

# ISIS

Leto XII. Številka 7 / 1. julij 2003

RAZKUŽILO  
ZA ROKE

---

 Nova vloga zdravniških organizacij
 

---

Ker nisem zdravnica, a sem zadnjih devet let v službi na Zdravniški zbornici, sem imela priložnost spremljati stanovski razvoj zdravništva od znotraj, a hkrati s poklicno distanco. V razmislek in izziv sem napisala nekaj misli, ki so me spremljale zadnje mesece.

Med obiski po regijah sem s posebnim zanimanjem poslušala upokojene zdravnike, ki so s svojim zgodovinskim spominom dragoceni vir znanja, izkušenj in preizkušenj. Presenetljivo je, ko slišiš nekdanjega direktorja regijske bolnišnice pripovedovati, kako je bil on, kot direktor, med glavnimi organizatorji zdravniške stavke. Zato, ker je čutil stisko poklica, ki se mu je zavezal za vse življenje. Ker je tudi kot direktor čutil predvsem kot zdravnik. Ker je vedel, da bo le zadovoljni delavec dobro opravljal svoje delo. In če bo dobro opravljal svoje delo, bodo zadovoljni pacienti. Zadovoljni pacienti pa so bili cilj delovanja vsakega dobrega direktorja. V tistem času je bil direktor voditelj, ki se je čutil dolžnega, da svoj glas, ki je bil zaradi funkcije močnejši, uporabi za skupno dobro. In zdravniki so se navadili takih voditeljev. Zato so na vodstvena mesta predlagali in volili predstavnike, ki so bili zdravniki, tako kot oni, ki so jih zaradi strokovnih znanj spoštovali, ki pa so hkrati imeli tudi dar za vodenje.

Vloga direktorja v zdravstvu se je v Sloveniji od osamosvojitve spremenila in predvsem pridobila Damoklejev meč sankcij. Danes si ni več mogoče zamišljati direktorja, ki bi dejavno organiziral stavko, vendar je težko verjeti, da direktorjem ni več do zadovoljnih delavcev na eni in pacientov na drugi strani.

Tudi to je bilo jasno in očitno razbrati na srečanjih regijskih odborov Zbornice. Sedanji direktorji v neformalnih pogovorih še vedno čutijo predvsem kot zdravniki. Svoje delovanje na vodstvenih položajih pa jemljejo resno in poslovno. Zavedajo se, da so vodstveno funkcijo sprejeli v družbenih okvirih novega pravnega reda. Zdravniška izobrazba in njen čut za dolžnost zanje pravzaprav pomenita skriti kavelj. Čut za dolžnost jim veleva, da morajo spoštovati nadrejenega (ministra za zdravje), hkrati jih čut za humani in intelektualni način vodenja podrejenih vleče h kršenju neživljenjskih pogojev za delo zdravnikov. Na strani njihovega nadrejenega je, ne pozabimo, pravni red.

V tej stiski so sedanji direktorji prenehali biti voditelji v nekdanjem pomenu.

Problem nastopi, ker so zdravniki tradicionalno navajeni, da so voditelji njihov glas. Večina zdravnikov se je posvetila svojemu poklicu zaradi poklicanosti. Medicino so izbrali zato, ker so želeli lajšati trpljenje in zdraviti. Če bi se čutili poklicane za vodilna, vodstvena in druga mesta, kjer veljajo druga načela delovanja, bi si v rosnih najstniških letih izbrali drugačno izobrazbo.

Kljub temu, da se niso pripravljali javno izpostavljati, so zdravniki in zobozdravniki vrhunsko izobraženi intelektualci, ki so sposobni ocenjevati dobre in slabe poteze na področju svojega dela. Ker so v novih razmerah izgubili svojega voditelja, se čutijo, milo rečeno, opeharjene, izigrane in na milost ali nemilost prepuščene vladnemu glasovalnemu stroju.

Glede na slišano na srečanjih po vsej Sloveniji pa zdravništvo pričakuje, da bodo vlogo nekdanjih direktorjev - glasnikov prevzele zdravniške organizacije.

Sindikata Fides, Zdravniška zbornica in Slovensko zdravniško društvo so novo poslanstvo pravzaprav že pričeli opravljati. Vendar so vodstva zdravniških organizacij presenečena vsakokrat, ko na podlagi množice telefonskih klicev in osebnih pogovorov s kolegi institucionalno oblikujejo neko sporočilo, a se zanj člani niso pripravljali javno izpostavljati.

Podatki kažejo, da v evropskem prostoru približno deset odstotkov zdravnikov in zobozdravnikov javno deluje v prid svojega stanu. Člani podelijo mandat vodstvu z vsakokratnimi demokratičnimi volitvami in mu s plačevanjem članarine omogočijo reprezentativno predstavljanje njihovih stališč.

Število javno dejavnih zdravnikov in zobozdravnikov je dokaj podobno tudi v Sloveniji. Enako je demokratično podeljevanje mandata s splošnimi volitvami in zbiranjem sredstev za delovanje. Vendar se morajo tako vodstva kot člani še navaditi na novo vlogo zdravniških organizacij - javnega glasnika zdravništva. Vodstva, da bodo pogumno zastopala interese članov, čeprav za ceno javnih napadov politike in posameznih direktorjev, in članstvo, da bo vodstvu, kadar bo to potrebno, stalo ob strani.



**Elizabeta Bobnar Najžer, prof. sl., ru., urednica revije Isis in vodja zborničnega oddelka za stike z javnostmi**

# Obvestili uredništva

## Elektronska pošta

Zaradi nezanesljivega elektronskega omrežja obveščamo avtorje, da bomo vsa sporočila, ki jih bomo prejeli, potrdili s povratno pošto. V kolikor od nas ne prejmete potrdila o prejeti elektronski pošti, vljudno prosimo, da nas pokličete ali ponovno pošljete prispevek.

Hkrati vas obveščamo, da smo opazili motnje v delovanju sistema od 5. do 8. junija, zato vse, ki ste nam v tem obdobju poslali prispevke, vljudno prosimo, da nam jih pošljete ponovno.

*Uredništvo*

## Rok za prispevke za številko avgust-september

Obveščamo vse, ki vas z veseljem pozdravljamo kot avtorje v naši Izidi, da je rok za oddajo prispevkov za dvojno številko avgust-september 2003, ki izide 1. avgusta, izjemoma v

**ponedeljek, 7. julija 2003.**

Vabimo vas, da nam svoje prispevke pošljete čim prej.

*Uredništvo*

## Citat

“Ko so mediji začeli glasno govoriti o korupciji, so namreč na POP TV v oddaji Trenja istovetili “kofetarsko korupcijo” z mafijsko kriminalno politično-gospodarsko korupcijo in s poenostavljanjem in nesmiselnim anketnim vprašanjem ustvarili vtis, da 87 % javnosti meni, da so v Sloveniji problem korupcije zdravniki, ne pa mafijske povezave političnih, gospodarskih in pravnih “genijev”.”

*Iztok Šterbenc, Ljubljana, Mladina št. 21, 26. 5. 2003*

# Vsebina



<b>uvodnik</b>	Elizabeta Bobnar Najžer	• Nova vloga zdravniških organizacij	3
<b>novice</b>		•	4
<b>fotoreportaža</b>	Tomi Voušek	• Spomladanski teniški turnir mešanih dvojic	22
	Gregor Kravos	• 2. medicinski triatlon na Ptuju	23
<b>aktualno</b>	Zlatko Fras	• Prvi nacionalni razpis specializacij zdravnikov - končno realnost	25
		• Razpis specializacij	26
	Franc Farčnik	• Čakalne dobe v ortodontiji - vzroki in možnosti za odpravo	36
	Boris Kralj	• Ali dermatovenerologije v Sloveniji ne potrebujemo?	38
	Aleksej Kansky	• Temni oblaki nad slovensko dermatovenerologijo	40
	Stanislav Šuškovič	• Kdaj odkrijemo kronično obstruktivno pljučno bolezen	42
	Matija Žerdin	• Študentska anketa o kakovosti pedagoškega dela	44
<b>forum</b>	Marjan Kordaš	• Dvom, distanca in razlikovanje	48
	Urška Lunder	• Ko zdravljenje boli tudi nas	51
<b>zanimivo</b>	Uroš Rot	• Švedske bele noči	53
<b>obletnice</b>	Stojan Plesničar	• "Banovinski inštitut za raziskovanje in zdravljenje novotvorb v Ljubljani" - 65. obletnica	55
<b>program strokovnih srečanj</b>		•	61
<b>delo Zbornice</b>	Franc Farčnik, Oton Herman	• Uspešno reševanje pritožb	78
		• Zapisniki IO ZZS	79



22



23

## RAZKUŽILO

Tokratna naslovnica je namenjena infektologiji, vedi o nastanku, zdravljenju in preprečevanju nalezljivih bolezni. Kako jo predstaviti posebej, ko je njen najpomembnejši del neločljivo povezan z delovanjem vseh medicinskih strok? Zato so se specialisti infektologi odločili, naj jih na naslovnici Izide predstavlja razkužilo za roke. Enostavno, a izjemno učinkovito sredstvo pri preprečevanju nalezljivih bolezni. Še vedno je bolje preprečevati, kar se preprečiti da.

Tekst in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

		• Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov	84
<b>status artis medicae</b>	S. Šuškovič, M. Košnik, K. Osolnik, A. Debeljak, M. Fležar, I. Kern, A. Kraut, R. Cesar, M. Žolnir Dovč, E. Mušič, J. Šorli	• Smernice za obravnavo bolnika s sarkoidozo	93
<b>strokovna srečanja</b>	Radko Komadina	• Kaj je novega v osteologiji	99
	Matjaž Rode, Evgenij Komljanec	• Poročilo z rednega letnega sestanka Evropskega zobozdravniškega združenja - E. R. O.	100
	D. Petek, D. Rotar Pavlič	• EGPRW v obdobju intenzivnega dela in sprememb	101
	Ksenija Tušek Bunc	• Je depresijo mogoče napovedati?	103
	Nada Kodrič	• 16. anesteziološki simpozij Alpe-Jadran v Mariboru	107
	Damjan Osredkar	• Kongres o plastičnosti možganov v razvoju	108
	Dubravka Trampuž	• Mednarodna konferenca iz družinske terapije "Upreti se zlorabi"	109
	Mirjana Stantič Pavlinič	• 8. konferenca Mednarodnega združenja potovalne medicine	111
	Nada Ružič Medvešček	• Beta blokatorji pri srčnem popuščanju	113
<b>tako mislimo</b>	Samo Fakin	• Pismo Sama Fakina, dr. med., slovenskim zdravnikom	114
	Gorazd Sajko	• Moteča neprijaznost v »državnih« ambulantah II.	115
	Mateja de Leoni Stanonik	• Izzivi globalizacije v medicini in medicinski izobrazbi	116
<b>zdravniki v prostem času</b>	Pavle Kornhauser	• Utrinki iz časov, ko sem bil predstavnik ljudstva	118
<b>personalia</b>		•	119
<b>koledar zdravniških srečanj</b>		•	121
<b>misli in mnenja uredništva</b>	Marjan Kordaš	• Identiteta (zdravnika)	138



# Sodobna ortodontsko-protetična oskrba pacientov - protetika in ortodontija z roko v roki

Slovensko ortodontsko društvo in Sekcija za stomatološko protetiko Slovenskega zdravniškega društva organizirata 10. in 11. oktobra 2003 v Ljubljani interdisciplinarno srečanje v okviru 15. strokovnega seminarja Sekcije za stomatološko protetiko in strokovnega srečanja Slovenskega ortodontskega društva. Razlog za organizacijo skupnega srečanja je prihod dveh svetovno priznanih strokovnjakov: prof. dr. Bjorna U. Zachrissona, specialista ortodonta iz Norveške, in prof. dr. Sverkerja Toreskoga, specialista stomatološke protetike iz Švedske.

Prof. Zachrisson od leta 1970 dela v svoji zasebni specialistični ordinaciji v Oslu, hkrati je tudi profesor na Oddelku za ortodontijo Univerze v Oslu in gostujoči profesor na univerzi Loma Linda v Kaliforniji. Njegovo strokovno delo je izjemno bogato. Objavil je več kot 190 znanstvenih in kliničnih člankov v mednarodnih revijah in učbenikih s področja ortodontije in parodontologije. Pri svojih publikacijah je sodeloval s parodontologi, protetiki, kirurgi, strokovnjaki estetske stomatologije in splošnimi zobozdravniki. Je častni član številnih nacionalnih in mednarodnih strokovnih združenj. Deluje v uredniških odborih uglednih strokovnih revij. Kot vabljeni predavatelj je sodeloval na več kot 95 kongresih. Zadnjih 30 let vodi tečaje in predavanja s področja ortodontije v Evropi, ZDA, Kanadi, Južni Ameriki, Avstraliji in Afriki.

Prof. dr. Toreskog je strokovnjak s področja stomatološke protetike. Od leta 1964 dela v skupinski zasebni praksi v Goteborgu. Njegova specialna področja delovanja so fiksna protetika, kovinsko-porcelanska tehnika, estetika zob vidnega področja, kompoziti in implantati. Je častni član številnih skandinavskih strokovnih združenj. Vodi tečaje predvsem o minimalnih invazivnih tehnikah, novih materialih in ultratankih porcelanskih fasetah. Skupaj s sinom je posnel več videokaset in CD-jev o klinični uporabi kompozitov in o porcelanskih fasetah. Objavil je številne stro-



prof. dr. Toreskog

kovne članke. Je prvi avtor knjige z naslovom "Protecting Tissues with Esthetic Dental Treatment - a Visionary Handbook", izdane leta 1993. Zelo odmevna je tudi v letu 2003 objavljena publikacija z naslovom "A Minimally Invasive and Esthetic Bonded Porcelain Technique - The Concept and the Vision".

Prof. dr. Zachrisson je bil v Slovenijo povabljen že leta 1991 kot vodilni predavatelj na 67. kongres Evropskega ortodontskega društva, ki pa je žal zaradi osamosvojitvene vojne odpadel. Takratni predsednik Evropskega ortodontskega društva, prof. dr. Franc Farčnik, ga je ponovno povabil v Ljubljano oktobra 2001. Tedaj je vodil dvodnevni seminar; udeleženci smo občudovali njegov način dela in rezultate uspešnih ortodontskih zdravljenj pri mladostnikih in pri odraslih pacientih. S prikazanimi primeri je potrdil nujnost interdisciplinarne obravnave ortodontskih pacientov - predvsem s parodontologi, protetiki in splošnimi zobozdravniki. Nazorno je na kliničnih primerih prikazal, da ortodontija ni samo stroka, ki zdravi razvojne nepravilnosti orofacialnega sistema pri otrocih in mladini, ampak je tudi učinkovita dejavnost, ki rešuje številne nepravilnosti pri odraslih pacientih zaradi nezdravljenih malokluzij, premikov zob zaradi obolenj obzobnih tkiv ali izgube zob.

Na letošnjem strokovnem srečanju se bosta s predavanji oba predavatelja medsebojno dopolnjevala, vsak s področja svoje specialnosti. Prof. dr. Zachrisson s svojim načinom dela omogoča odlično funkcionalno in estetsko ortodontsko zdravljenje pri mladostnikih in odraslih pacientih. Prikazal bo utemeljitve za meziodistalno redukcijo sklenine (stripping) in opisal ustrezen instrumentarij, oboje pa podprl z dolgoletnimi izkušnjami. Utemeljuje regeneracijo obzobnih tkiv pri ortodontskih premikih zob kot pripravo za izboljšanje pogojev pred implantatno protetično oskrbo.

Prof. dr. Toreskog bo predstavil novosti v adhezivni tehniki, s poudarkom na bio-

kompatibilnosti materialov in ohranitvi zobne substance predvsem pri estetski oskrbi zob vidnega področja. Natančno bo prikazal klinične in laboratorijske postopke izdelave ultratankih porcelanskih faset in razpravljaj o indikacijah in kontraindikacijah tovrstne protetične oskrbe. Za naš strokovni prostor bo še posebno zanimiva predstavitev kliničnih primerov, kjer klasična protetična oskrba po najsodobnejših kriterijih ni utemeljena.

Izjemni so skupni nastopi obeh strokovnjakov, kjer v zanimivem medsebojnem dialogu obravnavata in prikazujeta skupno delo ortodonta in protetika pri rehabilitaciji zahtevnejših kliničnih primerov, ob tem pa poudarjata, da le sodelovanje obeh strok izboljša estetski in funkcionalni izid. Prikazala bosta oskrbo pacientov z abrazijami zob, z neskladjem v velikosti zob in čeljusti, z erozijami in številnimi različnimi malokluzijami. Obravnavala bosta tudi klinične primere pri izgubi enega ali več zgornjih sekalcev pri mladostnikih in odraslih pacientih.

