tudi vse ostale pomembne meritve, npr. po uvedbi ali zamenjavi zdravila)
- primerjamo absolutne vrednosti MKG [g/cm²], ne pa samih T-vrednosti
- za oceno sprememb na skeletu moramo poznati koeficient variacije (CV) rezultatov kalibracije našega aparata, da lahko izračunamo napako meritve oziroma ocenimo najmanjšo še klinično pomembno spremembo MKG ("Least Significant Change"-LSC)
- če uporabimo 95-odstotni interval zaupanja, velja enačba: $LSC \approx 3 * \text{koeficient variacije}$
 - koeficient variacije za DXA hrbtenice in kolka je običajno od 1 do 2 odstotka!
 - pomembna sprememba MKG ob kontroli bi bila torej velika vsaj več kot 3 odstotke
 - (v kliničnem delu pogosto zadošča tudi 80-odstotni interval zaupanja → $LSC \approx 2 * \text{koeficient variacije}$)
- **praktični primer:** izračunamo, da znaša LSC za naš denzitometer 3 odstotke. Ob kontroli ugotovimo pri bolniku porast MKG za 4 odstotke. To pomeni, da smo prepričani v okviru intervala zaupanja 95 odstotkov, da je resničen porast MKG pri tem bolniku med 1 odstotkom (4-3) in 7 odstotki (4+3).
- Kako poročamo o ugotovljeni razliki v MKG?
 - **sprememba MKG \leq LSC:** kontrolna meritev MKG ne poka-

že pomembne razlike v primerjavi z izhodno (ali prejšnjo) meritvijo. Absolutnih števil ali odstotkov v tem primeru ne podajamo!

- **sprememba MKG > LSC:** ugotavljamo pomemben porast/padec MKG, ki ga podamo v odstotkih (brez absolutnih vrednosti).

praktični primer: $MKG_1 = 0,800 \text{ g/cm}^2$, $MKG_2 = 0,840 \text{ g/cm}^2$; $0,840 \text{ g/cm}^2 - 0,800 \text{ g/cm}^2 \rightarrow 0,040 \text{ g/cm}^2 / 0,800 \text{ g/cm}^2 = 0,05$
 \rightarrow ugotovimo porast MKG za 5 odstotkov (\pm LSC)!

5. Merjenje MKG s kvantitativnim UZ:

- ne nadomešča merjenja MKG z DXA, temveč ga dopolnjuje, saj gre za merjenje drugih lastnosti kosti (običajno petnice) - "speed of sound" - SOS, "broadband ultrasonic attenuation" - BUA
- rezultati meritev imajo visoko korelacijo z MKG na istem mestu, vendar slabo korelacijo z MKG na centralnih mestih (hrbtenica, kolk)

- ni uporaben za oceno MKG na ključnih mestih zlomov, kar pomeni, da zaenkrat ni uporaben za diagnozo osteoporoz

Racionalna diagnostika tako pogoste bolezni, kot je osteoporoz, je brez trdnih kriterijev nemogoča. Verjamem, da bodo objavljene mednarodne smernice za merjenje MKG vsem, ki se v Sloveniji ukvarjajo z osteoporozo, v pomoč pri vsakdanjem delu. V zadnjem letu jih uporabljamo tudi na Kliničnem oddelku za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni v Kliničnem centru v Ljubljani. Vse, ki bi jih zanimala natančnejša interpretacija smernic, vabim v "Šolo za osteoporozo", kjer je ta tema vključena v širši spekter predavanj o osteoporozi. ■

Priporočena literatura:

1. <http://www.iscd.org/links/calc.cfm> <4. 12. 2002>
2. Gluer CC et al. Accurate assessment of precision errors: How to measure the reproducibility of bone densitometry techniques. *Osteoporosis Int.* 1995; 5(4): 262-70.
3. Blake GM et al. *The Evaluation of Osteoporosis.* Martin Dunitz. 1999
4. Bonnick SL. *Bone Densitometry in Clinical Practice.* Humana Press. 1998.

OBVESTILA

Sprememba zakonodaje in obravnava zavarovanca pri imenovanemu zdravniku in zdravstveni komisiji Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Diana Blažič

S 1. 1. 2003 stopijo v veljavo spremenjeni členi 81., 82., 83. in 84. Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 6/99, 56/99, 99/2001 in 60/2002, v nadaljevanju: zakon), ki na novo opredeljuje vlogo dosedanjih zdravniških komisij Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Zdravniška komisija preneha delovati kot kolegijski organ. Zakon namesto komisije uvaja imenovanega zdravnika posameznika, ki v postopku odloča o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in pri tem obvezno uporablja določila Zakona o splošnem upravnem postopku (Ur. l. RS, št. 80/99, 70/2000 in 52/2002, v nadaljevanju ZUP).

Kaj je novega?

Glede na spremembo zakonodaje, ki bo stopila v veljavo 1. 1. 2003, je bilo že dovolj povedanega, želimo opozoriti na tiste novosti, ki vplivajo na sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja in organizacijo dela Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod).

Sedanje zdravniške komisije I. in II. stopnje bodo prenehale delovati, njihovo delo pa bo na I. stopnji prevzel imenovani zdravnik Zavoda, ki bo:

- odločal o začasni nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov za delo nad 30 dni in v vseh drugih primerih, ko je izplačevalec nadomestila plače obvezno zdrav-

stveno zavarovanje, razen če gre za nego, spremstvo ali izolacijo zavarovane osebe, o kateri odloča njen osebni zdravnik;

- odločal o zahtevi zavarovanca ali delodajalca za presojo ocene izbranega osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni;
- odločal o napotitvi na zdraviliško zdravljenje;
- odločal o upravičenosti zahteve po medicinsko-tehničnem pripomočku pred iztekom trajnostne dobe in o pravici do zahtevnejših medicinsko tehničnih pripomočkov;
- odločal o upravičenosti zdravljenja v tujini.

Pristojnosti imenovanega zdravnika Zavoda so tako z zakonom natančno definirane.

O svoji odločitvi bo imenovani zdravnik izdal sklep. Enako velja tudi za zdravstveno komisijo Zavoda. Imenovani zdravnik in zdravstvena komisija nimata več vloge izvedenskega organa Zavoda.

Sklep, ki je izdan bodisi na I. bodisi na II. stopnji, je dokončen, pritožba, vložena zoper sklep, ne zadrži njegove izvršitve. Zoper sklep zdravstvene komisije je možno sodno varstvo.

Sami postopki niso več opredeljeni kot hitri postopki. Za vse postopke, v katerih se odloča o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, se obvezno uporabljajo določila Zakona o splošnem upravnem postopku. Zato je bilo potrebno vse delavce Zavoda, dosedanje člane zdravniških komisij, usposobiti za ravnanje v skladu z določili Zakona o splošnem upravnem postopku.

Kako bo potekalo delo izbranih osebnih zdravnikov, imenovanih zdravnikov Zavoda in zdravstvene komisije Zavoda?

Izbrani osebni zdravnik bo posredoval imenovanemu zdravniku predlog. V ta namen je Zavod spremenil tudi listine, s katerimi se zavarovanca napotuje na obravnavo k imenovanemu zdravniku (Občasnik, akti & navodila, št. 5/2002). V predlogu bo izbrani osebni zdravnik kot do sedaj navedel problem, zaradi katerega želi zavarovanca predstaviti imenovanemu zdravniku.

Potrebno je poudariti, da je v prihodnje potrebno vsako vlogo ustrezno opremiti z vsemi dokazili oz. medicinsko dokumentacijo, tako da bo odločitev imenovanega zdravnika pravilna in hitra. Nepopolne vloge bo potrebno dopolnjevati, s tem pa se bo postopek odločanja po nepotrebnem podaljšal oz. bo moral imenovani zdravnik nepopolno vlogo zavrniti.

V primeru pritožbe bo zavarovanca obravnavala zdravstvena komisija. V njeni sestavi bo po novem sodeloval tudi pravnik. Zoper sklep zdravstvene komisije je možno neposredno uveljavljati sodno varstvo.

Po prejšnji ureditvi je mnenju zdravniške komisije I. in II. stopnje sledila izdaja odločbe Direkcije Zavoda in šele nato je bilo možno uveljavljati sodno varstvo pred Delovnim in socialnim sodiščem.

Vloga imenovanega zdravnika, ki o posamezni pravici odloča, predvideva zakonsko možnost, da se za ugotovitev ali presojo določenega dejstva uvede dokaz z izvedenci.

Zato bodo tudi v prihodnje strokovnjaki različnih specialnosti v pomoč imenovanemu zdravniku, seveda kot izvedenci.

Pred izdajo sklepa lahko imenovani zdravnik še vedno povabi zavarovanca na osebni pregled. Predvidevamo, da bo število osebnih pregledov ostalo v enakem obsegu kot do sedaj (od vseh obravnav približno 15 odstotkov). Seveda je osebna obravnavo obvezna v primeru, da zavarovanec to obravnavo želi opraviti.

Glede na spremembe zakona o delovnih razmerjih preide po novem nadomestilo za odsotnost z dela zaradi bolezni ali poškodbe izven dela od delodajalca v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer do 30 delovnih dni za posamezno odsotnost z dela, vendar največ za 120 delovnih dni v koledarskem letu. To pomeni, da se začasne nezmožnosti za delo do 30 dni seštevajo in ko dosežejo **skupno število 120 delovnih dni v koledarskem letu**, preide nadomestilo plače v breme Zavoda že za prvi naslednji dan začasne nezmožnosti za delo, torej 121. delovni dan. Evidenco o tem bo moral voditi delodajalec in z njim seveda tudi izbrani osebni zdravnik, ki bo na predlogu dolžan o tem obvestiti imenovanega zdravnika.

Če gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom (**recidiv**), do 30 delovnih dni, pa traja v posameznem primeru prekinitev med prvo in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni, gre nadomestilo v breme zdravstvenega zavarovanja. V primeru recidiva mora izbrani osebni zdravnik zavarovanca z ustreznim predlogom takoj napotiti k imenovanemu zdravniku Zavo-

da. Recidiv pomeni isto bolezen ali isto klinično stanje kot ob zadnji obravnavi bolniškega staleža.

Glede na spremenjeno delovno zakonodajo ima po novem delavec **pravico do odsotnosti z dela za dan krvodajalstva**. Potrebno je opozoriti, da to velja samo za delavce, ki so v delovnih razmerjih, in ne za športnike, samostojne podjetnike, kmete, samostojne kulturne delavce itd. Tu je Zavod nekoliko razbremenil izbranega osebnega zdravnika in je izdal interno listino, s katero bo zavarovanec uveljavljal bolniški stalež. Listino bo moč dvigniti na Zavodu, izdelana bo v dvojniku. V zgornjem delu bodo podatki o zavarovancu in izvajalcu, sledilo bo potrdilo izvajalca o krvodajalstvu, spodnji del pa bo podoben hrbtni strani bolniškega staleža in ga izpolni delodajalec. Listini bo potrebno predložiti tudi potrdilo o darovanju krvi, ki ga bo izdal Zavod RS za transfuzijsko medicino.

Spremenjen je tudi Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, tako da je podana nova definicija invalidnosti, ki je opredeljena ob upoštevanju splošnih in poklicnih delovnih zmožnosti zavarovanca. Zavarovanca se ocenjuje za delo v njegovem poklicu. Glede na to, da imamo s kolegi z Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, ki delajo na invalidskih komisijah, redne delovne sestanke, bomo dileme, ki bodo nastale pri obravnavi zavarovanca v teku invalidskih postopkov, reševali sproti. Pričakujemo, da se bo tudi sodelovanje z izvajalci na njihovem področju poglobilo.

V zaključku naj poudarimo, da kljub številnim spremembam v postopku obravnave naših zavarovancev, tako pri imenovanemu zdravniku kot na zdravstveni komisiji, pričakujemo enako sodelovanje z izvajalci kot do sedaj. Želimo, da bi morebitne nastale probleme sproti in skupaj reševali, obenem pa se bomo trudili, da bi zavarovanci spremembe čim manj čutili pri obravnavi. ■

Spletna stran Zdravniške zbornice Slovenije

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



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 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 notni 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 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.

Nova spoznanja o zdravljenju Alzheimerjeve demence in epilepsije

Dušan Butinar

Med 26. in 29. oktobrom 2002 je bilo na Dunaju 6. letno srečanje Evropskega združenja nevroloških društev (*European Federation of Neurological Societies, EFNS*). Ko sem v Ljubljani prebiral program srečanja, je bil videti mešanica vsega in ni vzbujal visokih pričakovanj.

Izkazalo pa se je prav nasprotno: predavanja so bila zelo dobra.

V okviru satelitskega simpozija z naslovom *The nicotinic footprint in dementia: Fact or fiction* so predavali Alfred Maelicke iz Nemčije, Luc Truyen iz ZDA, Antonio G. Garcia iz Španije ter Peter De Deyn iz Belgije.

Zanimivo je bilo predvsem prvo predavanje. Prof. Maelicke je poročal, da galantamin z alosteričnim učinkom na ligande napravi nikotinske receptorje bolj občutljive na delovanje acetilholina. Na ta način pospešuje holinergični prenos in sproščanje drugih neurotransmitorjev, vključno glutamata, gabe in dopamina. To pojasnjuje, zakaj galantamin dosega pomembno izboljšanje pri Alzheimerjevi demenci (AD). Deluje pa tudi nevroprotektivno. Vpliv galantamina na sproščanje dopamina v substanciji nigri se kaže zlasti z ugodnimi učinki na nekognitivne simptome in znake, kot so halucinacije, razdražljivost, depresija in agresiv-

nost bolnikov z AD. Slikanje s PET je pokazalo, da se poveča tudi presnova glukoze v možganih. Ti učinki so neodvisni od zaviranja acetilholinesteraze in jih ni videti pri drugih zdravilih, kot sta rivastigmin in donepezil.

Luc Truyen je v svojem predavanju dodal, da galantamin kot nikotinski APL deluje na glutaminergični in dopaminergični sistem in s tem učinkuje na pozornost, učenje in spomin. Te učinke - pri AD je predvsem pomemben učinek na pozornost - so pokazali rezultati randomizirane klinične študije, s katero so primerjali učinkovitost in varnost donepezila in galantamina po

enoletnem zdravljenju 180 bolnikov z zmer-no do hudo AD (*ocena po kratkem preizkusu spoznavnih sposobnosti* med 9 in 18). Bolni-ke so naključno razporedili v štiri skupine: dve sta prejemale galantamin (12 in 24 mg na dan), dve pa donepezil (5 in 10 mg na dan). Da bi lahko primerjali učinkovitost zdravil, so vse bolnike testirali z vrsto kog-nitivnih, pozornostnih in funkcijskih testov ter testov obnašanja. Spremembe so merili z obremenjenostjo skrbnikov in uporabo pripomočkov. Študija je pokazala, da galan-tamin deluje na kognitivne sposobnosti (zla-sti na pozornost bolnikov) bolje kot done-pezil.

Antonio Garcia je s svojo skupino razi-skoval nevroprotektivno vlogo galantamina. Njegov neposredni učinek na nikotinske re-ceptorje in nevroprotektivni učinek so pre-verjali na kromafinih celicah goveda in na celicah človeškega nevroblastoma. V obeh modelih so - najverjetneje zaradi zaviranja vstopa ionov Ca^{++} v celico - z galantaminom preprečili celično smrt ali apoptozo. Da galantamin zavira propad celic pri AD, naka-zuje tudi ugotovitev, da so imeli bolniki, ki so eno leto prejemale galantamin, seštevek ADAS-kog enak ali celo večji kot na začetku zdravljenja.

Peter De Deyn je poročal o dolgotrajnih učinkih zdravljenja z galantaminom. V svo-jih študijah je ugotovil, da se je skupini bol-nikov z galantaminom seštevek ADAS-kog v 36 mesecih v povprečju zmanjšal za 10 točk, ob tem da se je pri 17,3 odstotka bol-nikov seštevek ohranil ali celo izboljšal. Pri bolnikih, ki niso prejemale galantamina, se je seštevek po 24 mesecih v povprečju zmanj-šal za 12 točk, po 36 mesecih pa že kar za 18 do 22 točk. Galantamin je torej zavrl kogni-tivni upad za približno 18 mesecev v primer-javi s placebom; ima torej dober varnostni profil in ga bolniki dobro prenašajo tudi do 36 mesecev zdravljenja.

Tudi drugi satelitski simpozij, *Topirama-te: from epilepsy to migraine*, ki ga je organi-ziral Jansen-Cilag, je bil zelo zanimiv. Eli-nor Ben Menachem iz Göteborga je poro-čala o raziskavi, ki kaže, da je bilo do 83 od-stotkov bolnikov, ki so jemali topirammat v monoterapiji, 6 mesecev brez epileptičnih napadov. Delež bolnikov, ki napadov niso imeli eno leto, je znašal od 59 do 76 odstot-kov, odvisno od odmerka. Rezultati te naj-novejše raziskave potrjujejo, da topirammat v monoterapiji učinkovito doseže najpomem-bnejši cilj zdravljenja epilepsije: preprečitev napadov. Enakega pomena je tudi hitro do-seganje učinka: v skupini opazovanih bol-nikov se je število napadov pomembno zmanjšalo že po dveh tednih.

Na predavanju *Pathophysiology and phar-macology of L-dopa induced dyskinesias* Jo-nathana Brotchieja iz Manchestra smo iz-vedeli, da draženje receptorjev AMPA sproži diskinezije, ki jih povzročata L-dopa. Topira-mat je zdravilo, ki takšne diskinezije lahko ustavi, ker jih antagonisti NMDA lahko blo-kirajo. Poleg tega so poročali tudi o uspe-šnosti topiramata v zdravljenju esencialne-ga tremorja.

Med predavanji o vodilnih temah jih je bilo nekaj tudi o osnovnih mehanizmih epi-lepsij. Vodila sta jih David Chadwick iz Li-verpoola in Ivan Rektor iz Brna. John G. R. Jefferys iz Birminghama je govoril o genet-skih mehanizmih epilepsij. Najprej je poja-snil celične mehanizme žariščnih in genera-liziranih epilepsij, nato pa predstavil novejša odkritja v genetiki epilepsij. Generalizi-rane epilepsije in vročinske krče plus, na pri-mer, lahko povzročita dve različni mutaciji: ena je na področju inhibicijskih receptorjev gaba in onemogoča učinkovito inhibicijo njenih nevronov, druga pa povzroča mot-njo kanalčkov Na^+ , kar podaljšuje akcijski potencial in s tem moti ekscitacijske funk-cije.

Prof. Michel Baulac, Michel Le Van Qu-yen, Vincent Navarro in Jacques Martinerie iz Pariza so poročali o napovedi epileptič-nega napada iz encefalograma. Ker je nenad-nost napada največja grožnja za bolnike in je najpogostejši vzrok za invalidnost in smrt, lahko pravilna napoved napada pridobi čas za preventivne ukrepe in izboljšanje življe-nja. Predvsem nelinearne analize, ki lahko zajemajo nekaj minut pred napadom, so po-kazale razvoj v smeri napada, vendar je za to pri epilepsijah senčnega režnja potrebno intrakranialno (invazivno) snemanje.

Munir Pirmohamed iz Liverpoola je go-ovoril o mehanizmih neodzivnosti na zdravi-la in o njihovem pomenu za epilepsijo. Dolgotrajne izkušnje so pokazale, da je okoli 20 odstotkov bolnikov neodzivnih na zdrav-ljenje s protiepileptičnimi zdravili. Mehaniz-mi niso znani. V zadnjem času je veliko raz-iskav transportnih črpalk P-glikoproteina (Pgp) in proteina neodzivnosti na več zdravi-l (*multi-drug resistance protein 1*, MRP1), ki so ju veliko našli v možganskem tkivu, od-stranjenem med kirurškim posegom.

V Sloveniji poznamo topirammat kot učin-kovito sredstvo za dodatno zdravljenje te-rapevtsko odpornih epilepsij, kot edino zdravilo proti epilepsiji pa smo ga doslej red-ko predpisovali. Vemo, da našim bolnikom, ki so ga prejemale doslej, ni povzročal po-membnih stranskih učinkov, ob novih po-ročilih o njegovi uspešnosti pa pričakujemo, da se bo tudi pri nas izkazal kot novo učin-kovito zdravilo za monoterapijo epilepsije.

Galantamin je v Sloveniji na trgu šele do-brega pol leta, tako da z njim še nimamo iz-kušenj. Po poročilih iz tujine si lahko od nje-ga veliko obetamo.

Skratka, sestanek me je prijetno presene-til z zelo dobrimi predavanji in z veliko no-vostmi.

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

Pomen kakovostnega zbiranja in obdelovanja zdravstvenih podatkov

Dorjan Marušič, Tanja Mate

Od 2. do 5. oktobra je v Innsbrucku potekala že 18. mednarodna konferenca PCSE (Patient Classification Systems Europe) pod naslovom *There is gold in your data - for you and your patients*.

Naslov razkrije usmeritev tokratne konference, ki je želela poudariti pomen kakovostnega zbiranja in obdelovanja podatkov, celovitosti dokumentacije in učinkovite klasifikacije za vse udeležence v zdravstvenem sistemu: načrtovalce, plačnike in izvajalce. Razprave so bile usmerjene v klasifikacijske sisteme, način in potek zbiranja podatkov v informacijski dobi ter v samo kakovost podatkov, ki so podlaga za financiranje, kakovost, učinkovitost, primerjavo in nadzor sistemov zdravstvenega varstva. Zlato okolja zdravstvenega sistema namreč pomeni učinkovitost, zadostnost, varnost, pravočasnost in najvišjo možno kakovost ob optimalnih virih sredstev. Po vsem svetu poteka raziskovanje novih modelov financiranja za bolnišnično ter specialistično obravnavo, za prilagoditev tveganja zavarovalnic ter natančno usmerjenih parametrov za karakterizacijo zdravstvenega sektorja. Pomembna je bila tudi predstavitev nemške izkušnje s spreminjanjem in uvajanjem avstralskega DRG pri financiranju bolnišnic.

Na konferenci je sodelovalo preko 350 predstavnikov iz 36 držav iz petih kontinentov. Ob predstavnikih s večine držav Evropske unije so bili prisotni tudi predstavniki ZDA, Kanade, Avstralije in Japonske. Med prisotnimi je bilo tudi devet predstavnikov Slovenije, po trije z Ministrstva za zdravje, Projekta upravljanja sistema zdravstvenega varstva in iz Kliničnega centra. Tako je bilo tudi letos, kakor že na lanskoletni konferenci v Belgiji, prisotno številno predstavništvo iz Slovenije. To je verjetno v veliki meri razložljivo s potekajočo reformo sistema financiranja v Sloveniji.

Tokratno predstavništvo je na konferenci zapustilo globok vtis s kar tremi članki in de-

javnimi predstavitvami ter sodelovanjem v razpravah. Že prvega dne je Smiljana Slavec predstavila prispevek "Zlato v podatkih - komu mar?", v katerem je skupaj s soavtorjema Dorjanom Marušičem in Sonjo Grobovšek razložila obstoječi sistem zbiranja podatkov in precejšnjo nezainteresiranost za vsebino v preteklosti. Ob tem so opisali dogajanja od lanske jeseni dalje, ko je Ministrstvo za zdravje pričelo intenzivno analizirati zbrane podatke in je s pridobljenimi rezultati tudi nastopilo v dogovarjanjih z bolnišnicami. Potem je bil namreč opazen velik premik v zanimanju za podatke in analize znotraj bolnišnic, kar neposredno vpliva tudi na izboljšanje kakovosti pri vnosu podatkov.

Drugega dne je Dorjan Marušič na plenarnem zasedanju predstavil Analizo slovenskega sistema zdravstvenega varstva od leta 1992 do 2002, ki jo je sestavil skupaj s soavtorjema Tanjo Mate in Donom Hindlom. Zgodovinski prikaz poglobljene analize, predstavitev potekajoče reforme, kratkočasno vpeljane novosti in usmeritve v bližnjo prihodnost so zaokrožile predstavitev, ki je sprožila živahno razpravo, sodelujoči pa so pokazali veliko zanimanje za potekajoče spremembe v Sloveniji. Istega dne je Jaka Ceglar predstavil Ekonomsko-finančno primerjavo dializnih centrov v Sloveniji, v kateri je po pridobljenem soglasju vseh dializnih centrov v Sloveniji skupaj z Dorjanom Marušičem, Bojanom Vujkvcem in Rafaelom Ponikvarjem prikazal kadrovske zasedenosti, pridobljena in porabljena sredstva po centrih ter s preprostimi primerjavami ugotavljal učinkovitost centrov.

Vzporedne sekcije so bile združene po vsebinskih sklopih: Klasifikacije, Data mining, Analize stroškov, Informacijski sistemi za case mix menedžment, Klasifikacije bolnikov, Primeri DRG-razvoja v Evropi, Avstrijski case mix, Klinični menedžment, Procesi sprememb, DBC iz Nizozemske, Mednarodni razvojni projekti, Financiranje,

Evalvacija, Kodiranje.

V sekciji, posvečeni klasifikacijam, je bilo predstavljenih pet raznolikih prispevkov, ki so se vsak na svoj način dotikali teme klasificiranja podatkov. Posebej bi izpostavila predstavitev Rosemary Roberts z naslovom "Modelling ICD-10AM", v kateri je predstavila klasifikacijo in se dotaknila problema beleženja kod diagnoz. Pri tem je opozorila na velik pomen pravil za kodiranje ("coding rules").

Sekcija o klasifikaciji bolnikov je obsegala štiri predstavitve. Predstavitev Lennarta Carlssona "Updating the ACG situation in Sweden" je predstavila možnost grupiranja bolnikov v primarnem zdravstvu. Posebej zanimivi sta bili predstavitvi predstavnikov Japonske, Jisa Okochija in Taija Takahashija, ki sta predstavila tipologijo TAI (Typology of the Aged with Illustrations). Po tej tipologiji razvrstijo ostarele ljudi v posamezne razrede glede na njihove fizične in mentalne sposobnosti.

Procesi sprememb so bili predstavljeni s petimi predstavitvami, ki so se nanašale na spremembe, povezane s sistemi klasifikacije. V predstavitvi "Consequences of the prospective payment system in Germany for stroke-care" je bila predstavljena analiza primerov kapi, ki so bili zabeleženi v letih 1997 in 1998 v 30 nemških bolnišnicah. Narejena je bila primerjava obravnav kapi po različnih oddelkih (interna medicina, nevrologija, enote za obravnavo kapi) in projekcija plačevanja po DRG za te različne oddelke.

Izjemno zanimanje je veljalo sekciji razvoja modela DBC oziroma angleško DTC (Diagnosis Treatment Combination), ki ga uvajajo na Nizozemskem. DBC je zelo povezan s kliničnimi potmi in predvideva spremljanje bolnika od pojava njegovih problemov do ozdravljenja. Prikazana uporaba DBC-ja v bolnišnicah je obsegala obiske pacienta pri specialistih in hospitalizacijo. Izbrana pot reforme financiranja bolnišničnega zdravstvenega varstva v vključeva-

njem kliničnih strokovnjakov od specialistov, preko medicinskih sester do vseh zdravstvenih sodelavcev je idejno sorodna predlagani reformi v Sloveniji s klinično potjo. Zaradi sorodnih pogledov so bili stiki z nizozemskimi strokovnjaki zelo pristni in delovni. Njihovi strokovnjaki bodo sistem še letos predstavili v Sloveniji.

V sekciji o informacijskih sistemih za case mix menedžment je večina predavateljev poročala o obstoju entitet v njihovih državah, ki se na širšem prostoru, po možnosti nacionalnem, ukvarjajo z zbiranjem, obdelavo in analizo podatkov DRG. Vendar, z nekaterimi izjemami, ostaja občutek, da stanje v drugih državah ni bistveno drugačno od stanja v Sloveniji. Tako v praksi delujejo različne organizacijske enote, ki pa med seboj niso neposredno povezane v celovit nacionalni center. Njihove funkcije so primarno vezane na delovanje zavarovalniških združenj, nacionalnih inštitutov za zdravje, univerzitetnih okolij, ponekod celo na delovanje t. i. DRG-inštitutov.

Posebej zanimiva je bila okrogla miza o izvajanju DRG v 20 državah, kjer je vsak od

panelistov v nekaj minutah predstavil stanje v svoji državi glede uporabe podatkov DRG za potrebe upravljanja in zdravstvene politike. Odgovori na sicer standardizirana vprašanja, kot so npr.: kdo ima dostop do izvornih podatkov, kateri so nameni in metode analiz, kje so objavljeni rezultati analiz ipd., so pokazali cel spekter rešitev. Od zelo zaščitene podatkov v Veliki Britaniji in medsebojnega nezaupanja izvajalcev v Nemčiji, do objave celotnega nabora depersonaliziranih podatkov na spletu v mnogih drugih držav z razvito informacijsko podporo.

Sekcija o DRG-gruperjih je povzela rdečo nit celotnega posvetovanja o tekmovalnosti med različnimi komercialnimi programskimi rešitvami s področja DRG. Posebej je očitna napetost med amerškimi (3M) in avstralskimi rešitvami. Primerjavi med njimi sta bili namenjeni vsaj dve samostojni predstavitvi, kjer je bilo očitno, da so v bitko vključeni veliki interesni sistemi. Glede na odlično obiskanost teh predavanj lahko sodimo, da gre za aktualne teme, s katerimi se ukvarjajo na celotnem prostoru DRG. Slovenija, kot relativno nova na tem

področju, ni izjema.

Namesto zaključka lahko povzameva, da se je Slovenija prvič predstavila s svojimi izkušnjami ter načrti za uvajanje novega sistema financiranja bolnišničnega zdravstvenega varstva. Posebej pomembna je pridobitev organizacije mednarodne konference PCS/E v letu 2005, ko bomo najverjetneje lahko poročali o posledicah uvedenih sprememb, do katerih bo prišlo v naslednjih dveh letih. Pred tem bosta še dve konferenci, in sicer prihodnje leto v ZDA in leto kasneje na Madžarskem.

Z dejavnim sodelovanjem v programskem odboru, katerega član je bil Dorjan Marušič, in z vzpostavljenimi tesnimi stiki s strokovnjaki smo dosegli osnovne cilje udeležbe na srečanju. Izmenjane in pridobljene izkušnje in znanja, zastavljena sodelovanja na skupnih projektih, načrtovane izmenjave obiskov s prikazi nam bodo v veliko oporo pri premagovanju glavnih ovir pri razvoju novega sistema financiranja zdravstvenega varstva. ■

Poletna šola za arterijsko hipertenzijo v Glasgowu

Jarmila Trček Breznikar

Evropska zveza za arterijsko hipertenzijo prireja vsako leto poletne šole za arterijsko hipertenzijo v različnih krajih Evrope. Član te zveze je tudi Slovensko društvo za arterijsko hipertenzijo, katerega predsednik je doc. dr. Rok Accetto, dr. med., ki mi je omogočil udeležbo na letošnji poletni šoli od 14. do 20. septembra v Glasgowu, za kar sem mu zelo hvaležna. Univerza v Glasgowu ima 550-letno tradicijo, prav tako pa ima dolgoletno tradicijo tudi klinični oddelek za arterijsko hipertenzijo na tej uniiverzi. Ustanovljen je bil leta 1968 in vsesko-

zi od ustanovitve razvija bogato raziskovalno delo, hkrati pa vodi centralni register bolnikov na Škotskem, ki trenutno šteje prek 11.000 bolnikov.

Glavna organizatorica letošnje poletne šole je bila prof. Anna F. Dominiczak, ki je prišla tja pred enaindvajsetimi leti iz Poljske ter je danes ena vodilnih raziskovalk na področju arterijske hipertenzije, njeno ožje področje raziskovanja pa je genetika.

Na letošnji poletni šoli je sodelovalo 50 zdravnikov iz 29 evropskih držav, kar pomeni, da je bila predstavljena vsa Evropa.

Strokovni del programa je bil pester, od genetike in molekul, epidemiologije in kliničnih raziskav, renin-angiotenzin-aldosteronskega sistema, žil in nevrnalne regulacije ter kliničnih vidikov bolezni ledvic in metabolnega sistema. Sodelovali so mnogi ugledni strokovnjaki, dobra tretjina pa je bila domačih iz Glasgowa. Angleži so rojeni retoriki, njihova predavanja pa osnovana kot prava gledališka igra z uvodom, zapletom, vrhom, razpletom ter zaključkom. Svoje nastope so dosledno začinili s kančkom humorja ter zelo nazornimi skicami in ponostavitvami.



Udeleženci letošnje poletne šole za arterijsko hipertenzijo v Glasgou

Prekinjanje profesorja med predavanji ni nevljudno, temveč celo zelo zaželeno, saj naj bi bilo odraz dejavnega sodelovanja.

Prva dva dneva sta bila posvečena predvsem genetiki. Prof. John Reid iz Glasgowa je poudaril pomen zdravljenja arterijske hipertenzije, ki pomembno zmanjšuje tveganje tako za možgansko kot srčno kap. Prof. Xavier Jeunemaitre iz Pariza je svoj prispevek posvetil predvsem genetiki primarne hipertenzije in identifikaciji genov, ki povzročajo nekatere redke monogenske oblike arterijske hipertenzije, ki se kažejo kot zelo zgoden začetek hipertenzije, ponavadi že v otroštvu, s pogostim pojavljanjem kapi v družini in močno penetranco, kot so npr. Liddlov sindrom, Ulickov sindrom, Gordnov sindrom in še mnogi drugi. Prof. Anna F. Dominiczak je predstavila svoje znanstvenoraziskovalno delo, tj. zlasti poskuse identifikacije multiplih genov, odgovornih za nastanek sekundarne hipertenzije, in prihodnost genske terapije na področju srčno-žilnih bolezni.