Oba avtorja navdušujeta strokovno javnost z novimi pristopi in prikazi lastnih kliničnih rezultatov. Mnogi strokovnjaki imenujejo njuno delo revolucija v stomatologiji. Zaradi velikega zanimanja za oba predavatelja je prof. dr. Farčnik termin za letošnje srečanje rezerviral leta 2001. Za ponovitev tega dogodka obstaja torej v bližnji prihodnosti zelo majhna možnost.

Seminar bo zagotovo zelo zanimiv za vse zobozdravnike, za vse stomatološke specialiste, specializante in zobotehnike. Teme predavanj so privlačne tako za tiste kolege in kolegice, ki se pri vsakdanjem delu ukvarjajo z odraslimi pacienti, kakor tudi za tiste, ki obravnavajo otroke in mladino. Ob predavatelja pa nista le vrhunska strokovnjaka, ampak tudi odlična retorika, kar dodatno prispeva kakovosti in zanimivosti predavanj. Svoje nastope pogosto popestrita z glasbenimi vložki in šaljivimi domislicami. Iskreno si želimo, da bi čim več slovenskih zobozdravnikov in zobotehnikov uživalo v odličnosti kliničnih rezultatov obeh vrhunskih strokovnjakov. Nedvomno bo novopridobljeno znanje korak več k dvigu kakovosti slovenske stomatologije, kar nam je v Evropski uniji lahko le v prid. Pristrčno vabljeni!

Metoda Rejc Novak, Igor Kopač

# Ustanovljen konzorcij za zagotovitev finančnih sredstev Medicinski fakulteti v Mariboru

Konzorcij sestavlja 32 pravnih subjektov iz vse Slovenije

**N**a Univerzi v Mariboru so 5. junija 2003 predstavniki slovenskih gospodarskih in negospodarskih družb, lokalne uprave ter javnih zavodov podpisali pogodbo o ustanovitvi Konzorcija za Medicinsko fakulteto v Mariboru. Dogodek predstavlja uraden začetek zbiranja finančnih sredstev za del njenih funkcionalnih prostorov in opreme pri predkliničnih predmetih: biokemija, anatomija, patologija in fiziologija. Konzorcij, ki ga sestavlja 32 pravnih subjektov, je ustanovljen za obdobje do septembra 2005 oziroma do časa, ko bodo zbrana potrebna sredstva, ki po še nepotrjenih investicijskih načrtih znašajo nad 220 milijonov tolarjev. Ustanovitev pomeni enkratno podvig regijskega in gospodarskega povezovanja za izboljšanje izobraževalnih ter zdravstvenovarnostnih zmogljivosti v Sloveniji.

Komisija za medicino in veterino pri Svežu za visoko šolstvo je ocenila, da je potrebno zagotoviti manjkajoče prostorske zmog-

ljivosti in opremo, predvsem za predklinične predmete, kot pogoj za vpis v sodni register pravnih oseb. Tovrstna sredstva niso zagotovljena s strani proračuna, zato so se ustanovitelji obrnili na lokalno upravo, javne zavode in gospodarske družbe v Sloveniji in v regiji. Tako je pripravljenost za financiranje v prvem koraku izrazilo 32 negospodarskih in gospodarskih subjektov, med katerimi so bolnišnice in občine iz regije ter večje gospodarske družbe iz vse Slovenije.

Ob tej svečani priložnosti je prof. dr. Ivan Rozman, rektor Univerze v Mariboru, dejal: "Izrednega pomena za razvoj izobraževanja in medicine v Sloveniji, še posebej v regiji je, da bo Medicinska fakulteta v Mariboru lahko vpisala prve študente že v študijskem letu 2004/2005. Vsem članicam konzorcija se iskreno zahvaljujem, da so nas tako nesebično podprle pri naših prizadevanjih in nam bodo omogočile doseči zastavljeni cilj. Prepričan sem, da bo njihovemu dobremu zgledu sledilo še mnogo drugih

slovenskih ustanov in podjetij, saj se zavedamo, da vlagamo v znanje naših otrok in v naše zdravje." Članica konzorcija lahko postane občina, ki prispeva vsaj en evro na občana, ter vsaka druga organizacija, ki prispeva sredstva v skladu s svojo poslovno politiko in ekonomsko močjo.

Članice so danes s podpisom pogodbe potrdile tudi poslovodni odbor Konzorcija, ki bo upravljal z zbranimi sredstvi in skrbel za njihovo namensko porabo. Sestavljen je iz 11 članov. Predsedoval mu bo prof. dr. Ivan Rozman, rektor Univerze v Mariboru, njegov namestnik je Črtomir Mesarič, predsednik uprave NKBM, d. d. V odboru bodo še predstavniki Univerze v Mariboru, regionalnih bolnišnic, mestnih občin, finančnih institucij, gospodarskih družb in območnih gospodarskih zbornic. Sedež in račun Konzorcija za Medicinsko fakulteto v Mariboru bo pri Novi Kreditni banki Maribor. ■

## SARS - ZAPOZNELO KITAJSKO PREBUJANJE

**P**o pristanku na pekinškem letališču se vam lahko kaj kmalu zgodi, da boste videli par, ki se objema in poljublja skozi zaščitne maske. Na cestah glavnega mesta je nošenje mask postalo pravilo. Pred tujimi poslaništvimi so oboroženi policisti dobili okrepitev, oblečene v rokavice in zaščitne maske. Razlog za preplah je virus, manj kužen od virusa gripe in hkrati z več kot dvakratno stopnjo umrljivosti, ki je približno 5-odstotna. Umrljivost je podobna tisti za bakterijskim meningitisom in podobno meningitisu tudi ta bolezen ne izbira žrtev - pobira mlade in močne enako kot ostarele in krhke. V aprilu je vladni urad za informiranje povabil tuje novinarje na informativni sestanek z ministrom za zdravje in pekinškim županom - o epidemiji sarsa. Vendar se nobeden izmed njiju ni pojavil, kjer sta bila en

dan prej ta dotlej najvišja uradnika razrešena dolžnosti zaradi posredovanja netočnih informacij v javnost. Namestnik zdravstvenega ministra je objavil precej višje številke potrjenih in sumljivih primerov nevarne pljučnice od tistih, ki so bile do takrat priznane.

Prihajajoče enotedenske prvomajske počitnice, navadno čas ko se milijoni Kitajcev odpravljajo na potovanja v nabito polnih vlakih in avtobusih, so bile hitro preklicane. Državljanom so svetovali izogibanje prepolnim krajem in jih opozorili na obvezno karanteno v primeru stika z zbolelim za sarsom. Šole v Pekingu so zaprli za najmanj dva tedna.

Odkod takšna sprememba smeri v kitajski politiki? Skrb za javno zdravje zagotovo ni glavni vzrok, kajti oblast še vedno ne kaže

interesa za hitro naraščanje števila okuženih z virusom HIV (napovedujejo od 10 do 20 milijonov okuženih v naslednjih sedmih letih). Za vodje ljudstva je precej večjega pomena morebitna slaba podoba Kitajske v tujini in spoznanje, da iskrenost na daljši rok prinaša manjšo škodo od zmedenosti. Prikrivanje dejstev o širjenju sarsa je povzročilo največjo škodo kitajski verodostojnosti v tujini, od nasilnega zloma protestov na trgu Tiananmen leta 1989. Da je strah režima upravičen, je potrdilo uradno priporočilo SZO z dne 23. aprila letos, ki popotnikom odsvetuje obiskovanje Pekinga. Tovrstnega priporočila ni bilo slišati vse od tistih hudih dni leta 1989. ■

Priredil: Rade Iljaž

Vir: *The Economist*, April 26<sup>th</sup> 2003, 18

# Razstava fotografij Joca Žnidaršiča na Zavodu Republike Slovenije za transfuzijsko medicino

**K**ončno se je zima počasi umaknila in sonce je toplo božalo zbujačo se zemljo. Na Zavodu RS za transfuzijsko medicino so 17. aprila 2003 ob 19. uri odprli razstavo fotografij Joca Žnidaršiča. Razstava je bila odprta v počastitev krvodajalcev in organizatorjev krvodajalskih akcij ob 50-letnici prostovoljnega krvodajalstva na Slovenskem.

## 1953-2003

Takrat, pred 50 leti, se je obrnila stran v knjigi krvodajalstva: konec je bilo z izplačili za odvzeto kri. Pojavile so se besede brezplačnost, prostovoljnost, anonimnost. Direktorica Zavoda je bila takrat dr. Sonja Sovdat Banič. Pričetek akcije je bil videti tvegan, toda bojazen, ali bodo krvodajalci še vedno prihajali na odvzem krvi, se je izkazala za neupravičeno. Od ustanovitve transfuzijskega oddelka leta 1945 do 31. 12. 1952 je bilo v Sloveniji 11.694 krvodajalcev. Leta 1953, ob pričetku brezplačnega krvodajalstva, se je pokazalo,

kako nepotreben je bil strah, saj je samo v tem letu dalo kri 20.210 krvodajalcev. Prvim neplačanim krvodajalcem, zdravstvenim uslužbencem bolnišnice v Ljubljani, je sledila akcija v zasavskih revirjih. Z delovno vztrajnostjo ob sodelovanju Rdečega križa Slovenije je akcija prerasla vsa pričakovanja in postala nepogrešljivi del transfuzijske službe ter služila reševanju zdravja in življenja bolnikov.

Majave avtomobile z natovorjenim materialom, s katerimi smo se vozili na začetku, je zamenjal sodoben avtopark. Številni organizatorji, ki so nas pričakovali ob prašnih makadamskih cestah, včasih tudi več ur na mestih odvzema, so odhajali v brezimnost, iz katere so prišli. Vendar so bili nepogrešljivi kamen v izgradnji naše službe, ki se je brez njihove pomoči ne bi dalo tako dobro izpeljati. Krvodajalci so prihajali na mesto odvzema krvi že ob 5. uri zjutraj ali celo prej in čakali v vrstah, da bi čim prej prišli na vrsto. Velikokrat so prihajali tudi pozno popoldne, po

končanem delu transfuzijske ekipe.

Tako je služba oskrbovanja s krvjo vsa leta uspešno delovala in se izboljševala s tesnim sodelovanjem transfuzijske službe in RK Slovenije.

17. aprila 2003 smo se zbrali v polni čakalnici Zavoda. Z odprtjem razstave Joca Žnidaršiča smo počastili krvodajalce in organizatorje krvodajalskih akcij ob 50-letnici prostovoljnega krvodajalstva na Slovenskem. Razstavo sta odprla direktor Zavoda dr. Božidar Voljč in Ivan Hvala, predsednik Območnega združenja RK Ljubljana. Avtorja je predstavil prof. dr. Tomo Korošec. Razstavo je postavil Miljenko Licul, besedilo k fotografijam pa je napisal Željko Kozinc.

Joco Žnidaršič je mojster fotografije, znan doma in v tujini. Njegove sanjsko lepe fotografije, izbor iz njegove knjige *Moja Slovenija*, sedaj krasijo stene krvodajalske čakalnice. Fotografije je podaril Zavodu, ki jih bo posredoval tudi oddelkom za transfuzijo krvi in Rdečemu križu. Ko greš skozi hodnik in čakalnico, je nemogoče, da se ne bi vsaj za hip ustavil in ponovno pogledal tistega, kar je v sekundi ujeto v kamero, našim očem pa ni dovolj vidno, ko hodimo po naši lepi deželi.

Gospod Joco Žnidaršič je mednarodni mojster umetniške fotografije EFIAP. Ne smemo pozabiti, da je tudi absolvent Medicinske fakultete. Ko je razmišljal, kam naj ga zanese življenjska pot, se je odločil za fotografijo. Izšle so že njegove knjige *Ljubljana*, *Bohinj*, *Slovenski vinogradi*, *himalajski popotpis Pot k očetu*, *Dobimo se na trznici*, *Golf na Slovenskem*, *Deset let je Slovenija država*. Kritika se je na njih odzvala z visokimi ocenami. Pri časopisu *Delo* je delal več kot 40 let. Zasnoval in uredil je še 17 drugih monografij in prejel več kot 50 domačih in tujih nagrad. Pogled na fotografije je vedno znova doživetje in vedno znova se zazdi, da je vso to lepoto nemogoče sprejeti v dušo. Ob slikah bodo sedaj lahko uživali krvodajalci.

Po odprtju razstave smo si tokrat nazdravili z malinovčkom in napolitankami. ■

Ljerka Glonar  
Foto: Amadej Lah





# Vabilo na proslavo ob 30-letnici vpisa na MF

**D**rage kolegice in kolegi, ki ste **septembra 1973** s strahom in pričakovanji stali pred oglasno desko Medicinske fakultete v Ljubljani in na seznamu sprejetih brucov mrzlično iskali svoje ime!

Tiste, ki smo ga našli in zato že **30 let** svoje življenje prepletamo z medicino, vabimo na jubilejno srečanje v čast tej spoštljivi obletnici. Prijazno vabimo tudi tiste kolegice in kolege, ki so se našemu letniku (1973/74) pridružili kasneje, in tiste, ki so nas med napornim potovanjem k diplomi morebiti zapustili.

Srečanje bo predvidoma **18. oktobra 2003 v Ljubljani**. Da bi nam olajšali organizacijo, vljudno prosimo vse zainteresirane, da svojo morebitno **udeležbo javite** na enega priloženih elektronskih naslovov (vidmari@siol.net ali matjaz.kozelj@kclj.si). Nadvse bomo veseli, če se nas bo zbralo čim več. ■

RAZPORED ŠTUDENTOV 9. SEMESTRA OBLIKI ZA SPLOŠNO MLADI  
V SKUPINE ZA VAJE V ZIRSKEM SEMESTRU 1971/72

**I. skupina**

1. Elaiš Simona
2. Levrič Andreja
3. Gradišek Anton
4. Dodič Metoda
5. Drežnovac Mirna
6. Hostnik Boštjan
7. Nožmal Dušan
8. Dolinar Marjan
9. Dolinar-Iliš Ana
10. Kozak Matija
11. Blatnik Otmar
12. Šušelj Barbara
13. Berkopec Alenka
14. Grad Anton
15. Babnik Tatjana

**II. skupina**

1. Sedej Dušan
2. Brezelj Bogdan
3. Nevat Ivan
4. Šostarič Zvonka
5. Likar Katja
6. Sterža Marjana
7. Stankovič Vladimir
8. Stritar Albin
9. Šimic Ladislav
10. Spiler Marko
11. Blazjak Rubež
12. Straus Silvij
13. Simončič Bogdana
14. Lovšin Davida
15. Možina Andrej

**III. skupina**

1. Pivod Živa
2. Čebular Boštjan
3. Čičman Borut
4. Beznik Bojana
5. Tomažič Janez
6. Kolar Gorazd
7. Sajina Barbara
8. Laznik Branka
9. Lenarčič Hermina
10. Zajec Alenka
11. Štabuc Borut
12. Šilih Mirna
13. Koželj Matjaž
14. Požar Neva
15. Robec Vlasta

**IV. skupina**

1. Rošelj Aleksandra
2. Peller Anželj Jolanda
3. Švec Anže
4. Opek Lidija
5. Šavač Kaja
6. Gros Veronika
7. Razvoda Ana
8. Hodošek Anja
9. Gregorc Vlasta
10. Čadro Lada
11. Borkič Dubravka
12. Vrtovec Bojana
13. Puharčič Anja
14. Niko

**V. skupina**

1. Šapar Danica
2. Čajko Vida
3. Sinkovič Andreja
4. Šeruga Tomaž
5. Naji Jamal
6. Kocmut Jurij
7. Semič Marta
8. Mučič Marko
9. Gostič Igor
10. Filipič Bojan
11. Dernovšek Gregor
12. Istenič Matjaž
13. Beljanski Slavenska
14. Čehaič Enisa

**VI. skupina**

1. Lisčević Ljiljana
2. Lorencič Slavica
3. Meden Vlasta
4. Miklavčič Elizabeta
5. Mauček Jožica
6. Moder Janja
7. Mohorič Irena
8. Černešič-Sokler Nataša
9. Štarc Zdenka
10. Škerjanec Metka
11. Šolar Franc
12. Zakotnik Brane
13. Zaletnik Janez
14. Nadežda Viličević Damir

**VII. skupina**

1. Kranjc Silvestra
2. Grabljevec Frančiška
3. Stupič Alojz
4. Rušič Marjan
5. Utrša Jožef
6. Vrečko Milena
7. Mengust Tea
8. Čerih Bogomila
9. Čučajnk Tanja
10. Travnik Matjaž
11. Černek Anja
12. Černek Anja
13. Černek Anja
14. Černek Anja
15. Černek Anja
16. Černek Anja
17. Černek Anja
18. Černek Anja
19. Černek Anja
20. Černek Anja
21. Černek Anja
22. Černek Anja
23. Černek Anja
24. Černek Anja
25. Černek Anja
26. Černek Anja
27. Černek Anja
28. Černek Anja
29. Černek Anja
30. Černek Anja
31. Černek Anja
32. Černek Anja
33. Černek Anja
34. Černek Anja
35. Černek Anja
36. Černek Anja
37. Černek Anja
38. Černek Anja
39. Černek Anja
40. Černek Anja
41. Černek Anja
42. Černek Anja
43. Černek Anja
44. Černek Anja
45. Černek Anja
46. Černek Anja
47. Černek Anja
48. Černek Anja
49. Černek Anja
50. Černek Anja
51. Černek Anja
52. Černek Anja
53. Černek Anja
54. Černek Anja
55. Černek Anja
56. Černek Anja
57. Černek Anja
58. Černek Anja
59. Černek Anja
60. Černek Anja
61. Černek Anja
62. Černek Anja
63. Černek Anja
64. Černek Anja
65. Černek Anja
66. Černek Anja
67. Černek Anja
68. Černek Anja
69. Černek Anja
70. Černek Anja
71. Černek Anja
72. Černek Anja
73. Černek Anja
74. Černek Anja
75. Černek Anja
76. Černek Anja
77. Černek Anja
78. Černek Anja
79. Černek Anja
80. Černek Anja
81. Černek Anja
82. Černek Anja
83. Černek Anja
84. Černek Anja
85. Černek Anja
86. Černek Anja
87. Černek Anja
88. Černek Anja
89. Černek Anja
90. Černek Anja
91. Černek Anja
92. Černek Anja
93. Černek Anja
94. Černek Anja
95. Černek Anja
96. Černek Anja
97. Černek Anja
98. Černek Anja
99. Černek Anja
100. Černek Anja

**VIII. skupina**

1. Frelj Tatjana
2. Rejec Dragica
3. Felicijan-Triller N.
4. Kodravnov Drolc A.
5. Čerk Zdenka
6. Benedik Mojca
7. Arl Emilija
8. Bekar Marica
9. Krajinik Bernarda
10. Avsec Branko
11. Trebše Božena
12. Maleš Stanka
13. Kotnik Milica
14. Korčec-Da

**IX. skupina**

1. Kapš Anica
2. Fras Marija
3. Pečovnik Brada
4. Viličič Anica
5. Zupanič Janez
6. Dolenc Janez
7. Šušelj Tona
8. Šohar Irena
9. Janša Helena
10. Renko-Urh
11. Keras Milena
12. Černek Anja
13. Černek Anja
14. Černek Anja
15. Černek Anja
16. Černek Anja
17. Černek Anja
18. Černek Anja
19. Černek Anja
20. Černek Anja
21. Černek Anja
22. Černek Anja
23. Černek Anja
24. Černek Anja
25. Černek Anja
26. Černek Anja
27. Černek Anja
28. Černek Anja
29. Černek Anja
30. Černek Anja
31. Černek Anja
32. Černek Anja
33. Černek Anja
34. Černek Anja
35. Černek Anja
36. Černek Anja
37. Černek Anja
38. Černek Anja
39. Černek Anja
40. Černek Anja
41. Černek Anja
42. Černek Anja
43. Černek Anja
44. Černek Anja
45. Černek Anja
46. Černek Anja
47. Černek Anja
48. Černek Anja
49. Černek Anja
50. Černek Anja
51. Černek Anja
52. Černek Anja
53. Černek Anja
54. Černek Anja
55. Černek Anja
56. Černek Anja
57. Černek Anja
58. Černek Anja
59. Černek Anja
60. Černek Anja
61. Černek Anja
62. Černek Anja
63. Černek Anja
64. Černek Anja
65. Černek Anja
66. Černek Anja
67. Černek Anja
68. Černek Anja
69. Černek Anja
70. Černek Anja
71. Černek Anja
72. Černek Anja
73. Černek Anja
74. Černek Anja
75. Černek Anja
76. Černek Anja
77. Černek Anja
78. Černek Anja
79. Černek Anja
80. Černek Anja
81. Černek Anja
82. Černek Anja
83. Černek Anja
84. Černek Anja
85. Černek Anja
86. Černek Anja
87. Černek Anja
88. Černek Anja
89. Černek Anja
90. Černek Anja
91. Černek Anja
92. Černek Anja
93. Černek Anja
94. Černek Anja
95. Černek Anja
96. Černek Anja
97. Černek Anja
98. Černek Anja
99. Černek Anja
100. Černek Anja

**X. skupina**

1. Hec Ladislav
2. Brezelj Janez
3. Kopčar Andrej
4. Džollo-Renko Dorot
5. Čok Tone
6. Blaj Andreja
7. Koželj Tomaž
8. Čela Mojca
9. Peše-Ravnik Breda
10. Rožič Dušan
11. Žabnat Bojan
12. Maligod Igor
13. Černek Anja
14. Černek Anja

## POZABLJENI APOKALIPTIČNI JEZDEC?

Infekcijske bolezni so kot kaže ponovno na pohodu. Tole je poročilo o skoraj pozabljenem starem znanju, ki neusmiljeno pustoši po "črni celini". Malaria namreč pobije desetkrat več ljudi na dan, kot jih je sars doslej, zaradi nje pa je marsikateri afriški kraj, kljub čudoviti naravi, neprijazen za bivanje, razen če ste morda komar.

Pred enim tednom sta komisiji Svetovne zdravstvene organizacije in UNICEF-a pri Združenih narodih predstavili obsežno poročilo o malariji v Afriki, prvo v takšni obliki. Za nezadostno verodostojnost števila zbolelih sta predvsem dva tehtna razloga. Najprej, da je diagnoza v Afriki bolj redko podana na podlagi občutljivih laboratorijskih testov, in nato dejstvo, da je bolezen

tako običajna, da vsakega bolnika, ki je sprejet na kliniko zaradi povišane temperature, zdravijo, kot da je zbolel za malarijo. Ne glede na zanesljivost diagnoze je precej gotovo, da najmanj milijon Afričanov na leto umre zaradi malarije, od tega so v 90 odstotkih žrtve otroci, mlajši od petih let. Med nalezljivimi boleznimi je zaradi tega malaria na drugem mestu, takoj za aidsom.

Poleg umorjenih otrok naredi visoka vročina odrasle nezmožne za kakršnokoli delo. V najbolj prizadetih okoljih je to že resna ovira za premagovanje skrajne revščine. Po nekaterih izračunih izgubi afriška celina zaradi malarije okrog 12 milijard dolarjev prihodkov na leto. Študije, narejene v Gani, ugotavljajo, da revne družine eno tretjino svojih do-

hodkov namenijo zdravljenju malarije in da bo ta vsota najverjetneje še naraščala.

Najboljša obramba pred malarijo bi bilo vsekakor cepivo, ki ga še vedno ni, tudi po zaslugi farmacevtske industrije, katere bolezniravnih slojev ne zanimajo preveč. V zadnjih nekaj letih so posamezna donatorska združenja, kot npr. Bill and Melinda Gates Foundation, vendarle začela podpirati nekatere spodbudne raziskave. Najbolj obetajoče cepivo sedaj klinično preizkušajo v Mozambiku in bi moglo biti na voljo do leta 2011. Afrika bo morda takrat končno postala prijazna celina za življenje tako ljudi kot komarjev. ■

*Pripravil: Rade Iljaž*

*Vir: The Economist May 3<sup>rd</sup> 2003, 73-4*

## ZAVAROVANJE AMERIŠKIH ZDRAVNIKOV PRED NAPAKO (ZADEVA, KI JE PRIMERNA ZA ZDRAVLJENJE)

V začetku februarja letos so imeli zdravniki iz New Jerseyja kratek protestni shod. Teden dni prej so podobno stavko uprizorili doktorji s Floride, mesec dni pred tem pa kolegi iz Zahodne Virginije. Enake stavke so se že zgodile ali vsaj resno grozijo Pensilvaniji, Nevadi, Teksasu in še najmanj sedmim zveznim državam ZDA. Razlog za vse opozorilne zdravniške shode je isti: izjemen porast stroškov zavarovanja za primer napake pri zdravljenju.

Zavarovalne premije so za najbolj izpostavljene medicinske specialnosti, kot so porodništvo, zahtevnejši kirurški posegi ali diagnostika rakastih bolezni, naraščale za povprečno 20 odstotkov na leto. V nekaterih primerih so se zavarovalniške premije celo podvojile ali potrojile.

Kot je bilo pričakovati, so potrošniške skupine obdolžile zavarovalnice lakomnosti. V resnici je razočaranje zavarovalnic podobno zdravniškemu. A. M. Best - agencija za rangiranje zavarovanj, pričakuje, da bodo zavarovalne družbe za vsak pridobljen dolar morale izplačati približno enkrat več de-

narja (1,41 dolarja). V slabo tolažbo je dejstvo, da se je stanje v primerjavi z letom 2001 za spoznanje izboljšalo (leta 2001 je bilo na en pridobljen dolar izplačano slabih 1,53 dolarja). Takšne okoliščine so prinesle več posledic. Za doktorje medicine je postalo iskanje ustreznega zavarovanja zahtevno delo. Pred dvema letoma je St. Paul, druga največja družba, ki se ukvarja z tovrstnimi posli, povzročil nemir z objavo, da se bo popolnoma umaknil iz zavarovanja zdravniških napak.

General Electric je osumljen podobnih namenov. Zavarovalnice imajo dobro znano razlago: spiralno naraščanje števila sodnih odločb, posebej za t. i. neekonomsko škodo - bolečino in trpljenje. Po podatkih cehovskega glasila Jury Verdict Research je povprečna odškodnina za zdravniške spodrsrljaje v letu 2000 dosegla milijon dolarjev, kar je 43-odstotni porast glede na leto poprej in dvakrat več kot v letu 1995. Možno je tudi, da bi se trendi spremenili. Nekatere zvezne države, kot npr. Kalifornija, so omejile dodatne odškodninske zahtevke. V svo-

jem letnem poročilu je tudi predsednik Bush priporočil Kongresu uvedbo zgornje odškodninske meje v višini 250.000 dolarjev, kot del širše obvezne zdravstvene reforme. Kongres je priporočilo že obravnaval in načrt ukrepanja pričakujejo že letos. Vseeno je omejitev pravice Američanom, da se tožijo in zbirajo milijone iz odškodninskih naslovov, vse prej kot lahka naloga.

Trg najbolj izobražene delovne sile se v tem času obnaša pričakovano. Širijo se govorice, da se zdravniki ne odločajo za prakso v zveznih državah z visokimi zavarovalninami za napako. The American College of Obstetricians and Gynaecologists je prvo poklicno združenje, ki je sestavilo seznam takšnih držav. Zdravniki opuščajo delo v neprijaznih okoljih in tako je ena izmed bolnišnic že bila prisiljena zapreti svoj porodniški oddelek po enem stoletju njegovega obstoja.

Vse kaže, da takšno tržišče potrebuje nujno zdravljenje. ■

*Pripravil: Rade Iljaž*

*Vir: The Economist, February 22<sup>nd</sup> 2003, 76*

# *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. rednji 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 pradačno antično Eskulapovo izročilo. Slovesnost smo listini namenili s posebno opremo, ekskluzivnim odkovkom znaka-grba v primernem okvirju. Podrobnosti so predstavljene posebej.

# 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 varianto **B** ali **C** vpišite točne podatke plačnika

Naziv: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_

Mesto: \_\_\_\_\_ Pošta

Davčna številka

Žig (podpis): \_\_\_\_\_

V kolikor ste se odločili za izvedbo B ali C, boste po naročilu prejeli predračun od izvajalca (Studio LAN d.o.o., Koper). Po plačilu predračuna 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
- kompletna kompozicija je v paspartu-ju
- 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
  - kompletna kompozicija je v slip paspartu-ju in v razkošnem okvirju zlate barve

# Zobozdravniki odslej doktorji dentalne medicine

V Uradnem listu RS št. 55/03 je bil objavljen Zakon o spremembah zakona o strokovnih in znanstvenih naslovih, ki določa, da se z dnem njegove uveljavitve (10. junij 2003) strokovni naziv doktor stomatologije preimenuje v naziv **“doktor dentalne medicine”**. Pravilna okrajšava tega naziva je **“dr. dent. med.”** Vi-

sokošolski zavodi morajo novi strokovni naziv začeti podeljevati najkasneje v treh mesecih. Zobozdravniki, ki so naziv prejeli pred novelo, bodo od visokošolskih zavodov lahko zahtevali, da jim izdajo nov strokovni naziv.

Novela zakona, ki so jo v državnem zboru obravnavali konec maja, naj bi upoštevala pripombe Evropske komisije oziroma na-

čela prostega pretoka oseb. Ta namreč terja, da se strokovni nazivi za doktorje stomatologije preimenujejo v doktorje dentalne medicine, ki ga je po posvetu z zobozdravniki predlagalo zdravstveno ministrstvo. S tem bo zobozdravnikom, ki bodo končali študij v Sloveniji, omogočeno opravljanje njihovega dela tudi v državah Evropske unije. ■

## TRŽNI IZZIVI V EVROPSKEM ZDRAVSTVU

Ne glede na številne začetne težave pri uresničevanju določil Maastrichtskega sporazuma in novosti, ki jih na stari celini skuša uveljaviti Giscard D'Estaing, se bo sčasoma izoblikovalo, razvilo in zaživel enotno evropsko zdravstveno tržišče, ki bo zahtevno in obetavno hkrati. Na njem bodo delovali tržni in ekonomski mehanizmi, ki danes obvladujejo in določajo utrip modernih tržišč ostalega blaga in storitev, pa tudi delovne sile. Zato bodo v zdravstvu posameznih držav članic vse bolj potrebni - cenjeni, upoštevani in dobro nagrajevani strokovnjaki, ki bodo poleg medicinskega znanja imeli še menedžersko znanje in sposobnosti, ki bodo obvladali tuje jezike, za piko na i pa bodo tudi specialisti za mednarodne odnose ali vsaj dobri poznavalci le-teh. Zlasti male države z omejenim številom visokostrokovnih in specializiranih kadrov potrebujejo premišljeno kadrovsko politiko na tem področju.

Sicer pa si bodo države tudi na zdravstvenem tržišču združene Evrope, ki mu je pravi zagon nedvomno dal šele evro, skupna valuta, ki si je v času, odkar kraljuje v 12 državah članicah, močno opomogla, poskusile čimprej zagotoviti (in tudi dolgoročno ohraniti) čimbolj privlačne tržne niše. Pri plasiranju na zahtevno evropsko tržišče si bo zdravstvo sleherne izmed njih prizadevalo za uveljavitev svojih konkurenčnih predno-

sti - marsikje jih bo potrebno najprej razviti, izoblikovati, izpopolniti in prilagoditi uporabnikom. O vsem naštetem bi veljalo tudi pri nas konkretno razmisliti že danes. Lotiti bi se bilo treba analize konkretnega stanja in se preprosto vprašati: kakšni so naši cilji, kje smo najboljši in zakaj, kje smo najslabši in zakaj, v čem se lahko izboljšamo, v katero smer se bomo razvijali in zakaj, kdo so naši pomembni (dejanski, potencialni) partnerji (zavezniki, vzorniki), konkurenti (nasprotniki), kakšne so njihove prednosti in slabosti. Odgovore na našeta in podobna vprašanja dober predstojnik išče s svojimi najožjimi, najbolj sposobnimi in razgledanimi sodelavci, obenem pa jih predstavi tudi vsem zaposlenim, ki so pogosto generatorji preprostih in uporabnih rešitev praktične narave.