Vneto razpravo in provokativna vprašanja je sprožila dr. Sadaf Farooqi iz Cambridgea s svojim predavanjem o genetskih vidikih pri resni, hudi debelosti pri otrocih. Navedla je podatek, da je s svojo raziskovalno skupino identificirala pet prekomerno težkih otrok, pri katerih so ugotovili prirojeno pomanjkanje beljakovine leptina. Ta mot-

nja se že pri otrocih pokaže kot ekscenčna debelost, hiperfagija ter hipogonadizem. Zdravljenje z rekombinantnim humanim leptinom je prineslo osupljive rezultate. Petindevetdeset odstotkov otrok je hitro izgubilo povečan tek in s tem postopno tudi telesno težo. Po 12 mesecih zdravljenja je pri njih prišlo tudi do razvoja sekundarnih spolnih znakov ter začetne menarhe pri starejših deklicah.

Dr. Andrew Baker, tudi iz Glasgowa, je govoril o vektorjih genskega prenosa, kot so adenovirusi, retrovirusi, in o nevirusnih vektorjih pri gensko nadomestni terapiji, njihovem velikem pomenu v prihodnosti ter žal tudi o njihovih omejitvah.

Prof. Renata Cifkova iz Prage je svoje predavanje posvetila epidemiologiji arterijske hipertenzije. Poudarila je velik pomen uvedbe diete, bogate s sadjem in zelenjavo ter nizko vsebnostjo maščob, pri znižanju in uravnavanju krvnega tlaka. Prav tako je dokazano, da štirideset minut dejavne telesne vadbe trikrat na teden pomembno znižuje krvni tlak. Opozorila je tudi na pojav rezistentne hipertenzije pri nekaterih pacientih, kjer se v ozadju nemalokrat skriva prekomerno pitje alkoholnih pijač.

V nadaljevanju je požel precej pozornosti dr. David Webb, ki je predaval o metodi analize pulznega vala, s katero lahko ocenjujemo elastičnost žil in napovemo tveganje

za nastanek srčno-žilnih bolezni pri posameznem bolniku.

Prof. Mike Lean, ki je med drugim tudi odličen plesalec škotskega nacionalnega plesa Ceilidh, kar je dokazal zadnji večer, je zadnji dan zaključil s predavanjem o povezavi med debelostjo in arterijsko hipertenzijo. Dokazano je, da je hipertenzija povezana s pridobitvijo telesne teže oziroma povečanjem telesnih maščob. Je relativno redka pri tistih z idealno telesno težo (BMI 20-21) in se povečuje, ko BMI narašča, celo znotraj normalnih mej (BMI 20-25) in še bolj ostro nad to mejo.

Udeleženci poletne šole smo obiskali tudi laboratorijske prostore, ki so del tamkajšnje bolnišnice oziroma univerze. V njih se porajajo mnoge nove ideje ter opravljajo svetovno odmevne študije.

Poleg stroke smo udeleženci spoznali tudi del Škotske. Obiskali smo pravilni grad Stirling, ležeč visoko na vulkanski pečini, ki je odigral pomembno vlogo v zgodovini Škotske, danes pa predstavlja nekakšen simbol nacionalnega ponosa. Impresiven je bil tudi izlet v zganjarno Glengoyne, kjer že vse od leta 1833 proizvajajo "Scotch Whiskey", na katerega so zelo ponosni, ne pa tudi na prekomerno uživanje alkohola, kar je tudi pri njih problem.

Letošnja poletna šola je bila vrhunsko organizirana. Poleg strokovnega izobraževanja so se ob prijetnem druženju spletla nova znanstva in nove prijateljske vezi med udeleženci, ki so pogosto v ozadju za trajno mednarodno sodelovanje, na kar organizatorji danes še posebej mislijo oziroma kar implicitno programirajo.

Prav tako kot Evropska zveza za arterijsko hipertenzijo tudi naše Slovensko društvo za arterijsko hipertenzijo organizira vsakoletna srečanja, ki so med najbolj obiskanimi. K temu nedvomno prispeva tako visoka raven organizacije srečanj kot tudi premišljeno in strokovno dovršene izbrane teme predavanj, ki jih predstavijo domači in tuji predavatelji.

Udeležbo na srečanju je omogočil: Lek, d. d.

Drugi kongres Evropske delovne skupine za kakovost v družinski medicini

Janko Kersnik

Od 21. do 23. novembra sem se v Lizboni udeležil 2. kongresa Evropske delovne skupine za kakovost v družinski medicini z naslovom Kakovost v družinski medicini: Od idej do uporabe. Skozi 10-letno delovanje Združenja se je namreč pokazalo, da so prizadevanja nacionalnih predstavnikov premalo za učinkovito širjenje filozofije kakovosti. Politikov na mednarodni in državni ravni so polna usta kakovosti. Sladke besede pogosto nasedejo na čeri dejanskega stanja oz. na fevdalnih mejah znotraj sistema zdravstvenega varstva. Seveda so poleg retorike možni številni "kozmetični" ukrepi, ki pa ne morejo prinesiti nujnega globljega izboljšanja. Če želimo na tem področju narediti korak naprej, so potrebni koreniti posegi. Zanje so poleg inovativnih idej potrebni tudi sveži strokovnjaki, ki znajo organizirati delo v zapletenih sistemih, kot je zdravstveni. Kljub temu, da kmečki (zdravniški) pulti v načelu ne morejo doseči zastavljenih ciljev, so znanilec neizogibnih sprememb. Za boljše delo je potrebno prestrukturiranje. S projektom prenove sistema zdravstvenega varstva le-to že trka na vrata. Upajmo, da ne bo zgorelo v dinastičnih bojih partnerjev.

Delovna skupina je pripravila spletni ocenjevalni list o vodenju zdravstvenega kartona, ki ga bo lahko vsakdo prosto uporabljal. Podobno kot v slovenskem projektu kakovosti bo posameznik lahko vnesel podatke o kakovosti vodenja zdravstvenega kartona in si obdelane podatke ogledal v primerjavi s podatki kolegov po svetu. Dostop do vprašalnika je preko spletne strani EQuIP-a (www.equip.ch). Sodelovanje je anonimno, dostop do podatkov pa ima posameznik preko gesla.

V sodelovanju z Evropsko akademijo učiteljev v družinski medicini (EURACT) smo pripravili dokument o pomenu vključitve sodelovanja pri projektih kakovosti v formalni sistem stalnega strokovnega usposab-

ljanja. Raziskave namreč kažejo, da običajni frontalni način posredovanja znanja bistveno ne spreminja sloga dela zdravnikov, medtem ko različne oblike izboljševanja kakovosti kažejo ravno nasprotno. O tem je razpravljala tudi že Zdravniška zbornica Slovenije, zato verjamem, da verjetno lahko kmalu pričakujemo spremembe glede dodeljevanja kreditnih točk.

Konference se je udeležilo 130 strokovnjakov iz 20 držav, ki delajo na področju kakovosti v družinski medicini. Na konferenci so bile posebej izpostavljene številne teme, pomembne za razvoj kakovosti. Znašli smo se v obdobju nekritičnega merjenja našega dela za potrebe zdravstvene politike, zavarovalnic in javnosti. Del teh prizadevanj so tudi kazalci kakovosti, ki so postali del realnosti v večini držav ali pa načrtujejo njihovo uvedbo v bližnji prihodnosti. Pri merjenju in pri kazalcih kakovosti pogosto manjkajo ključni koraki kroga kakovosti: izbira namena oz. cilja ocenjevanja, načrtovanje in spodbujanja sprememb ter preverjanje uspeha sprememb. Odlična orodja izboljševanja kakovosti se vedno pogosteje uporablja v namene, za katere niso bila namenjena - nadzor, kaznovanje, nagrajevanje in etiketiranje. Večina raziskav v medicini je v javni domeni, zato ni čudno, da je že prišlo do prve zlorabe instrumentov za ocenjevanje kakovosti v komercialne namene zavarovalnic, in sicer z namenom rangirati izvajalce, da bi diferencirali plačevanje storitev. Seveda se ni moč zanašati samo na notranjo motivacijo posameznikov, da bodo sledili sodobnim strokovnim spoznanjem, in so zato potrebne različne spodbude. Žalostno je, če vse zdravnike in druge zdravstvene delavce spravimo na isti skupni imenovalec latentnih lenuhov, namernih kršiteljev dobre prakse in storilcev zdravstvenih napak. Motivacijo je zato možno doseči le z usklajenimi prizadevanji zdravstvene politike, vodilnih v zdravstvu in pobud tistih, ki neposredno izvajajo

zdravstveno oskrbo.

Poleg plenarnih zasedanj so potekale delavnice o pomenu vodenja, o ocenjevanju ambulant, kazalcih kakovosti, o vodenju krožkov kakovosti, zdravstvenih napakah, vključevanju bolnikov in obvladovanju zapletenih sistemov, kot je zdravstvena ustanova. Na paralelnih predavanjih in razstavi sponzorjev so avtorji predstavili 60 projektov in raziskav s področja kakovosti. Sam sem predstavil izsledke poročila o stanju kakovosti v družinski medicini v Sloveniji.

Po desetih letih vodenja skupine smo se poslovili od prof. Richarda Grola. S kratkimi osebnimi pismi članov delovne skupine, vezanimi v spominsko knjigo, smo se mu zahvalili za njegov prispevek k razvoju kakovosti v številnih evropskih državah in k našemu osebnemu razvoju. V naslednjem dveletnem obdobju bo EQuIP vodil prof. Joachim Szescenyi iz Heidelberga, kjer bo naslednje leto 3. kongres Evropskega združenja za kakovost v družinski medicini, kot se delovna skupina po novem imenuje. Pred tem bomo delovno skupino gostili pred Evropskim kongresom družinske medicine WONCA EUROPE 2003 v Ljubljani na delovnem srečanju od 16. do 18. junija 2003 v Sloveniji. Od 610 prispelih izvlečkov za ta kongres jih 130 obravnava različne vidike kakovosti in raziskav s tega področja. Upam, da bo bližina mednarodnega kongresa privedla tudi marsikoga od bralcev.

Fizikalna in rehabilitacijska medicina

Klemen Grabljevec

Slovensko združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino (v nadaljevanju FRM) je drugi kongres po osamosvojitvi organiziralo od 3. do 5. oktobra v Portorožu. Vodilna tema kongresa je bila za naš prostor in čas nadvse primerna: Kompleksna rehabilitacija starostnikov.

Mednarodno raven kongresa so upravičili vabljeni predavatelji iz sosednjih držav: prof. Veronika Fialka Moser z Dunaja, prof. Lajos Kullmann iz Budimpešte, prof. Paolo diBenedetto iz Vidma, prim. Ladislav Krapac iz Zagreba in dober znanec slovenskih fiziatrov - prof. Reuben Eldar iz Raanane v Izraelu.

Glede na podatke prof. Fialke Moser lahko le 26 odstotkov moških in 18 odstotkov žensk v Evropi, danes starih 65 let, pričakuje, da bodo do smrti ostali telesno neovirani, ostali pa bodo tako ali drugače ovirani zaradi bolezni ali poškodb. Tudi v bogatejših državah prisotna revščina, hladna in neustrezna stanovanja starostnikov ter celodnevna osamelost stopnjujejo neugodne predispozicije za pojav telesne oviranosti. Več kot izziv torej za rehabilitacijsko medicino, da poišče nove koncepte in smernice za obravnavo starostnikov.

Poleg prispevkov, ki so (tradicionalno) predstavili specifično rehabilitacijsko obravnavo bolezni, ki poleg ostalih starostnih skupin seveda prizadenejo tudi (ali predvsem) najstarejše (možganska kap, okvara hrbtenjače, poškodba glave, amputacija spodnjih udov), so po številu izstopali prispevki o rehabilitacijski obravnavi zloma kolka in po vsebini prispevek o potrebah odraslih oseb s cerebralno paralizo. Slednji je prikazal prvo sliko stanja odraslih oseb v Sloveniji, ki imajo cerebralno paralizo. Stanje je dokaj zaskrbljujoče: vsaj dve tretjini jih pri povprečno 33 letih živi s starši,

17 odstotkov je nezaposlenih in 14 odstotkov jih je brez vsake izobrazbe. Le slaba tretjina se jih lahko samostojno giblje brez pripomočkov in 60 odstotkov jih vsaj občasno potrebuje voziček za premikanje, ob tem pa ima 77 odstotkov odraslih s cerebralno paralizo vsaj občasno bolečine, ki so moteče pri delu in dnevnih dejavnostih.

Vsi prispevki, ki so obravnavali proble-

matiko zloma kolka pri starostnikih, so za predstavitev rezultatov vsaj delno uporabili ocenjevalne lestvice. Izkazalo se je, da je standardizirana Lestvica funkcijske neodvisnosti (FIM - "Functional Independence Measure") skupaj s testi hoje (*test hoje na 10 metrov za hitrost in test hoje v 9 minutah za vzdržljivost*) dovolj občutljiva in zato primerna za ocenjevanje izida rehabilitacije po zlomu

kolka. Pobožna želja ostaja, da bi komisije ZZZS, ki obravnavajo predloge za (ne)podaljšanje zdraviliškega zdravljenja po zlomu kolka, lestvico FIM sprejele kot merilo za določanje upravičenosti bolnika do podaljšanja zdravljenja.

Po zaključenem strokovnem delu kongresa je potekala tudi redna letna skupščina, na kateri se je z mesta predsednika poslovil neurtudni prim. mag. Aleš Demšar, prisotni pa so volili novo vodstvo. Kolega prim. mag. Demšar je Združenje za FRM učinkovito in uspešno vodil zadnjih šest let in bil na čelu organizacijskih odborov obeh dosedanjih kongresov. Postavil je nove temelje njegovega delovanja ter mu s svojim kolegijskim odnosom in "gentlemanskim" pristopom vtisnil trajen pečat.

V slovesnem delu skupščine je Združenje za FRM podelilo naziv "častni član Združenja za FRM" prim. Ruži Ačimovič Janežič in prim. Rajku Turku za dolgoletno uspešno delo na področju rehabilitacijske medicine.

Novo vodstvo Združenja za FRM: predsednica: prim. asist. Hermina Damjan, dr. med. (IRSR, Ljubljana), podpredsednik: Dragan Lonžarič, dr. med. (SB Maribor), blagajničarka: Martina Bregar, dr. med. (ZZZS - OE Novo mesto), tajnik: Klemen Grabljevec, dr. med. (IRSR, Ljubljana).



Prim. Aleš Demšar izroča priznanje prim. Rajku Turku ob podelitvi naziva častnega člana Združenja za FRM. (Foto: R. Šavrin)

Srečanje mednarodnega združenja za ginekološki rak

Iztok Takač

V Seulu je od 20. do 24. oktobra 2002 potekalo že deveto, bienalno srečanje Mednarodnega združenja za ginekološki rak (IGCS).

IGCS je relativno mlada organizacija, ki je bila leta 1987 ustanovljena kot multidisciplinarno združenje ginekoloških onkologov in drugih strokovnjakov, ki se ukvarja s problematiko zdravljenja bolnic, zbolelih za ginekološkimi raki. Združenje izdaja revijo *International Journal of Gynaecological Cancer*, v katerem so objavljeni kakovostni članki s področja ginekološke onkologije.

Predsednik združenja, leta 2000 izvoljeni Sergio Pecorelli, je ob tej priložnosti predal funkcijo Gillian Thomas, ki je bila izvoljena za naslednji dveletni mandat.

Na srečanju je sodelovalo čez 900 udeležencev iz preko 50 držav. Srečanje je potekalo v obliki predavanj, seminarjev in predstavitve posterjev.

W. Wu in J. Kavanagh iz M. D. Anderson Cancer Center, Houston, sta v plenarnem predavanju predstavila pomen proteomike v raziskavah raka. Izraz "proteomika" je leta 1994 skoval Mark Wilkins s sodelavci (Macquarie University, Sydney) in se nanaša na preučevanje proteoma. Proteomika se ukvarja s proučevanjem vseh oblik beljakovin, izraženih v določenem organizmu, kot funkciji časa, starosti, stanja, zunanjih dejavnikov itd. Z drugimi besedami, proteomika označuje obnašanje sistema namesto obnašanja posamezne komponente. Po določitvi zaporedja človeškega genoma v letu 2000 se področje molekularne medicine pomika s področja genomike na področje proteomike. Ključno vprašanje na področju ra-

ziskav raka je uporaba tehnik proteomike v bazičnih raziskavah in njihova klinična uporabnost. Proteomika namreč obeta odkrivanje novih biomarkerjev in tumorskih označevalcev za zgodnje odkrivanje in diagnozo, novih beljakovinskih prijemališč za delovanje protitumorskih zdravil ter tudi novih načinov ugotavljanja terapevtske učinkovitosti in toksičnosti. Dandanes prevladuje mnenje, da je razvoj raka večstopenjski proces, za katerega je značilna akumulacija genskih sprememb, ki vodijo v spremenjene vzorce

Novost je torej v tem, da se v diagnostiki namesto posameznega biomarkerja uporabi celoten vzorec beljakovin. Tehnike proteomike obsegajo dve skupini:

- ekspresijska proteomika: dvodimenzionalna elektroforeza (2D-PAGE), večdimenzionalna kromatografija, proteinski čipi,
- funkcionalna proteomika: imunoprecipitacija, proteinski čipi, glivični dvohibridni sistemi.

Napoveduje se obsežna klinična uporaba proteomike v smislu zgodnjega odkrivanja bolezni na osnovi ugotavljanja različnih proteomskih vzorcev telesnih tekočin, natančnejše histopatološke diagnoze na osnovi proteomskih zapisov, individualizirane selekcije terapevtskih kombinacij, prilagojenih specifičnemu proteinskemu kompleksu, sprotnega ugotavljanja učinkovitosti zdravljenja in toksičnosti ter racionalnega prilagajanja zdravljenja na osnovi sprememb proteomskih vzorcev, ki nakazujejo odpornost na določena zdravila.

E. A. Barnes in E. Brueira iz M. D. Anderson Cancer Center, Houston, sta v

plenarnem predavanju prikazala problem utrujenosti pri bolnicah z napredovalim rakom. Utrujenost je namreč najpogostejši simptom pri bolnicah z napredovalo boleznijo. Je subjektivni občutek s fizičnimi, kognitivnimi in afektivnimi načini izražanja. Etiologija je pogosto neznana, lahko pa so prisotni številni potencialni etiološki dejavniki. Opredeljevanje utrujenosti obsega ugotavljanje njene jakosti, časovnih značilnosti, dejavnikov sprožanja in omiljevanja, stopnjo onesposobljanja in vpliv na vsakdanje



Zaključna svečanost srečanja. Četrta z leve v srednji skupini je nova predsednica IGCS, Gillian Thomas.

genske izraženosti ter v modifikacijo zgradbe in delovanja beljakovin. Po mnenju mnogih je danes ključ ozdravitve bolnikov z rakom ugotovitev bolezni v zgodnjem stadiju. Potencialna možnost uporabe proteomike na osnovi čipa v zgodnjem ugotavljanju raka je bila objavljena letos v reviji *Lancet*. Raziskovalci so z uporabo proteinskega čipa za razlikovanje proteomskih vzorcev v serumu uspeli razlikovati med ženskami z rakom jajčnikov in zdravimi ženskami oziroma tistimi z benignimi obolenji jajčnikov.

življenje. Potencialni dejavniki, ki vplivajo na utrujenost, so rakasta bolezen, zdravljenje, zapleti bolezni in zdravljenja, zdravila in drugi zdravstveni ter psihosocialni dejavniki. Za opredeljevanje utrujenosti obstajajo različna orodja. Zdravljenje utrujenosti obsega specifične (usmerjene proti potencialno reverzibilnim vzrokom utrujenosti) in simptomatske (usmerjene proti simptomom, kadar etiološki ali reverzibilni vzrok utrujenosti ni znan) posege in postopke zdravljenja. Specifični posegi obsegajo zdravljenje slabokrvnosti, metabolnih ali endokrinih motenj, kakor tudi zdravljenje bolečine, nespečnosti, depresije in anksioznosti. Simptomatsko zdravljenje obsega izobraževanje in svetovanje ter farmakološke ter nefarmakološke ukrepe. Farmakološki agensi, ki se uporabljajo pri zdravljenju utrujenosti, obsegajo kortikosteroide, gestagene in psihostimulanse. V prihodnosti si veliko obetamo tudi od preparatov, ki vplivajo na dejavnost citokinov.

G. G. Kenter iz Leiden University Medical Center in A. P. M. Heintz iz University Medical Center Utrecht sta prikazala kirurško zdravljenje raka materničnega vratu (RMV) zgodnjih stadijev. Nekateri operaterji izvajajo radikalno histerektomijo laparoskopsko. Drugi kombinirajo laparoskopsko limfadenektomijo z radikalno vaginalno histerektomijo ali radikalno trahelektomijo, podobno kot v operaciji po Schauti. Tovrstne operacije so podobne operaciji AVRUEL (abdominalno-vaginalna radikalna eksterpacija uterusa s transperitonealno limfadenektomijo). Leta 1957 jo je razvil Sindram, ki je kombiniral Wertheimovo in operacijo Schauta z abdominalno limfadenektomijo v enem posegu. Ta poseg se zaradi pogostih zapletov, težav z mikcijo in motene spolnosti ne izvaja več. Z željo po natančni analizi rezultatov kombiniranega abdomino-vaginalnega in samo abdominalnega pristopa pri zdravljenju RMV sta avtorja v retrospektivni raziskavi primerjala rezultate zdravljenja RMV po obeh operativnih metodah. Med leti 1957 in 1981 so s kombinirano abdomino-vaginalno tehniko zdravili 730 bolnic. Fistule so nastale pri 7,8 odstotka, dolgotrajni urološki zapleti pri 32 odstotkih in seksualna disfunkcija pri 9,7 odstotka bolnic. Samo abdominalni poseg so izvršili pri 928 bolnicah. Pri slednjih so fistule nastale v 2 odstotkih, dolgotrajni zapleti z mikcijo v 10 odstotkih in seksualne težave v 2 odstotkih. Preživetje je bilo enako

v obeh skupinah. Na osnovi teh podatkov sklepata, da vračanje v preteklost s ponovnim uvajanjem operacije po Schauti ni priporočljivo. Za oceno učinkovitosti laparoskopsko asistiranje radikalne vaginalne histerektomije ali trahelektomije pa je potrebno izpeljati prospektivne raziskave, ki bodo poleg preživetja ocenile tudi zaplete, težave z mikcijo in seksualno disfunkcijo.

H. Tsuda in sodelavci iz Osaka City University Graduate School of Medicine, Osaka, so pri bolnicah z napredovalim rakom jajčnikov prikazali odvisnost upadanja vrednosti CA125 od vrste sistemskega zdravljenja. Ugotovili so, da CA125 upada počasneje pri bolnicah, ki prejemajo po citoreduktivni operaciji paklitaksel. Vendar je bilo v celotni raziskavi takšnih bolnic samo 28, medtem ko je 24 bolnic prejelo shemo CAP. Raziskava je potekala od leta 1994 do 2001!

U. Saygili in sodelavci iz Dokuz Eylul University School of Medicine, Izmir, so pri bolnicah z rakom jajčnikov ugotavljali vpliv ascitesa, tumorskega volumna in peritonealne karcinomatose na vrednosti CA125. Povišane vrednosti CA125 so našli pri 80 odstotkih bolnic z nemucinoznim epitelijem rakom jajčnikov. CA125 je bil povišan pri 92 odstotkih bolnic z ascitesom in pri 97 odstotkih bolnic s peritonealno karcinozo. Pri bolnicah z ascitesom so ugotovili tudi pozitivno korelacijo med volumnom ascitesa in vrednostmi CA125. Pri bolnicah v stadiju I, ki niso imele ascitesa, niso našli korelacije med volumnom tumorjev in vrednostmi CA125. Avtorji so zaključili, da lahko količina ascitesa in peritonealna karcinoza vplivata na vrednosti CA125, medtem ko volumen tumorskega tkiva v tej raziskavi ni vplival na vrednosti CA125.

A. Ayhan in sodelavci iz Hacettepe University Hospital, Ankara, so ugotavljali vpliv citoreduktivne operacije na preživetje in obolevnost bolnic z rakom endometrija v stadiju IVB. Med leti 1977 in 1998 so zdravili 37 takšnih bolnic. Kot optimalno citoredukcijo so smatrali rezidualni tumor, manjši od 1 cm. Citoreduktivno operacijo so izvršili pri 60 odstotkih bolnic, 38 odstotkov bolnic so zdravili z obsevanjem in kemoterapijo, 27 odstotkov bolnic so zdravili samo z obsevanjem, enak delež pa samo s kemoterapijo. Bolnice s suboptimalno citoredukcijo so preživele v povprečju 10 mesecev, tiste z optimalno citoredukcijo pa 25 mesecev. V skupini bolnic z optimalno ci-

toredukcijo jih je 12 brez vidnega tumorja preživele v povprečju 48 mesecev, 10 z vidnim tumorjem pa 13 mesecev. Bolnice s konkomitantnim adjuvantnim zdravljenjem s cisplatinom in obsevanjem so v povprečju preživele 54 mesecev, tiste, zdravljene samo z obsevanjem 15, zdravljene s kemoterapijo pa le 13 mesecev. Avtorji so zaključili, da je ključ do izboljšane preživetja bolnic z rakom endometrija v stadiju IVB optimalna citoredukcija, ki ji sledi kemoradiacija.

Podjetje Merck je predstavilo novost, cepivo proti onkogenemu virusu HPV 16. Klinične raziskave uspešnosti vakcinacije so še v teku, pričakujejo pa, da bo vakcina kmalu na tržišču.

Številni avtorji so v zaključkih, zasnovanih na pregledu rezultatov prospektivnih randomiziranih raziskav, potrdili dokazano superiornost paclitaksela v zdravljenju primarnega, kot tudi recidivnega raka jajčnikov. Paclitaksel je torej v zdravljenju raka jajčnikov že standardno zdravilo.

Predstavljene novosti v diagnostiki in zdravljenju ginekoloških rakov bodo prav gotovo vplivale tudi na delo ginekoloških onkologov v Sloveniji. Predvsem na področju zmanjševanja pogostosti RMV si poleg uvajanja programa ZORA obetamo veliko tudi od vakcinacije proti HPV, katere uporaba je le še vprašanje časa (in denarja). Slovenski dosežki so tudi na področju ginekološke onkologije v samem svetovnem vrhu, občutiti je le nekoliko preveliko zadržanost naših strokovnjakov v prikazovanju svojih rezultatov.

Srečanja sva se udeležila le dva predstavnika iz Slovenije, kar je bistveno manj kot iz drugih držav in še zdaleč ne toliko, kot je naša naša udeležba na nogometnem prvenstvu, ki se je letos odvijalo v Koreji. Na srečanju predstavljeni rezultati našega dela pri širši javnosti prav gotovo ne bodo tako odmevni kot "rezultati" naših nogometašev. Vendar so Korejci prijazen in odprt narod, z izredno razvitim čutom za red in čistočo, tako da je bilo kratkotrajno bivanje v tej deželi, kljub natrpanemu urniku srečanja in dolгим uram, preživetim na podzemni železnici, prava sprostitev.

Izvečki predavanj in drugih predstavitev, vključno z našo, slovensko, so dostopni na spletni strani www.blackwellscience.com/ijg.

Mednarodni simpozij v čast profesorja Bengta Robertsona

Irena Štucin Gantar, Lilijana Kornhauser Cerar

S taro nemško univerzitetno mesto Würzburg je od 18. do 20. oktobra 2002 gostilo 450 udeležencev z vsega sveta na simpoziju, ki je bil posvečen pionirju raziskovanja surfaktanta - Bengtu Robertsonu. Ta leta 1935 rojeni švedski znanstvenik je v osemdesetih letih prejšnjega stoletja skupaj z biokemikom Torejem Curstedtom razvil prvi nadomestek surfaktanta. Od leta 1984, ko je prišel na tržišče preparat curosurf (ime je sestavljeno iz prvih dveh črk njunih priimkov), so se klinične randomizirane raziskave njegove uporabnosti pri novorojenčkih kar vrstile. Ko je bila dokazana njegova učinkovitost pri zdravljenju idiopatske dihalne stiske novorojenčka (v okviru teh raziskav smo že leta 1989 pričeli uporabljati curosurf tudi v ljubljanski porodnišnici), so po letu 1991 potekale študije za opredelitev optimalnega števila in velikosti odmerkov, raziskave zgodnjega in kasnega dajanja ter uspešnosti dajanja surfaktanta takoj po rojstvu z namenom preprečevanja dihalne stiske pri najbolj nezrelah nedonošenčkih. V zadnjih letih so raziskave usmerjene na pljučne bolezni novorojenčka, kjer je osnovna motnja inaktivacija surfaktanta (sindrom mekonijske aspiracije, streptokokna pljučnica).

Strokovni program srečanja, ki sta ga vodila Christian Speer (Würzburg) in Henry Halliday (Belfast), je obsegal vsa področja zdravljenja novorojenčka - predstavljeni so bili rezultati najnovejših bazičnih in kliničnih raziskav, podana so bila tudi priporočila za ukrepanje.

Prva strokovna tema je nosila naslov **Nezrela pljuča in surfaktanti**. Američan A. Jobe je govoril o paradoksnih vlogah antenatalnega vnetja, ki na eni strani spodbudi zorenje plodovih pljuč, hkrati pa začenja vnetno kaskado v pljučih nedonošenčka, ki kasneje vodi v kronično pljučno bolezen. Poudaril je, da ostaja cilj identifikacija mediatorjev, ki sodelujejo v obeh procesih. H.

Haagsman iz Utrechta je predstavil imunološko vlogo dveh hidrofilnih surfaktantnih beljakovin - SP-A in SP-D, ki sodita med kolektine; v prihodnosti vidi njuno uporabnost v preprečevanju in zdravljenju težkih bakterijskih okužb dihal in prebavil, saj omejujeta vnetni odgovor in sodelujeta v obrambi pred številnimi bakterijami, glivami in virusi. A. Hamvas iz St. Louisa v ZDA je prikazal prirojene napake v presnovi surfaktanta, ki se kažejo z napredujočo dihalno odpovedjo. Danes sta najbolj raziskovani napaki v tvorbi beljakovin SP-B in SP-C, ki sta dedni, potrdimo ju s preiskavo krvi (analiza DNA), aspirata sapnika (ELISA ali test WB) ali pljučno biopsijo (specifična barvanja na SP). Zaenkrat je edini način zdravljenja transplantacija pljuč. W. Taeusch iz San Francisca je primerjal značilnosti surfaktantov, ki so na voljo na tržišču. Večina jih je živalskega izvora in so zaradi zahtevnega postopka priprave zelo dragi. Učinek, ki je zaradi hitre razgradnje kratkotrajen, bo mogoče v prihodnosti izboljšati z dodatki (npr. polietilenglikola, dekstrana, hialuronske kisline), ki imajo podobne lastnosti kot surfaktantni protein A.

O trenutnem stanju na področju kliničnih raziskav zdravljenja s surfaktantom je v drugem sklopu predavanj z naslovom **Surfaktant in CPAP** (ventilacija s stalnim pozitivnim pritiskom v dihalnih poteh) predaval R. Soll iz Vermona: nesporno je, da so surfaktanti (predvsem naravni) učinkoviti pri zdravljenju in preprečevanju dihalne stiske novorojenčka, nimajo pa vpliva na pogostost kasnejše bronhopulmonalne displazije. Nedorečena ostajajo merila za dajanje nadomestnega surfaktanta (zlasti z namenom preprečevanja dihalne stiske), načini čim bolj enakomernega dajanja (npr. v obliki aerosolov) ter kombinacije z različnimi načini umetnega predihavanja. Šved O. Werner je razpravjal o škodljivem učinku velikih dihalnih volumnov na nezrela plju-

ča. Avstralec C. Morley je predstavil prednosti in slabosti nosnega CPAP-a, ki naj bi zmanjševal pogostnost kronične pljučne bolezni.

V skupini predavanj **Kisik, apnea in surfaktant** je Američan T. Merritt govoril o razširitvi indikacij za zdravljenje z nadomestnim surfaktantom (na sindrom mekonijske aspiracije, streptokokno pljučnico, bronhio-litis, astmo in celo ponavljajoče se vnetje srednjega ušesa). R. Martin iz Clevelanda v ZDA je imel pregledno predavanje o eni najpogostejših boleznih zaradi nezrelosti - apnei nedonošenčka, povezani z bradikardijo in desaturacijo hemoglobina. B. Thebaud iz kanadskega Edmontona je predstavil novo predpostavko zapiranja Botallovega voda: po rojstvu mitohondriji v gladkih mišicah zaznajo porast parcialnega tlaka kisika in preko mediatorja (vodikov peroksid) povzročijo zapiranje kalijevih (K_v) kanalčkov, kar privede do konstrikcije. Glavni razlog za nezaprte voda pri nedonošenčkih naj bi bilo torej pomanjkanje teh kalijevih kanalčkov.