Države članice EU seveda že krepijo svoje položaje na področjih zdravstva, na katerih so najboljše. Tako poznavalci poudarjajo, da je visok standard zdravstvenih storitev najti predvsem v Nemčiji, Avstriji, na Nizozemskem, v Franciji, na Danskem in tudi v Španiji. Manj navdušeni so nad razmerami v Italiji, na Portugalskem, Grčiji, Veliki Britaniji in nekaterih drugih državah članicah. Vse bolj vneto odgovorni opazujejo tudi zdravstvo v državah, ki z veljavno vstopnico stojijo na pragu EU, vključno s Slovenijo. ■

*Povzela in prevedla: Nina Mazi*

*Vir: Eurostat 2002*

## NAČRTNO VARČEVANJE

Pospešeno rastoče stroške za zdravila, ki pestijo večino nacionalnih zdravstvenih blagajn držav članic EU, skuša Nemčija zaježiti na najrazličnejše načine, med drugim tudi s povišanjem cen večjih pakiranj zdravil. Tako bodo bolniki v prihodnosti za večje pakiranje zdravila plačali najmanj dvakrat več kot za osnovno, manjše. Po mnenju Ulle Schmidt, nemške zvezne ministrice za zdravstvo, je aktualna razlika v ceni, ki trenutno znaša le od 8 do 10 mark, premajhna, da bi spodbujala k varčevanju in racionalizaciji, marveč predstavlja le svojevrstno potuho, tako za zdravnike kot tudi za bolnike. Obenem želi ministrica Ulla Schmidt z zavarovalnicami skleniti pomemben dogovor, v skladu s katerim bodo v prihodnje plačevale svojim zavarovancem le tista dražja zdravila, ki so tudi dejansko bolj učinkovita od cenejših. Seveda bo potrebno o tem najprej podrobno seznaniti zdravnike in farmacevte, na primeren način pa pravočasno obvestiti tudi uporabnike. Na ta način nameravajo v Nemčiji prihraniti najmanj 600 milijonov mark. Pred uradno uvedbo novih varčevalnih ukrepov namerava ministrica s sodelavci s pomočjo raziskave na vzorčnem modelu ugotoviti, ali je tovrstna praksa v sodelovanju s tamkajšnjimi zdravniki in farmacevti sploh izvedljiva v vsakdanji zdravstveni praksi. Mnogi so namreč skeptični in ne verjamejo v uspeh opisane varčevalna strategije. ■

*Povzela in prevedla: Nina Mazi*

*Vir: Focus, 5/03*

## BOLNIKI NA REŠETU

Razgledani diagnostiki in terapevti razvitega sveta so prepričani, da bi lahko hitreje, bolje, bolj uspešno in ceneje opravljali svoje delo (vršili svoje poslanstvo), če bi vedeli (vsaj dokaj zanesljivo predvideli), kako se bo na njihovo (rutinsko) ravnanje odzval določen bolnik (uporabnik). V ta namen se je številnim kategorizacijam sodobnega prebivalstva nedavno pridružila tudi klasifikacija pacientov. Dognan psihološki profil bolnika lahko zdravniku pomaga pri diagnostiki, terapiji, preventivi in zdravstvenovzgojni dejavnosti, hkrati pa ga lahko s pridom uporabi tudi zdravstvena zavarovalnica pri individualni obravnavi svojih "komitentov". Sodobne uporabnike zdravstvenih storitev in zdravstvene zavarovance nasploh je po ugotovitvah interdisciplinarnih raziskav (psihologija, sociologija, antropologija, medicina, morala in etika) na tem področju mogoče razdeliti v več različnih kategorij:

- Klasiki, konservativci in tradicionalisti, ki popolnoma zaupajo svojemu zdravniku in njemu tudi pripisujejo največjo vlogo pri ohranjanju in izboljševanju svojega zdravja, obenem pa ne razmišljajo o dodatnih, alternativnih možnostih.
- Pragmatični, zdravi, vitalni, razgledani in razumni posamezniki, ki znajo, so sposobni in pripravljeni sami skrbeti za svoje zdravje in vitalnost, zato bolj poredko trkajo na vrata ambulant in koristijo bolnišnične zmogljivosti, pa tudi v lekarnah so le občasni gostje. Kadar zaidejo tja pomeni, da je z njimi resnično nekaj narobe.
- Bolniki, ki se trdno oklepajo svoje zavarovalnice in so si pripravljene privoščiti (omisлити) le zdravstvene storitve, ki jim jih ta tudi plača ali vsaj sofinancira. Zdravnika (in terapijo) si najraje izberejo po nasvetu zavarovalnice, prav tako pa njej najraje pripisujejo največjo vlogo pri skrbi za lastno zdravje. Sami ostajajo pri tem bolj ali manj pasivni.
- Nezaupljivi, skeptični in sumničavi posamezniki, ki odklanjajo uradno zdravstveno dejavnost (ali vsaj dvomijo vanjo - tudi zaradi negativnih preteklih izkušenj), zatekajo pa se h komplementarnim - naravnim in alternativnim metodam zdravljenja. Za svoje zdravje so priprav-

ljeni sami veliko storiti in plačati, zato se le v nujnih primerih zatečejo po pomoč k institucionalni medicini.

- Izobraženi, razgledani, informirani, dejavni in dobro ozavešeni posamezniki, ki spremljajo razvoj znanosti in tehnike ter so na tekočem z njunimi dosežki in možnostmi, ki jih ponujata. Obenem so kot pacienti kritični, vztrajni in zahtevni, hkrati pa ubogljivi in korektni, kadar se odločijo za določeno zdravljenje, in pri njem tudi dejavno sodelujejo s svojim zdravnikom.
- Prepotentni, nekritični, pasivni in prezahtevni posamezniki, ki se zatekajo v prilagojeno vedenje in ravnanje (hipohondrija, samopomilovanje, fatalizem ipd.). Od zdravnika veliko zahtevajo, sami pa pri tem ne sodelujejo oziroma največkrat sodelujejo na nekonstruktiven način, tako da s svojo dejavnostjo pogosto povzročijo več škode kot koristi. S svojim vedenjem si nemalokrat nakopljejo negotovanje in nasprotovanje okolice, kar še poslabša njihovo stanje.

V Nemčiji so našteje kategorije pacientov tudi številčno ovrednotili in ugotovili, da sodi v prvo skupino 20,9 odstotka tamkajšnjega prebivalstva, v drugo naj bi sodilo 21 odstotkov Nemcev, v tretjo in četrto kategorijo se uvršča 18 odstotkov uporabnikov, v peti skupini je 13,2 odstotka, v šesti pa 11,5 odstotka prebivalstva Nemčije. Preostali tvorijo nespecifično (kombinirano) skupino uporabnikov. ■

*Povzela in prevedla: Nina Mazi*

*Vir: Polis*

## VIRTUALNA VARNOST

So bolnikovi podatki, shranjeni v obliki drobnih bitov, res varni pred vsiljivci, vohuni in izkoriščevalci? Številni ponudniki in uporabniki zdravstvenih storitev se vse bolj pogosto srečujejo s pomisleki v zvezi z varnostjo in nedostopnostjo dragocenih osebnih podatkov v računalniku in na svetovnem spletu nasploh. Zlasti v zvezi z elektronsko pošto poslovne in strokovne narave (komunikacija med predstojniki in ostalimi zdravstvenimi delavci, med zdravni-

ki, med člani strokovnih kolegijev in konzilijev, med zdravniki in zavarovalnico, med zdravniki in zbornico, med zdravniki in bolniki ipd.), ki pogosto vsebuje pomembne podatke, ki zavezujejo k molčečnosti in brez-pogojni diskretnosti. V avstralskem parlamentu so se že odločili za pospešeno proučevanje in obravnavo predloga zakona, ki naj bi uvedel posebno dovoljenje, brez katerega delodajalci in ostali nepoklicani ne bi smeli brati elektronskih sporočil svojih zaposlenih, podrejenih in sodelavcev. Tako bi institucije in podjetja, ki bi elektronsko pošto svojih zaposlenih spremljala (prebirala in nadzirala) brez dovoljenja oblasti, kršila zakon in bi za svoj prestop moral odgovorjati pred sodiščem. V skladu z najnovejšim zakonskim predlogom bi delodajalci in lastniki lahko "vohljali v virtualnih komunikacijah" za zaposlenimi le v primeru obstoja utemeljenega suma kršitve, nespoštovanja ali izigravanja zakonov, očitnega škodovanja interesom delodajalca ali potrošnika oziroma uporabnika ali če se neprimerno vedejo - zlasti slednje utegne biti nevarno, ker lahko "legalno" uvaja in dovoljuje številne malverzacije, tudi in zlasti v zdravstvu. Podobno kot na zeleni celine razmišljajo tudi v ZDA, v Kanadi in na Japonskem. Razmere pričajo, da bi moralo biti s formalne plati varovanje zasebnosti pri nas dokaj učinkovito. Z Ustavo je v RS zagotovljeno varovanje integritete posameznika in njegove zasebnosti, obenem pa omenjeni dokument pogojuje tudi tajnost pisem in drugih občil. Ustavi ob bok stopa tudi Zakon o varstvu osebnih podatkov. Tako lahko lastnik oziroma delodajalec elektronska sporočila prebira, pregleduje, spremlja in nadzoruje le, če si to vnaprej uradno zagotovi z ustreznimi pravnimi akti in v primeru vnaprejšnjega izrecnega soglasja svojih zaposlenih - avtorjev oziroma pošiljateljev in prejemnikov virtualnih sporočil. Pri tem je treba upoštevati, da gre pri uporabi elektronskih medijev (e-pošta) za službeno, strokovno in poslovno komunikacijo, kjer zasebnost ni posebej zaščiten. Zato morajo zdravniki in bolniki storiti vse, da elektronska pošta pride pravočasno "v roke" pravega naslovnika. Zadeve na tem področju v številnih zdravstvenih ustanovah kljub ustreznim zakonski podlagi v praksi še niso povsem dognane in dorečene. ■

*Povzela in prevedla: Nina Mazi*

*Vir: Eurostat*

## ZDRAVNIK KOT SVETOVALEC

V državah, ki dajejo prednost preprečevanju (preventivi, vzgoji, izobraževanju in informiranju), se vloga zdravnika že od preteklega stoletja dalje nenehno spreminja. Zdravnik v razvitem svetu postaja na pragu 21. stoletja bolniku tudi in predvsem vodnik, zaupnik in svetovalec. Pričujoča trditev velja predvsem za določene specialnosti (splošni in družinski zdravnik, dietolog, psihiater, pediater...).

Zlasti v zvezi s svetovalno dejavnostjo psihiatrov je prisotnih še veliko tabujev. Ne le pri nas, marveč tudi drugod po Evropi je v glavnem še močno zakoreninjeno prepričanje, da sme človek potrkat pri psihiatru šele takrat, ko je čisto na koncu in je z njegovim duševnim zdravjem dejansko nekaj narobe. Ravno nasprotno pa razviti svet - zlasti Amerika, Kanada in Avstralija, deloma tudi Japonska, prisega na psihiatra tudi kot na najboljšega svetovalca in zaveznika v bolj ali manj zahtevnih poslovnih, zasebnih in ostalih življenjskih situacijah.

Tako Američani in Kanadčani naravnost oblegajo širokosrčne - humane, podkovane in sposobne psihiatre, psihologe in psihoanalitike, ki so jim pripravljene ponuditi razkošje miru in udobja na svojem kavču, jih potrpežljivo poslušati in jih spodbuditi k reševanju problemov, hkrati pa jim po potrebi ponuditi koristen nasvet psihološke, pravne, finančne ali druge narave. V ZDA, kjer se je v zadnjem času izoblikoval trend povezovanja ustreznih strokovnjakov v svetovalne mreže (počasi se uveljavlja tudi v zahodni Evropi), opažajo manj duševnih stisk, zasvojenosti in poskusov samomora med uspešnimi poslovneži, ki so strokovnjakom za opravljeno storitev seveda pripravljene tudi na široko odpreti svojo denarnico - v gotovini ali v obliki specialnega, dodatnega zavarovanja. ■

*Povzela in prevedla: Nina Mazi*

Vir: UPI

## SMOTRNA RACIONALIZACIJA

Ravnovesje v nacionalni zdravstveni blagajni je v skladu z uveljavljenimi ekonomskimi principi (veljajo tudi za vreče brez dna, kot je zdravstveni proračun) mogoče doseči na dva osnovna načina: z omejevanjem odhodkov in s povečanjem prihodkov, nadgradnjo pa predstavlja tretja možnost kot kombinacija prvih dveh. Zdravstvo se pogosto odloča za prvo možnost, ker jo ima za manj naporno in bolečo od ostalih dveh. V okviru tovrstnih varčevalnih usmeritev sodi tudi ugotovitev strokovnjakov, da je predraga zdravila in zahtevne terapijske metode mogoče v najmanj tretjini primerov (brez neugodnih posledic in kakršne koli škode za bolnika, zato pa s toliko večjim prihrankom) zamenjati in nadomestiti s cenejšimi, ustreznimi in prav tako ali pa še bolj učinkovitimi enostavnejšimi, lažje dostopnimi in cenejšimi sredstvi. Na podlagi tovrstnih ugotovitev so se farmakologi, farmacevti in zdravniki v Nemčiji odločili vzeti pod drobnogled zdravila, ki so na voljo na tamkajšnjem tržišču, da bi "v živo" ugotovili, katera dražja in bolj nevarna zdravila je dejansko mogoče zamenjati z enako učinkovitimi in dostopnimi, cenejšimi in organizmu bolj prijaznimi. V ta namen so preverili vrsto, sestavo, indikacije, delovanje, stranske pojave, učinkovitost, dostopnost in ceno več kot 6.000 preparatov. S svojimi spoznanji so seznanili tamkajšnjo strokovno javnost in jih ponudili v razmislek vladi, strokovni, pa tudi širši javnosti - bolnikom in uporabnikom. ■

*Povzela in prevedla: Nina Mazi*

## GLOBALNO ZDRAVJE POD DROBNOGLEDOM

SZO, Unesco, Unicef, Svetovna banka, IMF in številne druge mednarodne institucije, ki si prizadevajo za zdravje in blagostanje na globalni ravni, bodo morale pri svojih načrtih, konceptih in strategijah po mnenju zdravnikov in ostalih medicinskih strokovnjakov v prihodnosti bolj upoštevati razlike in nasprotja med posameznimi deli sveta. Medtem ko je na pragu 20. stoletja na Zemlji živelo le okrog milijarde ljudi, strokovnjaki UNPF (fonda ZN za prebivalstveno tematiko) predvidevajo, da bo leta 2050 na modrem planetu vsaj 11 milijard ljudi. Hkrati zdravnike vse bolj skrbi tudi neenakomerna razporeditev prebivalstva in življenjskih virov - predeli hiperpopulacije in depopulacije terjajo povsem različne prijeme in metode. Zaskrbljujoč je tudi podatek, da slabih 20 odstotkov svetovnega prebivalstva uporablja in izkorišča več kot 80 odstotkov razpoložljivih virov. Preostala večina - 80 odstotkov prebivalstva modrega planeta, zlasti v manj razvitem, tretjem svetu, pa se mora zadovoljiti s skromnimi 20 odstotki. Tako povprečen Američan na dan potroši več kot 400 litrov vode (Evropejec 390 litrov), milijarde ljudi pa (pre)živijo brez kaplje tekoče vode na dan. Medtem ko je v razvitem svetu polovica ali več prebivalcev predebelih (v ZDA kar dve tretjini), pa v ostalih delih modrega planeta vsaj milijarda ljudi nikoli ne okusi mesa ali sveže zelenjave in sadja. Zato je mednarodno združenje Zdravniki brez meja, na Svetovno banko in IMF naslovilo peticijo z zahtevo po intenzivnejših in učinkovitejših prizadevanjih za enakomernejšo razporeditev virov, dobrin in možnosti na modrem planetu, v katero bi se lahko s svojim znanjem, izkušnjami in sposobnostmi intenzivno vključili tudi strokovna medicinska sfera in zdravstvena javnost nasploh. Pomagali bi jim lahko tudi bolniki in uporabniki zdravstvenih storitev. ■

*Povzela in prevedla: Nina Mazi*

Vir: ZDF



# Spomladanski teniški turnir mešanih dvojic

**V**soboto, 31. maja, smo se zbrali na že tradicionalnem rekreativnem teniškem turnirju mešanih dvojic v Klečah. Tekmovanje je potekalo pod okriljem **Medicusa**.

Glavni sponzor, **Krka, d. d.**, je prispevala bogat nagradni sklad in poskrbela, da nismo bili lačni. **Union, d. d.**, je poskrbel za pijačo.

Za izpeljavo in spoštovanje pravil je skrbel g. Janez Pogačnik.

Tekmovali smo po sistemu žrebanja v vsakem krogu, kar je imelo za posledico številne zanimive, naključne kombinacije dvojic.

Zaradi "kavalirskega" pravila je imel nežnejši spol točkovno prednost. Dvojboji so bili napeti, potekali so v sproščenem, prijateljskem vzdušju.

V skupini A (bolj borbeni) je zmagala dvojica I. Vidic - A. Kansky, v skupini B (bolj družabni) pa A. Tekstor - T. Schaubach.

Udeležba je bila precejšnja, prišlo je kar nekaj novih igralk in igralcev, ki so že takoj posegli po zmagah. Namen spomladanskega turnirja je predvsem druženje, sprostitvev ob igranju tenisa v prijetnem zelenem okolju. Vabljeni v našo družbo konec maja 2004.

*Tomí Voušek*



*V napetem pričakovanju žreba*



*Finale skupine A: A. Kansky, I. Vidic, B. Antolinc, P. Zonik*



*Finale skupine B: T. Voušek, M. Drev, A. Tekstor, T. Schaubach*



*Polovica udeležencev turnirja*



## 2. medicinski triatlon na Ptujju

18. maja 2003 je na Ptujju potekal 2. medicinski triatlon.

V prekrasem spomladanskem jutru smo se zbrali v ptujjskih toplicah. Preplavalimo 7.500 metrov v bazenu, prekolesarimo 20 km do obronkov Haloz in nazaj ter pretekli 5 km ob Ptujjskem jezeru.

Lani nas je bilo 21, letos pa le 7. Vzrok gre iskati v prezgodnjem terminu (maj), lani (avgust). Kar nekaj zdravnikov je prišlo na Ptuj, a niso tekmovali zaradi pomanjkanja treninga.