Popoldanski del prvega dne srečanja je bil posvečen **kronični pljučni bolezni**. E. Bancalari iz Miami je govoril o "novi bronhopulmonalni displaziji", ki se pojavlja pri izjemno nezrelah nedonošenčkih. Ti otroci praviloma nimajo hude dihalne stiske takoj po rojstvu in ne potrebujejo agresivnega umetnega predihavanja, kljub temu pa razvijejo dolgotrajno odvisnost od kisika. Finec M. Hallman iz Ouluja je v svojem predavanju dopolnjeval tezo o paradoksnih vlogah vnetnih mediatorjev pri nastanku dihalne stiske in bronhopulmonalne displazije. Zunanji škodljivi dejavniki (okužba, hipo-/hiperoksija, baro-/volutravma) sprožijo v plodu oziroma pri nedonošenčku verižno vnetno reakcijo. Razumevanje genskega nadzora prvobitnega imunskega sistema, ki naj bi organizem zaščitil pred škodljivimi vplivi in obenem ne škodoval samemu sebi, naj bi v prihodnosti prineslo odgovor, kako zausta-



Organizatorja simpozija - profesorja Speer in Halliday ob zaključku predavanj

viti ali celo preprečiti nastanek kronične pljučne okvare pri nedonošenčkih. E. Shinwell iz Jeruzalema se že desetletja ukvarja s steroidi, zato smo njegovo predavanje o uporabi kortikosteroidov v perinatologiji nestrno pričakovali. V navodilih, ki jih je uskladil s priporočili ameriškega in evropskih združenj za pediatrijo, so bila upoštevana spoznanja zadnjega desetletja, ki so opozorila na mnoge škodljive učinke deksametazona na nezrel organizem ploda oziroma nedonošenčka, zlasti na osrednje živčevje. Steroidi naj bi se zato uporabljali samo pri nedonošenčkih z najtežjo obliko kronične pljučne bolezni, in sicer nizek odmerek čim krajši čas (do 3 dni), obvezno je pisno privoljenje staršev.

Drugi dan se je pričel s predavanji o **možganski poškodbi**. Porodničar H. Hagberg iz

soko koncentracijo vnetnih mediatorjev v popkovnici so z magnetno resonanco zaznali okvare v belini že v prvih dneh po rojstvu, torej bistveno prej, kot so vidne z ultrazvočno preiskavo. Švicarka P. Huppi je nakazala nove možnosti magnetnoresonančnih prikazovalnih tehnik v neonatologiji, ki omogočajo natančno zgodnje odkrivanje obporodnih poškodb osrednjega živčevja ter spremljanje učinka različnih zdravil. M. Levene iz Leedsa v Veliki Britaniji je govoril o vzrokih in možnostih preprečevanja možganskih okvar, ki se pri nedonošenčku kažejo predvsem kot krvavitve in cistična levkomalacija, pri donošenih pa s klinično sliko hipoksično-ishemične encefalopatije. Ker bi splošna hipotermija pri donošenih novorojenčkih lahko zmanjšala okvare v fazi ponovne prekrvavitve in oksigenacije, se je

švedskega Göteborga je govoril o delovanju horioamnionitisa na osrednji živčni sistem pri nedonošenih in donošenih novorojenčkih. Poudaril je vlogo interlevkinov, predvsem IL-18 kot enega glavnih posredovalcev v nastanku okvare (plodov imunski sistem ga v velikih količinah izdeluje kot odgovor na horioamnionitis). Francoz E. Saliba je njegovo predavanje dopolnil s predstavitev vlogo drugih citokinov pri nastanku obporodne možganske poškodbe zaradi vnetja ali hipoksije. D. Edwards iz bolnišnice Hammersmiths v Londonu je predstavil študijo o vplivu vnetnih mediatorjev na okvaro bele možganovine: pri nedonošenčkih z vi-

v začetku novembra v več evropskih centrih pričela študija TOBY ("total body cooling"). L. Smith s Harvarda (Boston, ZDA) je predavala o nastanku retinopatije zaradi nedonošenosti, kjer imajo pomembno vlogo rastni faktorji (VEGF, IGF-1). Razumevanje patogeneze bo morda omogočilo učinkovitejše preprečevanje in zdravljenje te bolezni, ki pri najbolj nezrelih in bolnih nedonošenčkih privede do slepote.

Zadnji del programa je bil posvečen **citokinom in rastnim faktorjem, delovanju kože ter problemom prehrane**. H. Hill iz Salt Lake Cityja je ponovno poudaril plodovo povečano občutljivost na okužbo, ki je predvsem posledica oslabiljenega odziva Th-1 in se kaže v zmanjšani tvorbi citokinov z nalogo obrambe pred mikroorganizmi (npr. interferona gama, interlevkinov IL-12 in IL-18). Američan R. Christensen je osvetlil doslej neznano vlogo eritropoetina: v visokih odmerkih (2-5.000 IE/kg) deluje nevroprotektivno in bi ga bilo mogoče s pridom uporabiti pri obporodni asfiksiji. Raziskuje se tudi vloga eritropoetina v preprečevanju nekrotizirajočega enterokolitisa, kjer naj bi deloval lokalno. N. Rutter iz Nottinghama (Velika Britanija) je v svojem prispevku prikazal značilnosti kože nedonošenčka in poudaril pomen postopkov v prvih dneh po rojstvu. Ker učinkovitega sredstva za zaščito kože ni, sta okolje z visoko vlago ter izogibanje poškodbam zaenkrat edini način, ki ga lahko nudimo najbolj nezrelim. V zadnjih predavanjih sta nutricionista Američana E. Ziegler iz Iowe in R. Cooke iz Tennesseeja govorila o prehrani nedonošenčkov. Ker zaradi neustreznega kaloričnega vnosa večina najmanjših raste daleč počasneje kot bi pričakovali po krivuljah intrauterine rasti, bi morali bolj zgodaj in agresivneje uporabljati popolno parenteralno prehrano (mešanice z beljakovinami in maščobami že od 1. dne starosti, dnevni vnos beljakovin tudi do 4 g/kg) ter kasneje bogatiti materino mleko z ustreznimi dodatki.

V **zaključku** je A. Jobe poudaril, da naš cilj ni povečevanje preživetja, temveč kakovosti življenja najbolj nezrelih nedonošenčkov. Namesto da otroke z izjemno nizko porodno težo po rojstvu "oživljamo", bi jih morali le nežno "stabilizirati". Pred uporabo kateregakoli zdravila bi morali pretehtati vse njegove možne učinke ter upoštevati, da pospeševanje dozorevanja ni vedno koristno. Z analizo načina in rezultatov dela posameznih oddelkov bi bilo mogoče izde-

lati optimalne standarde za nego in zdravljenje te skupine otrok.

Seminar je odlikovala že pregovorna nemška natančnost - predavanja so se od jutra do kasnega večera vrstila natančno po programu, časa za počitek (in druge fiziološke potrebe) je bilo vedno premalo. V večernem programu nas je navdušila baročna knežja rezidenca, v kateri smo poslušali koncert eksotično lepe violinistke Susanne Henkel ob spremljavi würzburškega komornega orkestra.

Trije slovenski udeleženci (poleg avtoric prispevka še mag. Janez Babnik) si drugih lepot srednjeveškega univerzitetnega mesta, v katerem je W. C. Röntgen leta 1895 odkril

X-žarke, žal nismo uspeli ogledati. Zato pa smo obnovili staro in pridobili novo znanje, ki nam bo koristilo tako pri raziskovalnem delu (na Kliničnem oddelku za perinatologijo Ginekološke klinike poteka študija vpliva mediatorjev vnetja, ki se sproščajo ob horioamnionitisu, na nastanek kronične pljučne bolezni in možganske krvavitve pri nedonošenčkih) kot pri vsakdanjem kliničnem delu. Med poslušanjem predavanj in v pogovorih z drugimi udeleženci smo z zadoščenjem ugotovili, da v načinu dela in po rezultatih ne zaostajamo za "bogatejšimi". Izkazal se je celo naš "konzervativnejši" pristop, ko tudi pri zelo nezrelh nedonošenčkih najprej nudimo dihalno podporo s

CPAP (namesto takojšnje intubacije po rojstvu in umetne ventilacije). Uporaba deksametazona je bila na našem oddelku že doslej kratkotrajna in omejena na izbrane otroke z bronhopulmonalno displazijo, v uporabljenih pripravkih nikoli ni bilo dodanega prezervativa natrijevega metabisulfita, ki se je v živalskih poskusih pokazal kot nevrotoksin. Strokovne vezi in prijateljstva, ki smo jih bogatili tudi na tem srečanju, so porok, da bomo tudi v prihodnje seznanjeni z novimi spoznanji na področju raziskav vnetnih mediatorjev ter z učinkovitejšimi načini varovanja in zdravljenja najmlajše in najbolj ranljive skupine otrok.

Odkrivanje okvar sluha ob rojstvu v Sloveniji

Borut Bratanič, Jagoda Vatovec

Združenje otorinolaringologov SZD in Neonatalna sekcija Združenja za pediatrijo SZD sta 22. novembra 2002 organizirala skupno strokovno srečanje v hotelu Golf na Bledu. Tema sestanka je bila Odkrivanje okvar sluha ob rojstvu.

Presejanje na okvaro sluha pri novorojenčkih in dojenčkih se je na anglosaškem strokovnem področju razmahnilo v zadnjem desetletju, ko se je v klinično uporabo vpeljala metoda beleženja zvočnega sevanja ušesa (OAE). Leta 1993 je Nacionalni inštitut za zdravje (NIH) v ZDA objavil "Skepe združene konference o zgodnji razpoznavi okvar sluha pri novorojenčkih in malih otrocih" (1). Naslednje leto je svoja doktrinarna načela objavil tudi ameriški Odbor za otroški sluh (2). V obeh dokumentih podpirajo odkrivanje izgube sluha najkasneje do 3. meseca otrokove starosti in nato ustrezno ukrepanje do 6. meseca starosti. Oba dokumenta sta imela močan vpliv na spremembo mišljenja in delovanja v otroški avdiologiji.

Kako je s presejalnim testiranjem sluha v Evropi?

Evropsko avdiološko združenje in Evrop-

sko združenje perinatalne medicine sta leta 1998 v Milanu sprejela skupno stališče, da presejanje novorojencev na okvaro sluha omogoča zgodnjo obravnavo in s tem boljše kakovost življenja za prizadete, zato se ne sme odlašati s testiranjem te populacije. V Evropi je uzakonjeno presejanje na okvaro sluha pri vseh novorojenčkih v sosednji Avstriji, na Madžarskem in v Belgiji. Drugod presejejo le novorojence z dejavniki tveganja za okvaro sluha. Tako v Italiji nimajo popolnega presejanja vseh novorojencev na izgubo sluha. Na Hrvaškem so s pomočjo nabilateralne akcije opremili vse porodnišnice z napravami za presejalno testiranje sluha pri novorojencih, hkrati pa so opremili z ustreznim aparaturo tudi vse avdiološke ordinacije na sekundarni ravni.

Razpoznava nepopravljive izgube sluha je za novorojenčka in/ali dojenčka prvi korak v kasneje doživljenjskem procesu. Potrebno je opraviti natančno otološko in avdiološko presojo, kar je osnova za ukrepe, ki se praviloma nadaljujejo vse življenje (3).

Razen zgoraj navedenih splošnih razlogov, ki so med ostalimi pripeljali do skup-

nega sestanka obeh strokovnih združenj, je k skupni razpravi pripomoglo v zadnjih letih že uvedeno popolno ali delno testiranje sluha novorojenčkov v nekaterih slovenskih porodnišnicah. Trenutno poteka testiranje sluha pri novorojenčkih v porodnišnicah v Ljubljani, Mariboru, Celju, Novi Gorici in Murski Soboti. Na uvajanje metode se pripravljajo v Kranju, Postojni, Slovenj Gradcu, na Ptuj, v Novem mestu in Izoli. V končni razpravi intersekcijskega srečanja ni bilo podatkov za preostale porodnišnice (Jesenice, Trbovlje in Brežice). Smiselnost neonatalnega presejanja na okvaro sluha podpirajo tudi novejša terapijske možnosti z zgodnjim vstavljanjem polžkovih vsadkov.

Presejalno testiranje sluha pri vseh novorojenčkih so doslej v Sloveniji podprli tako na strokovnem kolegiju Klinike za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo KC v Ljubljani kot tudi v Strokovni skupini za neonatalno preventivno dejavnost, ki jo je imenoval minister za zdravje.

Strokovno srečanje združenja in sekcije je potekalo s parnimi poročili neonatologov in otorinolaringologov o dosedanjem testi-

ranju sluha pri novorojenčkih v posameznih porodnišnicah ter o kasnejših obravnava-
vah pri področnih otorinolaringologih.

Uvodoma sta zbrane nagovorila predsednika (M. Žargi in B. Bratanič), prvo predavanje o "Pomenu zgodnjega odkrivanja okvar sluha v otroštvu in metodah presejanja" je podala J. Vatovec. T. Abramič je poročala o svoji magistrski nalogi "Uvajanje presejalnega testa na okvaro sluha pri novorojenčkih", ki jo je opravila leta 1999 v ljubljanski porodnišnici na 254 novorojenčkih. Razen rezultatov testiranja je ugotavljala tudi časovno obremenitev za opravljanje testiranja. T. Križnar je poročal o nadaljevanju presejalnega testiranja v ljubljanski porodnišnici, kjer pa se pojavlja problem osebja, ki bo opravljalo preiskavo sluha (vsak dan v povprečju pri 15 novorojenčkih). Pri obravnavi 1.300 novorojencev je bilo zaradi neizvornosti zvočnega sevanja ušesa - TOAE (tranzitorna otoakustična emisija) napoteni k avdiologom 38 dojenčkov. B. Alčin je poročala o njihovi nadaljnji avdiološki obravnavi. Od 38 dojenčkov je bila po konzervativnem zdravljenju TOAE še neizvorna pri 11 dojenčkih, pri 4 so ugotovili prevodno naglušnost, pri 7 pa zaznavno; od slednjih so bili 4 gluhi. B. Korpar s sodelavci je poročal o mariborskih izkušnjah s presejalnim testiranjem sluha pri (skoraj) vseh novorojenčkih. Od okoli 5.600 testiranih v treh letih jih je bilo poslanih v nadaljnjo obravnavo 24 (0,44 odstotka). O njihovi avdiološki obravnavi je poročala M. Spindler: trije so imeli hudo okvaro sluha. Celjske izkušnje je predstavila otorinolaringologinja L. Zupan (neonatologinja, A. Ilijaš Trofenik, se ni mogla udeležiti srečanja). L. Kous je poročala o neonatalnem presejanju sluha v Murski Soboti, kjer od julija do oktobra 2002 ni bilo patoloških izvidov. B. Wedam Mozetič in M. Gravnar sta poročali o izkušnjah v Šempetru pri Novi Gorici. Doslej so v celoti opravili 427 preiskav, od teh sta imeli 2 deklici okvaro sluha. K. DeLorenci je poročala o naporih za pridobivanje donatorjev, ki so omogočili nakup aparature za testiranje v Novi Gorici. M. Kržan je prikazal izkušnje z metodo testiranja sluha s pomočjo akustično vzbujenih potencialov možganskega debla (APMD), ki jo opravlja na Pediatrični kliniki v Ljubljani, tako pri novorojenčkih kot pri večjih otrocih. Predavanja je zaključil D. Butinar z "Diagnostičnim pomenom APMD-avdiometrije".

J. B. Watelet je na povabilo sponzorja predaval o uporabi antihistaminikov pri alergičnem rinitisu.

Med razpravo ob koncu srečanja so se izoblikovali naslednji **sklepi**:

- v Sloveniji smo načelno pripravljene izpeljati neonatalno slušno prebiranje vseh živorojenih otrok;
- tehnično bi lahko (z manjšimi zagonskimi težavami) začeli z neonatalnim presejalnim prebiranjem okvar sluha z metodo TOAE v 10 porodnišnicah, v 2 zbirajo sredstva za nakup aparature, za 2 porodnišnici ni bilo poročila. Za popolno presejalno testiranje je potrebno testirati celotno populacijo živorojenih otrok (zajem 100 odstotkov populacije);
- obremenitev otorinolaringologov z obravnavo novorojencev, pri katerih TOAE ni izzvana (po možnosti že predhodno v porodnišnici trikrat ponovljeno testiranje TOAE), bi bila po današnjih izkušnjah najverjetneje 1 odstotek živorojenih otrok na leto (od 150 do 180 otrok);
- trenutno je na voljo tretja stopnja preiskave sluha pri otrocih (APMD-avdiometrija) v Ljubljani (na dveh mestih) in v Mariboru. V Celju je na voljo aparatura, rutinsko preiskava še ne poteka;
- predlagana je bila mešana delovna skupina, sestavljena iz neonatologov in otorinolaringologov, ki bo:
 - analizirala stanje v vseh slovenskih porodnišnicah;
 - izdelala predlog za uvedbo neonatalnega presejanja na okvaro sluha ter ga predstavila RSK za otorinolaringologijo, za pediatrijo, za pe-

rinatologijo ter za ginekologijo in porodništvo;

- izdelala bo tudi predlog za predstavitev nove dejavnosti Zdravstvenemu svetu.

- Skupino skličje doc. J. Vatovec.

Zelo uspešno srečanje je popestrila razstava aparatur za testiranje sluha pri novorojenčkih in malih otrocih ter skupna večerja v prijetnem okolju gostišča ob blejskem igrišču za golf.

Viri:

1. National Institutes of Health. Early identification of hearing impairment in infants and young children. NIH Consensus Statement 1993; 11: 1-24.
2. Joint Committee on infant hearing. Position statement. *Audiology Today* 1994; 6: 6-9.
3. Boothroyd A. Management of hearing loss in children: no simple solutions. In: Seewald RC, editor. *A sound foundation through early amplification. Proceedings of an international conference. October 1998; Chicago, Illinois. Phonak AG, 2000. p. 1-12.*

20. donavski simpozij za psihiatrijo

Janko Kostnapfel



Donavsko združenje za psihiatrijo in mejna področja šteje 17 obdonavskih (ne dobesedno) psihiatričnih društev v naslednjih državah: Avstrija, Bolgarija, Bosna in Hercegovina, Češka, Hrvaška, Jugoslavija, Madžarska, Moldavija, Nemčija, Poljska, Romunija, Rusija, Slovaška, Slovenija, Švica, Ukrajina. Uradna jezika sta angleščina in nemščina.

Donavsko psihiatrično združenje občansko izdaja svojo dovolj primerno urejvano revijo *Psychiatria danubiana*. Zadnja številka 1.2, volumen 14, je izšla junija 2002 pri zagrebški založbi Medicinska naklada.

Predsedstvo združenja je v Bratislavi pripravilo že 20. simpozij, ki je potekal od 3. do 5. oktobra 2002.

V treh dneh zasedanja so predstavili 46 strokovnih referatov. Polovica (23) je bila slovaških, 7 poljskih, 5 čeških in po dva iz Avstrije, Hrvaške, Madžarske, Nemčije, Romunije ter po eden iz Slovenije in Švice.

Teme so bile dokaj raztresene. O psihofarmakoterapiji je govorilo 12 referatov, o zgodovini psihiatrije šest, o nevrozi pet, o dnevnih oddelkih štirje (EDEN - European Day Hospital Evaluation). Ostala poročila so obravnavala posamične različne predmete. Slovenija je predstavila referat Vesne Švab o psihosocialni rehabilitaciji (ŠENT - Slovensko združenje za duševno zdravje).

V ospredju poročil so bili prikazi o zgodovini psihiatrije v nekaterih državah. Poljski referat je kritiziral svojo psihiatrijo v prejšnjem družbenem sistemu. Hrvaški kolega je dejal, da so bili pri njih v letih od 1945 do 1990 le posamični primeri izkoriščanja psihiatrije v politične namene. Podobno oceno je o svoji državi izrazil tudi češki psihiater P. Baudiš, soorganizator nekdanjih zelo uspešnih češkoslovaško-jugoslovanskih psihiatričnih kongresov. Avstrijski referent pa v zgodovini psihiatrije svoje dežele seveda ni navedel kakšne podobne oziroma hujše

ugotovitve ... (npr. usode 600 slovenskih ljudi iz psihiatrične bolnišnice v Novem Celju in starostnikov iz domov za onemogle na Štajerskem, ki so jim jo namenili v Hartheimu pri Linzu med drugo svetovno vojno ...!)

V madžarskem referatu so povedali, da so nevropsihiatrijo razdelili v 80. letih prejšnjega stoletja. V Sloveniji je prof. dr. Janez Kanoni uresničil to napredno delitev že v prvih povojnih letih.

V referatih in razpravah so govorili tudi o zasebni praksi in v splošnem opozorili, da utegne v psihiatriji postati nevarna.

Spiritus movens evropske psihiatrije, "naš" dr. Norman Sartorius, ki živi sicer v Švici, je na simpoziju v svojem referatu spoznal tri faze psihiatrije v preteklem stoletju. Prvo je imenoval varstveno fazo, ko so svojo dejavnost izpolnjevali pretežno v bolnišnicah z osnovnim konceptom, da je treba družbo ščititi pred duševnimi bolniki. Druga faza je predstavljala različne terapevtske obravnave z velikim navdušenjem, vendar s premajhno znanstveno evalvacijo delovanja in pravilnosti predvidenih postopkov. Tretja faza, v kateri je psihiatrija še danes, pa se kaže v prizadevanjih zagotoviti skrb in pomoč duševnim bolnikom v splošnih zdravstvenih ustanovah ter službah in v spremembi odgovornosti za rehabilitacijo s sodelovanjem socialnih služb. Kaže se tudi v čim višjem standardu hospitaliziranih pacientov ter v varstvu tistih, ki ogrožajo sebe in druge.

Referati so bili v splošnem tematsko slabo usklajeni in preveč razmetani. Kakšnih poglobljenih raziskav ni bilo.

Simpozij je bil glede na široko zastavljen okvir organizacije številčno nezadosten. Od 17 članov Donavskega združenja za psihiatrijo jih je sodelovalo deset. Od petih slovenskih kolegov, ki so navedeni kot člani raznih odborov, na simpoziju ni bilo nikogar. V pogledu prek dvoranice pa so odločno prevladovale sive glave ...

Ob vsem tem se mi je utrnila seveda tale heretična misel: ali ni nasploh preveč vsakršnih medicinskih združenji in preveč kongresov, simpozijev, sestankov? Ali ne bi bilo za paciente (trpeče) morda koristneje več individualnega dela zdravnikov, tistega tihega študija in raziskovanja, bolj dolgoročnega in manj obrnjenega "navzven"?

Občni zbor Donavskega združenja za psihiatrijo je predlagal, da bi naslednji simpozij pripravila Slovenija. Mimogrede rečeno, od nje tudi veliko pričakujejo. Slovenska psihiatrija to pobudo sprejema. Simpozij naj bi zasedal v Sloveniji od 16. do 18. oktobra 2003.

Občni zbor je sprejel tudi predlog prof. dr. N. Sartoriusa, naj bi bili osnovni strokovni temi simpozija:

1. Duševne motnje in telesna znamenja,
2. Psihiatrija v življenjskem loku od otroštva do starosti.

Zaključek

Donavski simpozij za psihiatrijo v Bratislavi je zasedal z maloštevilnimi udeleženci. V strokovnem pogledu je bil skromen, vendar naj ustanova živi dalje! Slovenska psihiatrija se bo morala resno potruditi, da bo pripravila v vsakem pogledu kakovosten 21. simpozij. Nanj bo morala pripeljati vse članke združenja, že sedaj pa mora angažirati predvsem mlade kolege, da organizacija ne bo preveč ostarela.

Srečanje pediatrov in šolskih zdravnikov

Breda Prunk Franetič

Zgodovina Mladinskega zdravilišča in letovišča Debeli rtič (v nadaljevanju MZL) se je začela pred 47 leti, ko je leta 1955 Rdeči križ Slovenije pod vodstvom takratnega predsednika RK in ministra za zdravstvo, dr. Marijana Ahčina, našel in izbral sedanje mesto, 7 hektarjev neizkoriščenega zemljišča ob meji s Trstom in dober kilometer neurejene in zapuščene skalnate obale. S prispevki, zbranimi po vsej Sloveniji, ga je začel urejati v svojo stalno bazo za zdravljenje in letovanje otrok. Prva izmena je prispela 13. junija 1956 - to je tudi rojstni dan zdravilišča. Takrat je prvič letovalo pod šotori 300 otrok v treh izmenah.

MZL je edino mladinsko obmorsko zdravilišče v Sloveniji. Leži med plantažnimi nasadi vinogradov v neposredni bližini Ankarana in je le 14 km oddaljeno od Kopra, 19 km od Trsta in 120 km od Ljubljane. Krasi ga negovan, 45 let star park borovega in cedrinega gozdička. Zdravilišče ima varno urejeno kopalnico na 500 m obale, na plaži dva sodobna bazena z morskovo vodo, številna otroška in športna igrišča, plezalno steno ter sprehajališča. Danes razpolaga s 670 ležišči (170 za zdraviliški del in 500 za letovanje otrok) v štirih paviljonih in novem objektu kategorije B, z ambulanto, lekarno in negovalnim oddelkom, s prostorom za fizioterapijo in masažo ter notranjim bazenom z ogrevano morskovo vodo.

MZL Debeli rtič je namenjeno zdraviliškemu zdravljenju, obnovitveni rehabilitaciji, zdravstveni koloniji in letovanju otrok in mladine do 18. leta starosti.

Zdravstveno letovanje je namenjeno pogosto bolnim otrokom, anemičnim, otrokom s psihosomatskimi boleznimi, z učnimi težavami in s tistimi kroničnimi boleznimi, za katere zdraviliško zdravljenje ni indicirano.

Obnovitveno rehabilitacijo uspešno izvajamo za otroke s sladkorno boleznijo in vsemi ostalimi presnovnimi motnjami oziroma boleznimi v otroški dobi.

Zdraviliško zdravljenje poteka po programu za dodeljene standarde, tip 9, 7 in 3. Izvajamo zdraviliško zdravljenje za otroke s



Udeleženci srečanja med predavanjem

kroničnimi boleznimi dihal in kože ter rehabilitacijo otrok po poškodbah in operacijah na lokomotornem sistemu s funkcijsko prizadetostjo.

Novejša pridobitev MZL je konferenčna dvorana, opremljena s sodobno tehniko za izvedbo strokovnih srečanj. Tako je v MZL v zadnjih dveh letih potekalo več strokovnih srečanj s področja zdravstva: strokovno srečanje sekcije šolskih zdravnikov, strokovno srečanje na temo Droga in mladi, strokovno srečanje pediatrične sekcije medicinskih sester, strokovno srečanje travmatološke sekcije medicinskih sester, šola za zdravljenje astme pri otroku za zdravnike, šola za zdravljenje astme pri otroku za medicinske sestre, šola pediatrične alergologije za medicinske sestre... in letošnjo pomlad prvo strokovno srečanje za šolske in otroške zdravnike na temo "Zdraviliško zdravljenje otrok in mladostnikov".

Tako je na sobotni, s sončkom bogat dan mladosti, 25. maja 2002, Zdravilišče v sodelovanju s Krko, d. d., gostilo nekaj več kot 60 pediatrov in šolskih zdravnikov iz vse Slo-

venije. Pripravili smo bogat dopoldanski strokovni program. Najprej je dr. Života Lovrenov iz ZZS predstavil pravila za napotitev in trajanje zdraviliškega zdravljenja otrok. Opozoril je na časovno omejeno veljavnost napotnice za zdraviliško zdravljenje (en mesec). V primeru zdraviliškega zdravljenja, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, mora zdravilišče zagotoviti sprejem najpozneje v petih dneh po prejemu obvestila o odobritvi takšnega zdravljenja s strani zdravniške komisije Zavoda. Ob zaključku je poudaril, da traja zdraviliško zdravljenje otrok praviloma 21 dni, izjemo pa 14 dni, najdaljše možno pa je 28 dni. Nato so priznani strokovnjaki predstavili pomen zdraviliškega zdravljenja za otroke po posameznih področjih. O pomenu zdraviliškega zdravljenja za otroke in mladostnike z respiratornimi boleznimi (standard tip 9) je spregovorila Marina Praprotnik, dr. med., ki razpolaga z več kot petnajstletnimi izkušnjami dela v Klimatskem zdravilišču Rakitna. Poudarila je pomen klime ob sočasnem izvajanju strokovnega zdravstveno-

vzgojnega programa. Trajanje zdravlilnega zdravljenja ni usklajeno z raziskavami o vplivu zdravlilne klime na boleznih dihal. Raziskave namreč kažejo, da se vpliv klime pokaže šele pri daljšem izpostavljanju (dva do tri mesece) zdravlilni klimi, kar je bistveno daljša doba, kot jo določajo pravila OZZ. Sledilo je predavanje prim. mag. Božene Podrumac in asist. Vlaste Dragoš o zdravlilnem zdravljenju otrok s kožnimi boleznimi. Pripravili sta zelo kakovostni slikovni predavanja o luskavici, ihtiozi in atopičnem dermatitisu pri otrocih. Poudarili sta pomen nege kože, ki jo mora izvajati strokovno usposobljen kader, in upoštevanja navodil stroge hiperalergične prehrane. K uspehu zdravljenja dodatno pripomoreta zdravlilni učinek mor-

ske vode in ustrezna insolacija. O učinkovitosti in trajanju zdravljenja je spregovorila Tjaša Kordiš Apih, ki je produktni vodja med. farm. centra Krka.

Prispevek o rehabilitaciji otrok po poškodbah in operacijah na lokomotornem aparatu je pripravila asist. Hermina Damjan, vodilna strokovnjakinja na področju rehabilitacije otrok v Sloveniji. Delo z otroki je specifično, drugačno. Otroci ni pomanjšan odrasli. Vodilo dela z otroki je igra, ki vključuje fizioterapevtske vaje. Vaje, ki jih izvaja otrok pod prisilo, ne prinašajo želenih rezultatov. Za uspešno delo je nujno potrebna strokovnost in ljubezen do otroka. "Najprej mora imeti terapevt otroke rad, šele nato lahko dela z njimi," je zaključila svoje

predavanje asist. Hermina Damjan. Sledila je konstruktivna razprava, ki jo je, tako kot celoten strokovni program, vodila asist. mag. Nataša Uršič Bratina, za kar se ji najlepše zahvaljujem. Strokovni del se je zaključil s predstavitvijo MZL, saj je večina udeležencev tokrat prvič obiskala Zdravilišče.

Bogatemu dopoldanskemu strokovnemu delu je sledilo nič manj prijetno družabno popoldne, ki se je začelo zokusnim kosilom in nadaljevalo s panoramsko vožnjo z ladjo od Ankarana do Pirana. Razšli smo se z obljubo, da letošnje srečanje zdravnikov v MZL ne bo prvo in edino, temveč začetek vseh nadaljnjih vsakoletnih srečanj.

Srečanje je omogočila Krka, d. d.

Kongres Evropskega združenja centrov za zastupitve in kliničnih toksikologov

Lucija Perharič

Evropsko združenje centrov za zastupitve in kliničnih toksikologov (EAPCCT) je od 22. do 25. maja 2002 organiziralo svoj 22. mednarodni kongres v Lizboni.

Predkongresni simpozij v okviru neprestanega strokovnega izobraževanja je bil posvečen kemičnemu in biološkemu terorizmu. Na to temo so se vrstila predavanja o zgodovinskih in nedavnih izkušnjah ter potencialni uporabi, učinkih in zdravljenju pri izpostavljenosti antraksu, kugi, črnim kozam, virusnim povzročiteljem hemoragičnih mrzlic, gorčičnemu plinu in živčnim strupom. Simpozij je zaokrožil E. Krenzelok iz Pittsburgha s predavanjem o vlogi centrov za zastupitve pri prepoznavanju, obravnavanju in zmanjševanju posledic biološkega in kemičnega terorizma.

Program kongresa je bil izredno pester in razdeljen na tematske simpozije: vpliv toksičnih agensov na posamezne organske sisteme, iatrogene zastupitve, transplantacija organov pri zastupitvah, epidemiološka

obravnavanje podatkov za opisovanje trendov v toksikologiji in uporabnost epidemioloških študij pri preprečevanju zastupitev, ocena tveganja pri izpostavljenosti toksičnim agensom iz okolja, naravni strupi, obravnavanje zastupitev in zgodovina klinične toksikologije. Predstavljenih je bilo 231 prispevkov. Predavanja zelo zanimivih tematskih simpozijev so potekala sočasno, zato izbira ni bila lahka.

A. Jones z londonskega Centra za zastupitve je predstavila mehanizme hepatotoksičnosti pri uporabi nesteroidalnih protivnetnih zdravil. Poškodbe jeter lahko povzročajo praktično vsa zdravila iz te skupine, pogosteje sta vpletena diklofenak in sulindak. Mehanistično gre za idiosinkratično preobčutljivostno reakcijo oziroma metabolno aberacijo v kontekstu genetskega polimorfizma. Možna je navzkrižna preobčutljivost pri sredstvih s sorodno strukturo: npr. diklofenaka in tiaprofenske kisline. Reakcije potekajo klinično kot akutni hepatitis ali kot avtoimuni hepatitis s histološkimi zna-

čilnostmi kroničnega aktivnega hepatitisa. Fulminantna jetrna odpoved je redka. Tveganju za tovrstne reakcije so bolj podvržene ženske, starejše od 50 let, z anamnezo avtoimunske bolezni. Sodelavci Oddelka za klinično toksikologijo iz Krakova so predstavili uporabo scintigrafskih metod ^{99m}Tc -MIBI in ^{99m}Tc -glukarat za ovrednotenje kardiotoksičnosti pri zastupitvah z ogljikovim monoksidom.

Na simpoziju o iatrogenih zastupitvah so udeleženci iz Nemčije, Španije, Švice in ZDA osvetlili problematiko in verjetno podcenjeno pogostost iatrogenih zastupitev, ki so v približno 5 odstotkih zelo resne. Pri odraslih so tovrstne zastupitve najpogosteje posledica uporabe antibiotikov, nevroloških in antineoplastičnih zdravil, pri otrocih pa teofilina, digoksina, kloralhidrata in indometacina. Zelo poučno je bilo predavanje o zastupitvah zaradi medsebojnega delovanja zdravil C. Snooka z Islandije, ki je povzel vplive genetskega polimorfizma na delovanje encimskega sistema citokroma P450

(CYP) in njegove vloge pri razvoju interakcij, kot so: zmanjšan očistek diazepama zaradi inhibicije CYP2C19 z omeprazolom in interakcije med antiepileptiki, antiaritmiki, antibiotiki in hipoglikemiki (<http://www.mhc.com/Cytochromes/>). Poudaril je pomen učinkovite uporabe razumevanja delovanja presnovnih izoenzimov pri predvidevanju interakcij in vlogo kliničnih toksikologov v zmanjševanju tveganja pri razvoju neželenih interakcij.

V sklopu epidemiološkega simpozija je bilo posebej zanimivo predavanje Avstralca I. Whyta, ki je predstavil problem kakovosti virov podatkov v klinični toksikologiji. V strokovni literaturi prevladujejo poročila o kliničnih primerih in serijah primerov, ki so v primerjavi z randomiziranimi študijami (RŠ) približno stokrat pogostejša, medtem ko je njihova znanstvena vrednost bistveno manjša od RŠ. RŠ predstavljajo zlati standard v intervencijskih študijah, vendar se njihove omejitve jasno kažejo v klinični toksikologiji, kjer jih je težko, pogosto tudi neprimerno in nemogoče izvajati. Orisal je pomen drugih epidemioloških metod, kot so nerandomizirane študije, prospektivne in retrospektivne kohortne študije in študije primer - kontrola. Poudaril je pomen ustreznega sistematičnega zbiranja kliničnih in laboratorijskih toksikoloških podatkov, ki se lahko koristno uporabljajo tako za postavitev kot preverjanje hipotez, modeliranje toksikokinetike in toksikodinamike ter razvijanje diagnostičnih algoritmov in nenazadnje v regulatorne namene. A. Hahn z Nemskega zveznega inštituta za zaščito potrošnikov je predstavil izsledke monitoringa zastrupitev s kemikalijami, ki poteka od leta 1990 v njihovem Dokumentacijskem centru v sodelovanju z nemiškimi Centri za zastrupitve. Dokumentirali so 26.500 spontanih poročil, od tega 80 odstotkov nesreč, vključno s poklicnimi, 15 odstotkov ob normalni uporabi in od 2 do 3 odstotke poskusov samomora. Petina vseh zastrupitev se je zgodila pri otrocih, in sicer z olji za svetilke in detergenti za pomivalne stroje. Pri odraslih so bile najpogostejše zastrupitve s pesticidi, organskimi topili, hlapi, ki nastajajo pri varjenju, in čistili za molzne aparate. Čeprav spontano poročanje ni reprezentativno, vseeno omogoča ovrednotenje zastrupitev



Detajl iz Museu Nacional do Azulejo - Muzej keramičnih ploščic

in se uporablja za uvajanje aktivnosti za zmanjševanje tveganja (obveščanje upravnih organov in javnosti, dodatno označevanje na etiketah) in postavitev hipotez za izvedbo bolj usmerjenih študij.

Več prispevkov iz Anglije, Avstralije in ZDA je obravnavalo zastrupitve z bupropionom, antidepresivom (inhibitorjem ponovnega privzema dopamina in norepinefrina), ki se v zadnjem času predpisuje za pomoč pri odvajanju od kajenja. V Avstraliji so v prvi četrtini leta 2001 izdali 239.195 receptov za bupropion. Avstralski komite za spremljanje stranskih učinkov zdravil je v istem letu prejel 1.237 poročil o stranskih učinkih pri uporabi tega sredstva, v glavnem nevroloških in preobčutljivostnih reakcij, od tega 83 primerov epileptičnih krčev in 46 primerov angioedema. V številnih primerih namernega/akcidentalnega predoziranja z zdravilom so opazovali: slabost, bruhanje, zmedenost, tahikardijo, halucinacije, tremor, krče (redko status epilepticus) in nezavest, pogosto z zapoznelim začetkom (do 31 ur po zaužitju) zaradi počasnega sproščanja zdravila in prisotnosti aktivnih metabolitov. Avtorji so opozorili na previdnost pri izbiri bolnikov, ki se jim za odvajanje od kajenja predpiše bupropion, pri zdravljenju zastrupitev pa intenzivno dekontaminacijo z aktivnim ogljem in po potrebi izpiranje celega črevesja. Sodelavci Centra za zastrupitve iz San Franciscosa so poročali o stranskih učinkih (SU) pri uporabi preparatov za povečanje mišične mase, ki so priljubljen prehrabeni dodatek med športniki in rekreativci vseh starosti. Najpogostejše sestavine teh sredstev so: androstenedion (SU: zvišana raven estrogenov, spremenjen profil krv-

nih maščob, priapizem), kromopikolinat (SU: odpoved ledvic, hemolitična anemija, kožni izpuščaji), kreatin (SU: driska, omotica, mišični krči, dehidracija, motnje delovanja ledvic), efedrin in kofein (SU: nespečnost, nemir, tahikardija, hipertenzija, aritmije, srčni infarkt, psihoza, smrt). V ZDA so zabeležili 1.400 primerov neželenih dogodkov in 80 smrti pri uporabi prehrabnih dodatkov, ki vsebujejo efedrin oziroma kofein. Avtorji so poudarili nujnost izdelave izčrpane analize korist - tveganje za tovrstne preparate.

Na simpoziju o zastrupitvah z naravnimi strupi je bilo predstavljeno precej poročil o zastrupitvah z rastlinami, kjer vsaj na severni polobli po pogostosti in resnosti vodi kristavec (*Datura sp.*), sledijo primeri zastrupitev z mišjakom (*Conium maculatum*) in trobeliko (*Cicuta sp.*). Zastrupitve z zdravili rastlinskega izvora so bile podane v šestih prispevkih. Francozi in Švedi so izpostavili problem vse pogostejših zastrupitev zaradi ugrizov hišnih ljubljencev: eksotičnih kač, pajkov in rib.

Simpozij o obravnavanju zastrupitev je bil posvečen dekontaminaciji. Podano je bilo skupno mnenje britanskih in severnoameriških strokovnjakov o uporabi alkalizacije urina. Na podlagi lastnih izkušenj in poročil iz literature so zaključili, da alkalizacija urina pospeši izločanje salicilatov, fenobarbitala, 2,4-D, mekopropa in klopripramida. Z izjemo zastrupitev s salicilati, so pri zastrupitvah z drugimi omenjenimi sredstvi primernejše terapije: ponavljajoči se odmerki aktivnega oglja, hidracija in podporna terapija. Sodelavci Centra za zastrupitve iz Helsinkov so predstavili študijo dajanja aktivnega oglja zastrupljenemu pred prihodom v bolnišnico in zaključili, da je dajanje aktivnega oglja na terenu umestno in varno.

Tradicionalno slavnostno predavanje je letos nosilo naslov Življenje, glasba in skrivnostna smrt P. I. Čajkovskega. Mojstrsko je predaval H. Persson iz Stockholma, ki je na podlagi izčrpane analize arhivskih podatkov in svojih bogatih kliničnih izkušenj zaključil, da je Čajkovski bolj verjetno umrl za posledicami kolere kot zastrupitve z arzenom. Ali se je veliki skladatelj okužil namerno, pa ostaja skrivnost.

Iz Slovenije se je kongresa poleg avtorice prispevka udeležil še M. Brvar z ljubljanske-

ga Centra za zastupitve. Predstavila sva dva plakata: Epidemiologija in zdravljenje zastupitev z ogljikovim monoksidom v Ljubljani (M. Brvar, M. Jamšek, M. Možina, M. Horvat, V. Gorjup) in Pogostost resnih stranskih učinkov, obravnavanih v enoti za intenzivno terapijo v Sloveniji (M. Fortuna, L. Perahrič).

Kongresi EAPCCT so praviloma odlično organizirani in ponujajo obširno in uporabno bogatenje toksikološkega znanja. Na le-

tošnjem je posebej izstopala ugotovitev o potrebnem razvoju horizontalnih povezav med institucijami, ki se ukvarjajo s toksikologijo, in postavitvi ustreznih epidemioloških servisov za zbiranje in analizo podatkov akutnih in kroničnih zastupitev z zdravili, kemikalijami, predmeti splošne rabe in prehrabnenimi dodatki z namenom izboljševanja kemijske varnosti. V Sloveniji je od leta 2001 obvezno prijavljanje vseh akutnih zastupitev. Register akutnih zastupitev vodi

ljubljski Center za zastupitve. K celovitejši sliki bi pripomoglo uvajanje sistematičnega spremljanja tudi za druge vrste zastupitev in razvijanje učinkovitega sodelovanja med pristojnimi strokovnimi in upravnimi službami.

Udeležbo na kongresu sta omogočila Krka d. d. in Seaway. ■

Leksellova stereotaktična delavnica

Tadej Strojnik

Od 21. do 23. oktobra 2002 je v bolnišnici Karolinska v Stockholmu na Švedskem potekala praktična delavnica s področja stereotaksije.

Tečaja, ki ga je organiziralo podjetje Elekta, se je udeležilo šest udeležencev. Poleg mene iz Slovenije je bil po en nevrokirurg iz Nemčije, Kitajske in Iraka ter dva švedska nevrokirurga.

Tečaj se je pričel v ponedeljek, 21. 10. 2002. Ob 8. uri zjutraj so nas odpeljali izpred hotela na sedež Elekte, kjer je potekal prvi dan praktične delavnice. Gospod Weir nas je po pozdravu seznanil z delovnim programom. Sledila so dopoldanska predavanja gospodov Aslunda in Svenssona o splošnih principih stereotaksije. Seznanili smo se z uporabo kartezijanskega koordinatnega sistema in s konceptom središča loka. Ta nam omogoča, da poljubno točko v prostoru določimo s pomočjo treh koordinat x , y in z . Sledil je prikaz stereotaktičnega okvira po Leksellu. Najprej smo se seznanili s temeljnimi sestavnimi deli okvira. Nato so nam praktično prikazali sestavo okvira in njegovo uporabo na fantomu. Poudarili so pomen orientacije okvira, zlasti pri funkcionalni kirurgiji. Tam mora biti okvir nagnjen v skladu s t. i. črto AC-PC, ki povezuje anteriorno in posteriorno komisuro. Pri Leksellovem okviru so v pomoč pri orientaciji posebne palčke, ki jih med namestitvijo okvira pacientu vtaknejo v uho. Tako lažje prilagodijo ravnino okvira s frankfurtsko horizontalo, ki je vzporedna s črto AC-PC. Na-

tančna namestitvev okvira je ključna za kasnejši izračun tarčnih koordinat in brezhiben potek operacije ali obsevanja. Okvir pričvrstijo s štirimi vijaki ob lokalni anesteziji vbojnih mest. Bolnika nato odpeljejo v enoto za RT oziroma MR. Predavateljica sta dejala, da so celotni okvir in vijaki skladni tako z RT kot tudi z MR. Za vsa načrtovanja uporabljajo pretežno MR zaradi boljšega anatomskega prikaza struktur. Z ustreznim slikanjem, povečavo polja in z okvirji, ki so skladni z MR, se lahko učinek distorzije polja zmanjša. S tem je natančnost MR primerljiva natančnosti RT.

Samo tarčo lahko s pomočjo posebnih tabel izračunamo ročno, kjer z mrežico prekrijemo sliko na negatoskopu in določimo koordinate. Druga možnost je, da x , y , z izmerimo neposredno iz zaslona RT oziroma MR. Tarčo se tako določi z razdaljo v smeri levo oziroma desno od središča okvira (koordinata x), v smeri anteriorno oziroma posteriorno od točke 100 (koordinata y) in v smeri navzgor oziroma navzdol od imenovane točke (koordinata z). Ob pravilni namestitvi okvira je na zaslonu devet oznak -fiducialov. Ko določijo središče okvira, izmerijo koordinati x in y . Ob strani izmerijo še razdaljo med srednjim in spodnjim fiducialom v mm. Razdalji prištejejo 40 mm, da dobijo vrednost koordinate z . Opisani metodi določanja koordinat sta zanesljivi, pomanjkljivost pa je, da ne morejo predvideti poti, po kateri bo potovala igla do tarče. Takšno možnost ponuja poseben računalniški

program, t. i. *SurgiPlan*.

Udeleženci smo praktično vadili sestavljanje in nameščanje stereotaktičnega okvira. Sami smo s pomočjo računalniškega programa izračunali koordinate za določeno tarčo in jih vnesli v stereotaktični okvir. Kot sem omenil, je v veliko pomoč, da nam računalniški program *SurgiPlan* poleg koordinat x , y , z omogoča tudi načrtovanje poti, po kateri bomo izvršili biopsijo ali vstavili elektrodo. Na računalniški simulaciji izberemo najprimernejšo in najvarnejšo pot. Izogibamo se možganskim brazdam, kjer lahko prebodemo žilo, prekatom, iz katerih lahko izteka likvor, in večjim arterijam. Dobimo vrednosti za položaj loka (*arc* in *ring angle*), s čimer je določena pot igle oziroma elektrode. Popoldan je dr. T. Rähn predaval o instrumentih za biopsijo in sondah, ki se uporabljajo pri stereotaktični biopsiji. Sledil je prikaz Leksellovega nevrogeneratorja. Prikazali so, kako izvršijo lezije. Večerne ure so bile namenjene funkcionalni stereotaksiji. Vsak udeleženeec je imel možnost natančno določiti subtalamično jedro na posnetkih MR in s pomočjo Leksellovega *SurgiPlana* določiti tarčne koordinate. V računalniški program je vključen tudi klasični atlas za stereotaksijo, t. i. *AtlasSpace*, s katerim prekrijemo MR-posnetek in preverimo, ali se strukture ujemajo. Po določitvi tarče se zanjo določi ustrezne koordinate x , y , z . Nato izberemo najprimernejšo pot, po kateri se pride do te strukture. Pot je določena z zgoraj omenjenima kotoma, ki se nanaša-



Stereotaktični okvir, nameščen na modelu.



Bolnik z nameščenim stereotaktičnim okvirom med stimulacijo talamičnega jedra.

ta na položaj loka. Prvi dan smo se tako seznanili s temeljnimi principi stereotaksije in s kartezijskim koordinatnim sistemom. Ta se uporablja pri t. i. *arc centered* stereotaktičnih sistemih, kot je Leksellov. Izkazalo se je, da je sistem razmeroma preprost za uporabo. V kombinaciji z ustreznim računalniškim programom je izredno uporaben in zanesljiv pri določanju tarče. Ogledali smo si tudi nekaj videoposnetkov stereotaktičnih posegov.

Drugi dan smo se ob 7. uri zjutraj odpeljali v bolnišnico *Karolinska*, ki je v celoti namenjena nevrološkim vedam. V isti zgradbi so tako nevrologija, nevrofiziologija, nevrokirurgija in nevroradiologija. Ustanovitelj nevrokirurgije na Švedskem je bil Olivercrona, njegovo delo pa je nadaljeval Lars Leksell, oče stereotaksije. Pozdravila sta nas dr. Meyerson in dr. Linderoth in nam predstavila ustanovo. Sledil je prikaz primera pod vodstvom dr. Rähna. Prikazal je stereotaktično biopsijo tumorja v levem frontotemporalnem področju. Tumor je po radioloških karakteristikah odgovarjal benignemu gliomu. Najprej so namestili stereotaktični okvir, kar so napravili v posebni sobi na rentgenskem oddelku. Postopek je lahko kar zamuden. Bolnika so nato prepeljali na RT, kjer so ga z okvirom namestili na RT-mizo. Ta ima poseben nastavek in priponke, kamor se pričvrsti stereotaktični okvir, da se med preiskavo zanesljivo nič ne premakne. Sledila je natančna prilagoditev z vodno tehtnico, da je bilo vse v osi in popolnoma ravno. Napravili so kraniogram in načrto-

vali reze. Ti morajo biti popolnoma vzporedni z bazo obroča. Debelino rezov izberejo glede na velikost tarče od 1 do 5 mm. Sledilo je ročno računsko določanje tarče. Pri tem delu sta sodelovala nevrokirurg in nevroradiolog. Natančno sta pregledala vse reze in strukture, skozi katere bo potovala sonda za biopsijo. Skupaj sta se odločila za najprimernejše in najbolj varno mesto stereotaktične biopsije. Vse slike so nato prenesli v delovno postajo računalnika. Tam so ponovno določili tarčo in izračunali koordinate, ki se morajo ujemati z ročno izračunanimi na RT. Ko so bili zbrani vsi podatki, smo se preselili v operacijsko sobo. Pri bolniku so obrili samo majhen del lasišča, kjer je bila predvidena biopsija. Kirurg je nato na okvirju nastavil koordinati y in z, na loku pa še koordinato x in kotne vrednosti loka. Bolnik je bil buden. Nato je skozi troakar izvrtal luknjo in uvedel iglo, s katero je prebodel duro. Pozoren je bil na morebitne krvavitve. Previdno je uvedel kanulo do želenega mesta tumorja. Pri nehomogenem tumorju vzamejo biopsijo iz zgornjega in nato še iz globljega dela tumorja. Za biopsijo uporabljajo posebno iglo s spiralo ki se je zažirala v tumor. Dobil je vzorec tkiva in ga prenesel na stekelce. Iz majhnega dela je patolog že med operacijo napravil citološki razmaz, s katerim preverijo, ali je vzorec reprezentativen. Ostali vzorec je namenjen za histologijo. Povedali so, da po posegu priporočajo počitek od 2 do 3 ure. Naslednji dan so bolniki odpuščeni domov. Z biopsijo smo končali dopoldanski del programa.

Popoldan sta dr. Meyerson in dr. Linderoth predavala o funkcionalni stereotaksiji. Najprej sta govorila o talamotomiji, kjer je idealna tarča za tremor, tako esencialni kot tudi pri parkinsonizmu, ventrointermediarno jedro talamusa (VIM). To jedro odgovarja lateralnemu delu nucleus ventralis thalami posterior. Praviijo, da je talamotomija VIM-jedra zelo učinkovita celo od 10 do 15 let. Omenila sta stranske učinke pri talamotomiji (apraksija, disfazija, disartrija, motnje ravnotežja in pareze). Za tremor se zato uporablja tudi stimulacija VIM-jedra. Najstarejši bolnik je imel 90 let. Poudarili so, da se ne sme delati bilateralne talamotomije, medtem ko so bilateralne stimulacije VIM-jedra učinkovite. Že v šestdesetih letih je Leksell opisal učinek palidotomije, a je potonila v pozabo. Šele v devetdesetih letih so ponovno pričeli z lezijami v globus palidus internus (GPi). Glavni indikaciji za poseg sta rigidnost in diskinezija, povzročena z L-dopo. Po palidotomiji se poleg rigidnosti zmanjša v 80 odstotkih tudi tremor. Za palidotomijo se odločijo, kadar je rigidnost večja od tremorja, če ima bolnik znatna nihanja *on-off* ali če odgovori na nizke odmerke L-dope. Pri palidotomiji je koristna makrostimulacija, da se izognejo poškodbi kapsule interne in vidne poti. Glede stranskih učinkov je palidotomija varnejša od talamotomije. Uporablja se še stimulacija paliduma, pri čemer ima stimulacija dorzalnega paliduma nasprotno učinke od stimulacije ventralnega paliduma. Pri parkinsonizmu v zadnjem času največ uporabljajo stimulaci-

jo subtalamičnega jedra, s katero se izboljšajo tremor, akinezija, rigidnost in hoja. Pomembno se zmanjšajo tudi odmerki L-dope.

V nadaljevanju sta predavatelja predstavela uporabo stereotaksije v zdravljenju bolečine. Še vedno občasno uporabljajo mezencefalotomijo. Napravijo lezijo za posteriorno komisuro v neposredni bližini akvedukta. Pretežno se uporablja stimulacija, ki je pri bolečinah zaradi raka uspešna v 60 do 80 odstotkih. To velja predvsem za bolečino na obrazu. V poštev pride tudi medialna talamotomija, a je uspeh le od 20- do 30-odstoten. Omenila sta tudi superselektivne talamotomije, kjer z mikroelektrodo uničijo samo prožene nevrone. Zanimiva je tudi ponovna uvedba hipofizektomije pri lažšanju bolečine pri bolnikih z rakom, zlasti prostate in dojke. Pri rakavi bolečini se uporablja tudi cingulotomija - bilateralna je uspešna v 50 do 60 odstotkih. Aplikacija stereotaktičnega okvira, zlasti Laitinenova modifikacija, je v pomoč za trigeminus nevalgijo in za punkcijo medialnega dela foramna ovala. Za atipično obrazno bolečino se uporablja tudi stimulacijo motoričnega korteksa. Uspeh pri atipični trigeminus nevalgiji je od 60- do 80-odstoten. Pri *cluster* glavobolih je uspešna stimulacija posteriornega dela talamusa. Omenili so še psihokirurške tehnike. Uporabljajo se predvsem stereotaktične ablativne metode pri obsesivno-kompulzivnih motnjah. V poštev pridejo cingulotomije, kapsulotomije, bilateralne stimulacije anteriornega kraka kapsule interne in stimulacija nucleus accumbens.

V zadnjem predavanju je dr. Lippitz opisal radiokirurške metode, za katere je stereotaksija prav tako neobhodno potrebna. Za intersticijsko brahiradioterapijo uporabljajo jod 125 ali iridijum 192. Predstavil nam je indikacije za stereotaktično intersticijsko brahiradioterapijo, zlasti za nizkomaligne gliome. Rezultati študij Ostertaga iz Freiburga in Volker Sturma iz Kölna so bili zelo vzpodbudni. Ponekod še uporabljajo intersticijske brahiradioterapije po zunanji radioterapiji pri bolnikih z anaplastičnim astrocitomom in glioblastomom. Pri metastazah je vsekakor boljša stereotaktična radiokirurgija, ki vključuje nož gama in LINAC. Izredno zanimivi so bili podatki o intrakavitalni brahiradioterapiji z irijem 90 in fosforjem 32 pri kraniofaringeomih, ki naj bi bila uspešna kar v 80 odstotkih. Na podlagi 1.565 primerov, zdravljenih med leti 1994 in 2000, so poročali, da kontrolirajo metastaze v 80

do 90 odstotkih. Obsevajo metastaze, ki imajo premer do 3 cm in 10 ccm prostornine. Kot zanimivost so navedli, da imajo v zadnjem času možnost zdravljenja multiplih metastaz s primerljivo dobro prognozo, kot velja za solitarne metastaze. Vemo, da so metastaze v možganih velik problem, saj kar 8 odstotkov vseh rakov zaseva v možgane. Sledil je prikaz rezultatov zdravljenja meningioma v kavernožnem sinusu in nevrinoma akustikusa s stereotaktično radiokirurgijo. Poročali so, da so dosegli kontrolo rasti tumorja kar v 87 odstotkih. Pri nevrinomu so ohranili sluh v 52 odstotkih, medtem ko je v 6,8 odstotka prišlo do prizadetosti facialis. V večernih urah se je končal program drugega dne tečaja.

Zadnji dan so bili na programu funkcionalni posegi. Najprej je bil na vrsti 70-letni bolnik z esencialnim tremorjem. Načrtovali so stimulacijo VIM-jedra talamusa. Drugi je bil 75-letni bolnik s parkinsonizmom, ki je že imel vstavljen stimulacijo VIM-jedra talamusa na levi strani. Sedaj so zaradi hudega tremorja druge strani načrtovali še vstavev stimulatorja na desni strani. Ko so namestili stereotaktični okvir, je sledilo slikanje z magnetno resonanco, nato sta nevrokirurg in nevroradiolog na rentgenu ročno določila koordinate tarče. Najprej sta na sagitalnih posnetkih poiskala anteriorno in posteriorno komisuro ter izmerila razdaljo med njima. To je t. i. interkomisurna razdalja. Sledili so aksijalni posnetki, na katerih sta prav tako najprej določila posteriorno komisuro, nato pa še anteriorno. Določila sta tarčo, v tem primeru VIM-jedro talamusa. Po vsakem slikanju je potrebno premeriti še znane razdalje okvira, ali se ujemajo z dejanskimi vrednostmi, s čimer izključijo distorzijo polja. Nato so slike prenesli v delovno postajo v računalnik. Tam so s pomočjo *SurgiPlana* ponovno izračunali koordinate tarče in loka. V operacijski dvorani so nato z makroelektrodo stimulirali tarčo, v tem primeru VIM-jedro talamusa, na različnih globinah in ob različnih frekvencah in jakostih toka. Pri tem je zelo pomembno natančno sodelovanje bolnika, ki v vsakem trenutku kirurgu poroča o svojih občutkih in mu na ta način pomaga najti optimalno mesto za stimulacijsko elektrodo. Zelo impresivno je videti, ko se pri bolniku, ki ni mogel zaradi hudega tremorja v rokah držati niti kozarca, le-ta ob stimulaciji pravega mesta naenkrat ustavi. Nato so v vrtino pričvrstili elektrodo preko originalnega Codmanove-

ga čepa. Elektrodo so nato speljali pod kožo za ušesom, kjer so napravili manjši rez in ležišče za žico. Nato so vse skupaj zašili in bolnika anestezirali, da so lahko napravili še ležišče za baterijo. Na koncu so povezali elektrodo in stimulator.

Popoldanski del se je ponovno pričel na rentgenskem oddelku, kjer smo za bolnika s parkinsonizmom najprej ročno določili tarči, tako VIM-jedro kot tudi GPi. Sledila je potrditev na *SurgiPlanu*. V operacijski so najprej stimulirali globus palidus, vendar to ni imelo učinka na tremor, zato so se odločili za stimulacijo VIM-jedra, ki je bila tudi v tem primeru zelo uspešna, saj se po stimulaciji tremor ustavi. Nato so po znanem postopku vstavili stalno elektrodo in jo spojili z Medtronicovo baterijo. Po vsakem posegu je bila še razprava o bolniku.

Na tečaju sem spoznal osnove stereotaksije, ki je v Sloveniji trenutno ne uporabljamo, čeprav so bili tovrstni posegi pred leti v Ljubljani že opravljeni. Organizatorji so se zelo trudili in nam poskušali kar najbolj ustreči. Dejstvo je, da je Leksellov stereotaktični okvir zelo enostaven za uporabo ter izjemno natančen. Iz poročila je razvidno, da je metoda uporabna na širšem nevrokirurškem področju. Nepogrešljiva je stereotaktična radiokirurgija za onkološke bolnike. Stereotaktični posegi pri funkcionalni nevrokirurgiji bistveno izboljšajo kakovost življenja bolnikov z motnjami gibanja ali s hudimi bolečinami. Neprecenljivo vrednost ima stereotaksija tudi za biopsijo tumorjev. Upam, da bodo tudi slovenski bolniki dobili možnost zdravljenja s stereotaksijo in stereotaktično radiokirurgijo. Ali pa bomo na tem področju še vedno capljali za razvito Evropo?

Udeležbo so omogočili Splošna bolnišnica Maribor, Medtronic, Pinus Rače, Poštna banka Slovenije, AvtoCenter Šerbinek. ■

Mednarodni simpozij o amiotrofični lateralni sklerozi

Aleš Pražnikar

Amiotrofična lateralna skleroza oziroma bolezen motoričnega nevrona (ALS/MND) je sorazmerno hitro potekajoča neurodegenerativna bolezen. Vsi bolniki lahko v poteku bolezni ohromijo, izgubijo zmožnost govora in požiranja ter naposled dihanja. Polovica bolnikov bo umrla v treh letih po pojavu prvih znakov. Potek ALS skoraj vedno prehitveva pacientove sposobnosti soočanja s posledicami bolezni, bolezen je hudo, včasih neobvladljivo breme za posameznika in njegove najbližje, odzivi uradnih ustanov (tudi medicinskih) pa vse prevečkrat temeljijo bolj na predsodkih, vrednotah ter zmotah o neakakovosti takšnega življenja kot pa na želji po usmerjeni in utemeljeni pomoči. Glede na podatke o pojavnosti bolezni pričakujemo v Sloveniji med 100 in 150 bolnikov z ALS.

Enaindvajsetega junija letos, na mednarodni dan ALS, je skupina pacientov z ALS/MND ustanovila Odbor za ljudi z ALS v okviru Društva distrofikov Slovenije. Paciente so združila prizadevanja za dostop do edinega do sedaj registriranega zdravila proti tej bolezni. Potek teh prizadevanj smo lahko spremljali v javnih občilih. Omenjena prizadevanja so odmevala tudi v zdravniškem glasilu. Tako je bil objavljen zapis o mnenju Državne komisije za medicinsko etiko o morebitnem uvajanju riluzola v novembrski številki Izide. Vendar to ni bil edini cilj Odbora - Slovenija naj bi čimprej postala članica Mednarodne zveze društev pacientov z ALS/MND (International Alliance of ALS/MND Associations, www.alsmndalliance.org). Letošnja skupščina Mednarodne zveze je bila štirinajstega in petnajstega novembra v avstralskem Melbourneu, skupščini je od sedemnajstega do devetnajstega novembra sledil Trinajsti mednarodni simpozij o ALS/MND. Obeh srečanj sem se udeležil na željo Odbora za ljudi z ALS Društva distrofikov Slovenije. Le-to je plačalo tudi vse stroške udeležbe.

Mednarodna zveza društev pacientov z ALS/MND je bila ustanovljena leta 1991 in

je postala najpomembnejši zagovornik in glasnik pacientov z ALS/MND. Združuje društva večine zahodnih in razvitejših azijskih držav ter posamezne predstavnice tretjega sveta in vzhodne Evrope. Ima močan politični vpliv, preko svojih posameznih članic in strokovnega sveta pa pomembno spodbuja predklinične, klinične in sociološke raziskave. V letošnjem letu je namenila raziskavam blizu dvanajst milijonov ameriških dolarjev. Poleg tega si Mednarodna zveza prizadeva pomagati članicam prepoznati in izpolniti potrebe pacientov z ALS s pomočjo pri pripravi načrtov zdravstvene in družbene skrbi za paciente, širšega ozaveščanja in zbiranja sredstev. Zveza želi zagotavljati pacientom in članicam preverjene in verodostojne podatke o bolezni. Nadalje usklajuje interese pacientov z mednarodnimi organizacijami, vključno s farmacevtskimi podjetji, mednarodnimi medicinskimi in zdravstvenimi organizacijami ter posameznimi vladnimi organizacijami. Svoje člane ima v uredniškem odboru uradne revije Raziskovalne skupine za ALS Svetovnega združenja nevrologov (Amyotrophic Lateral Sclerosis and other Motor Neuron Disorders). Podporni člani Mednarodne zveze so uspešni posamezniki iz sveta gospodarstva, kulture in člani mnogih kraljevih družin. Društvo distrofikov Slovenije je s popolno podporo vseh članic postalo član Mednarodne zveze. Skupščina ni skoparila s pohvalami na račun dobrega sodelovanja s predstavniki Odbora za ljudi z ALS v času kandidate, predstavitev Slovenije in časopisa Lastovke, ki ga je uredništvo v ta namen v celoti prevedlo v angleščino.

Vsako leto se na skupščini predstavi ena članica, letos je bila to Japonska. Predstavitev so poimenovali Možnosti sporazumevanje pacientov z ALS. Štirje pacienti, med njimi devetinšestdesetletni gospod, ki uporablja ventilator dvaindvajset let, so na različne načine sporočili svoje poglede na bolezen. Omenjeni gospod, sicer povsem ohromel, je prikazal možnost sporazumevanja s pomoč-

jo ojačevalnika možganskih valov β (komercialni sistem Maktos), ostali pa s pomočjo prilagojenih računalniških sistemov, sintetizatorjev zvoka in potrpežljivega sodelovanja s svojci. Japonsko delegacijo oziroma enega izmed njenih članov je spremljala ekipa japonske državne televizije, ki pripravljajo oddajo o pacientu od prvih znakov bolezni do smrti.

Skupščini Mednarodne zveze je sledil Trinajsti mednarodni simpozij o ALS. Simpozij sestoji iz vzporednih zasedanj bazične znanosti in klinične prakse, ki jih povezujejo ključna predavanja plenarnih zasedanj.

Na področju mišjih modelov ALS je bila predstavljena miš Loa (legs at odd angles) kot zanimiv model študija mehanizmov celične smrti oziroma degeneracije motoričnih nevronov. Predstavljene študije so opredelile potrebne lastnosti skupin miši SOD1 G93A, ki se uporabljajo za presejalne teste učinkovin na potek ALS, da bi tako zagotovili večjo zanesljivost sklepov končnih analiz. Predstavljeni so bili novi genetski lokusi, povezani z obolenjem na šestnajstem ter verjetno na petnajstem in osemnajstem kromosomu. Predstavljena je bila vloga apoptosoma pri fALS-SOD1 spodbujeni apoptozi, morebitna vloga periferina (Per 61) kot alternativne poti smrti nevronov pri patogenezi ALS. Križanje samcev miši G93A s samicami miši Wlds ("miši s počasno valerijansko degeneracijo") je pogojevalo pomembno daljše preživetje križanih samic, vzrok opaženi spremembi in na spol vezana specifičnost še nista pojasnjeni. Široka razprava je bila namenjena vlogi agregacije beljakovin v patogenezi ALS.