Zaradi velikega zanimanja in želje nastopiti na triatlonu, vendar v čim kasnejšem terminu, bomo člani športnega društva Medicus 3. medicinski triatlon organizirali na Bledu. Vabljeni 7. 9. 2003 na Bled vsi, ki bi se radi spoprijeli s tem vzdržljivostnim športom. V tem politično in poklicno zahtevnem času vam želim, da se znebite vsakodnevnega stresa s treningom v naravi in na svežem zraku ter si pridobite novih moči za poklic,



*Start v vodi*



*S kolesa na tek*



*Rudi Škapin, Franc Cizerl*



*Franci Svenšek, Gregor Kravos, Marta Škapin, Rudi Škapin, Franc Cizerl*

družino in prosti čas. Če nam uspe vse to prenesti na paciente, bi bil to velik doprinos k zdravju in zmanjšanju stroškov.

Gregor Kravos  
Foto: Alenka Kravos

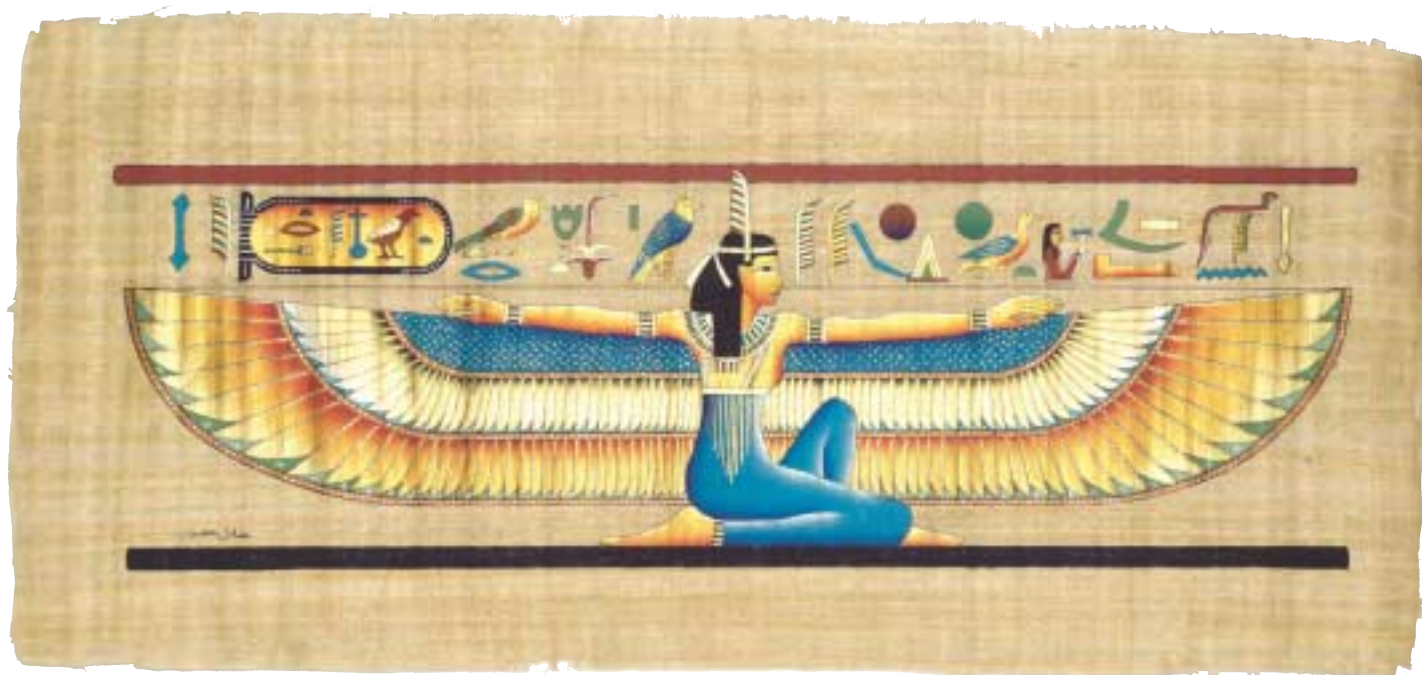
## Razultati:

### Medicinci - nad 40 let

- |    |              |         |
|----|--------------|---------|
| 1. | Franc Cizerl | 1.23,40 |
| 2. | Rudi Škapin  | 1.31,38 |

### Medicinci - pod 40 let

- |    |                |         |
|----|----------------|---------|
| 1. | Gregor Kravos  | 1.03,47 |
| 2. | Franci Svenšek | 1.10,49 |
| 3. | Nikola Ladič   | 1.13,56 |
| 4. | Ivan Žebeljan  | 1.22,17 |
| 5. | Jožef Magdič   | 1.25,10 |



# Prvi nacionalni razpis specializacij zdravnikov - končno realnost

Zlatko Fras

**N**a podlagi določb Zakona o zdravniški službi je slovenska vlada nedavno dokončno razrešila problem financiranja specialističnega podiplomskega usposabljanja za sistem javne zdravstvene mreže. Rešitev, ki jo je z dovolj odločnim prehodom od besed k dejanjem spodbudilo in pripravilo Ministrstvo za zdravje, predstavlja scenarij, po katerem stopamo na novo, kakovostnejšo, predvsem pa preglednejšo pot pridobivanja predpisanega pogoja za samostojno zdravniško delo. Z več poklicne svobode. Kdor čaka, dočaka. Več kot desetletje zakonsko opredeljena pristojnost Zbornice za urejanje specializacij bo lahko končno zaživela, kot smo si večinoma zamislili slovenski zdravniki in je objavljeno v novem **Pravilniku o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Ur. l. RS, št. 59/03)**. Najmanj zainteresirane bodoče specializante prosim, da si ga skrbno preberejo (internetna stran: [www.zzs-mcs.si](http://www.zzs-mcs.si)).

Zakon o zdravniški službi uzakonja obvezno specializacijo vsem slovenskim zdravnikom, ki želijo opravljati svoj poklic v obliki dela z bolniki. Za prvo zaposlitev v mreži javne zdravstvene službe zahteva država od zdravnika poleg univerzitetne izobrazbe (najmanj 6 let), pripravništva in strokovnega izpita (najmanj pol leta) še dodatnih 4 do 6 let specialističnega usposabljanja z delom in specialistični izpit. V idealnih razmerah skupno najmanj 24 let šolanja in usposabljanja. Smo že in bomo tudi v prihodnje verjetno še velikokrat (pre)slišali, da je to za mlade zdravnike res posebne vrste privilegij.

Organizacijsko je bilo stanje na področju specializacij zdravnikov v Sloveniji desetletja slabo urejeno. Ključna je bila nepreglednost in neracionalnost razpolaganja z zdravniško delovno silo, saj je imelo Ministrstvo za zdravje na nacionalni ravni bolj ali manj pasivno vlogo opazovalca in administratorja - ob precej improviziranem stanju mreže zdravniških delovnih mest je bilo kadrovsko načrtovanje praktično v celoti prepuščeno vodstvom posameznih zdravstvenih ustanov. Ta sicer vščen, popolnoma decentraliziran, lokalno avtonomen sistem kadrovske politike je pripeljal do zaskrbljujočih razmer v posameznih strokah. Glede na poklicno-demografske podatke je bilo pri nas v zadnjih 20 letih povpraševanje po zdravnikih neustrezno, čeprav načrtno omejevano (tako v zvezi s splošno populacijsko demografsko dinamiko kot povečevanjem povpraševanja in razvojem novih zdravstvenih tehnologij). V obdobju prehoda je na število tistih kolegov, ki dejavno delajo z bolniki, vplivalo tudi nekaj drugih dejavnikov. Povečalo se je število zdravnikov, zaposlenih izven javne zdravstvene mreže, povečale so se možnosti za zasebno delo v zdravstvu, pomembno število zdravnikov je verjetno zaradi boljših pogojev poiskalo zaposlitev v novoustanovljenih predstavništvih mednarodnih farmacevtskih podjetij. V primerjavi z drugimi evropskimi državami imamo tako praktično najmanjše število zdravnikov (na enoto prebivalstva), zaradi spremenjene zakonodaje o delovnem času pa bo potrebno delo zdravnikov preko rednega časa dejansko zmanjšati. Da nujnega povečanja obsega programa zdravstvenega varstva niti ne omenjam. Skupen zaključek različnih

vrst izračunov zadnjih let je, da v mreži primanjkuje kar nekaj sto zdravnikov.

Želimo si vrhunsko primerljivost ob okrnjeni ponudbi specializantov, mentorjev in sredstev. Kvadratura kroga. V novem sistemu specializacij skušamo najti zgolj najprimernejšo kombinacijo različnih modelov, iz katerih smo izbrali po našem mnenju najpomembnejše in vitalne elemente. Specifičnih razlik med novim in starim modelom ni težko prepoznati, velja pa poudariti, da je sprememb vendarle bistveno manj, kot želijo prikazati nekateri. Pri uveljavljanju reforme specializacij sta bili z organizacijskega vidika v ospredju dve temeljni načeli, (1) povečati odgovornost in integralno vlogo zdravnika specializanta v medicinskih delovnih skupinah, ki ga usposablja za samostojno delo, in (2) osvoboditi zdravnike večletne vezanosti na posamezno ustanovo, predlagateljico oziroma plačnika specializacije. Novosti so usmerjene zgolj v nekatera v preteklosti najbolj nedorečena področja.

Preden končam, se moram vsaj na kratko ustaviti pri številu specializacij po posameznih specialnostih in regijah v prvem nacionalnem razpisu. Izvajalci so za obdobje od 2007 do 2010 ponovno izkazali (1) potrebe po skupni zaposlitvi kar 880 novih specialistov. Zaradi vsega povedanega o pomanjkanju zdravnikov številko sicer spoštujemo, smo pa v okvirih realne ponudbe zdravniške delovne sile pri oblikovanju dokončnega razpisa upoštevali še (2) podatke o potrebnem nadomeščanju zdravnikov za obnavljanje obstoječe mreže zdravniških delovnih mest (glede na register zdravnikov), (3) korekcije na osnovi podatkov o povprečni preskrbljenosti prebivalstva s specialisti v različnih slovenskih regijah in ciljev plana zdravstvenega varstva, pa tudi (4) omejitve zaradi omejenega števila specializantskih delovnih mest. Tako je končno skupno število specializacij v 1. nacionalnem razpisu 254. Zavedamo se, da bo na osnovi novih argumentov, predvsem zaradi sprememb, ki so nastale med pripravo razpisa, verjetno potrebno z dodatnimi stanje tudi v letu 2003 dopolniti. Tako glede novih pravil igre na področju specializacij kot načrtovanega števila razpisanih specializacij smo na relaciji Zbornica - Ministrstvo za zdravje usklajeni. Prepričan sem, da je mogoče samo z nadaljevanjem tovrstne konsistentne in koristne politike sodelovanja preprečiti dodatne nestabilnosti sistema zdravstvenega varstva, ki bi jih lahko povzročila tudi pomembna nezadostnost v zagotavljanju zdravniške delovne sile. Verjamem namreč, pa čeprav so nekateri pripravljani to tudi zanikati, da slovensko zdravništvo s svojo vlogo nedvomno predstavlja hrbtenico napovedane zdravstvene reforme.

Globlji pomen uveljavljenih sprememb modela specializacij, z vsemi vsebinskimi in kakovostnimi organizacijskimi izboljšavami, bomo izkustveno spoznali v prihodnjih letih oziroma desetletjih. Najmanj, kar je mogoče reči že sedaj, je, da pomenijo spremembe racionalnejše upravljanje s trenutno zelo omejeno ponudbo zdravniške delovne sile v naši državi. ■

## Razpis specializacij

# Praktični napotki ob prijavi na razpis specializacij

V tokratnem razpisu je kar nekaj sprememb, predvsem v samem razpisnem in izbirnem postopku. Da bi vse potekalo nemoteno, vas želimo vnaprej obvestiti o poteku dogodkov, ki jih lahko pričakujete od prijave do izdaje odločbe.

Predvsem vam svetujemo, da si natančno preberete Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (v nadaljevanju pravilnik).

## 1. Prijava na razpis

Na razpis se prijavite z izpolnitvijo obrazca "Prijava na razpis". Posebej bodite pozorni na rok za oddajo prijave (**14. avgust 2003**) in navodilo, da prijavo pošljete priporočeno po pošti z oznako "NE ODPIRAJ - ZA JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ".

## 2. Odpiranje vlog

Odpiranje vlog bo javno, kar pomeni, da mu lahko prisostvuje vsaka oseba, ki je kandidirala na razpisu. Pričelo se bo 19. 8. 2003 ob 10.00 v sejni sobi Zdravniške zbornice Slovenije, Dalmatinova 10, prtljičje. Ob odpiranju vlog bo komisija za odpiranje vlog preverila le, ali je vloga prispela pravočasno in ali je popolna. Kandidate, ki bodo poslali nepopolno vlogo, bomo po telefonu pozvali, naj v treh dneh vlogo dopolnijo. Zato vas prosimo, da na obrazec "Prijava za razpis" **vpišete tel. številko, na kateri boste dosegljivi**. Vloge, ki v predpisanem roku ne bodo dopolnjene, bodo zavržene.

## 3. Preusmerjanje

Po odprtju vlog boste na Zbornici (od 20. do 22. avgusta 2003) lahko pridobili podatke o številu prijavljenih kandidatov za posamezna specializantska mesta. V tem času boste lahko svojo vlogo tudi prenesli na drugo razpisano mesto - bodisi na isto specializacijo v drugi regiji bodisi na drugo specializacijo.

## 4. Izbirni postopek

Konec avgusta 2003 bomo prijavljene kandidate s **priporočeno pošto** vabili na osebne razgovore, ki so del izbirnega postopka. Zato vas prosimo, da ob prijavi na razpis vpišete naslov, kjer boste lahko prevzeli priporočeno pošiljko. **Razgovori bodo potekali od 10. septembra do predvidoma 20. oktobra v popoldanskem času na Zdravniški zbornici Slovenije**. V primeru, da se razgovora ne boste udeležili in svojega izostanka ne boste opravičili vsaj dva dni prej, bomo vašo vlogo ocenili le po preostalih štirih kriterijih.

## 5. Izbor kandidatov

Izbirna komisija, kot jo določa pravilnik, bo vsakega kandidata ocenila po petih kriterijih, ki so opisani v omenjenem pravilniku. Eden izmed kriterijev je osebni razgovor. Zaradi velikega števila raz-

govorov, ki jih moramo opraviti v čim krajšem času, **vas prosimo, da na razgovore prihajate točno ob uri, ki bo zapisana v vabilu**. V kolikor boste na razgovor zamudili, boste prišli na vrsto za ostalimi kandidati, ki bodo prišli točno.

Po opravljenih razgovorih in ovrednotenju ostalih izbirnih kriterijev bo izbirna komisija predlagala predsedniku Zbornice odobritev za tiste kandidate, ki so pri posamezni razpisani specializaciji dosegli največje število točk.

## 6. Izdaja odločbe

V skladu z Zakonom o upravnem postopku prejmejo eno odločbo vsi kandidati, ki so se prijavili na razpis za eno specializacijo v eni regiji. Pritožbo na odločbo je možno vložiti na Ministrstvo za zdravje RS.

## 7. Izdaja sklepa o pričetku opravljanja specializacije

Ko postane odločba pravno močna (to je v roku 15 dni, ko so jo prejeli vsi kandidati, pa ni bila vložena pritožba, oziroma potem, ko so končani morebitni pritožbeni postopki), izda Zbornica posameznemu kandidatu, ki mu je bila specializacija odobrena, sklep, v katerem se določi datum začetka opravljanja specializacije in glavni mentor.

## 8. Priprava individualnega programa kroženja

Individualizirani program opravljanja specializacije specializantu pripravi glavni mentor (v sodelovanju s specializantom) in ga predlaga Zbornici. Zbornica preveri zasedenost specializantskih delovnih mest in specializantu pripravi potek specializacije.

## 9. Kroženje v pooblaščenih ustanovah

Specializanti so zaposleni pri pooblaščenih zdravstvenih zavodih in zasebnih ordinacijah na specializantskih delovnih mestih skladno s programom specializacije.