Kakovost življenja pacientov z ALS je najpomembnejši cilj vsakega medicinskega posega. Izgleda, da je kakovost življenja pacientov z ALS neodvisna od kliničnega statusa, pač pa se kaže izrazita soodnosnost z lastno percepcijo kakovosti družbene podpore oz. uvida, socialnoekonomskimi pogoji in razpoloženjem. Predstavljena so bila različna že znana orodja za oceno kakovosti življenja in

njihova uporabnost pri tej bolezni. Izpostavljen je bil pomen načrtovanja posegov in načrtovanega neposeganja ter vnaprejšnje izražanje želje pacientov o pričakovanem koncu življenja. Zgodnje sodelovanje Hospica je priporočeno. Nizozemski kolegi so predstavili študijo, v kateri je sodelovalo 279 pacientov z ALS in 203 zdravniki. Kot vzrok smrti so zdravniki navedli evtanazijo ali zdravnikovo pomoč pri samomoru pri vsakem petem pacientu z ALS. Oba vzroka smrti nista bila odvisna od nobenega dejavnika, povezanega z boleznijo ali nego, niti z ekonomskim položajem oziroma stopnjo izobrazbe pacientov.

Pri pacientih z ALS lahko v večjem deležu, kot smo pričakovali, ugotovimo kognitivno spremenjenost v smislu frontotemporalne demence. Kognitivne spremembe so ustrezale radiološkim spremembam osrednjega živčevja. Druga študija je z uporabo nevropsiholoških testov odkrila blage motnje eksekutivnih funkcij pri enakem deležu pacientov (40 odstotkov). Houstonška skupina je predstavila uporabo dextromethorphan hidrobromida (30 mg/bid) in kinidin sulfata (30 mg/bid) pri zdravljenju psevdobulbarnega afekta z odličnimi rezultati.

Zaključek razprave o genetskem svetovanju je bil, da priporočamo genetsko testiranje na SOD1 le pri zbolelih iz družin z več kot enim zbolelim družinskim članom, napovedno testiranje pa le izjemoma, po izčrpnem poprejšnjem genetskem svetovanju. Izsledki avstralske študije z uporabo MUNE (motor unit number estimation) navajajo na sklep, da se začnejo simptomi bolezni po nenadni izgubi motoričnih nevronov, da pojav bolezni torej ni posledica dolgotrajne po-

stopne izgube motoričnih nevronov.

Za spremljanje napredovanja bolezni ali oceno verjetne stopnje napredovanja so predavatelji predlagali uporabo MUNE in nevrofiziološkega količnika po DeCarvalhoju in Swashu.

Celoten sklop predavanj je bil namenjen dihalni podpori pacientom z ALS. Neinvasivna ventilacija pomembno izboljša preživetje in kakovost življenja pacientov z ALS. Občutek izboljšane kakovosti življenja se ohranja skozi daljše obdobje intervencije, kar zanika trditev, da tako le podaljšujemo trpljenje pacientov. Trenutno veljavne smernice za uvedbo ventilacije bomo verjetno v kratkem spremenili. Pojav dnevne hiperkapnije najavlja preživetje, ki se meri v tednih, in tako dovoljuje zgolj kratek čas za uvedbo dihalne podpore. Zgodnejša intervencija se zdi upravičena in kot kaže, prinese dodatne koristi (pacientova ocena kakovosti življenja). Nekateri centri kot najpomembnejši znak - indikacijo za uvedbo asistiranе ventilacije sprejmejo pacientove simptome (ortopnoe), podprte ali ne z meritvami dihalnih zmožnosti (P1max, SNIP) in izvidi plinske analize (glej Bourke, Lyall, Pinto, Borasio, Jackson, Melo ali Bach).

Italijanska skupina je predstavila preliminarne izsledke študije na šestih pacientih z ALS s stanjem po implantaciji matičnih celic v sprednja roga hrbtenjače. Študija še ni končana, kakršnikoli zaključki bi bili preuranjeni. Izledke pričakujemo.

V Sloveniji smo na Inštitutu RS za rehabilitacijo leta 1993 ustanovili Službo za rehabilitacijo ljudi z živčnomišičnimi boleznimi. Takoj po pričetku delovanja se je izkazalo, da organizirane skrbi za paciente z

ALS kljub veliki potrebi v državi ni. Takrat je v državi edino ta ustanova lahko zagotavljala pacientom z ALS multidisciplinarno oskrbo. Z leti je IRSR prerastel v velik center za paciente z ALS tudi v evropskem merilu (prek štirideset pacientov na leto). Kljub mnogim poskusom nismo uspeli sprožiti ustanovitve centra za elektivno navajanje na asistirano ventilacijo. Ustanovitev takšnega centra bi bila nujna tudi zaradi potreb drugih skupin pacientov. Svoje takrat izrazito moderne poglede in pristop k obravnavi smo predstavili na mednarodnem simpoziju pred dvema letoma v Arhusu. Naše temeljno izhodišče o nujnem in vzporednem sodelovanju diagnostične, rehabilitacijske in paliativne medicine, vsake s svojo značilno mislijo, postaja del splošnih smernic in udeležena praksa najuglednejših ustanov. Zadnji simpozij je to le potrdil.

Leto 2002 je bilo za paciente z ALS v Sloveniji zelo pomembno. Ustanovili so svoj odbor, ki je v pol leta že postal član Mednarodne zveze pacientov z ALS. S svojo dejavnostjo so pokazali, da želijo začeti pomembno vplivati na vse odločitve v zvezi z boleznijo. Preko prizadevanj za plačilo zdravila iz sredstev ZZZS so postali prepoznavni tudi širše. Njihova zahteva je sprožila širši razmislek o etiki in solidarnosti v naši družbi, rezultat pa se že nakazuje v načrtovani boljši organiziranosti zdravstvenih služb in skrbi za paciente z ALS. ALS ostaja bolezen, ki v svojem poteku potrebuje sodelovanje mnogih različnih zdravstvenih strokovnjakov, zdravstveni sistem pa se mora odzvati hitro in učinkovito. Čas je zagotovo dober, ki je pacienti z ALS nimajo na pretek. ■

Srečno 2003!

*Uredništvo revije Isis, Atelier IM, Camera d.o.o.,
Tiskarna Povše, Dragan Arigler*

Na mesto novoletnih voščilnic smo denar nakazali v humanitarne namene.



1. nacionalna konferenca Rdečega križa Slovenije

Tatja Kostnapfel Rihtar, Vanja Badovinac, Tadeja Umek Zupanc

Posvet sekretarjev in predsednikov območnih združenj Rdečega križa, ki smo ga do letošnjega leta organizirali v začetku decembra, smo to pot želeli pripraviti nekoliko drugače. Odločili smo se za predstavitev novih in aktualnih vsebin, ne samo na področju dela Rdečega križa Slovenije, temveč pogledati širše, na področje dela Rdečega križa kot največje mednarodne humanitarne organizacije, kaj nam prinaša vstop v Evropsko unijo in kakšen je položaj naše organizacije v slovenskem prostoru.

V ta namen smo pripravili 1. nacionalno konferenco Rdečega križa Slovenije, na kateri je sodelovalo zavidljivo število domačih in tujih strokovnjakov. Priprave na konferenco so se začele že pred poletjem, ko smo imenovali organizacijski odbor za pripravo konference, pripravili akcijski načrt konference, pričeli z oblikovanjem programa in poslali prva obvestila in vabila za konferenco.

Z organizacijo konference smo želeli slovenski javnosti dokazati, da smo še vedno močna, zagnana organizacija, vredna zaupanja, ki izpolnjuje svoje poslanstvo in si s tem dogodkom želi stopiti na novo razvojno pot. To so s svojo prisotnostjo na konferenci dokazala mnoga območna združenja, predstavniki regionalne delegacije Mednarodne federacije društev Rdečega križa in Rdečega polmeseca in Mednarodnega odbora Rdečega križa iz Budimpešte, direktor Urada Rdečega križa pri Evropski uniji iz Bruslja, predstavniki nacionalnih društev Madžarske, Slovaške, Poljske, Jugoslavije, Makedonije in predstavnik italijanskega Rdečega križa, ki je hkrati tudi predsednik ERNE - Mreže evropskih društev Rdečega križa in Rdečega polmeseca o HIV/AIDS. Na konferenci so s svojimi strokovnimi prispevki sodelovali tudi ugledni domači gostje z Ministrstva za obrambo, Ministrstva za



Prisotne je pozdravil predsednik Državnega zbora gospod Borut Pahor.

zdravje, Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, Urada RS za mladino, Zavoda RS za transfuzijsko medicino, Zavoda RS za presaditve organov in tkiv, Fakultete za družbene vede ter Centra za zdravljenje odvisnih od drog. Povabilu na konferenco so se kot udeleženci odzvali tudi mnogi predstavniki različnih vladnih in nevladnih organizacij, posebno čast s svojo prisotnostjo pa so nam izkazali tudi župani primorskih občin, ki so izkazali zadovoljstvo, da se konferenca odvija na Primorskem.

Konferenco, ki se je odvijala od 13. do 15. novembra 2002 v Mladinskem zdravišču in letovišču na Debelem rtiču, je po kratkem nagovoru predsednika Rdečega križa Slovenije, gospoda Janka Predana, odprl predsednik Državnega zbora Republike Slovenije, gospod Borut Pahor. V svojem govoru je

poudaril, da je najtežje obdobje zaradi suma nečednih poslov, kateremu smo bili v naši organizaciji priča v tem letu, za nami in izrazil prepričanje, da zmoremo pogumno stopiti novim izzivom prihodnosti nasproti. Pri tem je naši organizaciji izrazil tako svojo podporo kot podporo Državnega zbora. Ob zaključku je čestital novemu vodstvu in ostalim zaposlenim na Rdečem križu Slovenije za pripravo konference, ki je le eden od korakov k povrnitvi pozitivne podobe organizacije.

Popoldanski nastopi prvega dne konference so bili namenjeni predvsem državnim institucijam, s katerimi smo zaradi narave dela tesno povezani in si želimo sodelovanje z njimi še okrepiti. Tako sta naklonjenost naši organizaciji izkazala državna sekretarja Ministrstva za obrambo in Ministrstva

za zdravje, dr. Tomaz Čas in gospod Dorjan Marušič, dr. med.

Generalna sekretarka Rdečega križa Slovenije je predstavila strategijo in programske prioritete naše organizacije. Poleg uditve nekdanjega ugleda organizacije v družbi si želimo ohraniti vse dobro zastavljene programe, okrepiti dejavnosti na področju socialnih programov, mednarodnega sodelovanja, izvajanja javnih pooblastil in iskanja novih oblik za krepitev materialnih, finančnih in kadrovske resursov. Generalna sekretarka je tudi opozorila na spremenjene življenjske razmere v prihodnje. Globalizacija bo med drugim zelo verjetno prinesla povečanje revščine in višjo stopnjo brezposelnosti, nove oblike kroničnih, nenalezljivih bolezni, povečanje števila odvisnikov, spremenila pa se bo tudi socialna podoba družbe. Že zdaj smo priča staranju prebivalstva, upadanju natalitete, migracijam, brezdomstvu, priseljevanju tujcev in posledično pojavu diskriminacije in nestrpnosti. Na vsa ta vprašanja moramo kot humanitarna organizacija najti ustrezne odgovore in rešitve, zlasti tam, kamor država s svojim aparatom ne seže več.

Pentti Kotoaro, vodja regionalne delegacije Mednarodne federacije društev Rdečega križa in Rdečega polmeseca iz Budimpešte, je strategijo postavil v današnji svet, v katerem naraščajo potrebe ranljivih skupin, število humanitarnih organizacij je vsak dan večje, s tem pa tudi boj za donatorska sredstva. Hkrati donatorji darujejo manj sredstev v humanitarne namene, njihove zahteve po preglednosti dela in porabi sredstev pa so vse večje. Za Rdeči križ to pomeni, da mora narediti več, predvsem pa bolje in da ne zadošča samo ustrezno število kadrov, temveč so pomembne tudi njihove usposobljenosti, veščine in znanja. V svojem nastopu je predstavil tudi vizijo Mednarodne federacije, ki si želi, da bi njen sekretariat v Ženevi deloval manj na operativni ravni in se bolj posvečal povezovanju in svetovanju nacionalnim društvom.

Predstavil je tudi prioritete v srednjeevropski regiji, ki so organizacijski razvoj (organisational development), pripravljenost in ukrepanje ob nesrečah (disaster management), zdravstvena dejavnost (health) in promocija humanitarnih vrednot (humanitarian values).

Prispevke na konferenci smo razdelili v štiri vsebinske sklope. Pomena in spre-

memb, ki jih prinaša vključitev v Evropsko unijo, smo se dotaknili globalno, podrobneje pa v prispevkih o revščini in socialni izključenosti, o reformi na področju krvodajalstva, o priložnostih za Rdeči križ na področju prve pomoči, pozitivno naravnost ob vključitvi v EU pa je še dodatno potrdil gospod Luc Henskens iz Urada Rdečega križa pri EU, kjer prepoznavajo Rdeči križ kot edinega nosilca nekaterih humanitarnih in preventivnih programov. V zadnjem letu npr. so se predstavniki EU odločili, da za izvajanje kampanje "Road safety campaign" oz. "Varnost na cesti", v katero se vključuje tudi naše nacionalno društvo, prednostno pooblastijo društva Rdečega križa.

Na konferenci je bilo močno izpostavljeno delo prostovoljcev, zlasti mladih, ki so ključnega pomena za gibanje Rdečega križa v prihodnje. Pomembno je mlade, zagnane prostovoljce ne samo privabiti k delu, temveč jih tudi obdržati. Vrednot, ki temeljijo na solidarnosti in toleranci, mladim danes ne manjka, ponuditi jim moramo le priložnost, da jih odkrijejo in na njih gradijo svojo prihodnost. Kot humanitarna organizacija imamo še toliko večjo priložnost, da jih vzamemo kot "ljudi", kot enakovredne partnerje in kolege, ki bodo začutili, da jih spoštujemo, da imajo pravico do soodločanja pri oblikovanju, izvedbi in evalvaciji projektov.

Bližajoči se svetovni dan aidsa je postavil tudi izzive za konferenco, kakor tudi nedavna priključitev našega nacionalnega društva združenju ERNA, s tem pa tudi priključitev svetovni kampanji "Živi in pusti živeti". Predavatelji so opozorili na epidemijo bolezni, pri kateri se bolniki ne soočajo samo s trpljenjem zaradi zdravstvene diagnoze, temveč je veliko bolj boleča socialna diskriminacija in stigmatizacija.

Slovenije kljub njenemu geografskemu položaju in kljub strahotnemu širjenju bolezni v vzhodni Evropi epidemiološko širjenje bolezni še ni doseglo, vendar si ne smemo privoščiti, da bi si zatiskali oči. Med okuženimi z virusom HIV je namreč poleg istospolnih partnerjev še vedno največ odvisnih od intravenoznih drog. Odstotek teh pa, kakor je bilo na konferenci izpostavljeno, v Sloveniji močno narašča.

Namen konferencie je bil tudi vpogled v trenutno stanje Rdečega križa Slovenije, katera je v zadnjem letu pretresla afera, nje posledice pa še vedno močno čutimo.

Spremenjene, že kar izredne razmere zahtevajo tudi drugačen način vodenja, notranjega komuniciranja in komuniciranja z mediji. Mnogokrat imajo za posledico prenovno celostnega komuniciranja in drugačen pristop do medijev, česar se je v sodelovanju z zunanjimi strokovnjaki lotil tudi Rdeči križ Slovenije. Zaradi kriznih razmer se zavedamo, da tudi akcije zbiranja sredstev, kot smo jih poznali do sedaj, ne morejo več ostati enake. O novih možnostih in pristopih nas je podučil svetovalec Mednarodne federacije Rdečega križa in Rdečega polmeseca.

Predstavnica Mednarodnega odbora Rdečega križa kot promotorja mednarodnega humanitarnega prava je spregovorila o aktualnih dogodkih na tem področju, zlasti o pomenu in veljavi humanitarnega prava po 11. septembru 2001 ter o ustanovitvi Mednarodnega kazenskega sodišča, ki bo pristojno za kršitve določb te veje prava.

Na teoretično prikazane zgoraj navedene teme so drugi dan konference potekale delavnice, v katerih so udeleženci dejavno sodelovali. Predstavniki posameznih skupin so predstavili zaključke in ponovno se je potrdilo, da leži pred Rdečim križem še veliko izzivov in nalog.

1. nacionalno konferenco Rdečega križa Slovenije z mednarodno udeležbo ocenjujemo kot izredno uspešno, k čemer je pripomogla tudi velika medijska odzivnost.

Poudariti želimo, da nam tako velikega, uspešnega in odmevnega dogodka nikakor ne bi uspelo organizirati brez trdega dela organizacijskega odbora ter brez mnogih partnerjev, ki so konferenco tako strokovno kot tudi finančno podprli. Tako bi se za pomoč pri sofinanciranju še enkrat radi zahvalili Mednarodni federaciji društev Rdečega križa in Rdečega polmeseca, Ministrstvu za obrambo oz. Upravi RS za zaščito in reševanje, Ministrstvu za zdravje, Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zavodu RS za transfuzijsko medicino in Mestni občini Koper.

Češnikovi dnevi - poškodbe zob in obraza

Miha Kočar

Leto 2002 se je prevesilo že skoraj v zadnji mesec in bil je čas, da se zopet snidemo na strokovnem seminarju Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije. Seminar je bil organiziran v sodelovanju s Katedro za maksilofacialno in oralno kirurgijo Medicinske fakultete, ki vsaki dve leti organizira Češnikove dneve. Letošnji so bili jubilejni deseti. Potekali so v prečudoviti obnovljeni veliki dvorani Grand hotela Union.

Številna udeležba je pokazala pravilno zastavljene smernice dela Združenja in aktualnost delovne teme - **Poškodbe zob in obraza**. Na seminarju je bilo 450 udeležencev, med katerimi je bila večina zobozdravnikov, opaziti pa je bilo tudi predstavnike medicinskih specialnosti (otolaringologe, kirurge travmatologe).

Po uvodnih besedah, ki jih je spregovoril predsednik Združenja in predstojnika KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo KC Ljubljana, asist. mag. Andrej A. Kansky, dr. stom., je seminar uradno odprl prof. dr. Zoran Arnež, dr. med., strokovni direktor KC Ljubljana. V svojem nagovoru je številnemu občinstvu zaželel čim večji uplen strokovnega znanja, dotaknil pa se je tudi problema mejnih področji določenih specialnih strok, s katerim se v zadnjem času srečuje tudi maksilofacialna in oralna kirurgija v Sloveniji. S svojo navzočnostjo in govorom je tako organizatorja kot udeležence pozdravil predsednik Zdravniške zbornice Slovenije, asist. mag. Marko Bitenc.

V uvodnem predavanju je asist. mag. Kansky, dr. stom., prikazal nujne ukrepe pri politravmatiziranih pacientih, ki so prvenstveno usmerjeni k zagotovitvi osnovnih življenjskih funkcij. Izpostavljena je bila tudi triaža. Zadnji del predavanja je bil namenjen prikazu števila zdravljenih bolnikov na KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo zaradi poškodb obraznega skeleta.

Sledilo je predavanje mag. Boruta Sotoška, dr. med., o oskrbi poškodb mehkih tkiv



Asist. Matija Gorjanc, dr. med., dr. stom., organizator in predavatelj

obraza in ustne votline. V slikovitem in izčrpnem predavanju je predstavil tehniko oskrbe rane na koži obraza in ustni sluznici. Predvsem je poudaril, da se v področju obraza ne odločamo za radikalno nekrektomijo, saj je tu tkivo dobro prekrv件eno in ima kljub navidezni slabi klinični sliki dobro prognozo. Rano je pred dokončnim zašitjem potrebno dodobra očistiti. Za dokončen uspeh je odločilna tudi pravilna pooperativna nega.

V zanimivi predstavitvi nam je gost iz Zagreba, asist. Milinovič, dr. med., prikazal sodobne pristope v diagnostiki in zdravljenju zgornje čeljustnice. Vsa omenjena dejstva so tudi že dalj časa v veljavi pri obravnavi take poškodbe na KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo KC Ljubljana. Kot diagnostika stopa v ospredje računalniška tomografija (RT), zlato pravilo zdravljenja pa je stabilna

osteosinteza.

Doc. dr. Danijel Žerdoner, dr. stom., nas je skozi anatomijo nepoškodovane lične kosti pripeljal do vzrokov za nastanek zloma omenjene kosti. Predstavil je tudi znake, ki se ob taki poškodbi vidni, in opozoril na možne zaplete, če se taka poškodba spregleda. Prikazana je bila tudi oskrba zloma.

Orbita s svojo lego predstavlja mejo med obraznim in lobanjskim skeletom, skozi njo potekajo možganski živci (III., IV., VI.), končne veje oftalmične arterije, komunicira tudi z endokranijem in perikranijem. Zaščito daje očesu in optičnemu živcu. To so anatomska dejstva, s katerimi je pričel predavanje asist. David Aleksander Dovšak, dr. med. Poškodbe orbite so navadno pridružene ostalim poškodbam obraznega skeleta in imajo za pacienta hude posledice, če niso

pravilno oskrbljene. Poznamo izolirane in kombinirane zlome. Kot preiskava je tu na mestu RT. V glavnem je zdravljenje kirurško z odprto osteosintezo. V zadnjem delu res skrbno pripravljene predavanja pa je bila podana snov o oskrbi poškodbe frontalnega sinusa.

V predavanju Boštjana Lanišnika, dr. med., je bil prikazan algoritem diagnostike, kjer RT vse bolj in bolj izpodriva klasične rentgenske posnetke pri kraniofacialnih poškodbah, in nadaljnje zdravljenje pacienta s panfacialno poškodbo, ki temelji v prvi vrsti na zagotovitvi dihalnih poti, zaustavitvi krvavitve iz nosu in nato na dokončni oskrbi poškodb trdih in mehkih tkiv, ki je v večini primerov skupinsko delo specialistov različnih strok.

Pri zdravljenju zlomov spodnjih čeljustnic je cilj zdravljenja stabilnost reponiranih odlomkov. Sodobni pristopi pri tem so usmerjeni k stabilni osteosintezi. To so bila izhodišča predavateljice asist. Andreje Eberlinc, dr. med. Prikazala je značilna mesta zlomov mandibule in njihovo pogostnost (angulus mandibule, simfiza/parasimfiza, korpus, kondilarni odrastek, kornoidni odrastek, r. ascendens). Opisani so bili pristopi za izvedbo stabilne osteosinteze, ki so v večini primerov intraoralni, lahko pa so tudi ekstraoralni. Opisana je bila tudi diagnostika različnih zlomov.

Antibiotiki so tema, o kateri vemo vse in hkrati nič. Pri poškodbah mehkih tkiv, zob in skeleta je njihova uporaba indicirana v določenih okoliščinah, ki so bile podane. Za samo predpisovanje je potrebno imeti tako znanje o delovanju antibiotika kot bakterijah, ki lahko okužijo rano. V mislih je potrebno imeti, da antibiotik predstavlja podporno in ne nadomestno terapijo poškodb obraza in zob. (Snov je podal avtor članka, Miha Kočar, dr. stom.)

Akutne poškodbe zobnih kron je asist. dr. Janja Jan razdelila v tri skupine. V prvo spadajo poke sklenine, v drugi so poškodbe, pri katerih pride do izgube zobne substance - enostavne. Zadnjo skupino predstavljajo poškodbe, kjer je prišlo do ekspaniranja zobne pulpe. Za vsako skupino poškodb je bila opisana terapija in diagnostični postopki.

Že naslov predavanja Ohraniti ali odstraniti zlomljeno zobno krono doc. dr. Nataše Ihan Hren, dr. med., je obljubljal napetost. Izpostavljena je bila imobilizacija zoba kot prvi ukrep pri tako poškodovanem zobu. Za

nadaljnje spremljanje je nujno rentgensko sledenje in preverjanje živosti pulpe zoba. Oba diagnostična postopka sta tudi pokazatelj za nadaljnjo terapijo, ki je lahko kirurška, konzervativna ali ortodontska, pogojena je tudi z mestom zloma, formiranostjo same korenine in ohranjenostjo koronarnega dela zoba. Teorija je bila podkrepjena z zanimivimi primeri iz prakse predavateljice.

Prof. dr. Vesna Koželj je predstavila luskacijske poškodbe mlečnih in stalnih zob. Predstavljeni so bili diagnostični postopki, ki temeljijo na klinični sliki in rentgenskih posnetkih. Natančneje je bila podana tudi terapija omenjene poškodbe.

Doc. dr. Pavelič nam je s svojim predavanjem o endodontski terapiji poškodovanih zob pokazal zanimive klinične primere in nas poskušal prepričati, da lahko odlomljeno zobno krono brez težav s sodobnimi materiali uporabimo pri restavraciji poškodovanega zoba.

Ob prikazu kliničnih primerov nam je asist. Rok Kosem prikazal diagnostiko in terapijo poškodovanih zob pri mladostnikih. Predavanje je bilo omejeno predvsem na poškodbo krome mlečnih in stalnih zob, ki lahko obsega sklenino, dentin in tudi pulpno tkivo. Ob vsakem kliničnem primeru je bila prikazana tako diagnostična pot kot nadaljnja terapija in sledenje pacienta, ki je pomembno v tem obdobju razvoja pacienta.

Naslednji sklop predavanj je bil namenjen vlogi ortodonta pri odpravljanju težav, ki se pojavijo po poškodbi. V prvem predavanju je prof. Franc Farčnik predstavil pogoje, ki jih mora ortodont specialist upoštevati ob obravnavi pacienta, ki je imel poškodovane zobe.

Draško Karadjinovič, dr. stom., je v svojem predavanju prikazal zanimive primere in njihovo ortodontsko zdravljenje (omajanje intrudiranega ankiloziranega zoba, kateremu je nato sledila ortodontska ekstruzija).

Predavanje prof. Uroša Skaleriča je bilo usmerjeno k pojasnjevanju iatrogenih dejavnikov pri poškodbi obzobnih tkiv.

V sklopu protetičnega dela seminarja je asist. mag. Dušan Šušterčič, dr. stom., opisal težave pri izdelavi snemnoprotetičnih izdelkov pri pacientih z večjimi okvarami čeljustnic. V to kategorijo sodijo predvsem pacienti, ki so bili zdravljeni zaradi malignomov v področju glave in ustne votline.

Asist. dr. Igor Kopač, dr. stom., je v zanimivem predavanju predstavil možnosti, ki jih ponuja fiksoprotetična oskrba pri pacientih, ki so si poškodovali zobe ali jih izgubili zaradi nesreče. Vse teoretično znanje je bilo podkrepjeno še s primeri in izkušnjami iz ambulantne prakse.

V zadnjem strokovnem prispevku nas je asist. Matija Gorjanc, dr. med., dr. stom., s pomočjo moderne tehnologije popeljal v zanimivi in pri nas že vse bolj uveljavljeni svet vsadkov kot nadomestka v nesreči izgubljenega zoba. Predstavljena je bila popolna diagnostika, načrtovanje, operativna tehnika in kasnejša nadgradnja vsadka.

Za konec smo od doc. dr. Petra Kadiša izvedeli še nekaj o pravnih stališčih pri poškodbi zob in obraza.

Tako se je enodnevni, a zato nič manj z znanjem bogat strokovni seminar zaključil. Kljub natrpanosti programa so prisotni v anonimni anketi izrekli vse pohvale organizatorjem, opozorili pa so tudi na pomanjkljivosti, ki jih bomo organizatorji poskušali odpraviti že prihodnje leto, ko se, upam, zopet vidimo v enakem številu.



O slovenski medicini na ljubljanski tržnici

Alojz Gregorič

Gospa L. je rada obiskovala ljubljansko osrednjo tržnico na Vodnikovem trgu. Bila je namreč prepričana, da je to eno od mestnih elitnih shajališč, kjer lahko srečaš pomembneže od predsednika države navzdol. Odkar se je pred leti preselila iz Maribora v Ljubljano (kar je bila strogo varovana skrivnost), je njen družbeni ugled začel rasti in čutila je, da še kar naprej raste. Bila je namreč poročena z zdravnikom, ki je s pridnostjo in malo sreče dosegel naziv profesorja na Medicinski fakulteti in je sedaj z enim očesom že pogledoval proti Akademiji, kdaj se bo izpraznil kak sedež. Gospa L. se je obnašala statusu svojega soproga primerno in vedno jo je razveselilo, kadar so ji znanke in prijateljice zagotovile, da za vsakim uspešnim moškim stoji še bolj uspešna ženska.

Tistega dne je bil lep sončen dan in gospa L. se je okoli desete ure dopoldan smehljajoče sprehajala med stojnicami po osrednji ljubljanski tržnici. Ni se ravno razveselila, ko je nenadoma pred sabo zagledala svojo gimnazijsko sošolko in prijateljico iz mariborskega obdobja svojega življenja. To je bila gospa M. Tudi gospa M. je bila poročena z zdravnikom. Ime mu je bilo Lojze, bil je zaposlen v Splošni bolnišnici Maribor in je vrhunec svoje poklicne kariere dosegel z nazivom primarij.

Med gospo M., ki je bila sprva nenadejana srečanja zelo vesela, in gospo L. se je razvil naslednji pogovor. Gospa L.: "Kaj pa ti v Ljubljani? In to še na tržnici? So te na meji na Trojanah spustili skozi kar tako ali si morala pokazati potni list Republike Štajerske?"

Gospa M.: "Pusti obrabljene finte. Mamo sem pripeljala na preiskavo."

Gospa L.: "Torej ima moj soproj Franci prav, ko pravi, da morate Mariborčani na malo bolj zapletene posege hoditi v Ljubljano."

Gospa M.: "Mamo sem pripeljala, da ji moja hči, njena vnukinja, ki je, kot veš, očesna zdravnica, zamenja očala. Pa tudi, da gre malo na enodnevni izlet."

Gospa L.: "Kakor koli, moj Franci je prepričan, da vaša splošna bolnišnica ne seže našemu Kliničnemu centru do kolen in da so tisti trije klinični oddelki, ki smo vam jih dali,

bolj dejanje usmiljenja kot kaj drugega. Ponudili smo vam prst, vi pa ste sedaj zagrabili celo roko in še več ter ustanavljate medicinsko fakulteto v Mariboru. Smešno in nezasišano obenem."

Gospa M.: "Moj Lojze pa pravi, da je ustanovitev nove medicinske fakultete zelo blizu, odpravila bo monopol, vzpostavila konkurenco in dala Sloveniji nove zdravnike."

Gospa L.: "Naivna si kot vedno! Zadevo ste res pririni do Sveta za šolstvo. Sedaj pa sledi faza, ki se ji reče zavlačevanje z razlogom. O monopolu ni govora, govorimo lahko le o naravni danosti. Maribor Ljubljani nikoli ne more biti konkurenca - s tistimi nekaj docenti in profesorji, ostalo pa bi kar uvozili. Kar se tiče števila manjkajočih zdravnikov v Sloveniji pa je jasno, da gre za misterij, ker nihče prav ne ve, koliko jih rabimo. Sicer pa tvoj Lojze kot primarij na fakulteti tako in tako nima kaj iskati, ker ni habilitiran. Namesto da bi pisal članke, se je raje šel enologa, golfista in vseh vrst lovca."

Gospa L. se je med svojim govorjenjem zelo razživela, mahala je z rokami in zviševala glas, tako da so postale pozorne celo gospe branjevke na sosednjih stojnicah.

Razplamtel se je tudi gospa M.: "Bodi poštena. Še vedno si ljubosumna, ker je Lojze izbral mene in ne tebe. Zato si odvihrala v Ljubljano in na tebi lasten način uplenila tega svojega... Nočem biti žaljiva kot ti. Moj Lojze pa tudi vedno pravi, da je velika večina ljudi, ki v Ljubljani kaj pomenijo, iz Maribora ali njegove okolice. Spomni se na predsednika države in predsednika vlade, da ne naštevam dalje. Tudi aktualni minister za zdravje je rojen v Mariboru. In kdo je Bojana Krizajca in ostale Gorenjce naučil smučati, če ne Štajerec Tone Vogrince?"

Gospa L.: "Jaz se ne bi hvalila, da je minister za zdravje Štajerec, moj Franci vedno pravi, da je prav minister kriv za kaotične razmere v našem zdravstvu."

Gospa M.: "Seveda, kriv je zato, ker je Štajerec. Tipična ljubljanska logika. Sicer pa, če smo že pri tej temi, moj Lojze trdi, da sta edina, ki imata v našem zdravstvu testise v skrotumu, predsednik Zdravniške zbornice in predsednik Fidesa. Pri ostalih bo treba še čakati, da se des-

census dokonča, pravi moj Lojze."

Gospa L.: "Vulgarna si, kot vedno, in nikoli se ne boš mogla izmotati iz svojega začaranega kroga zavisti in kompleksov."