*Pripravila: Mojca Vrečar*



Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, p.p. 1630, 1001 Ljubljana, na podlagi 18. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 98/99, 67/02, 15/03 in 67/03) ter na podlagi določil Pravidnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 59/03)

objavlja

# JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ

za posamezna specialistična področja  
za potrebe javne zdravstvene mreže

## I. Vrste, število specializacij in regije:

Vrsta specializacije	Celje	Koper	Kranj	Krško	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Nova Gorica	Novo mesto	Ravne na Kor.	RAZPIS skupaj
Anatom. patol. in citopatologija					2						2
Anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina	2		2	1		1	1			1	8
Dermatovenerologija			1		1	1					3
Družinska medicina	9	8	5	2	11	11	2	3	3	6	60
Fizikalna in rehabilitacijska medicina	1				5		1		1		8
Ginekologija in porodništvo	3	3	1		7						14
Infektologija					1		1				2
Interna medicina	1	1	2	1	17	1	4		1		28
Kardiovaskularna kirurgija					2						2
Klinična genetika					2						2
Maksilofacialna kirurgija	1				1						2
Nevrokirurgija						1					1
Nevrologija			1		6	1			2		10
Oftalmologija	1		2		4	1				1	9
Ortopedska kirurgija		2	1		3	1	1				8
Otorinolaringologija	1	1			3	1				1	7
Otroška in mladostniška psihiatrija		1			2						3
Pedriatrija	3	2	2		10	2			1		20
Plastična, rekonstrukcijska in estetska kirurgija	1				3						4
Pnevmologija			1		1			1			3
Psihiatrija	2	1			7	3				1	14
Radiologija	2	1			3	2	1	1		1	11
Splošna kirurgija	2	1	3	2	9		1		2		20
Transfuzijska medicina			1					1	1		3
Travmatologija	2				1	1					4
Urologija	2				3	1					6
<b>SKUPAJ</b>	<b>33</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>6</b>	<b>104</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>254</b>

## II. Pogoji za prijavo na razpis

Prijava na razpis (v nadaljevanju: vloga) mora vsebovati:

1. dokazilo o zaključenem študiju na medicinski fakulteti v Sloveniji ali potrdilo o nostrifikaciji diplome tuje medicinske fakultete,
2. dokazilo o strokovnem izpitu, opravljenem v Republiki Sloveniji,
3. izjavo, da bo po končani specializaciji za prvo zaposlitev kot specialist sprejel ponudbo s strani izvajalca javne zdravstvene službe v regiji, za katero kandidira, in sicer za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije; če ponudbe iz regije ne prejme, pa je dolžan biti zaposlen v javni zdravstveni službi za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije,
4. dokazila o izpolnjevanju drugih pogojev (glej točko III).

V svoji vlogi lahko kandidat navede glavnega mentorja, pri katerem želi opravljati specializacijo. **Kandidat se lahko na enem razpisu prijavi le na eno specializacijo, razpisano v eni regiji.**

*OPOMBA:* V kolikor so kandidati katera od zgoraj navedenih dokazil že predložili Zdravniški zbornici Slovenije (npr. ob prijavi na opravljanje sekundarijata ali v postopku za pridobitev licence), jim jih ni treba prilagati ponovno; v svoji vlogi naj samo navedejo, katera dokazila so že predložili.

**Prijava na razpis (vloga) in izjava iz 3. točke II. poglavja sta prilogi tega razpisa.**

## III. Merila za izbiro

Izbirni postopek za vse ustrezne vloge opravi Zbornica.

Izbirna merila in sorazmerni delež možnega števila doseženih točk so:

- povprečna ocena dodiplomskega študija (do 20 točk),
- mnenje dosedanjih mentorjev kandidata (do 10 točk),
- kandidatovi dosedanja dosežki (do 20 točk),
- pet priporočil in referenc (do 30 točk),
- mnenje izbirne komisije na osnovi osebnega razgovora s kandidatom (do 20 točk).

Izbirna komisija (v sestavi: član sveta za izobraževanje ali komisije za specializacije, koordinator usposabljanja za določeno specialistično področje, predstavnik regije, za katero je razpisana specializacija) bo predlagala predsedniku Zbornice odobritev specializacije za tiste kandidate, ki bodo pri posamezni specializaciji dosegli največje število točk, ter za toliko kandidatov, kolikor je bilo pri posamezni specializaciji razpisanih prostih specializantskih mest.

## IV. Roki in način oddaje vloge

Pisne vloge z oznako "NE ODPIRAJ! - ZA JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ" in dokazila o izpolnjevanju razpisnih pogojev sprejema Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, Ljubljana, do **14. 8. 2003 (razpisni rok)**.

- Vloga se pošlje **priporočeno po pošti** na naslov Zbornice. Na kuverti **mora biti** jasna oznaka: "NE ODPIRAJ! - ZA JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ".
  - Vloga je pravočasna, če je oddana priporočeno na pošto zadnji dan razpisnega roka.
  - Vloga je popolna, če vsebuje vse sestavine, ki so zahtevane v tem razpisu. Izpolnjevanje pogojev se ugotavlja na osnovi obveznih dokazil.
- Po poteku razpisnega roka komisija za odpiranje vlog hkrati odpre vse vloge, ki so do tedaj prispele (datum odpiranja: 19. 8. 2003 ob 10.00).

Odpiranju vlog sme prisostvovati vsaka oseba, ki kandidira na razpisu. Če komisija za odpiranje vlog ugotovi, da je potrebno **vlogo dopolniti**, ker ne vsebuje vseh zahtevanih podatkov, obvesti kandidata o pomanjkljivostih, ga pozove, da jih odpravi v roku **3 dni**, in ga opozori na posledice, če jih ne bo pravočasno odpravil. **Če pomanjkljivosti niso odpravljene, se vloga s sklepom zavrže.** Predložena dokumentacija se vrne kandidatu.

V postopku za odobritev specializacij se obravnavajo vloge, ki vsebujejo vse z razpisom zahtevane podatke in dokazila in prispejo na Zbornico v predpisanem roku.

Podatki o **prijavljenih kandidatih** za posamezno razpisano mesto bodo na voljo pri Zdravniški zbornici Slovenije od 20. 8. 2003 dalje.

Kandidati, ki se **bodo v predpisanem roku prijavi na razpis**, vendar se bodo želeli **preusmeriti**, lahko prenesejo svojo prijavo za katerokoli drugo razpisano specializacijo do 22. 8. 2003.

## V. Rok, v katerem bo Zbornica odločila o vlogah

Izbirni postopek za vse prijavljene kandidate opravi Zbornica. Zbornica odloči o vlogi v dveh mesecih po preteku razpisnega roka. Odločbo o specializaciji izda Zbornica v upravnem postopku.

## VI. Ostalo

Razpisna dokumentacija (razpis specializacij, prijava na razpis in izjava iz 3. točke drugega poglavja) je vsem zainteresiranim dosegljiva tudi na *Zdravniški zbornici Slovenije, Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor, Dalmatinova 10 (pritličje), Ljubljana*. Prav tako imajo možnost vpogleda v Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 59/03).

Ljubljana, 1. julij 2003



**ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE**  
 Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana, Slovenija  
 Tel.: \*\*386/1/30-72-165, Faks: \*\*386/1/30-72-169  
 e-pošta: stasa.favai@zds-mcs.si

# Prijava na razpis

Ime in priimek kandidata: \_\_\_\_\_

Datum in kraj rojstva: \_\_\_\_\_

Stalni naslov: \_\_\_\_\_

Naslov za vročanje poštnih pošilk: \_\_\_\_\_

Telefon (na katerem je kandidat dosegljiv): \_\_\_\_\_

Datum in fakulteta diplome: \_\_\_\_\_

Datum in kraj opravljanja strokovnega izpita: \_\_\_\_\_

Vrsta specializacije: \_\_\_\_\_

Regija, za katero kandidat kandidira: \_\_\_\_\_

Za glavnega mentorja predlagam: \_\_\_\_\_

(izpolnjevati mora pogoje 29. člena Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov,  
 Uradni list RS, št. 59/03)

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

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

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

- izvornik (ali ustrezno overjena kopija) dokazila o zaključenem študiju na medicinski fakulteti v Sloveniji ali potrdilo o nostrifikaciji diplome tuje medicinske fakultete
- izvornik (ali ustrezno overjena kopija) dokazila o strokovnem izpitu, opravljenem v Republiki Sloveniji
- izjavo, da bo po končani specializaciji za prvo zaposlitev kot specialist sprejel ponudbo s strani izvajalca javne zdravstvene službe v regiji, za katero kandidira, in sicer za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije; če ponudbe iz regije ne prejme, je dolžan biti zaposlen v javni zdravstveni službi za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije
- izvornik (ali ustrezno overjena kopija) dokazila o povprečni oceni dodiplomskega študija
- izvornik (ali ustrezno overjena kopija) mnenj dosedanjih mentorjev kandidata
- izvornik (ali ustrezno overjena kopija) dokazil o kandidatovih dosedanjih dosežkih
- pet priporočil in referenc (če ima kandidat manj priporočil, naj jih priloži manj)


**ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE**

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

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

e-pošta: stasa.favai@zzs-mcs.si

# IZJAVA

 \_\_\_\_\_  
 (ime in priimek)

 \_\_\_\_\_  
 (datum in kraj rojstva)

se na podlagi 13. člena Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 59/03)

**zavezujem,**

da bom za prvo zaposlitev kot specialist/-ka, po končani specializaciji s področja \_\_\_\_\_, sprejel/-a ponudbo s strani izvajalca javne zdravstvene službe v \_\_\_\_\_ regiji, za katero sem kandidiral/-a, in sicer za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije.

Če ponudbe iz regije ne prejmem, sem dolžan/dolžna sprejeti zaposlitev v javni zdravstveni službi za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije.

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





Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, p.p. 1630, 1001 Ljubljana, na podlagi 18. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 98/99, 67/02, 15/03 in 67/03) ter na podlagi določil Pravidnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 59/03)

objavlja

# JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ

za posamezna specialistična področja  
za potrebe izven javne zdravstvene mreže

## I. Vrste, število specializacij:

Kandidati se lahko prijavijo za vsa specialistična področja, ki veljajo v Republiki Sloveniji. Specializacije bodo odobrene za specialistična področja glede na razpoložljivost prostih specializantskih delovnih mest pri pooblaščenih izvajalcih, v skladu s predvideno dinamiko zaposnjevanja teh mest za potrebe javne zdravstvene mreže.

## II. Pogoji za prijavo na razpis

Prijava na razpis (v nadaljevanju: vloga) mora vsebovati:

1. dokazilo o zaključenem študiju na medicinski fakulteti v Sloveniji ali potrdilo o nostrifikaciji diplome tuje medicinske fakultete,
2. dokazilo o strokovnem izpitu, opravljenem v Republiki Sloveniji,
3. izjavo plačnika o plačilu vseh stroškov specializacije,
4. dokazila o izpolnjevanju drugih pogojev (glej točko III).

V svoji vlogi lahko kandidat navede glavnega mentorja, pri katerem želi opravljati specializacijo.

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

**Prijava na razpis (vloga), ki vsebuje izjavo iz 3. točke II. poglavja, je priloga tega razpisa.**

## III. Merila za izbiro

Izbirni postopek za vse ustrezne vloge opravi Zbornica.

Izbirna merila in sorazmerni delež možnega števila doseženih točk so:

- povprečna ocena dodiplomskega študija (do 20 točk),
- mnenje dosedanjih mentorjev kandidata (do 10 točk),
- kandidatovi dosedANJI dosežki (do 20 točk),
- pet priporočil in referenc (do 30 točk),
- mnenje izbirne komisije na osnovi osebnega razgovora s kandidatom (do 20 točk).

Izbirna komisija (v sestavi: član sveta za izobraževanje ali komisije za specializacije, koordinator usposabljanja za določeno specialistično področje, predstavnik regije, za katero je razpisana specializacija) bo predlagala predsedniku odobritev specializacije za tiste kandidate, ki bodo pri posamezni specializaciji dosegli največje število točk, ter za toliko kandidatov, kolikor je bilo pri posamezni specializaciji prostih specializantskih mest.

## IV. Roki in način oddaje vloge

Pisne vloge z oznako “**NE ODPIRAJ! - ZA JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ**” in dokazila o izpolnjevanju razpisnih pogojev sprejema Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, Ljubljana, do **14. 8. 2003 (razpisni rok)**.

- Vloga se pošlje **priporočeno po pošti** na naslov Zbornice. Na kuverti **mora biti** jasna oznaka: “**NE ODPIRAJ! - ZA JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ**”.
- Vloga je pravočasna, če je oddana priporočeno na pošto zadnji dan razpisnega roka.
- Vloga je popolna, če vsebuje vse sestavine, ki so zahtevane v tem razpisu. Izpolnjevanje pogojev se ugotavlja na osnovi obveznih dokazil. Po poteku razpisnega roka komisija za odpiranje vlog hkrati odpre vse vloge, ki so do tedaj prispele (datum odpiranja: 19. 8. 2003 ob 10.00).

Odpiranju vlog sme prisostvovati vsaka oseba, ki kandidira na razpisu. Če komisija za odpiranje vlog ugotovi, da je potrebno **vlogo dopolniti**, ker ne vsebuje vseh zahtevanih podatkov, obvesti kandidata o pomanjkljivostih, ga pozove, da jih odpravi v roku **3 dni**, in ga opozori na posledice, če jih ne bo pravočasno odpravil. **Če pomanjkljivosti niso odpravljene, se vloga s sklepom zavrže**. Predložena dokumentacija se vrne kandidatu.

V postopku za odobritev specializacij se obravnavajo vloge, ki vsebujejo vse z razpisom zahtevane podatke in dokazila in prispejo na Zbornico v predpisanem roku.

Podatki o **prijavljenih kandidatih** za posamezno razpisano mesto bodo na voljo pri Zdravniški zbornici Slovenije od 20. 8. 2003 dalje.

Kandidati, ki se **bodo v predpisanem roku prijavi na razpis**, vendar se bodo želeli **preusmeriti**, lahko prenesejo svojo prijavo za kate-rokoli drugo specializacijo do 22. 8. 2003.

## V. Rok, v katerem bo Zbornica odločila o vlogah

Izbirni postopek za vse prijavljene kandidate opravi Zbornica. Zbornica odloči o vlogi v dveh mesecih po preteku razpisnega roka. Odločbo o specializaciji izda Zbornica v upravnem postopku.

## VI. Sklenitev pogodbe

Pred začetkom opravljanja specializacije skleneta specializant in plačnik z Zbornico pogodbo, s katero se uredijo medsebojne obveznosti v zvezi s specializacijo.

## VII. Ostalo

Razpisna dokumentacija (razpis specializacij, prijava na razpis in izjava iz 3. točke drugega poglavja) je vsem zainteresiranim dosegljiva tudi na *Zdravniški zbornici Slovenije, Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor, Dalmatinova 10 (pritličje), Ljubljana*. Prav tako imajo možnost vpogleda v Pravidnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij (Uradni list RS, št. 59/03).

*Ljubljana, 1. julij 2003*



ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE  
 Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana, Slovenija  
 Tel.: \*\*386/1/30-72-165, Faks: \*\*386/1/30-72-169  
 e-pošta: stasa.favai@zzs-mcs.si

# Prijava na razpis

Ime in priimek kandidata: \_\_\_\_\_

Datum in kraj rojstva: \_\_\_\_\_

Stalni naslov: \_\_\_\_\_

Naslov za vročanje poštnih pošilk: \_\_\_\_\_

Telefon (na katerem je kandidat dosegljiv): \_\_\_\_\_

Datum in fakulteta diplome: \_\_\_\_\_

Datum in kraj opravljanja strokovnega izpita: \_\_\_\_\_

Vrsta specializacije: \_\_\_\_\_

Za glavnega mentorja predlagam: \_\_\_\_\_

(izpolnjevati mora pogoje 29. člena Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov,  
 Uradni list RS, št. 59/03)

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

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

IZPOLNI PLAČNIK:  
**Plačnik specializacije:**

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

(naziv, naslov, kontaktna oseba)

izjavljam, da bom za zgoraj navedenega specializanta kril vse stroške specializacije ter se zavežujem, da bom pred pričetkom opravljanja specializacije s specializantom in Zdravniško zbornico Slovenije sklenil pogodbo, s katero bomo uredili medsebojne obveznosti v zvezi s specializacijo.

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

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

- Obvezne priloge vlogi** (če niso bile že posredovane Zbornici):
- izvornik (ali ustrezno overjena kopija) dokazila o zaključenem študiju na medicinski fakulteti v Sloveniji ali potrdilo o nostrifikaciji diplome tuje medicinske fakultete,
  - izvornik (ali ustrezno overjena kopija) dokazila o strokovnem izpitu, opravljenem v Republiki Sloveniji
  - izvornik (ali ustrezno overjena kopija) dokazila o povprečni oceni dodiplomskega študija

- izvornik (ali ustrezno overjena kopija) mnenj dosedanjih mentorjev kandidata
- izvornik (ali ustrezno overjena kopija) dokazil o kandidatovih dosedanjih dosežkih
- pet priporočil in referenc (če ima kandidat manj priporočil, naj jih priloži manj)



Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, p.p. 1630, 1001 Ljubljana, na podlagi 18. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 98/99, 67/02, 15/03 in 67/03) ter na podlagi določil Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 59/03)

objavlja

# JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ

za potrebe preusmeritev

## I. Vrste, število specializacij:

iz specializacije	v specializacijo	regija	število mest
splošna kirurgija	kardiovaskularna kirurgija	Ljubljana	3
splošna kirurgija	travmatologija	Ljubljana	1
splošna kirurgija	abdominalna kirurgija	Maribor	1
splošna kirurgija	travmatologija	Maribor	4
interna medicina	pnevmologija	Kranj	1
pnevmologija	interna medicina	Novo mesto	1
travmatologija	ortopedska kirurgija	Maribor	1

## II. Pogoji za prijavo na razpis

Na razpis se lahko prijavijo specializanti, ki jim je bila specializacija odobrena po 1. 6. 2000 in specializirajo po novih vsebinah specializacij.

Prijava na razpis (v nadaljevanju: vloga) mora vsebovati:

1. dokazilo o odobritvi specializacije, iz katere se želi kandidat preusmeriti (odločbo),
  2. izjavo plačnika o strinjanju s preusmeritvijo in o plačilu stroškov nove specializacije.
- V svoji vlogi lahko kandidat navede glavnega mentorja, pri katerem želi opravljati specializacijo.

*OPOMBA:* V kolikor so kandidati katera od zgoraj navedenih dokazil že predložili Zdravniški zbornici Slovenije (npr. ob prvi prijavi za odobritev specializacije), jim jih ni treba prilagati ponovno; v svoji vlogi naj samo navedejo, katera dokazila so že predložili.

**Prijava na razpis (vloga), ki vsebuje izjavo iz 2. točke II. poglavja, je priloga tega razpisa.**

## III. Roki in način oddaje vloge

Pisne vloge in dokazila o izpolnjevanju razpisnih pogojev sprejema Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, Ljubljana, do **14. 8. 2003**.

Če se bo za posamezno preusmeritev prijavilo večje število specializantov, kot je razpisanih mest, bo Zbornica za tako preusmeritev opravila izbirni postopek, kot je določen v 22. in 23. členu Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij (Uradni list RS, št. 59/03).

## IV. Ostalo

Razpisna dokumentacija (razpis specializacij, prijava na razpis in izjava iz 2. točke drugega poglavja) je vsem zainteresiranim dosegljiva tudi na *Zdravniški zbornici Slovenije, Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor, Dalmatinova 10 (pritličje), Ljubljana*. Prav tako imajo možnost vpogleda v Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij (Uradni list RS, št. 59/03).

Ljubljana, 1. julij 2003



ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE  
 Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana, Slovenija  
 Tel.: \*\*386/1/30-72-165, Faks: \*\*386/1/30-72-169  
 e-pošta: stasa.favai@zzs-mcs.si

# Prijava na razpis za preusmeritev

Ime in priimek kandidata: \_\_\_\_\_

Datum in kraj rojstva: \_\_\_\_\_

Stalni naslov: \_\_\_\_\_

Telefon (na katerem je kandidat dosegljiv): \_\_\_\_\_

Št., datum in vrsta odločbe o specializaciji: \_\_\_\_\_

Vrsta specializacije, v katero se želim preusmeriti: \_\_\_\_\_

Za glavnega mentorja predlagam: \_\_\_\_\_

(izpolnjevati mora pogoje 29. člena Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov, Uradni list RS, št. 59/03)

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

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

IZPOLNI PLAČNIK:  
**Plačnik specializacije:**

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

\_\_\_\_\_  
 (naziv, naslov, kontaktna oseba)

izjavljam, da se strinjam s preusmeritvijo specializacije, kot je navedena v vlogi, in da bom za zgoraj navedenega specializanta kril vse stroške nove specializacije.

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

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

**Obvezne priloge vlogi** (če niso bile že posredovanje Zbornici):

- odločba o specializaciji, iz katere se želi kandidat preusmeriti
- izjava plačnika o strinjanju s preusmeritvijo in o plačilu stroškov nove specializacije

# Čakalne dobe v ortodontiji - vzroki in možnosti za odpravo

Franc Farčnik

**G**lavni vzrok za predolge čakalne dobe v ortodontiji so na eni strani deklarirane, "papierne" pravice do ortodontskega zdravljenja, na drugi strani pa omejen dostop do teh pravic.

V preteklosti je veljajo mišljenje, da so nepravilnosti zob in čeljusti, zaradi njihove številčnosti, socialni medicinski problem. Danes je to drugače.

Ortodontska nepravilnost ni bolezen, ki jo moramo vedno zdraviti, temveč oblikovna in funkcionalna napaka v razvoju zobovja. Za odločitev o odpravljanju ortodontske nepravilnosti je potreben dogovor med pacientom in ortodontom. Zdravljenje je mogoče pričeti le s soglasjem pacienta, uspešno je lahko takrat, ko pacient ortodontu zaupa in se ravna po njegovih navodilih.

Ne glede na to, da se je vloga ortodontije v moderni družbi spremenila, pacienti pri nas še vedno pričakujejo:

- da bodo prišli takoj na vrsto,
- da bo zdravljenje najvišje možne kakovosti,
- da bo ortodontsko zdravljenje brezplačno.

Podobne želje ima tudi plačnik zdravljenja, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kot podaljšana roka države:

- da bodo odpravljene čakalne dobe,
- da bodo imeli otroci in mladina urejene zobe,
- da bi porabili za ortodontijo čim manj sredstev.

Lahko ortodontska stroka izpolni ta pričakovanja pacientov in države?

Ortodonti delujemo v okviru določenih pogojev, na katere nimamo neposrednega vpliva. To so na eni strani velike zahteve za ortodontsko zdravljenje, na drugi strani pa omejeno število ortodontov in omejena sredstva, potrebna za zadovoljitev vseh zahtev.

Poglejmo najprej, kakšne so zahteve za ortodontsko zdravljenje.

Lahko rečemo, da so ljudje dobro obveščeni in osveščeni o pomenu uravnanih zob, pa tudi o pravicah do ortodontskega zdravljenja.

Pravico do brezplačnega ortodontskega zdravljenja, iz naslova obveznega zavarovanja, imajo vsi otroci in mladina do 18. leta starosti. Polovica od njih je pomoči ortodonta tudi potrebna.

Število aktivnih ortodontov v Sloveniji (55) se ni spremenilo že več kot 20 let, prav tako ne višina sredstev za njihovo delovanje.

Po vsem tem je realna ocena, da je v sedanjih razmerah ortodontska služba sposobna izpolniti manj kot polovico zahtev, ki izvirajo iz pravic do ortodontskega zdravljenja.

Kaj pomagajo pravice, ki jih ni mogoče izpolniti?

To so le pravice na papirju in se najbolj očitno pokažejo kot dolge čakalne dobe.

Kako iz te zagate?

Realno ni pričakovati povečanja sredstev za ortodontijo in večje števila ortodontov. Rešitev iz neugodnih razmer bo treba iskati drugje.

Leta 1994 sem bil povabljen k sodelovanju v Programu kakovostnega razvoja ortodontskega varstva v Evropi (EURO-QUAL). Vklju-

čili so me v delo skupine, ki je proučevala izvore sredstev za ortodontsko obravnavo. Glede na to, da se vse evropske države soočajo z omejenimi sredstvi in povečanimi zahtevami za ortodontsko zdravljenje, smo proučili zadevne izkušnje vseh 15 sodelujočih držav.

Modele financiranja povsod določa država. Načeloma imamo tri možne načine financiranja:

- brezplačno, financer je država,
- plačnik je pacient, bodisi kot samoplačnik bodisi preko zavarovalnice,
- kombinirano financiranje, tako da en del prispeva država, drugi del pa pacient.

Na kombiniranem načinu financiranja je zasnovan predlog EURO-QUAL-a:

Za ortodontsko zdravljenje naj bi družbena skupnost (država) prispevala svoje delež glede na težo oziroma obseg nepravilnosti zobovja, ki so razdeljene v tri kategorije: težke, srednje težke in lahke (tabela).

Predlog Programa EURO-QUAL za financiranje ortodontskega zdravljenja

Teža nepravilnosti	Način financiranja ortodontskega zdravljenja
Težka	100 % prispevek države
Srednje težka	x % prispevek države ↔ x % prispevek pacienta
Lahka	100 % prispevek pacienta

V prvi kategoriji so najtežje nepravilnosti, npr. razcepi neba, žrela in druge dvojne anomalije, pri katerih je ortodontsko zdravljenje brez dvoma nujno in naj bi jih v celoti financiral država v okviru proračuna oziroma obveznega zdravstvenega zavarovanja po načelu solidarnosti.

V drugi kategoriji so srednje težke nepravilnosti, za katere je iz estetskih in funkcionalnih razlogov potreba po ortodontski obravnavi velika, financiral pa naj bi jih pacient deloma sam iz lastnega žepa ali preko prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Financiranje ortodontske obravnave tretje kategorije, to je lažjih nepravilnosti, naj bi pacient pokrival v celoti sam ali preko dodatnega zavarovanja.

Meje med posameznimi kategorijami nepravilnosti, kakor tudi višino participacije pri drugi kategoriji nepravilnosti, bi bilo potrebno določiti v skladu z zdravstveno politiko in finančnimi možnostmi družbe.

S takim načinom financiranja ortodontske obravnave bi:

1. zagotovili brezplačno zdravljenje najtežjih nepravilnosti po principu solidarnosti;
2. povečali odgovornost in interes posameznikov za lastno zdravje zobovja;

3. racionalizirali porabo sredstev za ortodontsko obravnavo;
4. skrajšali čakalne dobe.

Ves čas svojega sodelovanja v projektu evropske kakovosti v ortodontiji sem seznanjal slovenske ortodonte in druge odgovorne za ortodontsko varstvo o poteku in rezultatih projekta (12 poročil na strokovnih sestankih, 16 člankov v strokovnih revijah, 8 pisnih informacij institucijam, odgovornim za ortodontsko varstvo).

Lahko povzamemo, da so deklarirane neomejene pravice otrok in mladine in omejene možnosti za uveljavitev teh pravic glavni vzrok za dolge čakalne dobe v ortodontiji in za pomanjkanje zaupanja med partnerji. Imamo podobne izkušnje kot v drugih nekdanjih socialističnih deželah. Kadar je ortodontska obravnava brezplačna, je pacienti oziroma njihovi starši ne cenijo dovolj, tako z zdravstvenega kot tudi z ekonomskega vidika. Vse to vodi do velikega osipa pacientov in posledično nizke ravni ortodontskega varstva.

Z višino participacije, sorazmerne s težo nepravilnosti, lahko pričakujemo, da se bodo zahteve za ortodontsko zdravljenje zmanjšale, z zbrano participacijo pa povečala sredstva za ortodontsko varstvo. Da je taka participacija smotrna, so že spoznale nekatere evrop-

ske države, veliko bogatejše od naše. Tako npr. na Norveškem država povrne stroške zdravljenja glede na težo nepravilnosti. Odgovornost med stroko in državo je v načinu financiranja natančno razdeljena: stroka oceni težavnost nepravilnosti z objektivnimi merili, država pa določi odstotek participacije v skladu z urejeno zdravstveno politiko.

Januarja 1999 sem poročilo o evropski kakovosti v ortodontiji poslal ministru za zdravje, direktorju Zavoda za zdravstveno zavarovanje in predsedniku Zdravniške zbornice s prošnjo, da zavzamejo stališča do sprememb, predlaganih za izboljšanje ortodontskega varstva v Sloveniji. Odgovoril mi je le predsednik Zbornice in me vzpodbudil k nadaljevanju dela.

Še dobro, da imamo medije. Včasih je le z njihovo pomočjo mogoče aktualizirati probleme, ki jih stroka sama ne more.

Ortodonti sami ne moremo skrajšati čakalnih dob. Prepričan pa sem, da jih skupaj z institucijami, odgovornimi za ortodontsko varstvo lahko hitro skrajšamo, morda celo odpravimo. Z veseljem smo pripravljeni sodelovati z vsemi, ki jim je kaj do lepega in zdravega nasmeha naših otrok in mladine. ■

# Ali dermatovenerologije v Sloveniji ne potrebujemo?

Boris Kralj

**K**riza, v kateri je trenutno slovenska dermatovenerologija, je globoka. Ji preti izumrtje?!

Če v državi ukinjajo Dermatološko kliniko, če zmanjšajo število dermatoloških postelj za 80 in več odstotkov, če subspecialistične dermatološke ambulante ukinjajo, če bolnike z dermatološkimi problemi prevzemajo stroke, ki so sorodne dermatovenerologiji, če mlade specializante učijo mladi specialisti, če ni posluha za probleme ne v državnih institucijah ne med dermatologi, če na probleme opozarjajo že bolniki, potem menim, da je situacija alarmantna.

Slovensko dermatološko problematiko pokriva nekaj več kot 40 dermatovenerologov, kar je pod vsakim evropskim povprečjem. Npr. Avstrija in Bavarska imata do 30 odstotkov več dermatovenerologov na prebivalca.

Zdravljenje kožnih bolezni ne more in ne sme biti samo ambulantno. Le nekaj držav na svetu ima le ambulantno dermatovenerologijo: npr. Kanada, Avstralija, s katerimi pa se ne po številu dermatovenerologov ne po organizaciji zdravstva ne moremo primerjati. Primerljiva je organizacija zdravstva in tudi dermatovenerologije z Avstrijo, Nemčijo in tudi Italijo, kjer pa so dermatološke klinike velike, kjer je dermatologija močna, pokriva pa tudi vrsto bolezni, ki so pri nas domena infektologov, pediatrov, žilnih kirurgov, proktologov, ginekologov.

Kaj je privedlo do tako katastrofalne situacije?

V prvi vrsti kadrovska politika. Še pred dobrimi desetimi leti je bilo v Sloveniji med šest in osem profesorjev dermatovenerologije, le nekaj let kasneje le še dva, nato je sledilo večletno obdobje, ko med aktivnimi oziroma redno zaposlenimi ni bilo niti enega profesorja.

Vodenje klinike, katedre za dermatovenerologijo je bilo prepuščeno dokaj neizkušenim kadrom, ki niso imeli ne izkušenj pri vodenju ne ustreznega znanja, predvsem pa moči pri konfrontaciji z močnejšimi vejami medicine in vodstvom Kliničnega centra. Sledile so redukcije postelj, zmanjševanje dejavnosti, ukinjanje subspecialističnih ambulant, ki so bile dotlej dobro strokovno in kadrovsko organizirane. Posledica nerazumnih dejanj je bilo nezadovoljstvo zaposlenih, odhajanje izkušenih kadrov drugam in predvsem v zasebnost, kar je pomenilo problem pri organizaciji rutinske, sploh pa znanstvenoraziskovalne dejavnosti, ki je bila že tako okrnjena, ker ni bilo strokovne pomoči. Posluha za razvijanje stroke, za boljšo opremljenost, za kadrovske okrepitve ni bilo niti s strani vodstva Dermatološke klinike niti s strani Kliničnega centra. Predvideni ukrep preselitve internističnih oddelkov na Dermatološko kliniko pomeni prehajanje klinike na raven bolnišničnega oddelka, kar pomeni izgubo centralne strokovne, bolnišnične, terciarne in izobraževalne ustanove za dermatovenerologijo v Sloveniji.

Posledice ukrepov Kliničnega centra se bodo odrazile tudi na preostalih dermatoloških oddelkih, vsekakor pa bodo občutili posledice dogajanj na Dermatovenerološki kliniki najbolj bolniki. Že sedaj je dostopnost do dermatovenerologa slaba, čakalne dobe dolge, pričakovati pa je še poslabšanje stanja. Tako je takoj prišlo do pritiska bolnikov s problemi z venskim ožiljem in golenjo razjedo: kmalu po prenehanju

delovanja ambulante za golenjo razjedo, ki je bila vodilna v Sloveniji glede nege kronične rane in ki je uvajala sodobne metode, so bolniki iskali pomoč po raznih ambulantah, kjer pa niso našli ustreznih terapij. Stanje se je v nekaj mesecih premaknilo za leta nazaj. Posledice je imelo tudi drastično zmanjšanje dermatoonkoloških ambulant in fleboloških ambulant. Zaradi popolne dezorganizacije tega ambulantnega dela je bilo uničeno delo in sistem organizacije, ki se je vzpostavljalo več let.

Uvajanje novih metod dela, npr. laserja, se je zaradi nezainteresiranosti vodstva klinike preneslo na druge oddelke, čeprav so bili prvi začetki tovrstne dejavnosti prav na Dermatološki kliniki.

Zaradi zmanjševanja števila zdravnikov in povečevanja ambulantnega dela je znanstvenoraziskovalno delo tudi zaradi utapljanja v rutini zastalo, ob tem, da izkušenih mentorjev, ki bi odprli poti v druge centre ali pa vključitev v mednarodne projekte, ni bilo.

Po politični odločitvi pričakujemo tudi odhod otroškega oddelka na novo Pediatrično kliniko, kar pomeni zmanjšanje moči za že tako oslABLJENO kliniko, prav tako pa organizacijsko in strokovno nazadovanje otroške dermatovenerologije, ki je ozko vezana na subspecialistične ambulante in laboratorije na Dermatološki kliniki.

V dermatovenerologiji je veliko problemov in diagnoz, ki jih bolj ali manj uspešno obravnavajo drugi specialisti, toda racionalna diagnostika je tako organizacijsko, finančno kot strokovno najučinkovitejša, če je vodena s strani izkušenega dermatologa, za katerim stoji tudi močna in dobra klinika.