Besedni dvoboj se je stopnjeval in na sonecem obsijani osrednji ljubljanski tržnici so bližnje gospe branjevke z vedno večjim zanimanjem poslušale, kaj si imata obe gospe povedati. Gospa M. je ravno zajela sapo, da bi primerno odgovorila na izzivanja, ko se je nenadoma pred njima pojavila njuna mariborska gimnazijska sošolka, sedaj v Koprju živeča gospa K.: "Vidim, da sta obe v stari, to se pravi v najboljši formi in se temu primerno medsebojno obdelujeta. Le upam lahko, da nista obrali tudi mene."

Gospa M.: "Nisva še uspeli, ker L. tokrat res pretirava. Je pa dobro, da te vidim, ker ti moram povedati, da je moj Lojze rekel, da ste nam Primorci z ustanovitvijo svoje univerze verjetno odzrli denar za našo medicinsko fakulteto v Mariboru. Vsa čast, pravi moj Lojze, moraš biti res mojster, da iz dveh fakultet in treh visokih šol narediš univerzo. Sicer pa ni težko lobirati v enopartijskem sistemu, seveda, če si v pravi stranki."

Gospa K., ki ni bila pripravljena na tak neposreden napad, je ravno uspela še reči: "O ti zafrustrirana hinavka, boš že videla svoj enopartijski sistem, ko ti ne bomo dali tote vaše v. d. medicinske fakultete...", ko se je na prizorišču skupinici treh gospa priključila gospa Z., visoka uradnica na Ministrstvu za zdravje.

Vse tri gospe so kot v en glas rdečih lic zažvrgolele: "Oooo, gospa Z., malo po nakupih, mar ne. Me tri pa že ves čas hvalimo vrhovni menedžment na vašem ministrstvu. "Kakšen zaklad idej!" je rekla gospa L. "In kakšna energija in volja, da se nove ideje lahko tako bliskovito udejanjijo," je pristavila gospa M. Gospa K. pa je zavzdihnila: "Pri tem pa ne pozabimo na taktnost in prefinjenost izvedbe!"

Napetost na sonecem obsijani osrednji ljubljanski tržnici je hipoma popustila. Vse tri prvo imenovane gospe so si globoko oddahnile, oddahnile pa so si tudi gospe branjevke v bližnji sosesčini, saj so se sedaj lahko nadejale bogatega nakupa. ■

Ali je napočil čas prehoda od preventive k zdravljenju gripe?

Martin Bigec

Virusi so virusi. Spomnim se predavanja prof. Mihe Likarja, ko je predaval o pojavnosti in oblikah življenja na zemlji. Dilema o tem, ali virusi ustrezajo vsem kriterijem živih bitij, ko se, med drugim, še razmnoževati ne morejo sami, bo ostala odprta tudi v prihodnje, za nas, študente, naj bi bila trditev iz začetka poglavja dovolj. Sedaj pa smo že nekaj časa v vsakodnevni praksi in nam dileme še vedno ne dajo miru. Pravzaprav smo vsak dan izpostavljeni temu, da se odločamo na osnovi občutka oziroma nekega zaupanja v doseženo znanje. Pri virusih se ta občutek kar naprej spreminja. Naši občutki so podobni spreminjanju antigenske strukture virusa HIV in imamo s tem tudi probleme, kako si ustvariti dobro in zanesljivo metodo zdravljenja. Pri HIV-u je problem v cepivu, pri nas v doktrini. Kljub z dokazi podprti medicini (*evidence based medicine*) in kljub priporočenim algoritmom za terapijo smo še vedno tisti, ki se odločamo o tem, ali bomo posegli po antibiotiku ali ne, ali bomo hospitalizirali ali ne, skratka, ali bo bolezen potekala v predvidenih tokovih. V ambulanti si težko predstavljamo, da bi na osnovi klinične slike, ki nam skoraj prepričljivo govori za virusno okužbo zgornjih dihal, pri vsakem otroku napravili še laboratorijski pregled, mikrobiološki pregled sluznice zgornjih dihal in po možnosti vsaj še CRP. Laboratoriji bi lahko opravljali še samo te preiskave in stroški bi prerasli vsako razumno mejo. Torej nam ne preostane nič drugega, kot da ocenimo klinično stanje in s tem stopnjo in vrsto obolenja. Za primer bom navedel razliko med znaki in simptomi gripe in navadnega prehlada.

V tabeli vidimo, da imamo mnogo kazalnikov, ki se ocenjujejo kot pogosto, redko, izrazito, "tipično", včasih. Zame je, na primer, pogosto, če se znak pojavi pri 9 od 10 primerov, pri kolegici pa 6 od 10. Kaj pa, če vedno ne ocenimo vseh znakov in potem napravimo napako 1. reda in ugotovimo, da pri svojih pacientih nekega znaka še nikoli

	GRIPA	PREHLAD
VROČINA	je za gripo tipična in visoka (nad 38° C), traja od 3 do 4 dni	se pojavi redko
KAŠELJ	izrazito suh kašelj, ki se pogosto razvije v hujšo obliko	pokašljevanje
GLAVOBOL	pogost in izrazit	se pojavi redko
BOLEČINE V MIŠICAH	tipične in pogosto močnejše	se pojavijo redko in so neizrazite in blage
UTRUJENOST, ŠIBKOST	zelo velika, traja dolgo časa, od 2 do 3 tedne	zelo blaga
EKSTREMNA IZČRPANOST BOLNIKA	nastopi takoj in je izrazita	se nikoli ne pojavi
NELAGODJE V PRSNEM PREDELU	zmeraj prisotno	je zaznavno in se lahko stopnjuje
ZAPRT NOS	včasih	pogosto
KIHANJE	včasih	zmeraj
VNETO GRLO	včasih	pogosto
NASTOP BOLEZENSKIH ZNAKOV	POJAVIJO SE NENADOMA IN NAENKRAT	ZAČNEJO SE POJAVLJATI POČASI IN SE STOPNJUJEJO

nismo opazili? Žal iz naše ocene sledi ukrepanje, ki je lahko samo binarno, plus ali minus: bomo dali antibiotik ali bomo zdravili simptomatsko? Da ali ne. Ko bi se na tej ravni lahko odločali, kot npr.: poskusimo za nekaj dni ali pa vzemite polovičko, če bo boljše, pa kar ves odmerek... Skratka, na osnovi ocene klinične slike nam sledi zelo jasna odločitev.

Pogosto smo obsojali kolegice in kolege prepogostega predpisovanja antibiotikov, pa tudi drugih zdravil, ki so se pojavila na tržišču in so bila v modi, npr. bronhodilatatorji itd. Ali se terapevt na osnovi svoje ocene res pogosto odloči za učinkovino tudi zaradi tega, ker jo ima v ušesih? Ali pa, ker to pričakuje bolniki? Ali pa, ker to počne tudi kolega v sosednji ordinaciji? Ali smo res veliko antibiotikov zmetali v kanalizacijo, pred

tem pa so jih pojedli otroci?

Kljub ustaljeni klinični praksi in preizkušenim algoritmom zdravljenja se tudi poznavanje povzročiteljev bolezni in predvsem reaktivnosti organizma na bolezen ter dejavniki, ki dodatno vplivajo na nastanek infekcijske bolezni, v zadnjem času močno spreminjajo. Pomembno je, da upoštevamo nove pristope k zdravljenju (in našim odločitvam) in jih uporabimo v dnevni praksi. Pošteno do naših bolnikov je, da smo nenehno na preži in sproti prinašamo v dnevno rutino to, kar strokovnjaki v laboratorijih in velikih kliničnih študijah potrdijo kot klinično uspešno. Prav je tudi, da priznamo spremembo v načinu obravnave neke bolezni na osnovi novega spoznanja. Predvsem bolniki imajo pravico izvedeti, zakaj smo neko bolezen pred časom zdravili drugače kot sedaj.

Priznam, da ni lahko, sploh po dolgoletnem delu, nenadoma spoznati, da moramo ustaljeno navado opustiti in pričeti z novim načinom dela. Menim, da nas pri tem ne sme ovirati "prilagodljivost na spremembe", ampak količina novo osvojenega znanja.

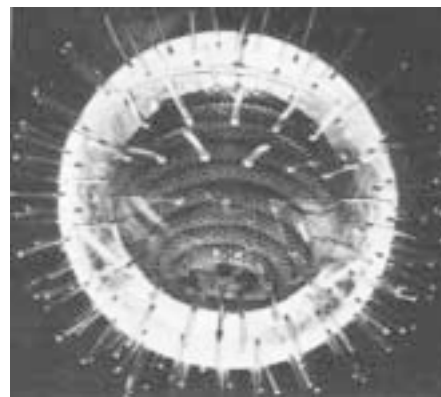
Za premislek bi navedel dva primera, ki sem ju srečal pred kratkim, in ju predajam kolegicam in kolegom v nadaljnje razmišljanje.

Dolga leta smo se učili, da je vnetje srednjega ušesa virusne etiologije in kot takšno self-limited disease. Algoritem zdravljenja je določal, v katerih primerih pričemo z antibiotičnim zdravljenjem, ki je praviloma penicilinsko. Zaradi doktrinarnega pristopa k terapiji nam je uspelo prepričati tudi ZZZS, da se vazokonstriktorne kapljice lahko predpisujejo na strošek obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pred nekaj dnevi sem poslušal predavanje prof. T. J. Heikkinena, Turku, Finska, z naslovom Viruses in otitis media: Innocent bystanders or active player, kjer dokazuje, da v aspirirani tekočini iz srednjega ušesa skoraj nikoli niso dokazali virusa, redko izolirano bakterijo, najpogosteje pa oba povzročitelja. Seveda ugotovitev sama kliče po opravičilu za antibiotično zdravljenje in preventivnem cepljenju.

Drug, bolj optimističen pristop k zdravljenju virusnih bolezni pa napovedujejo izkušnje z novimi zdravili, kot je oseltamivir, za zdravljenje gripe. Virus influence (orthomixovirus) ima na svoji površini dva značilna antigena, ki določata tudi njegovo razvrstitev v podskupine. To je glikoproteinski receptor, ki povzroča hemaglutinacijo, in drugi protein, ki ima encimske lastnosti in tvori z mukoproteini nevraminidazinske komplekse, nevraminidaza. Poznamo tri glavne tipe od 80 do 100 nm velikega virusa, in sicer tipe A, B in C. Tip A delimo tudi na

subtipe, ki imajo različne imunološke lastnosti. Vsi človeku patogeni tipi virusa povzročijo akutno, vnetno, kataralno bolezen dihalnih poti. Gripa je visoko kontagiozna bolezen in ima pogosto endemičen, občasno pa tudi pandemičen karakter širjenja med ljudi. Velike težave nastopijo pri ocenjevanju razsežnosti bolezni, saj zdravniki ne prepoznajo vedno bolezni ali pa postavijo diagnozo tudi za druge kataralne bolezni dihal, ki pa niso povzročene z virusom influence. Kljub vsemu je gripa med boleznimi, ki so povzročile največ smrti v času epidemij. Inkubacija traja od 1 do največ 4 dni. Bolezen se prične akutno z visoko temperaturo, glavobolom in bolečinami v sklepih, mrzlico in kataralnimi znaki v ospredju. Virus prizadene celice epitelijske dihalnih poti. Povzroči nekrozo celice, deskvamacijo epitelijskih celic, kar vodi v vnetje respiratornega trakta. Zaradi tega se zmanjša lokalna odpornost dihalne poti in se ustvarijo pogoji za bakterijsko ali glivično superokužbo. Nezapletena infekcija po 4 do 6 dnevih pojenja in ima ugoden prognostični tok, pri bakterijskih dodatnih okužbah pa vodi v poslabšanja klinične slike, predvsem kot bakterijska pljučnica. Iz zgodovine nam je poznano, da so mnogo bakterij krivili, da so povzročiteljice gripe, med drugimi tudi bacil, ki je zato dobil ime Bacillus influenzae, danes znan kot Haemophilus influenzae. Takšne "gripozne pljučnice" so bile in so še vedno pogost vzrok smrtnosti.

V primeru zbolevanja otrok se pojavi velika razsežnost v socialno-medicinskem pogledu. Poleg prizadetega otroka je v njegovo zdravljenje vključena družina, bolniški stalež za nego, izguba šolskih dni, izolacija iz okolja. Bolezen ima epidemičen karakter in je vezana na določeno obdobje, tako da zbolijo v kratkem času veliko število ljudi



hkrati. Ena od metod preventive je zagotovo cepljenje, ki pa mora upoštevati različnost antigenskih lastnosti virusa.

Namesto simptomatskega zdravljenja gripe (oprostite, k simptomatskemu zdravljenju), se bodo pridružile v bližnji prihodnosti učinkovine, ki bodo imele podobne učinke, kot antibiotiki, čeprav je v tem trenutku to bogokletno govoriti. Zdravilo, ki je kot oseltamivir, bi lahko povzročilo spremembo v našem odnosu do zdravljenja in preprečevanja bolezni. Njegov način delovanja, inhibicija nevraminidaze, deluje specifično na virus in ne na gostitelja. Prepreči njegovo širjenje po organizmu po replikaciji v celici, kar pomeni, da se biološka masa agresorja ne more povečevati. Stopnja bolezni je teoretično odvisna od količine razmnoženega virusa do začetka zdravljenja in zmožnosti gostiteljevih celic za razmnoževanje virusa pred začetkom zdravljenja.

Zopet se vračam na začetek. Ali bomo spoznali, da se pri virusnih boleznih da spremeniti odnos do njihovega zdravljenja in da nismo zgolj pasivni opazovalci energičnih povzročiteljev v odnosu do neprostovoljnega gostitelja?

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

Mir v zornem kotu družinskega zdravnika

Polonca Steinmann

*Goro bo premaknil le tisti,
ki je v začetku premikal kamenčke!*

Mir in sožitje v nas in med nami je bil naslov srečanja strokovnjakov - zgodovinarjev, kulturnikov, literatov, naravovarstvenikov, pedagogov, vzgojiteljev, sociologov, psihologov, zdravstvenih delavcev in duhovnikov - na Brezjah, v Franciškanskem Marijanskem centru Slovenije, ki je bilo 28. 11. 2002. Organizacija je potekala tudi pod okriljem Mednarodne Marijanske papeške akademije. Namen srečanja je bil **pomoč Slovincem**, da bi lažje našli mir srca in duha znotraj sebe, da bi delovali na vseh ravneh življenja v miru in ljubezni. Poudarjen je bil tudi pomen Franciška Asiškega kot simbola skromnosti in velike ljubezni do ljudi.

Srečanje je bilo v času adventa, v predbožičnem času. Takrat naj bi se vsak človek zamislil in poskusil kaj spremeniti pri sebi. Jezusovo rojstvo predstavlja lahko tudi naše novo rojstvo, to pomeni, da lahko razmišljamo, kako se lahko spremenimo in umirimo. Vsi ljudje, ki delamo z ljudmi: zdravstveni delavci, pedagogi, vzgojitelji, sociologi, socialni delavci idr., moramo vsakodnevno razmišljati o tem.

Da bi našla še kakšno novo idejo za lažje razumevanje življenja, sem odpotovala na Brezje, kajti že Paracelsus je rekel: "Zdravnik mora večkrat potovati."

Definicija zdravja po Svetovni zdravstveni organizaciji se glasi: "**Zdravje ni le odsotnost bolezni ali invalidnosti, temveč tudi prisotnost psihofizičnega, socialnega, duhovnega blagostanja.**"

Prvi stavek nam pove vse! Če je v telesu, duhu, duši **ravnovesje**, se počutimo dobro, pravimo, da smo zdravi, dobro smo razpoloženi in notranje umirjeni. Nič nas ne boli, v telesu nimamo nikakršnih neprijetnih občutkov.

Naj naveden nekaj drugačnih razmišljanj bolnikov iz vsakodnevne prakse:

"Je na koncu, ne more dihati.

Čaka s prukco na Žalah.



Mir in sožitje

Kolikor bo še živela, se bo martrala.

Tokrat vas zelo potrebujem. Morate me poslušati!

Boji se, da ne bo mogla več hoditi.

Malo bo z mano vedno narobe.

Življenje je tako trapasto.

Najraje bi umrla.

Moje se ne da popraviti, je pokvarjeno.

Tako, kot me je zdaj napadlo, me ni še nikoli.

Rada bi šla možu delat družbo (je umrl).

Pride mi delat zgago.

Šele sedaj se je sprijaznila, da je stara (ima 80 let).

Za scagat še ni.

Je star, pa še nekako gre.

Vsi čakajo karto za zadnji voz."

V primeru **notranjega nemira**, nerazumevanja, bodisi s samim seboj, z najbližjimi znotraj družine, v vrtcu, šoli, v delovni organizaciji, v partnerstvu, s prijatelji, občutimo po kakršnikoli življenjski situaciji, po

stresu v telesu **neprijetne občutke**, ki se odražajo na različne načine kot **klinični znaki**.

Večkrat razmišljam, da je **bolnik v taki situaciji kot Kristus, ki je padel pod križem**.

Zakaj? Zato, ker mu želim, da bi se vedno pobral in rešil izpod svoje življenjske težave. Opažam namreč, da nekateri bolniki, od mladih naprej, ne razumejo svoje stiske, svoje bolečine. Za družinskega zdravnika je izredno pomembno, da si vzame čas za razgovor. Ko bolnik razume nastalo življenjsko situacijo, se bo lahko pozdravil s počitkom ali z minimalnim zdravljenjem z zdravili. To bi bila seveda želja vseh nas, kajne? Sprva se pojavijo opozorilni znaki, da je s telesom nekaj narobe. Pojavijo se čez nekaj minut, čez nekaj ur, dni, tednov, mesecev ali celo desetletij po stresu. To bi lahko poimenovali **inkubacijska doba** za nastanek nekega kliničnega znaka. Kasneje se sprevržejo v **kronične znake** in zaradi dolgotrajnega priti-

ska na telo vodijo v **bolezni**. Katera bolezen se bo razvila, je odvisno od ravni blokade organa ali organskega sistema v telesu. Zavedati se moramo, da je človeško telo sestavljeno iz številnih cevnic organskih sistemov (krvožilje, dihala, prebavila, izločala, spolovila, limfno ožilje, žleze z notranjih izločanjem itd.), ki so pod vplivom našega živčevja, simpatikusa in parasimpatikusa. Na celice našega telesa vplivajo različni hormoni, nevrohormoni, encimi in številne biokemične snovi, od katerih so nam mnoge že poznane, mnoge pa še niso laboratorijsko dokazane. Vse to vpliva na notranje ravnovesje organov, organskih sistemov, celic.

Naj navedem nekatere od mnogih **kliničnih znakov**, ki jih bolnik navaja, ko pride prvič ali ponovno v ambulanto družinskega zdravnika: utrujenost, občutek nemoči, občutek osamljenosti, nima energije, nič mu ne gre od rok, kar spal bi, življenje se mu ustavlja, apatija, zaskrbljenost; ne razume svojega počutja, strah ga je, zelo je nemiren, ne spi, umika se v samoto ali pa je besedno, včasih celo fizično nasilen do svoje okolice; včasih je stiska tako huda, da razmišlja o tem, da življenje nima smisla, ne vidi svojega življenjskega cilja, ima samomorilne misli ali išče rešitev v kakršnikoli zasvojenosti, navaja vrtoglavice, šumenje v ušesih; večno osebno nezadovoljstvo, nezadovoljstvo s poklicem ali v poklicu; vročina; pogosto ima alergije - lahko nekaj minut po stresu, kožne bolezni; glavobole, bolečine v hrbtenici ali kjerkoli v telesu; prehladna obolenja - zlasti sinusni, grlo, žrelo, bronhitis, pljučnica, celo tuberkuloza, astma; je slabokrven; ima motnje v delovanju prebavnega trakta - zaprtje, driska, bruhanje, krči po črevesju, napenjanje, bolečina v zlički; dogajajo se mu nesreče - zvije si nogo, ureže se v prst, kaj si zlomi; ima zvišan, znižan krvni tlak; ima zvišane maščobe, jetrne teste, dobi sladkorno bolezen; nastopati začne pozabljivost, demenca, arterioskleroza; palpitacije pri srcu; tumorji - nenevarni, nevarni na različnih organih; sterilnost, spontani splav, menstrualne motnje, težave srednjega življenjskega obdobja, seksualne težave; artritis, artroze različnih sklepov - degenerativne starostne ali popoškodbene spremembe; vnetje dlesni ipd.; ulkusi dvanajstnika, vnetja želodca; slabovidnost, naglušnost; težave z žlezami z notranjem izločanjem; laringitis; vnetje ledvic, sečila; avtoimunske bolezni neznanega vzroka ter številni drugi.

Sreča blagodejno vpliva na telo, žalost pa razvije moč razuma! (Marcel Proust).

Ne razume svoje življenjske situacije. V bolnikovih očeh vidim velik strah in klic na pomoč!

Zaradi takih in podobnih težav pride bolnik v **ambulanto družinskega zdravnika**. Pogosto je prestrašen, jezen, besen, trpi. To mu razberem iz oči. Strah pogosto izhaja iz neznanja ali nerazumevanja nastalega počutja znotraj sebe.

Razumevanje znotraj tebe kot odrasle osebnosti se začne **ob zaploditvi**. Izrednega pomena je notranje **ravnovesje staršev v tem trenutku**. To ravnovesje se odraža tudi kasneje: v otroštvu, mladosti, adolescenci, obdobju spolne zrelosti in sočasno delovnem obdobju, v partnerstvu, klimakteriju, starosti. V vseh teh življenjskih obdobjih človeško, čustveno, duhovno, psihosocialno rastemo in se gradimo. **V neki stresni situaciji ne gre več**. Težava **izbruhne iz čistega miru**. Pediater, zdravnik šolske medicine in kasneje zdravnik družinske medicine so postavljeni pred veliko odgovornost: kako razložiti bolniku ali staršem otrok dano zdravstveno težavo. Zdravnik mora biti notranje umirjen, spočit in poklicno predan svojemu poslanstvu, da zmore mirno in v sožitju z bolnikom zelo **enostavno** razložiti, kaj se dogaja z bolnikom. V nasprotnem primeru lahko bolnika pahne v še večjo težavo in stiska se poveča. Predpiše mu zdravila in včasih tak bolnik preide v **kronično stisko** in kasneje se pojavi **bolezen** kakega organa. Družinski zdravnik mora bolnika pomiriti. Pokazati mu mora **pozitivni pristop** do njegove težave. Bolnik je namreč večinoma negativno naravnani v razmišljanju, zato tudi zboli.

Poleg vpliva družine - zlasti **otročstva**, vplivajo na bolnika še številni drugi dejavniki, kot so npr.: vrtec, šola, kasneje partnerstvo, njegova nova družina, prijatelji, sorodniki. Vpliv dednosti, prejšnjih izkušenj, vpliv sto- in tisočletnih izkušenj, vpliv **celičnega spomina** so izrednega pomena. **Zelo pomemben je miselni vzorec, ki izhaja iz osnovne družine**.

Kako težko spremenimo tekom življenja ta miselni vzorec iz otroštva! Govorimo o zdravi ali bolni družini, glede na zdravo življenjsko ali čustveno odzivanje v življenju. Zaradi nepravilnega odzivanja lahko kar zbolimo. Rečemo: "Duša me boli."

Bolnik se vrti v začaranem krogu.

Ko pridemo v dano življenjsko situacijo, se lahko odzovemo povsem mirno ali pa

znorimo. Preden znorimo, postanemo **nemirni**. Ne razumemo, kaj se dogaja znotraj nas. Vključimo tudi podzavest in se odzovemo z nekim **podzavestnim odtisom**. Včasih še sami ne razumemo svojega odziva, še manj pa nas razume naša najbližja okolica. Rečejo nam, da smo se čisto spremenili ali da smo znoreli. Mi pa smo se v notranjem kaosu odzvali s krivdo, jezo, žalostjo, bolečino, trpljenjem, namesto **z ljubeznijo, sočutjem do sebe in do bližnjega**.

Za razumevanje take stiske, bolečine je potrebno veliko časa, potrpljenja. Včasih ponavljamo v spominu nepomemben dogodek iz svojega življenja in se ga nikakor ne moremo otresti. Stalno smo napeti, ne spimo. Ponavljanje takega dogodka se nam vleče vse do starosti, ko ga res ne zmoremo več razumeti. In kaj smo naredili zase tekom celega življenja: **ponavljamo miselni vzorec naše družine!** Nič se nismo spremenili, zato imamo zdravstveno težavo in seveda kasneje tudi bolezen.

Naša domovina Slovenija je čudovita dežela. Ima pa številne težave, ki se kažejo v ljudeh. Slovenija doživlja zadnja desetletja **velike preobrazbe** navznoter, pa tudi navzven, v svet. Zaradi tega preobrazb dežele se spreminjajo tudi prebivalci. Ker se spremembe znotraj človeka, na telesni, duševni in duhovni ravni, dogajajo zelo **počasi**, ima človek zdravstvene težave. **Govorimo o spremembi generacijskega miselnega vzorca**. Taka sprememba vodi k spremembi sebe, družine in posredno celotne družbe, države. To bi lahko imenovali naše **dozorevanje**.

Spremembo mora razumeti vsaka naša **celica**. Ko se prične telo spreminjati, se nam dogajajo različne preizkušnje, pa tudi neprijetne težave. Le-te nam pokažejo, da nas je še strah sprememb.

Če bi imeli na razpolago teste, metode za ugotavljanje naših prejšnjih generacijskih vzorcev, bi lahko bolezen preprečili že v predstopnji, na celični ravni.

Zadnja leta bolniki povedo, da se jim je **življenje ustavilo**. Ne morejo naprej. Sve-tovala bi vam: **počakajte!** Veliko počivajte, pijte veliko vode, pojdite v naravo ali v prostor, kjer se dobro počutite in zlahka napolnite svoje baterije. Najdite svoj notranji mir. Zanj prosite svojega **angela varuha**. Ko bo pravi čas, se bo življenjska situacija nenadoma razrešila in problem sploh ne bo več problem, temveč le naše učenje in rast k razumevanju življenja in pridobivanje naše

življenjske modrosti. Če smo se je naučili do srednjega življenjskega obdobja, nimamo klimakteričnih težav. Življenje razumemo in ga sprejemamo ta trenutek mirno in enostavno!!! Zaradi naše neučakanosti smo velikokrat napravili že kakšno napako, kajne?

Zdravljenje v ambulanti družinskega zdravnika je večinoma **individualno**. Vsak bolnik je popolnoma drugačen od drugega bolnika. Prihodnost ozaveščanja, razumevanja težav pa je tudi v **manjših skupinah**. Namen zdravljenja v taki skupini je tudi zdravljenje z nič ali čim manj zdravili. Bolnik se počasi nauči razumeti svojo bolečino, zdravstveno težavo. Sama že nekaj mesecev vodim tako skupino. Nastala je na željo bolnika, ki se mu je vse v življenju porušilo in je tudi hudo zbolel.

Zaključek: Vesela sem, da mi je bilo dano

preko lastne življenjske bolečine in stiske bolje razumeti življenje in s tem seveda tudi bolnike z njihovimi težavami. Zdravnik, ki še ni imel bolečin, res mnogokrat ne more razumeti bolnika v njegovi boleznini in tekom okrevanja. Nekdo se pozdravi v nekaj dneh, drugi pa v nekaj mesecih, letih ali nikoli. Ozdravitev je odvisna od razumevanja bolnika in njegove okolice. Bolnik pripomore k svoji ozdravitvi tudi z branjem knjig in ustreznim izobraževanjem.

Tudi tokratno srečanje je eden od načinov za **boljši svet in boljši jutri!!!**

Zavedati se moramo, da naša generacija vpliva na naslednje. Skrbeti moramo, da vsak trenutek ločimo pleve od semena, nebitveno od bistvenega! Na take in podobne načine lahko zmanjšamo zboleznost, zmanjšamo bolečino - telesno, psihično ali čustveno - in

si tako ustvarimo dobro podlago za čim bolj zdravo starost in tem dalje življenje!

Razmišljajmo tako, kot pravijo mnoge pravljice: bila je široka reka, na to reko so dali košarico, v to košarico so dali dojenčka, v njegovo naročje so dali culico. Ta dojenček si Ti. Ta culica so Tvoji spomini, dednost in vse, kar nosiš v sebi. Košarica je Tvoj dom, tvoje telo. Široka reka je tvoje življenje. Reka je včasih mirna, drugič so valovi majhni ali visoki, ali pa Te življenje vrže tudi ob skale. Kar pobrati se moraš. Z lastno pomočjo, ali s pomočjo bližnjih.

Glejte, da boste prihodnjim rodovom zapustili nekaj dobrega.

“Naj vaše življenje obrodi bogate sadove in sproti preštevajte vse milosti, ki jih sprejemate dan za dnem!” Jerry Linenger (astronavt) ■

ODMEVI

50-letnica bronhoskopije na Golniku

(popravek in komentar o biopsijskem delu)

Tomaž Rott

50 let bronhoskopije na Golniku. V novembrski številki revije Isis se je avtorjem prikradla manjša napaka. V poročilu o 50-letnici bronhoskopije na Golniku sem se pojavil v družbi eminentnih bronhoskopistov, kar je sicer lepo, ni pa res. Z bronhoskopijo sem bil tesno povezan le posredno: v času že kar jubilejnih 25 let sem na Golniku pregledal najmanj 15.000 biopsijskih vzorcev transbronhialnih, bronhialnih in drugih biopsij, hkrati pa sodeloval kot patolog na tečajih bronhoskopije. Omenjene biopsije smo redno pregledovali praktično izključno patologi Inštituta za patologijo Medicinske fakultete v Ljubljani, krepko preko 30 let predvsem akad. prof. dr. Dušan Ferluga. Ob pregledih biopsijskih vzorcev je dolga leta patologom z razlago vedno prisotne celotne klinične dokumentacije pomagal prof. dr. Branko Štangl. Tak način dela je bil in ostal idealen in uspešen. Standardizirano obdelavo vzorcev smo dopolnjevali v skladu z razvojem in zahtevami stroke z novejšimi metodami: histokemijo, imunohistologijo z uporabo različnih poliklonskih ali monoklonskih protiteles proti različnim celičnim oz. tkivnim antigenom, v manjši meri elektronsko mikroskopijo, imunofluorescenčnimi metodami in metodami molekularne patologije. Večino do-

datnih preiskav smo opravili na Inštitutu za patologijo. Vse to je omogočalo tesno in plodno dolgoletno sodelovanje obeh omenjenih ustanov. Naše delo sedaj samostojno nadaljuje moj “mentoriranec” asist. Izidor Kern, dr. med.

Vloga patologov pri bronhoskopijah. Čeprav sem sprva mislil, da gre pri uvrstitvi patologa med bronhoskopiste pač za nepomembno zmoto, sem pričel razmišljati, da so morda nekateri avtorji prispevka, s katerimi smo dolga leta sodelovali, prim dr. J. Mešič, prof. dr. A. Debeljak in prof dr. J. Šorli, zajeli v širši kontekst bronhoskopistov tudi pomembno delo patologov, ki odvzete vzorce pregledujejo (vsaj upam, da je res tako, prepričan pa nisem). In prav to me je ob neljubih, kar pretresljivo viharnih dogodkih v patologiji v preteklih mesecih, in predvsem ob nekaterih nejasnih in nepremišljenih izjavah ob tem, potolažilo, da verjetno nekateri vedo, kaj je pravi pomen biopsij.

Zaradi teh izjav so me nestrokovnjaki večkrat spraševali, ali so ob modernih kliničnih diagnostičnih metodah **biopsije** sploh **potrebne**. Nedvomno, če so **pravilno indicirane!** Moderne **klinične diagnostične metode ne morejo nadomestiti biopsij**. Če lahko pride-

mo do zanesljive diagnoze brez biopsije, z drugimi manj invazivnimi metodami, je morebitna načrtovana biopsija nestrokovno indicirana.

Namen biopsije. Lečeči zdravnik mora vedeti, kaj od biopsije pričakuje, kaj želi z njo potrditi ali izključiti. Patologi se še vedno srečujemo z napotnicami za biopsije, za katere sploh ne vemo, zakaj so bile opravljene, brez osnovnih kliničnih podatkov in celo s pomanjkljivimi osebnimi podatki. Nekateri lečeči zdravniki, ki nimajo pogostega stika s patologom, morda ne razumejo **pomena kliničnih podatkov**, ki bi jih morali posredovati patologu. Naglica v takih primerih ne more biti opravičilo. Večkrat se zgodi, da zaradi zavajajočih napačnih ali nepopolnih podatkov opravljamo ali celo ponavljamo dodatne, velikokrat drage preiskave. Nasprotno tudi preobliča ponavljajočih se normalnih izvidov ni v pomoč.

Biopsijskega izvida ni mogoče enačiti z laboratorijskimi izvidi. Za slednje so velikokrat dovolj ustrezen vzorec, izkušen laborant in dobra elektronsko vodena aparatura, ki da objektivno izmerjen rezultat. Tega lečeči zdravnik vrednoti v sklopu vseh ostalih kliničnih podatkov.

Pri biopsiji imamo sicer tudi opraviti z vzorcem, ki ga tudi mora po navodilih patologa ustrezno pripraviti laborant. V zadnjih letih del laborantovega dela nadomeščajo avtomatične elektronsko vodene aparature, ki zagotavljajo zahtevano **standardiziranje obdelave biopsijskih vzorcev** in s tem primerljivost rezultatov v različnih laboratorijih doma in po svetu.

Pregled operativnih preparatov je nujen, saj npr. večkrat do operacije ne vemo, ali gre za benigno ali maligno spremembo. Pri malignomih, ki so bili dokazani pred operacijo, moramo po njej natančno opredeliti vrsto tumorja in predvsem razširjenost tumorja, kar določa tudi nadaljnje zdravljenje.

Rezultat biopsije je patologov pregled in **izvid z mnenjem**. Patolog žal ni elektronska naprava, ki deluje vedno enako, pri vrednotenju biopsije so zato lahko odstopanja od **objektivnih kriterijev** (ki jih določajo različni protokoli), pri pregledu ne opazujemo samo ene (ne)merljive značilnosti, ampak jih moramo hkrati in skladno upoštevati veliko, poznati prioriteto njihove vrednosti itd. Določeno tkivo se odzove na škodljive dejavnike z omejenim številom histoloških vzorcev, poleg tega se lahko isti vzorec pojavlja pri različnih škodljivih dejavnikih. Sodobne morfometrične metode sicer objektivizirajo, količinsko ovrednotijo določene spremembe, ne morejo pa razložiti pomena, kakovosti določene spremembe. Pri interpretaciji biopsije se moramo med drugim tudi zavedati, da gre lahko za pojav več sočasnih bolezni, ki se tako klinično kot patološko prekrivajo. Poleg tega so tako klinične kot patološke slike pri določeni bolezni čedalje pogostejše atipične. Če so že pri objektivnem opisovanju sprememb razlike med patologi, so te še toliko večje pri njihovi **interpretaciji in dokončni diagnozi**. Njena verodostojnost je odvisna od patologovega znanja, izkušenj itd., upoštevanja potrebnih kliničnih in laboratorijskih podatkov, k čemur lahko v veliki meri pripomorejo klinično-patološki sestanki.

Končna diagnoza gotovo ni le laboratorijski izvid, ampak bi ga do neke mere lahko enačil z **avtorskim delom**, za katerega strokovno in kazensko odgovarja posameznik. Lečeči zdravnik ga brezadržkov uporablja pri zdravljenju bolnika, brez sodelovanja ali celo vednosti patologa pa ga ne more uporabiti v druge namene, npr. pri nabiranju točk v akademski karieri. Včasih je razumljivo in upravi-

čeno negodovanje patologov, ki so večkrat odrinjeni ali vsaj zastavljeni pri strokovnih sestankih, kongresnih poročilih in predvsem objavah v revijah, posebno takih primerov ali takih študij, kjer je patologovo delo odločilno vplivalo na dokončno diagnozo ali rezultate študij. Ugotavljanje pomembnosti in deleža posamezne stroke je v nekaterih tujih strokovnih revijah dovolj natančno opredeljeno, pri nas pa je še vedno nedorečeno. Resnici na ljubo je sodelovanje lečečih zdravnikov in patologov na več področjih zadovoljivo, če že ne zgledno.

Delež patologov pri nekaterih strokovnih sestankih je porazno majhen. Spomnim se npr. sestanka o transplantacijah brez kavršnega sodelovanja patologa. Kakšno težo ima tak sestanek, ne mislim razpravljati. Mnogi vedo, da je pred nekaterimi presaditvami organov potreben patologov izvid o ustreznosti morebitnega presadka, včasih t. i. ničelna biopsija, ki daje potrebne informacije o morebitnih spremembah na dajalčevem organu, pozneje pa je ob zapletih večkrat potrebna biopsija in patologov izvid.

Klasična in moderna patologija s svojimi diagnostičnimi možnostmi sta v **sodobni diagnostiki** še vedno **nujni in nenadomestljivi**. Kljub temu, da je moderna molekularna patologija prinesla številna spoznanja o etiopatogenezi bolezni in odprla nove možnosti zdravljenja (o katerih se včasih vseeno preveč nekritično in optimistično razpravlja), bo **klasični svetlobni mikroskop** še vedno **ostal temeljno orodje sodobnega patologa**, kot je nedavno dejal tudi eden vodilnih svetovnih patologov.

Odmev na članek o delu razsodišča II. stopnje

Tanja Čufer

V zadnjem času smo pričali vse pogostejših in glasnejših polemik o delu zdravnikov. Proces demokratizacije in dozorevanja civilne družbe odpira "tabu" teme. Zdravnikovo delo se želi prikazati kot tabu tema, o kateri do sedaj nismo razpravljali, danes pa razkrivamo vse resnice in podrobnosti. Visoke plače zdravnikov, korupcija v zdravstvu, zaostanki kot izraz malomarnega dela, neprimerna oskrba posameznih bolnikov so teme, ki so v zadnjem času nesporno vrgle senco na slovensko zdravništvo in otežile delo številnim slovenskim zdravnikom, ki dobro in pošteno ter v korist bolnikov opravljajo svoje delo.

Številne medijske razprave se zdijo kot poligon za povečanje naklade oziroma gledanosti posameznih medijev in za izboljšanje javne podobe posameznih organizacij, združb in nenazadnje tudi posameznikov. K reševanju problemov, ki bi preko zrelega soočenja z njihovo prisotnostjo, vsebino in obsegom vzpostavilo pogoje za njihovo odpravljanje in tako zaščitilo bolnike in zdravnike, pa še ne znamo ali nočemo pristopiti. Zdravniška zbornica oziroma njeni organi imajo pri tem pomembno vlogo.

Poročilo oziroma polemika o delu in odločitvah razsodišča II. stopnje v primerjavi z razsodiščem I. stopnje (Isis 11/02) v primeru X ne vpliva zaupanja, da bo stanovska organizacija, ki smo jo pred leti ustanovili z velikimi pričakovanji, uspela ubraniti visok strokovni ugled zdravništva in visoko strokovno raven oskrbe bolnikov.

Primer dobro poznam. Nikakor se ne želim na tem mestu spuščati v strokovne podrobnosti in sodbe. Želim samo opozoriti na nesmiselne razlage neskladij med obema razsodiščema, ki po mojem mnenju žalijo bralstvo in vpletene.

Šlo je za konkretna vprašanja odmikov od po načelih znanosti in medicinske stroke preverjenih načinov zdravljenja in njihovo uporabo izven nadzorovanih kliničnih raziskav ter brez pojasnilne dolžnosti napram posameznim bolnikom. Razsodišče I. stopnje je kolegu izreklo opomin, razsodišče II. stopnje ga je oprostilo (podrobne razlage obeh razsodišč so bile objavljene v reviji Isis 6/02 in 10/02). V zadnji številki Izide predsednik razsodišča II. stopnje razlaga, da so tako ali tako oboji mislili in razsodili enako, samo eni so imeli bolj drugi pa manj "proste roke". Načeloma se strinja z razsodiščem I. stopnje, da je doktrine treba spoštovati, ampak oni so imeli drug meter. Osredotočili so se na uspehe zdravljenja. Takšno razlago bi si mogoče lahko privoščili naši stanovski predstavniki in izvedenci pred sto leti. Danes s takim pristopom žalijo in razveljavljajo temeljne principe stroke. Če kje, potem v onkologiji velja, da moramo vsa-

kemu posameznemu bolniku nuditi zdravljenje, ki je po trenutnem vedenju preverjeno najoptimalnejše in mu nudi največje možnosti ozdravitve ali zazdravitve. Rak se nikoli ne ozdravi sam. Nove načine pa preverjamo v okviru kliničnih raziskav. Eno od temeljnih pravil raziskav je, da morajo zajeti tolikšno število bolnikov (praviloma v fazi II okoli petdeset, v fazi III pa več sto bolnikov), da je moč uspehe in neuspehe zdravljenja zanesljivo ovrednotiti in objaviti. Vrednotenje uspeha in neuspeha novega zdravljenja na treh bolnikih je nesmisel.

Skrb zbujajo izjava, da bi dejansko škodo za bolnike moral dokazati prijavitelj. Menim, da lahko prijavitelj samo posreduje podatke in dokaze, presoditi oziroma razsoditi pa mora razsodišče. Razumem, da je delo v razsodišču težka in neprijetna zadeva, ki pa jo je potrebno, kot vsako delo, opraviti z vso odgovornostjo.

Razlaga, da različna ocena drugostopenjskega razsodišča ne pomeni, da se je prvostopenjsko razsodišče motilo, je nerazumljiva. Še zlasti, če ni podatkov o eventualnih novih spoznanjih med obravnavami. Ob trditvi, da drugostopenjskih sodišč ne bi potrebovali, ko bi njihova ocena spodbijala oceno prvostopenjskih sodišč, se postavlja vprašanje resnosti članka. Vsi podpiramo možnost pritožbe in ponovne presoje, kajti razsodišča in sodišča tvorijo samo ljudje, ki so zmožljivi. Je pa teža odločitev in odgovornost zanje iz stopnje v stopnjo večja. Nenazadnje ne morem mimo dejstva, da iz članka veje opravičevanje razsodišča višje stopnje nižjemu. Kot da ni pomembna vsebina, ampak samo to, da bomo še naprej prijatelji in dobri ljudje.

Pravilno izbrano prvo zdravljenje raka je za vsakega posameznega bolnika dobesedno življenjskega pomena. Preverjanje, ali tako institucije kot posamezniki res naredimo vse, kar je v naših močeh, da bi bilo pravilnega (trenutno preverjeno najučinkovitejšega) zdravljenja deležnih čim več bolnikov, je odgovorno in resno delo, ki kot tako ne zagotavlja vedno zadovoljstva in odobravanja vseh. Vsekakor je to edina pot, ki dolgoročno koristi tako zdravnikom kot tudi in predvsem bolnikom.

Pred zdravništvom in našim stanovskim predstavništvom je obdobje, ko bomo morali ubraniti svoj do sedaj visok strokovni in moralni ugled v razmerah nove, bolj informirane in bolj neprizanesljive družbe. Prepričana sem, da vsi zdravniki računamo, da nam bo naša stanovska organizacija z najvišjim možnim spoštovanjem stroke in etičnih norm pri tem koristno pomagala.

Zvonka Zupanič Slavec: Družinska povezanost grofov Celjskih

Stojan Plesničar

Zvonka Zupanič Slavec: Družinska povezanost grofov Celjskih. Identifikacija in epigenetska raziskava 2002, 276 str., 101 slika, ISBN 961-6358-60-X.

ZRC SAZU, Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije.

.... je jaki mož vzel v roke ščit, čelado ino gerb rajnega grofa, se pred odrom na tla vergel, je glasno ino tužno kričal:

*Grafen von Cilli und nemmermehr!
ino razlomil gerb rajnega grofa.*

“Celjska Kronika”, 1456.

Ne glede na čas so Celjski grofje bili in bodo za vsakega od Slovencev naša legenda. Ta vladarska dinastija, ki je bila doslej tudi naša poslednja, je imela v lasti velik delež ozemlja, Celjski grofje pa so bili v svojem času po svoji moči in vplivu povsem enakovredni Habsburžanom. Usoda njim in s tem nam ni bila naklonjena. Po tragični smrti Ulrika II., ob času, ko so bili Celjski grofje na višku svoje moči, toda brez naslednika, nam je do danes ostal v podzavesti spomin, da smo Slovenci samostojen in državotvoren narod. Celjski grad nam v svoji mogočnosti to še danes potrjuje vsakokrat, ko se naš pogled ustavi na njegovih zidovih, ki po šestih stoletjih še vedno kljubujejo času.

O Celjskih grofih vemo že veliko, a še zdaleč ne vse, zato je vsak podatek, ki pojasnjuje njihovo življenje, vedno dragocen. Pisni viri so pomembni, prav tako pripovedujejo svojo zgodbo ostaline njihovih gradov, toda tudi posmrtni ostanki, kolikor jih je ohranjenih do danes, nam pripovedujejo o skrivnostih njihovega življenja. Mrtvi imajo svojo govorico in v njih so sporočila, kdo so bili, kako so v njihovi dobi živeli ter tudi umirali. Toda ta sporočila je treba znati prebrati. Tekom stoletij so okostja grofov Celjskih doživljala tudi svojo nemilo usodo in od njih je do danes ostalo le 18 nepopolnih lobanj. Dvesto let od izpraznitve grobnice, vse do ugotovitev doc. Zvonke Zupanič Slavec, se

za njih ni vedelo, katere sploh pripadajo grofom Celjskim in katera izmed lobanj pripada posamezni osebnosti te družine.

V ustvarjalnem delu doc. Zvonke Zupanič Slavec ni manjkalo presenečenj, zato bodo ugotovitve, ki jih najdemo v tej knjigi o Celjskih grofih, v naslednjih letih še močno in dolgo odmevale. Gre za trajen prispevek medicinski in naši zgodovini.

Avtorica doc. Zvonka Zupanič Slavec je pravilno sklepala, da z ugotovitvijo identitete in družinske povezanosti lahko sestavi rodovnik te družine ter s tem tudi časovno poveže Celjske grofe z zgodovinskimi dogodki v njihovem času.

Znanstveni preskok avtorice od elementarnosti k “umetnosti” je bil v odkritju poti, kako lobanje metodološko verodostojno sorodstveno povezati. Dokazati, da jih veže krvno sorodstvo!

Organska materija, ki je v zadnjem desetletju tolikokrat navdušila z genetskimi dokazi o sorodnosti, se je pri 600 let starih izsušenih lobanjah izkazala za neobstojno in za genetsko raziskavo neustrezno, kljub presenetljivemu odkritju, da imajo potomci nekdanjih plemičev s tremi rumenimi zvezdami na

modrem polju še danes živeče potomce po najznamenitejši “Celjanki”, Barbari Celjski, ki že kar 20 generacij po njej ostajajo na samem vrhu evropskega plemstva. Znameniti Oldenburžani bi bili torej primeri za vzorčno DNA, kakor so bili primerjalno vzeti vzorci



za identifikacijo približno 80 let starih kostnih vzorcev ruske carske družine Romanov iz 16. generacije potomcev po Barbari Celjski. A razlika med 80 in 600 let starimi kostnimi vzorci je pač očitna. To odkritje je vendarle odprlo nova vprašanja o povezanosti vladar-

skih hiš v preteklih stoletjih na našem starem kontinentu.

Pa niso le nukleinske kisline tiste, ki nosijo dedni zapis; dedni zapis nosimo - zaenkrat očitno še premalo zavedno - na vsaki pedi svojega telesa. Razvoj sodobne znanosti zna stvarjem vse globlje pogledati v oči, poiskati njihovo skrbno skrito bistvo. Verjetno morajo biti prisotna neka težje pojasnljiva stanja, ko pride do prebliska o nekem novem, doslej nepoznanem zapisu narave v strukturo človeškega telesa. Tako kot smo ljudje od zunaj navajeni opazovati podobnosti med materami in očeti ter njihovimi otroki in prepoznati lažje opazne "podpise narave", tako so drugi diskretno skriti in manj dostopni preprostemu očesu. Kako prefinjeno in natančno se narava "podpisuje" pod dedne morfološke znake že samo na lobanjah (saj raziskovalka drugega sploh ni imela na voljo), se kaže v njenem primerjanju nad 30 skoraj neopaznih hiperostotskih in hipostotskih znakov na lobanjah. In ti so dedovani avtosomno dominantno ali recisivno. Med morfološki dednimi znaki na lobanjah je kot avtosomno dominantna lastnost najizrazitejša oblika in velikost obnosnih votlin: frontalnih in maksilarnih sinusov, očesnih in nosnih odprtini. Ko je avtorica uvidela, da je tukaj možna pot do preverjanja družinske dedne povezanosti teh lobanj, se je obzorje identifikacijskih metod razširilo. Zahtevna analiza vseh opisanih morfoloških znakov v svetovnih laboratorijih ji je s to metodo, imenovano epigenetika, omogočila pot do primerjanja dokazano dednih lastnosti.

Široko interdisciplinarno pristopanje je korak za korakom somatske rezultate primerjalo z zgodovinpisnimi in rodoslovnimi. Če zob časa ne bi po več kot poltisoletni odmaknjenosti okrnili tudi teh podatkov, bi bilo delo veliko lažje. Dokumentarni molk kot posledica habsburškega premaganja Celjskih je tudi puščal veliko situacij nejasnih. Lobanje so molče kazale svoje tajne kode v nepojasnjenih številkah na zatilju. Prve štiri lobanje ženske, pa naslednjih pet moških, pa spet tri ženske in šest moških. Kronologija umiranja gotovo ni mogla biti taka. Poleg tega tudi grobnica ni bila ohranjena, da bi se z njeno pomočjo pojasnilo neznano številčenje. Temeljni somatski znaki so bili nesporno vodilo, nenehna dedukcija od historiografskih podatkov do rodoslovja in počasno razumevanje, da so žen-

ske in moške člane družine pokopavali v ločene vrste in so številke sledile tem vrstam po sicer časovnem zaporedju umiranja, so avtorico pripeljali do celih družin. Pri tem je bilo delo izjemno hvaležno, kjer so bili skupaj pokopani vsi družinski člani; v primeru družine Hermana II. pa so njegovi, za študijo manjkajoči posmrtni ostanke, predstavljali oteževalno okoliščino. Na vsak način se je prav široka interdisciplinarnost dela izkazala za veliko prednost, saj se "uganke celjskih lobanj" ne bi dalo rešiti samo z golim naravoslovjem, prav tako pa tudi ne s humanističnimi vedami. Delo je zato obogatilo raziskovalni prostor obeh strok. Pet let postopnega dela se je raziskovalki obrestovalo. Vpeljala je metodologijo za identifikacijo sorodnikov na osnovi lobanj iz skupnih grobišč, kjer genetska metoda zaradi poškodovanosti ali starosti materiala preprosto ni možna.

Pristop avtorice je bil torej originalen in raznovrsten. Z identifikacijo nam je povedala, katera od lobanj pripada določeni osebi, njihov spol, starost in sorodnost, ter tudi obrazložila nekatere bolezenske znake in eventualne ostanke poškodb, najdene na lobanjah.

Pri tem delu si je skušala pomagati z vsemi znanimi identifikacijskimi, antropometrijskimi in drugimi paleopatološkimi metodami ter tudi z najnovejšimi metodami, kot so genetske. Vendar tudi s primerjavo teh izsledkov ni bilo mogoče priti bližje resnici. Vzorci so nudili premalo materiala in še ta je bil močno kontaminiran in denaturiran, same lobanje pa poškodovane in nepopolne. Na tej točki je avtorica razvila povsem nov, lasten način za identifikacijo lobanj, ki sloni na ugotavljanju sorodnosti s primerjavo izoblikovanosti in velikosti obnosnih votlin. Uporaba te epigenetske identifikacije je dala najpomembnejše rezultate v tej študiji.

Značilnosti vsake lobanje so natančno obdelane, ugotovitve pa spremlja komentar in končna ocena o spolu in starosti osebe, zboleznosti in vizualnosti.

Avtorica identificira člane sedmih družin Celjskih grofov ter opiše skupne epigenetske značilnosti lobanj. Sem sodijo oblike frontalnih in maksilarnih sinusov, orbitalnih in nosnih odprtini ter njihova velikost. Kaže, da so bile te oblike dedovane v večji meri po očetih. V povzetku avtorica povzame izsledke raziskave v tem, da so lobanje

med seboj sorodne in pripadajo družini Celjskih grofov, nadalje, da oštevilčenje ne sledi kronologiji pokopov, temveč da so ločeno pokopavali moške in ženske mrličje, ter uspešno poimensko identificirati lobanje in jih razvrstiti v družine.

Interdisciplinarnost pristopa je pri tem delu omogočila odličnost rezultatov.

Uporabljene so različne vede, med katerimi gre posebej omeniti, razen medicinskih, predvsem zgodovinske in rodoslovne, s podatki iz arhivov in drugih dosegljivih publikiranih virov.

Veliko poguma in predvsem psihološkega razumevanja osebnosti je zmogel naš znani slikar R. Španzel, ki je na podlagi doslej zbranih podatkov izrisal portrete Friderika I., Friderika II. in Ulrika II. Iz teh portretov veje odločnost in razumnost mož te tako pomembne družine. Avtorju portretov gre vse priznanje za ta prav poseben kulturnozgodovinski, lahko bi ga imenovali res enkraten podvig.

Pričujoče delo je unikatno in ima zato velik pomen v naši zgodovini ter za našo medicino. Avtorica je pri svojem prikazovanju združila dve veliki skupini znanj, medicinskih in zgodovinskih, ter jih nadgradila s svojimi ugotovitvami o bolezenskih lastnostih teh oseb, o medsebojnih družinskih zvezah in o njihovih medicinskih, fizičnih in vizualnih posebnostih. Svoje delo je opravila natančno in poglobljeno v vsakem detajlu, pravzaprav je delo tako dragoceno kot idrijska čipka, med drugim lahko po celotnem vtisu rečemo tudi, snežno belo. Delo je izvirno, zahtevalo je veliko energije, zavzetosti, trmoglave radovednosti in želje, priti stvarjem do dna, ter končno tudi veliko ljubezni do resnice in odkritosti. Na srečo same take lastnosti, ki jih najdemo v osebnosti avtorice v presežku. Knjiga ne samo, da vabi človeka k branju, je tudi taka, da se bo bralec z zanimanjem ponovno in ponovno vračal k njenim stranem in slikam, ki nam tako veliko in toliko govore o Celjskih grofi.

Za konec, kot zadnjo besedo, si dovolim predlagati, da se zagotovi prevod tega dela v angleščino, saj poznavanje in s tem zanimanje za vse, kar je v zvezi z Celjskimi grofi, daleč presega meje naše domovine. ■

Obravnava bolnika z osteoporozo

A. Kocijancič, B. Palek, R. Hren (uredniki): Obravnava bolnika z osteoporozo. Klinični primeri. Ljubljana: MSD Idea Inc., 2002. 111 str., ilustr.

Spodaljševanjem življenjske dobe postaja osteoporozo vse večji zdravstveno-ekonomski problem v vseh visoko razvitih družbah. Slovenija pri tem ni izjema. Na te izzive se moramo odzivati tako zdravniki s pravilnim in racionalnim diagostično-terapevtskim pristopom kot tudi družba v širšem smislu z zagotavljanjem oz. preražeporejanjem sredstev za obvladovanje stroškov pri reševanju tega problema.

Značilnost sedanje medicine je množica podatkov in njihova relativno lahka dostopnost, zlasti preko elektronskih medijev. Problem postaja sprejemanje podatkov, njihovo pravilno vrednotenje ter njihova uporaba v praksi. Za pomoč splošnim zdravnikom in zdravnikom ostalih področij, ki se med svojim delom vse pogosteje srečujejo z bolniki z osteoporozo, smo dobili priročno knjižico oz. priročnik z naslovom "Obravnava bolnika z osteoporozo. Klinični primeri". Ustrezal bi mu tudi podnaslov "ključna dejstva (basic facts)", saj gre za podajanje sporočil v telegrafskem stilu. To mu daje še dodatno vrednost pri vsakdanjem delu, ko ni časa za prebiranje obsežnejših besedil.

V uvodu avtorji poudarjajo celostni pristop k bolniku z velikim tveganjem za zlom, ki ne temelji le na vrednosti izmerjene mineralne kostne gostote (MKG). Temu sledi nekaj epidemioloških podatkov in poglavje o merjenju MKG. Izvid merjenja MKG je postal v dokumentaciji starejših bolnikov že skoraj tako pogost, kot je bil včasih izvid EKG. Zato naj bi vsak zdravnik poznal ključne podatke za odčitavanje izvida. Podane so tudi indikacije za napotitev na merjenje MKG in najpogostejši vzroki za napake pri

samem merjenju ter pri odčitavanju izvidov.

Knjižica se seveda ni mogla izogniti poglavju o pomenu z dokazi podprte medicine, katere izsledki so v smernicah za zdravljenje osteoporoze močno zastopani.

Sledi morda najpomembnejši del knjižice - nacionalne smernice za odkrivanje, preprečevanje in zdravljenje osteoporoze. Smernice so se pričele oblikovati spomladi 2002 in so bile potrjene tako na strokovnem kolegiju Klinike za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni kot na Glavnem strokovnem svetu SZD. Nastale so na osnovi priporočila mednarodnega združenja za osteoporozo (IOF), na osnovi dokazil o učinkovitosti posameznih zdravil in seveda na osnovi specifičnih razmer v našem zdravstvu (beri omejenosti finančnih sredstev, s katerimi razpolaga ZZS). Dodane so tudi

smernice za preprečevanje in zdravljenje steroidne osteoporoze, ki je najštevilčnejša med sekundarnimi osteoporozami.

Z očmi zdravnika v osnovnem zdravstvenem varstvu pa bi kot najkoristnejši del knjižice verjetno ocenili prikaz kliničnih primerov osteoporoze. Po enotnem zaporedju: indikacija za DXA - anamneza - klinični pregled - laboratorij - meritev DXA - diagnoza - zdravljenje in komentar, je predstavljenih 15 bolnikov. Izbrani so tipični primeri, s katerimi se srečujejo zdravniki pri vsakdanjem delu.

Knjižica ima vse pogoje, da postane koristen spremljevalec zdravnikov raznih specialnosti, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki z osteoporozo.

Janez Preželj



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

Rdeči križ - Modra pomoč

Septembra je izšla letošnja prva številka glasila RK Slovenije z naslovom Rdeči križ - Modra pomoč. Glasilo je prenovljeno, kar je simbolno povezano z novim vodstvom te humanitarne organizacije, ki jo je v zadnjem času pretresala velika kriza.

Prva rubrika z naslovom **RK po svetu** je tokrat posvečena problemu lakote, ki pesti kar vsakega sedmega človeka na svetu, zaradi nje pa umre na dan 24.000 ljudi. Številka je grozljiva in v prispevku so navedena območja, ki jih lakota najbolj ogroža - Uzbekistan, Honduras, Šrilanka, južni predeli Afrike - ter poziv k zbiranju humanitarne pomoči za jug Afrike.

Naslednji prispevek govori o humanitarni pomoči Afganistanu, kamor je letos aprila Rdeči križ v sodelovanju s slovensko vlado, Ministrstvom za obrambo in Lekom poslal pomoč v vrednosti 42 milijonov tolarjev.

Ena osrednjih tem številke je krvodajalstvo. Med drugim izvemo, kolikšne so potrebe po krvi v Sloveniji, koliko krvi se porabi pri posamezni operaciji, kako pomembno je, da je darovalec zdrav, tako da je kri, ki jo daruje, varna. Krvodajalstvo ima v Sloveniji dolgo tradicijo, saj segajo njegovi začetki v leto 1945. Sprva so krvodajalci ob darovanju krvi dobivali dodatne živilske nakaznice za nakup živil, po ukinitvi živilskih nakaznic pa denar, tako da je bilo krvodajalstvo plačano. Ker je prihajalo do zlorab in so nekateri prepogosto dajali kri, da bi dobili denar, pri tem pa niso upoštevali nevarnosti zase in za prejemnika, je bilo leta 1953 uvedeno neplačano, anonimno in prostovoljno krvodajalstvo. Tako je vse do danes. Na leto daruje kri okoli 100.000 krvodajalk in krvodajalcev, kar je 5 odstotkov vsega prebivalstva. To je dovolj, da je Slovenija glede preskrbe s krvjo samozadostna.

V reviji sta objavljena tudi intervjuja z novoizvoljeno generalno sekretarko RKS, Tatjo Kostnapfel Rihtar, in novim predsednikom RKS, Jankom Predanom.

Rubrika **Predstavljamo vam** je tokrat posvečena Gorski reševalni službi (GRS) Slovenije, ki je bila ustanovljena leta 1912. Danes deluje kot komisija pri Planinski zvezi Slovenije. Sestavlja jo 17 postaj, ki so razporejene po vsem goratem delu Slovenije. Članstvo v GRS je prostovoljno in prostčasno. Prispevek postreže tudi s statističnimi podatki o akcijah GRS v preteklih petih letih in z napotki za pohodnike, da bi čim bolj zmanjšali nevarnost nesreče.

Ob vsem naštetem je v reviji še veliko zanimivega branja, za morebitna vprašanja, pripombe, mnenja pa je na voljo nova rubrika **Pisma bralcev**.

Marta Brečko Vrhovnik

Trde droge - mehke droge?

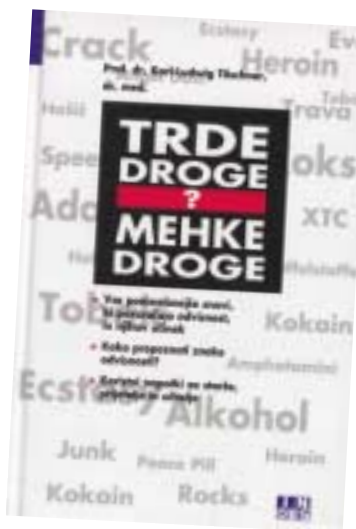
Avtor: prof. dr. Karl-Ludwig Taeschner, dr. med. Založnik: In obs medicus, Ptuj, 2002

V reviji Isis tokrat predstavljamo še eno v vrsti knjig, ki bo v pomoč zasvojenim z drogami, njihovim svojcem in svetovalnim delavcem. Nemški avtor že dolga leta poučuje psihiatrijo na Univerzi v Tuebingenu in vodi mestno nevrološko kliniko v Stuttgartu. Na podlagi dolgoletnih izkušenj je napisal knjigo, namenjeno širokemu krogu bralcev, kjer bo vsak, kot pravi avtor, "lahko razumel, kako učinkujejo droge, zakaj jih jemljejo zlasti mladostniki, kako nekdo zaide v odvisnost in kako lahko najde pot iz nje."

Čeprav avtor izhaja iz drugačnega okolja, problematika odvisnosti od drog pa je zelo povezana tudi z okoljem, so njegove izkušnje lahko koristne tudi pri nas. Knjiga je razdeljena na pregledna poglavja, obilo je ilustracij, preglednic. V posebnih okvirih so objavljene tudi izpovedi in izjave posameznih uporabnikov, ki nudijo tudi vpogled z "notranje strani".

V prvem poglavju, "Odprta razprava o drogah", predstavi nemške razprave o drogah. Sledi naslednje poglavje "Najpomembnejše snovi za omamljanje", kjer, zanimi-

vo, v družbi kanabisa, heroína, kokaina in sintetičnih drog najdemo tudi alkohol in tobak. Kot "Druge droge" opiše halucinogene snovi, poživila in sredstva za vohljanje. Vsaka droga je najprej predstavljena snovno, sledi opis učinkov, podrobno pa so opisane možne škodljive posledice. V nadaljevanju bralca preseneti s poglavjem "Pravica do omame?", kjer najprej ponudi besedo zagovornikom uporabe ter v nadaljevanju nasprotnim argumentom. S tem želi utrditi svojo tezo, da je jemanje drog individualna odločitev vsakega posameznika. Da se bo znal vsakdo zase pravilno odločiti in argumentirano zagovarjati lastno odločitev, mora biti pravilno informiran. Svojo tezo razvija tudi v naslednjih poglavjih: "Kako živeti z drogami?", "Problem dopustitve drog (legalizacija)", "Droge in cestni promet". V naslednjem



delu knjige so nato zbrani čisto praktični napotki za svetovalce in svojece v poglavjih "Bolje preprečevati kot zdraviti" in "Prepoznavanje uživanja drog in zdravljenje". Na koncu je za slovensko izdajo dodan prispevek Andreja Kastelica in mag. Tatje Kostnapfel Rihtar "Javna zdravstvena služba", kjer je predstavljena mreža centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji. Čisto na koncu so koristni naslovi.

Kot je zapisal recenzent knjige, Andrej Kastelic, vodja Centra za zdravljenje odvisnih od drog na Kliničnem oddelku za mentalno zdravje ter vodja Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog pri Ministrstvu za zdravje: "Različne poti lahko vodijo do istega cilja."

Matjaž Najzer

Dolina Triglavskih jezer

Zvonka Petek

Ko enkrat začneš, ne moreš nehati. Vsak teden bi se zapeljal v gore, soncu nasproti. Kamor koli že...

Če iščeš svetlobo, jo poišči v gorah..., bi dejal J. D. Walters. In jaz mu prikimavam. Občutek, da je ves svet tvoj, ko v jutranji zarji zreš v atelje narave, je božanski. Rojstvo jutra, nežno in tako mehko. Le kaj je to? Neskončna širina. Za trenutek se čas ustavi...

“Ko izgubljene žde v širnih, čudovitih tihih globačah, odmaknjem svetu, pogreznjene v otožnost,” je pred desetletji zapisal Julius Kugy.

“Tam gori je doma samota. Tako ti je, kot da njeno tiho oko nenehno počiva na tebi ... Prisluhneš in slišiš edino utrip lastnega srca. Tu je kraj, če hočeš biti sam s seboj.”

Iz Stare Fužine do kočice pri Triglavskih jezerih se počasi vzpenjaš. Tu se ti odpre pogled na dolino in jezera. Na levi strani jo zapira Lepo Špičje, desno pa Zelnarica, Tičarica.

Vse je v dosegu našega pogleda, kot da smo na otoku sredi morja, okrog nas pa valovijo gore.



Ledvično jezero



Ledvično jezero



Rjava mlaka



Prebodavci

Zgodaj zjutraj se odpraviva naprej, navzgor mimo Ledvičnega jezera do Prehodavcev. Tu na višini 2.050 metrov se odpre veličasten razgled na Julijce. Le kdo bi pogledal nazaj? Morje megle zakriva vsakdanje probleme, ki vladajo v dolini. In ta je tako daleč. Rajski svet pa je tu. Vsepovsod naokrog in mi v njem.

Ko se dan bliža koncu, moraš pozabiti zasanjanost in se spustiti v dolino. Gore se prelepo svetijo in razgled seže daleč, predaleč. Takšen dan bi vstajal trepetaje...



Zelnarica

Dve basni

Janko Kostnapfel

1. memorial Leva Milčinskega o preprečevanju samomora je potekal 14. in 15. oktobra 2002 v Ljubljani. Prvi dan je bilo strokovno srečanje - zaradi izjemne družbene pomembnosti - v Državnem zboru Republike Slovenije in naslednjega dne v Slovenski akademiji znanosti in umetnosti.



Akad. prof. dr. Lev Milčinski ob 50-letnici, v ozadju prof. dr. Momčilo Vitorovič.

Na programu so bile tudi Impresije o akademiku dr. Levu Milčinskemu. V tem okviru je prof. dr. Janko Kostnapfel prebral svoji naslednji basni:

Lev in uš

Leva so zaprli v kletko. Ampak ta kletka je bila velika in v njej še na tisoče trpinov. Lev s svojim kraljevskim srcem ni mogel dojeti te mučilnice in se je venomer spraševal: "Kaj počno ti čudni ljudje s soljudmi? ... Kako je to mogoče?"

Lev je s svojega ležišča strmel v nizek strop, lesen in težko sive barve. Tik nad glavno se je bahavo sprehajala uš in gledala naravnost vanj. Lev je najprej prizanesljivo pogledoval enkrat uš in drugič bližnji ličen lepak: "Ena uš, tvoja smrt!" Potem se je pa le ujezil: "Kaj pa pravzaprav hočeš, ti uš?"

Ta uš pa ni bila katerakoli uš. Bila je bela uš, ki edina prenaša pegavico.

Lev je začel doživljati hude sanje, celo mōre. Čutil se je razkosanega, imel je mučne privide. Trpel je neznosne duševne muke. Pogreznil se je v pegavični delirij - bledež.

Ko se je nekaj kasneje ujasnil, je spoznal, da ni več v kletki. Žične ograje z električnim tokom ni bilo več. Lev je bil svoboden ... Vendar se je nekdanja kletka zajedla vanj, zažrla, vtisnila se je vanj kot jašek na Batičevega rudarja. Povsem ga je prežela in za vselej neizbrisno zaznamovala. Mučno, hudo, boleče.

Levu pa se je tudi na svobodi dogajalo, da včasih ni vedel, ali živi v resničnosti ali v pegavičnem bledežu.

Lev se je vprašal: "Kaj storiti?" In je tako le razsojal: "Treba bi bilo onemogočiti bele uši - načrtovalce vojn in orožarje ..."

Lev in polž

Lev je vsako jutro zgodaj odhajal na delo. Tistega dne je že kmalu za vogalom hiše spoznal, da je pozabil doma ključ svoje ne-navadne delavnice. Zatorej se je brz obrnil in vrnil domov. Ko pa je stopil v avlo, je uzrl polža s hišico, ki je polzel po sredini velikega predpražnika. "Saj ga lahko kdo pohodi ..." si je prizadeto rekel. Polža je dvignil ter predstavil nazaj k zidu. Potem se je povzpел v stanovanje po ključe.

V času njegovega kratkega opravljanja doma pa se je polž spet priplazil na sredo predpražnika. Očitno se je zatrdno odločil izpeljati svojo nameravano transversalo, ki bi jo lahko uspešno zaključil že prej na drugi strani veže v zavetju zida.

Lev pa se je ravno tedaj vnovič spustil v pritličje.

Nenadoma je nekaj glasno zaškrtalo. Na predpražniku je z vso svojo težo pohodil polža s hišico ...

To se je moralo pripetiti Levu, ki je zagovarjal in udeleževal "aktivno neaktivnost" oziroma "nedirektivnost".

Zdravniška zbornica Slovenije objavlja seznam zdravnikov, ki so opravili program sekundarijata

Primož Kušar, dr. med.,
končal: 30. 11. 2002,
izpit opravil s pohvalo

Jona Rakuš, dr. med.,
končala: 30. 11. 2002,
izpit opravila s pohvalo

Tatjana Trajkovska, dr. med.,
končala: 30. 9. 2002,
izpit opravila

Naziv "primarij" za leto 2002

Prim. **Danica Avsec Letonja**, dr. med.

Prim. dr. **Dušan Logar**, dr. med.

Prim. **Jožef Rebernik**, dr. med.

Prim. **Božidar Buhaneč**, dr. med.

Prim. **Cvetka Pernat**, dr. med.

Prim. mag. **Nikša Šegota**, dr. med.

Prim. **Marija Jamšek**, dr. med.

Prim. **Radoslav Rusek**, dr. med.

Prim. **Julij Gyula Šelb**, dr. med.

Prim. mag. **Miloš Kosanović**, dr. med.

Prim. mag. **Alenka Sketelj**, dr. med.

Prim. mag. **Jovan Miljković**, dr. med.

Prim. dr. **Krunoslav Margič**, dr. med.

Prim. prof. dr. **Aleš Žemva**, dr. med.,
svetnik

Prim. asist. **Mateja Bulc**, dr. med.

Prim. **Janez Kurnik**, dr. med.

Izvolitve v učiteljske nazive na Medicinski fakulteti

Na seji senata Medicinske fakultete 7. 10. 2002 so bili izvoljeni v nove nazive spodaj naštetih sodelavci

Izr. prof. dr. **Zdenka Pajer Likozar**, univ. dipl. biol., ponovno izvoljena v naziv izredne profesorice za predmet histologija in embriologija

Asist. **Ema Dornik**, prof. zdrav. vzg., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet biomedicinska informatika

Asist. dr. **Andreja Erman**, univ. dipl. biol., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet biologija celice

Izr. prof. dr. **Jernej Logar**, univ. dipl. biol., ponovno izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet mikrobiologija in imunologija

Asist. mag. **Simon Herman**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija

Asist. **Miro Čokolič**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet interna medicina

Doc. dr. **Marjan Premik**, dr. stom., ponovno izvoljen v naziv docenta za predmet socialna medicina

Asist. mag. **Bogdan Fludernik**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija

Asist. mag. **Branko Zorn**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet ginekologija in porodništvo

Doc. dr. **Martina Ribič Pucelj**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv docentke za predmet ginekologija in porodništvo

Asist. dr. **Zdenka Čebašek Travnik**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet psihiatrija

Asist. dr. **Marijan Bervar**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija

Asist. mag. **Marko Bitenc**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija

Asist. **Peter Kecelj**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet interna medicina

Asist. dr. **Bojana Pinter**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet ginekologija in porodništvo

Asist. mag. **Tit Albreht**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet socialna medicina

Mag. **Samo K. Fokter**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet ortopedija

Mag. **Martina Fink**, univ. dipl. kem.,
izvoljena v naziv asistentke
za predmet biokemija

Mojca Gabrovšek, univ. dipl. ing.
zoot., izvoljena v naziv asistentke
za predmet biokemija

Mag. **Mojca Globočnik Petrovič**,
dr. med., izvoljena v naziv asistentke
za predmet oftalmologija

Vilma Kovač, dr. med., izvoljena
v naziv asistentke za predmet
ginekologija in porodništvo

Mag. **Marko Pokorn**, dr. med.
izvoljen v naziv asistenta za predmet
infekcijske bolezni in epidemiologija

Mag. **Karin Sernec**, dr. med.,
izvoljena v naziv asistentke
za predmet psihiatrija

Ingrid Velikonja, dr. med.,
izvoljena v naziv asistentke
za predmet psihiatrija

Miloš Židanik, dr. med.,
izvoljen v naziv asistenta
za predmet psihiatrija

Novi doktorji in magistri znanosti s področja medicine

Doktorski naziv so dosegli:

Asist. dr. **Marija Kovač Kavčič**,
dr. stom.
naslov: "Bolezni ustne sluznice in spre-
membe potreb po parodontal-
nem zdravljenju pri prebivalcih
Ljubljane"
mentor: prof. dr. Uroš Skalerič
področje: stomatološke vede
zagovor: 16. 10. 2002

Asist. dr. **Vika Smerdu**, dr. vet.
med.
naslov: "Izražanje genskih prepisov za
izooblike težkih verig miozina v
različnih tipih mišičnih vlaken
človeka"
mentor: znanst. svet. dr. Ida Eržen
področje: medicinske vede
zagovor: 17. 10. 2002

Dr. **Mirjana Grujić**, univ. dipl.
kem.
naslov: "Pomen intracelularnih interak-
cij bestatina in aktinonina pri
njunem antiproliferativnem de-
lovanju na celični liniji K562 in
U937"
mentor: prof. dr. Metka Renko
področje: biokemija in molekularna biolo-
gija
zagovor: 18. 10. 2002

Dr. **Jerica Rozman Pungercar**,
univ. dipl. kem.
naslov: "Citosolna vloga cisteinskih pro-
teaz papainove naddružine sesal-
skega izvora"

mentor: prof. dr. Vito Turk
somentor: doc. dr. Boris Turk
področje: biokemija in molekularna biolo-
gija
zagovor: 18. 10. 2002

Dr. **Manca Kenig**, univ. dipl.
kem.
naslov: "Študij stabilnosti in hitrosti zvit-
ja himernih in točkovnih mutant
človeških stefinov"
mentor: prof. dr. Vito Turk
področje: biokemija in molekularna biolo-
gija
zagovor: 18. 10. 2002

Dr. **Barbara Salobir**, dr. med.
naslov: "Pomen neklasičnih dejavnikov
tveganja za trombozo pri mladih
ženskah s srčnim infarktom, ce-
rebrovaskularnim inzultom in
globoko vensko trombozo"
mentor: doc. dr. Mišo Šabovič
področje: medicinske vede
zagovor: 21. 10. 2002

Dr. **Andreja Černe**, dr. med.
naslov: "Patomorfološki, funkcijski in
genetski markerji ateroskleroze
pri bolnikih s prvo klinično ma-
nifestacijo koronarne bolezni"
mentor: prof. dr. Igor Kranjec
somentor: prof. dr. Borut Peterlin
področje: medicinske vede
zagovor: 21. 10. 2002

Asist. dr. **Mateja Erdani Kreft**,
univ. dipl. biol.
naslov: "Organizacija in diferenciacija
primarne celične kulture eks-
plantata sečnega mehurja miši"
mentor: prof. dr. Maksimilijan Sterle
področje: medicinske vede
zagovor: 22. 10. 2002

Dr. **Katja Zaletel**, dr. med.
naslov: "Vpliv polimorfizma A/G v ekso-
nu 1 gena za citotoksični T lim-
focitni antigen 4 na tvorbo pro-
teites in klinično sliko pri bolni-
kih z avtoimunske bolezni štiti-
nice"
mentor: doc. dr. Sergej Hojker
področje: medicinske vede
zagovor: 23. 10. 2002

Asist. dr. **Martina Fink**, univ.
dipl. kem.
naslov: "Od holesterola neodvisno urav-
navanje izražanja človeškega
gena za lanosterolno 14 α -deme-
tilazo (CYP51)"
mentor: prof. dr. Damjana Rozman
področje: medicinske vede
zagovor: 29. 10. 2002

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

Naziv magistra so dosegli:

Mag. **Mihael Tonejc**, dr. med.

naslov: "Primerjava in vrednotenje različnih načinov določanja protiteles anti-HLA v serumih bolnikov pred transplantacijo ledvic"

smernica: biomedicina - medicina

mentor: doc. dr. Uroš Mlakar

področje: medicinske vede

zagovor: 26. 9. 2002

Mag. **Jelena Markota**, dr. med.

naslov: "Zanesljivost konvencionalnih kvantitativnih rentgenskih metod pri oceni revmatoidnega artritisa"

smernica: klinične medicinske vede

mentor: prof. dr. Vladimir Jevtič

področje: medicinske vede - radiologija

zagovor: 18. 10. 2002

Mag. **Urban Groleger**, dr. med.

naslov: "Ocena klinične slike pri bolnikih, zdravljenih na sprejemnem psihiatričnem oddelku"

smernica: klinične medicinske vede

mentor: prof. dr. Martina Tomori

področje: medicinske vede - psihiatrija

zagovor: 17. 10. 2002

Mag. **Marija Petek Šter**, dr. med.

naslov: "Spremembe na očesnem ozadju pri esencialni arterijski hipertenziji v povezavi s kardiovaskularnim tveganjem"

smernica: biomedicina - medicina

mentor: prof. dr. Igor Švab

somentor: doc. dr. Marko Hawlina

področje: medicinske vede - družinska medicina

zagovor: 23. 10. 2002

Prejemniki odličij Gorenjskega zdravniškega društva v letu 2002

Na 139. redni letni skupščini Slovenskega zdravniškega društva, 17. 10. 2002, ki jo je letos na Bledu organiziralo Gorenjsko zdravniško društvo, so bila podeljena naslednja odličja:

Naziv "Častni član Gorenjskega zdravniškega društva"

Prim. mag. **Štefan Plut**, dr. med.

Prim. dr. **Aleš Paulin**, dr. med.

Prim. **Ana Kraker Starman**, dr. med.

Zlati prstan Gorenjskega zdravniškega društva

Vida Rojc, dr. med.

Prof. dr. **Pavel Poredoš**, dr. med.

Priznanje Gregorja Voglarja

Polona Jamnik Lapornik, dr. med.

Marija Wolf, dr. med.

Albina Alieski, dr. med.

Nada Azman Vimpolšek, dr. stom.

Mladen Šubic, dr. med.

France Andolšek, dr. med.

Srečno 2003!

*Uredništvo revije Isis, Atelier IM, Camera d.o.o.,
Tiskarna Povše, Dragan Arrigler*

Namesto novoletnih voščilnic smo denar nakazali v humanitarne namene.



Koledar zdravniških srečanj

ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)

prijavljam se za udeležbo prosim, pošljite informacije drugo

srečanje

udeleženec/udeleženka

ime in priimek

naslov stalnega bivališča

Izjava - davčni zavezanec (obkroži)

da

ne

davčna številka:

Izpolniti v primeru, ko udeleženec ni plačnik; plačnik je bolnišnica, zavod ali kdo drug

Plačnik udeležbe - kotizacije

Naziv plačnika

Točen naslov sedeža plačnika

Telefon

Faks

E-pošta

Kontaktna oseba

Izjava - davčni zavezanec (obkroži)

da

ne

davčna številka:

Izpolniti samo za tista strokovna srečanja, ki jih želite uveljavljati za podaljšanje licence

Kraj rojstva

Datum rojstva

Naziv delovne organizacije

Delovno mesto

Telefon

Faks

E-pošta

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)

Prosim informacije o možnostih nočitve

da

ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal/a

s položnico

ob registraciji

kot udeleženec

na praktičnem usposabljanju

Datum

Podpis

Datum Pričetek Kraj

Tema

Število
kandidatov

Vsebina

JANUAR 2003

10.	14.30-16.00	Ljubljana, sejna soba Centra za izvenbolnišnično psihiatrijo na Polikliniki	VLADISLAVA STAMOS: DOLGO POTOVANJE NA ITAKO	30	predavanje z razpravo
13.	16.00	Ljubljana, Fakulteta za šport, Gortanova 22	MEDNARODNA ŠOLA AKUPUNKTURE	ni omejeno	mednarodna šola akupunktore za zdravnike in zobozdravnike
18.	12.00	Ljubljana, Športni center Millenium, Šmartinska c. 152	TENIŠKI TURNIR DVOJIC	***	športno srečanje
23.	9.00	Ljubljana, velika predavalnica Psihiatrične klinike	LOKARJEVI DNEVI	***	seminar iz forenzične psihiatrije
24.–25.	9.00	Ljubljana, Katedra za družinsko medicino	19. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE DRUŽINSKE MEDICINE: ZDRAVSTVENA NAPAKA	30	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
30. 1.–1. 2.	***	Kranjska Gora, hotel Lek	OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME, POUK BOLNIKA Z ASTMO	25	učna delavnica za zdravnike splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji

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

MAREC 2003

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
13.–14.	9.15	***	3. PSIHOGERIATRIČNO SREČANJE	***	strokovno srečanje za psihiatre, nevrologe, zdravnike v osnovnem zdravstvu in ostale strokovne delavce, ki obravnavajo starejše bolnike

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Slovensko društvo za skupinsko analizo, vodi: Vlasta Meden Klavovra	prim. Franc Peternel, dr. med., Center za izvenbolnišnično psihiatrijo, Njegoševa 4, 1000 Ljubljana, tel.: 23 15 990, 43 44 517 (torek med 11. in 13. uro)	kotizacije ni	***	***	***
Fakulteta za šport, Katedra za medicino športa, g. Miha Kühner	g. Miha Kühner, Gortanova 22, 1110 Ljubljana, tel.: 01 52 07 700	***	***	***	Isis 12/2002
Športno društvo Medicus	prijave na tel.: 041 503 877, e-pošta: stanko.vidmar@mf.uni-lj.si	***	***	***	Isis 12/2002
Psihiatrična klinika Ljubljana, Združenje sodnih izvedencev Slovenije za psihiatrijo	ga. Ana Mihič, Psihiatrična klinika, Klinični oddelek za mentalno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 74 900	17.000,00 SIT	transakcijski račun: 02014-0089257909	***	Isis 1/2002
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, kdrmed@mf.uni-lj.si	30.000,00 SIT	***	***	Isis 1/2003
Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik	ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, tel.: 04 25 69 111, faks: 04 25 69 117, e-pošta: irena.dolhar@klinika-golnik.si	55.000,00 SIT	***	20	***
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"	***	Isis 1/2003
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
asist. mag. Aleš Kogoj, dr. med.	ga. Branka Mikluž, Psihiatrična klinika, Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje, tel.: 01 58 72 353	***	***	***	***

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
MAREC 2003					
14.–15.	15.00	Gozd Martuljek	11. AŽMANOVI DNEVI	ni omejeno	strokovno srečanje za zdravnike GRS, NMP in zdravnike, ki jih zanima urgentna, potovalna in višinska medicina
14.–16.	16.00	Ljubljana, Grand hotel Union	SYMPOSIUM: MUSCULAR DYSTROPHIES: FROM GENES VIA MUSCLES TO THE CLINICAL FACTS	50	simpozij z mednarodno udeležbo za pediatrie, otroške nevrologe, nevrologe, genetike, patologe, fiziatre
21.–22.	***	Ljubljana, Klinični center	PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE – BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA	***	sestane je namenjen nefrologom, internistom in vsem zdravnikom, ki jih zanima področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic
28.–29.	12.00	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2	30	podiplomska šola za zdravnike splošne medicine, specializante interne medicine
28.–29.	9.00	Maribor, Univerza Maribor, avla Magna	MEDICINA IN PRAVO: "ORGANIZIRANOST ZDRAVSTVA"	ni omejeno	simpozij z mednarodno udeležbo za zdravnike in pravnike, ki jih zanima to področje
APRIL 2003					
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.	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
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.	***	Brdo pri Kranju	TEČAJ IZ TRANSPLANTACIJE 2003	***	tečaj
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

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Podkomisija za medicino gorske reševalne službe Slovenije, Peter Najdenov, 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	***	***	***	***
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
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	30.000,00 SIT	***	***	Isis 1/2003
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 1/2003
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)	***	***
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	35.800,00 SIT (DDV je vključen)	Albatros Bled, št.: 03139-1087540073	12	***
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
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	***	***	***
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
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	***	***	***

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
APRIL 2003					
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
MAJ 2003					
8.–10.	***	Bled, Festivalna dvorana	UPRETI SE ZLORABI	ni omejeno	mednarodna konferenca za psihiatre, zdravnike splošne medicine, pediatre, šolske zdravnike
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
JUNIJ 2003					
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
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
SEPTEMBER 2003					
3.–5.	***	Ljubljana, Medicinska 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

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
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	***	***
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	***	***	Isis 10/2002
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)	***	***
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: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***	***	***
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, http://www.woncaeurope2003.org/	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 Jurčič, dr. med., Medicinska fakulteta, Inštitut za higieno, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, e-pošta: mojca.jurcic@mf.uni-lj.si	***	***	***	Isis 6/2002

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
SEPTEMBER 2003					
18.–21.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	42nd ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR PAEDIATRIC ENDOCRINOLOGY	1.800	strokovno srečanje pediatrov endokrinologov z vseh kontinentov
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
NOVEMBER 2003					
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 NEFROLOŠKEGA DRUŠTVA	***	sestane je namenjen nefrologom, internistom in vsem zdravnikom, ki jih zanima področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic
AVGUST 2004					
22.–26.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	1. SVETOVNI KONGRES RAZVOJNE MEDICINE (http://www.iskratel.si/dev-medicine/index.html)	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
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	***	***	***	***
Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Milivoj Veličkovič Perat, dr. med.	Milivoj Veličkovič Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 219, faks: 01 52 29 358, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, home page: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	30.000,00 SIT, upokojevci 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 Veličkovič Perat, dr. med.	Milivoj Veličkovič 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: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***	***	***
Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Milivoj Veličkovič Perat, dr. med.	Milivoj Veličkovič Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 219, faks: 01 52 29 358, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, home page: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***	***	***

Uredništvu revije Isis

Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi. Prvo obvestilo želimo objaviti v številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen v številki Izide.

Za objavo podatkov v **Koledarju strokovnih prireditev** pošiljamo naslednje podatke:

Mesec prireditve

Dan prireditve

Pričetek, ura

Kraj

Prostor, kjer bo prireditve

Naslov strokovnega srečanja

Število slušateljev (če je določeno)

(neomejeno)

Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, simpozij, posvetovanje, učna delavnica...)

Komu je namenjena (vsem zdravnikom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, kirurgom, internistom...)

Organizator (Medicinska fakulteta, klinika, sekcija Zdravniškega društva...)

Predstavnik ali strokovni vodja

Naslov za pošiljanje prijav

Informacije, kontaktne osebe

Njihove tel. številke in št. faksa

Višina kotizacije

Naslov in številka žiro računa

Število kreditnih točk

Kraj in datum

Podpis organizatorja



Isis

Glasilno Zdravniške zbornice Slovenije

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

Impressum

LETO XII, ŠT. 1, 1. januar 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@zsz-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@zsz-mcs.si

prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.
E-pošta: eldar.gadzijev@sb-mb.si
Tel.: 02/32 11 244

UREDNIKA • EDITOR
Elizabeta Bobnar Najzer, prof. sl., ru.
E-pošta: eb.najzer@zsz-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

The Isis Journal

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 11.760,00 SIT. A single issue costs 980,00 SIT. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 7.000 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.



The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

Sodelovali

Vanja Badovinac, Rdeči križ Slovenije, Ljubljana • Martin Bigec, dr. med., zdravnik, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor • Diana Blažič, dr. med., zdravnica, OE Maribor, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije • Asist. dr. Borut Bratanič, dr. med., zdravnik, SPS Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana • Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov., Zdravniška zbornica Slovenije • Prim. asist. Mateja Bulc, dr. med., zdravnica, Zdravstveni dom Ljubljana Šiška • Doc. dr. Dušan Butinar, dr. med., zdravnik, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, Klinični center Ljubljana • Prof. dr. Tanja Čufer, dr. med., zdravnica, Onkološki inštitut Ljubljana • Klemen Grabljevec, dr. med., zdravnik, Inštitut RS za rehabilitacijo invalidov, Ljub-

ljana • Prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med., svetnik, zdravnik, Splošna bolnišnica Maribor • Asist. mag. Simon Herman, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za travmatologijo, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana • Asist. Andrej Kansky, dr. stom., zobozdravnik, Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana • Doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., zdravnik, Zdravstvena postaja Jesenice • Darja Klančar, prof., Zdravniška zbornica Slovenije • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Dr. Tomaž Kocjan, dr. med., zdravnik, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana • Miha Kočar, dr. stom., zobozdravnik, Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana • Doc. dr. Radko Komadina, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica Celje • Prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Asist. Lili-jana Kornhauser Cerar, dr. med., zdravnica, SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana • Prof. dr. Pavle Kornhauser, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prof. dr. Janko Kostnapfel, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Mag. Tatja Kostnapfel Rih-tar, Rdeči križ Slovenije, Ljubljana • Mag. Boris Lestan, dr. med., Klinični oddelek za revmatologijo, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana • Matej Lipovšek, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica Maribor • Dorjan Marušič, dr. med., dipl. ing., državni sekretar, Ministrstvo za zdravje • Tanja Mate, dr. med., državna podsekretarka, Ministrstvo za zdravje • Mag. Nina Mazi, dr. med., zdravnica, Ljubljana • Ivan Mrzlikar, dr. stom., Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Fides, Ljubljana • Mag. Dunja Obrsnel Kveder, dr. med., zdravnica, Ljubljana • Mag. Lucija Perharič, dr. med., zdravnica, Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana • Zvonka Petek, dr. stom., zobozdravnica, Zdravstveni dom Velenje • Mag. Damjana Podkrajšek, dr. med., zdravnica, Zavod za zdravstveno varstvo Celje • Asist. mag. Aleš Pražnikar, dr. med., zdravnik, Inštitut RS za rehabilitacijo invalidov, Ljubljana • Prof. dr. Janez Preželj, dr. med., zdravnik, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana • Breda Prunk Frane-tič, dr. med., Služba MZL Debeli rtič, Mladinsko zdravišče in letovišče Debeli rtič • Prof. dr. Tomaž Rott, dr.

med., zdravnik, Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta Ljubljana • Silvan Saksida, dr. med., zdravnik, Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Fides, Ljubljana • Polonca Steinmann, dr. med., zdravnica, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana • Doc. dr. Tadej Strojnik, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica Maribor • Rudi Škapin, dr. stom., upokojeni zdravnik, Celje • Mag. Irena Štucin Gantar, dr. med., zdravnica, SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana • Franc Šuta, dr. med., zasebni zdravnik, Splošna ambulanta Cerkenjak • Doc. dr. Iztok Takač, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica Maribor • Mag. Martin Toth, dr. stom., pomočnik generalnega direktorja, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije • Jarmila Trček Breznikar, dr. med., zdravnica, Tacen • Tadeja Umek Zupanc, Rdeči križ Slovenije, Ljubljana • Prim. doc. dr. Jagoda Vatovec, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Klinični center Ljubljana • Doc. dr. Matjaž Veselko, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za travmatologijo, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana • Prim. dr. Dimitrij Zrimšek, dr. med., zdravnik, Zdravstveni dom Škofja Loka • Doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., zdravnica, Inštitut za zgodovino medicine, Medicinska fakulteta Ljubljana • Doc. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., zdravnik, Onkološki inštitut Ljubljana • Ivan Žebeljan, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica Maribor • Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., zdravnica, Zdravniška zbornica Slovenije

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 izpostavico, 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 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 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 Pranjč, L. L. B.
Finance and Accounting Department

Jožica Osolnik, Econ.
Health Economics,

Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.
Training and Professional

Supervision Department
Mojca Vrečar, M. B. A.



The Medical Chamber of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province.

The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing 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.

Zdravniki med seboj - opravljanje

Najprej pozdrav in želje: stanovskim kolegicam in kolegom, bralcem Izide in sodelavcem lep pozdrav. V svojem imenu, v imenu uredniškega odbora in uredništva želim, da bi vam bilo leto 2003 prijazno, da bi bili uspešni pri delu in doma, da bi bili zdravi, srečni in zadovoljni.

Minilo je še eno leto, leto 2002, enako (ne)prijazno do našega stanu kot mnoga prejšnja. Ob vsem pestrem dogajanju okoli zdravstva in Ministrstva za zdravje ter zdravstvene zavarovalnice, (so)delovanja Zdravniške zbornice, Zdravniškega društva in Fidesa ter bližajoče se Evrope s svojimi priporočili so ostajale prenekateri reči v bistvu nespremenjene. Med njimi so tudi problemi našega komuniciranja tako v horizontalni kot v vertikalni smeri, do bolnikov in do kolegov, pa tudi v posrednem smislu.

Zelo sem vesel prispevka kolega Lipovška v tej številki Izide, ki odkriva, kako je moč vzpostaviti prijazno sodelovanje med kolegi v bolnišnicah in kolegi v osnovnem zdravstvu. Upam, da bo to vzpodbudilo drugačno in boljše, bolj stanu primerno komuniciranje med zdravniki, kot je bila praksa sedaj.

Zadnje čase razmišljam o neki manj omenjani ravni komunikacije, ki v bistvu ni več komunikacija. Je naše obnašanje, vedenje, ki pa vendarle pove marsikaj o nas samih. Gre za negativna mnenja, kritike, "sodbe", ki jih zdravniki in zdravnice izrekamo na račun svojih kolegov in kolegic. V bistvu gre za opravljanje. To opravljanje pa se ne dogaja samo v družbi kolegov, ampak pogosto v širšem delovnem okolju, tudi vpričo drugih zdravstvenih delavcev, vpričo študentov in celo "laikov". Da, zgodi se, da so tudi bolniki deležni tega, da zdravniki opravljajo svoje kolege. Slišijo ne samo pripombe o domnevno čudni obravnavi, ki naj bi je bili deležni s strani nekega zdravnika, ampak celo o "neumnostih", ki naj bi jih napravil kolega v zvezi z njihovim zdravljenjem.

Ali se zavedamo, da vsako tako opravljanje vrže slabo luč na ves zdravniški stan, ne le na nesrečneža, ki ga je domnevno "polomil", in to v oči naših bolnikov, ki bi nam radi zaupali?!

Verjetno se je skoraj vsak od nas že zalotil, da je o kolegu, ki takrat ni bil prisoten, dal neko oceno, uporabil neprimeren izraz, ga s čim označil, pokritiziral njegovo strokovno delo ali ga omalovaževal. Neredko nič zlonamernega ali žaljivega, pa vendar je to opravljanje! In najmanj, kar lahko rečemo, je, da ni lepo! Pavšalne kritike, ocene, obsodbe, celo za nepreverjeno dejanje, gredo prelahko iz ust. Hitro smo kritični do drugih, do sebe mnogo manj. Hitro najdemo opravičilo zase in še hitreje kritiko do kolega. Radi smo cenjeni, radi bi imeli ugled in dostojanstvo. Ali pa to privoščimo tudi kolegu ali kolegici? Ali kaj napravimo za ugled in dostojanstvo svojega stanu tudi s tem, da premislimo, preden kaj izjavimo o delu ali lastnostih

kolega ali kolegice. Najbrž bi radi, da bi ugled stanu in dostojanstvo kar bila, avtomatično, sama od sebe!

Nekdo bo dejal, da je tako vedenje - opravljanje - posledica vzgoje, stvar značaja, da prihaja do njega zaradi norega sveta okoli nas. Res je tudi, da nekateri kolegi (menim, da vendarle veliko od njih) tega ne počne, da ne opravljajo svojih stanovskih kolegov, vsekakor ne pred bolniki, pa tudi takrat ne, ko so s kolegi. Morda tudi doma ne?

Žal srečamo hitro izrečene ocene in v bistvu tudi opravljanje celo

pri tistih, ki so ali "pomembni" ali na pomembnem položaju, morda vodje ali celo učitelji. Negativne ocene z nižjih ali višjih vrhov so včasih zelo posplošene z nekaj primerov na vse, a vendar kljub svoji brezosebnosti žaljive do stanu. To sicer ni opravljanje; ali pa je - pač na višji ravni?

Ne glede na položaj tistega, ki opravlja kolega, menim, da je tako vedenje škodljivo, žaljivo do stanu in povsem neproduktivno.

Če se z delom, ravnanjem, zdravljenjem ali mnenjem kolega ne strinjamo, mu to lahko povemo v obraz, spoštljivo in na ustrezni ravni kulturnega pogovora.

Kot si moramo za strokovnost in strokovni ugled prizadevati s strokovnim delom in stalnim dokazovanjem z izpopolnjevanjem in učenjem, si lahko tudi stanovski ugled dvigamo s tem, da se potrudimo primerno obnašati, komunicirati v neposrednem in tudi v posrednem odnosu do kolegov! Kako bomo uspešni v komunikaciji z bolniki ali medicinskimi sodelavci in sodelavkami, tu mislim predvsem na negovalni

kader, če ne bomo skrbeli za kulturno raven razpravljanja s kolegi in o kolegih, ki ob pogovoru ali v trenutni situaciji niso prisotni, skratka, če jih bomo opravljali?

Občutljivi smo za posplošene kritike do stanu, do odnosa javnosti, medijev in oblasti, malo premalo pa do odnosa, ki ga sami gojimo do kolegov v posrednem, včasih pa tudi v neposrednem stiku. Slišal sem celo, da so kolegi, ki so odšli na podiplomski študij k našim jugovzhodnim sosedom, bili tam deležni drugačnega, bolj akademskega odnosa kolegov, ki ob tem niso podajali nikakršnih komentarjev ali kritik kolegov v Sloveniji. Kako pa mi?

Vendar verjamem v boljše čase tudi na tem področju. Morda bodo nastopili, ko bomo vsaj kot stan manj izpostavljeni pogosto posplošenim kritikam medijev in tudi našega ministrstva. Morda bodo naši mlajši kolegi bolj spoštljivi, bolj prijazni in bolj "kulturni", ker bodo bolj vzgajani. Poleg vzgoje, ki jim jo nudijo starši, jih bomo pri delu in v ustanovah na tem področju vzgajali tudi mi s svojim zgledom. Pa jim dajmo dober zgled!

Eldar M. Gadžijev
Glavni in odgovorni urednik