Kaj se dogaja že danes? Bolniki z enostavno dermatozo so pri različnih specialistih podvrženi preiskavam, ki so nepotrebne, drage, včasih tudi hospitalizacijam, ki bi se jih lahko izognili, ob tem pa se hospitalizacija na Dermatološki kliniki omejuje!?

Zakaj potreba po Dermatološki kliniki?

Diagnoze, kot so: kronična urtikarija, pemphigus vulgaris, acanthosis nigricans, bulozni pemphigoid, dermatitis herpetiformis Dühring, generaliziran lichen ruber planus, ulcus cruris venosum, generalizirana pustulozna psoriaza, ihtioza, Mb. Darier, akutni vulgarni ekcem, generaliziran atopični dermatitis, erythema multiforme, erythema nodosum, luukocitoklastični vasculitis, acne fulminans, diseminirana rozacea, mikrosporija z veliko žarišči, polimorfna svetlobna reakcija, necrobiosis lipoidica, pyoderma gangrenosum, porphyrie, epidermolysis bullosa in druge bolezni, zahtevajo hospitalizacijo na dermatoloških oddelkih. Teško si predstavljam specialnosti izven dermatologije, ki bi obvladale tako diagnostiko kot lokalno terapijo teh zahtevnih bolezni.

In ne nazadnje, zakaj so po svetu dermatološke klinike, zakaj naša organizacija in tradicija zahtevajo tako kliniko?

Samo zato, ker brez take institucije sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji ne more delovati.

Ali je potrebno najprej podreti delujoči sistem, nato pa po nekaj letih ugotoviti, da je potreben? Ali je potrebno delujoči sistem racionalizirati in dopolniti, boste presodili sami ali pa ustrezne institucije, ki so odgovorne za njegovo delovanje. ■



# Temni oblaki nad slovensko dermatovenerologijo

Aleksej Kansky

**V** razvoju slovenske dermatologije lahko razlikujemo tri obdobja: 1. *avstro-ogrsko obdobje*, ki je trajalo do konca prve svetovne vojne, 2. *čas med obema svetovnjima vojnama* in 3. *čas po drugi svetovni vojni*. Na kratko bi želeli prikazati **razvoj naše stroke v obdobju po drugi svetovni vojni**. Kakor se pogosto dogaja, je tudi v naši stroki mogoče zaznati precejšnja nihanja, obdobja velike dejavnosti in uspešnosti, ko je bila stroka na evropski ravni, ter obdobja izrazitega mrtvila.

Ob ustanovitvi popolne Medicinske fakultete v Ljubljani jeseni leta 1945 je bil imenovan za profesorja dermatovenerologije in predstojnika klinike primarij dr. Jernej Demšar, ki je bil prvi slovenski šolani dermatolog; upokojen je bil leta 1948, verjetno iz političnih razlogov. Sledil mu je docent Jože Jakša, ki je nenadoma umrl 1953. leta.

Na pobudo profesorja B. Lavriča je Medicinska fakulteta leta 1955 sklenila dogovor s profesorjem Franjem Kogojem, uglednim mednarodno priznanim strokovnjakom in predstojnikom univerzitetne dermatološke klinike v Zagrebu, ki je nato ljubljansko dermatološko kliniko strokovno vodil 10 let. F. Kogoj je prihajal v Ljubljano ob četrtek popoldne ter ostajal v Ljubljani dva delovna dneva, saj je bila takrat sobota delovni dan.

Kliniko je organiziral na način, kakor so bile urejene klinike v razvitih evropskih državah. Uspešno mu je zbrati mlade, sposobne in prizadevne sodelavce, ki so podobno kakor njihov mentor živeli za stroko in ji posvečali tudi dobršni del svojega prostega časa. Ustvarjalni zagon se je nadaljeval še kakih 20 let po prekinitvi delovanja F. Kogoja v Ljubljani. Vsak vodilni sodelavec je moral voditi eno od subspecialnih dejavnosti oziroma en laboratorij: otroško dermatologijo, alergologijo, dermatološko onkologijo, venerologijo, histopatologijo, mikologijo, varikologijo, dermatološko bakteriologijo in biokemijo. Na novo so bili organizirani histopatološki, serološko-imunološki, mikološki, bakteriološki in biokemični laboratorij, ki so bili namenjeni rutinskemu in raziskovalnemu delu. Obvezno je postalo objavljane publikacij v domači in mednarodni strokovni literaturi, pri čemer je bil profesor naš neumorni mentor.

Rokopise je popravljajl in dopolnjeval ter vračal avtorjem vsaj po štirikrat. Zlasti otroška dermatologija, alergologija, dermatološka onkologija, venerologija in varikologija so uživale velik ugled v vsej nekdanji državi. Prav tako so bili cenjeni izvidi laboratorijev.

V letih od 1962 do 1986 je vodil kliniko profesor Janez Fettich, nato pa od 1986 do 1994 profesor Marko Lunder. Poprje živahna dejavnost, ki se je nadaljevala še skoraj 20 let po Kogojem odhodu, je pričala pešati sredi osemdesetih let. Negativni trend je postajal vedno bolj očiten. V tem obdobju se je zmanjšalo število postelj, padlo je število publikacij, počasi je zamrlo tudi delo v laboratorijih. Ome-

niti velja, da so v serološko-imunološkem laboratoriju v letih od 1972 do 1980 opravljali imunofluorescenčno-mikroskopske teste za ugotavljanje avtoimunskih protiteles v krvnem serumu in v koži za potrebe vseh uporabnikov Kliničnega centra, mnoge klinične raziskave so temeljile na preiskavah, opravljenih v bakteriološkem in biokemičnem laboratoriju.

Na tak neugoden razvoj so vplivala nekatera objektivna dejstva: trije profesorji so se upokojili, nepričakovano sta umrli dve nadarjeni in perspektivni zdravnici, docentka Milena Kocjančič in dr. Anica Smrkolj.

Pregled laboratorijske dejavnosti v letih od 1974 do 1991 bi bil lahko primeren pokazatelj dejavnosti klinike. Na žalost podatki niso primerljivi, ker se je sistem šifriranja, pa tudi pomen šifer z leti spreminjal, laboratorijski dnevnik pa v glavnem niso ohranjeni.

Tudi **ocena publicistične dejavnosti v letih od 1974 do 1991** je ena od možnosti za oceno dejavnosti klinike. Na povečan obseg publicistične dejavnosti klinike sta močno vplivala dva dogodka, ki sta nadaljevanje uspešnih prizadevanj F. Kogoja. Leta 1974 je izšel prvi slovenski učbenik dermatologije in venerologije, *Mala dermatovenerologija*, ki sta ga napisala Milan Betetto in Janez Fettich. Istega

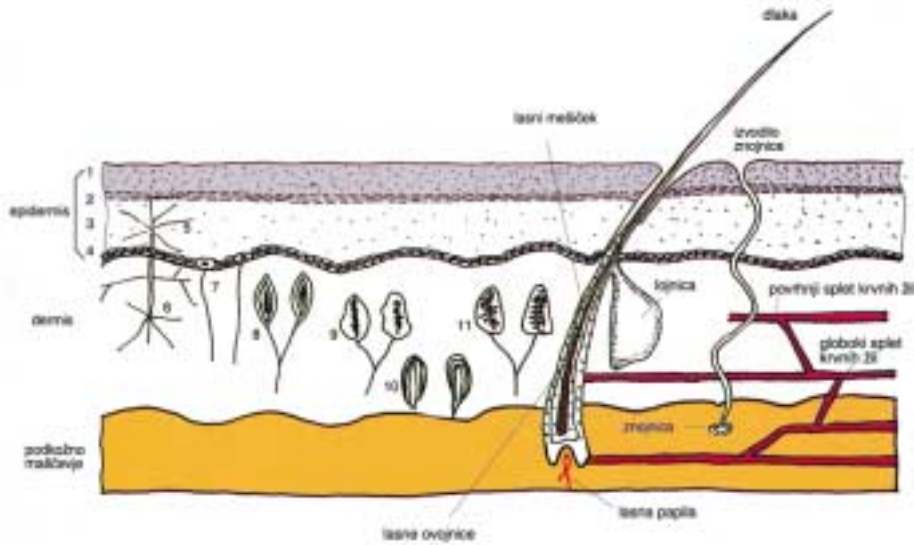
Slovenska dermatologija ima že več kakor stoletno tradicijo ki so jo soustvarjali številni pomembni dermatologi. Med starejšo generacijo velja omeniti J. Dorniga, V. Gregoriča, J. Demšarja, H. Robiča, J. Jakšo, F. Kogoja in E. Pertla. Vendar je prvi slovenski učbenik, *Mala dermatovenerologija*, ki sta jo napisala M. Betetto in J. Fettich, izšel šele 1974. leta. Učbenik je bil zelo dobro sprejet in je hitro pošel, že 1977. je izšla druga izdaja in 1993. tretja dopolnjena izdaja.

*Iz knjige Kožne in spolne bolezni, A. Kansky in sodelavci (citirano dodano v uredništvu)*

leta je pričela v Ljubljani izhajati jugoslovanska dermatološka strokovna revija *Acta dermatovenerologica Iugoslavica* (Acta derm Iug), katere glavni urednik je bil J. Fettich, urednik pa Aleksej Kansky. Ta dogodek je potrdil ugled ljubljanske dermatološke klinike, obenem pa je dal sodelavcem lepo možnost za objavljane njihovih rokopisov. Pregled objavljenih člankov sodelavcev klinike po letih za obdobje od 1974 do 1991 omogoča delno, vendar dokaj objektivno oceno dejavnosti klinike. Podatki so prikazani v razpredelnici 1.

Skupaj so sodelavci klinike v letih od 1986 do 1992 objavili 23 publikacij, od tega 3 v revijah z impakt faktorjem, 4 v Acta derm Iug, 7 v Zdravniškem vestniku ter 9 v manj pomembnih revijah v Sloveniji.

Razmere so se ponovno izboljšale leta 1994, ko sta dobili nov zamah klinično-raziskovalna in publicistična dejavnost. Klinika je ponudila gostoljubnost uredništvu mednarodne dermatološke revije



Legenda: 1- rožena plast, 2- zrnata plast, 3- trnasta plast, 4- bazalna plast, 5 in 6- nemielinizirani živčni končiči (bolečina), 7- Merkelove celice (dotik), 8-Krausejeva telesca (hlad), 9-Ruffinijeva telesca (toplota), 10- Vater-Pacinijeva telesca (pritisek), 11- Meissnerjeva telesca (dotik).

Risba 1.1. Shematični prikaz zgradbe kože in kožnih priveskov (adneksov)

Iz knjige *Kožne in spolne bolezni*, A. Kansky in sodelavci (skica dodana v uredništvu)

Acta dermatovenerologica Alpina, Pannonica et Adriatica, kar je poživilo dejavnost dermatologinj in dermatologov srednje in mlajše generacije. V naslednjih petih letih je bilo organiziranih pet večjih simpozijev. Leta 1994 je bil organiziran pomemben mednarodni simpozij *Lyme borreliosis*. Že naslednje leto je klinika pripravila zelo dobro obiskan mednarodni simpozij *Workshop on Sexually Transmitted Diseases in the Alps-Danube-Adria Area*. Leta 1996 je bil pripravljen *International Symposium on Hereditary Disorders due to Abnormal Keratinization*. Istega leta je bil tudi dvodnevni simpozij za slovenske zdravnike pod imenom *IV. Kogojevi dnevi*. Leta 1998 je bilo pripravljeno mednarodno srečanje *Symposium on Dermatomycoses and Parasitic Skin Diseases*. V omenjenem razdobju je bila klinika prenovljena, uspešno sta bila dokončana dva doktorata in dva magisterija. Od leta 1994 je vodila kliniko Marta Penko, na žalost pa so se razmere bistveno poslabšale v letih od 1999 do 2001. Ponovno se je zmanjšalo število postelj, delavna vnema je precej popustila, poslabšali so se tudi medsebojni odnosi.

Marko Potočnik je istega leta organiziral *8<sup>th</sup> Alpe-Adria-Danube Congress on STD and Skin Infections* v Kranjski Gori. A. Kansky s sodelavci je po večletnih prizadevanjih leta 2002 izdal učbenik *Kožne in spolne bolezni*. Na žalost ta prizadevanja niso vplivala na splošno delovno vzdušje, medsebojni odnosi so se poslabšali, kar se že pozna pri kakovostnem in količinskem upadu nekaterih dejavnosti, npr. pri dermatološki onkologiji in varikologiji.

Ravno ko smo sodelavci pričakovali, da bo z novim predstojnikom docentom Tomažem Lundrom oživela dejavnost na vseh področjih, je kliniko prizadela **premestitev otroške dermatologije**. Vodstvo Kliničnega centra z ne dovolj utemeljenim sklepom pre-

mešča otroško dermatologijo na Pediatrično kliniko, na Ulico stare pravde. Odločitev, ki je bila sprejeta brez kvalificiranega mnenja predstavnikov Dermatovenerološke klinike in stroke, vsekakor predstavlja hud udarec za vse, ki si prizadevamo za napredek klinike. Odločitev je toliko bolj ne navadna, saj predstavlja slabo napotnico novemu predstojniku, kar je v nasprotju z ustaljenimi evropskimi navadami. V urejenih državah velja namreč nenapisano pravilo, da se nudi novemu predstojniku pomoč v opremljenosti, prostoru, osebju in na druge načine. Pripominjamo, da so doseženi prostori na Dermatološki kliniki popolnoma zadostni in primerni za izvajanje dejavnosti. Zelo vprašljiva je tudi ekonomska upravičenost, saj bodo stroški otroške dermatologije, če bi se izvajala na dveh lokacijah, brez dvoma višji zaradi delnega podvajanja storitev. Zaradi sobivanja otroške ambulante in oddelka v prostorih, kjer se opravlja hemodializa, se bo povečala nevarnost obojestranskega prenosa infekcij.

Zaradi omenjenega ukrepa, ki je prvi korak k izločitvi otroške dermatologije iz celotne dermatologije, kar je v nasprotju s strokovno politiko v večjem delu Evrope,

izražamo sodelavci klinike in člani Združenja dermatovenerologov Slovenije svoje najostrejše nesoglasje.

Leto	Raziskovalni	Kazuistični	Strokovni	Skupaj
1974	3	2	3	8
1975	4	2	5	11
1976	3	1	4	8
1977	2	2	2	6
1978	2	2	2	6
1979	4	1	4	9
1980	0	0	4	4
1981	2	0	3	5
1982	1	2	5	8
1983	1	3	1	5
1984	5	0	1	6
1987	1	0	2	3
1988	2	0	0	2
1989	2	0	2	2
1990	2	0	0	2
1991	1	0	0	1

**Preglednica 1: Število člankov, ki so jih objavili avtorji z Dermatološke klinike v Ljubljani v reviji Acta dermatovenerologica Jugoslavica v letih 1974 do 1991. V letih 1985 in 1986 Acta niso izšla (uredništvo je bilo tedaj v Beogradu).**

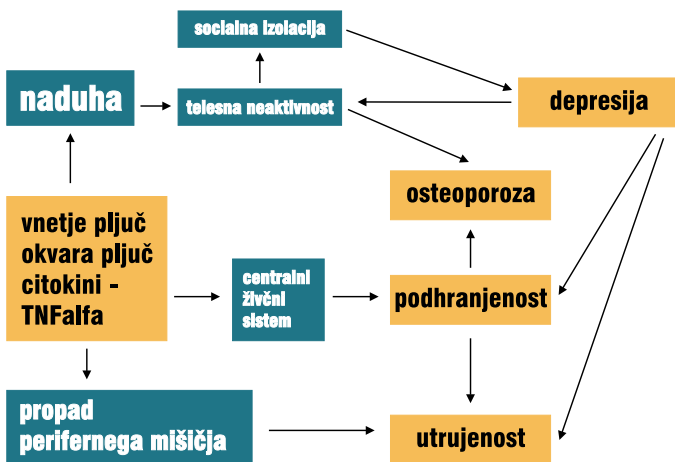
# Kdaj odkrijemo kronično obstruktivno pljučno bolezen

Stanislav Šuškovič

**K**ronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) je praviloma bolezen kadilcev cigaret.

Nastaja zelo počasi, zato bolniki dolga leta ne zaznajo simptomov bolezni. Seveda opazijo, da zjutraj kašljajo in izkašljejejo. Vendar menijo, da je to za kadilce cigaret normalen pojav.

Naduho ob telesnih obremenitvah bolniki pripišejo slabi telesni kondiciji. Zaradi naduhe, ki je posledica okvare pljuč, se bolniki izogibajo telesnim naporom, so kar doma in ob tem zares izgubijo telesno kondicijo.



Slika 1

KOPB označujejo nekateri začarani krogi (slika 1). Zaradi telesne nedejavnosti in socialne izolacije se mnogim bolnikom s KOPB razkrije latentna depresija. Po ocenah je takšnih bolnikov od 30 do 40 odstotkov. Zaradi depresije so bolniki še bolj socialno izolirani, še več kadijo in bolezen pospešeno napreduje.

KOPB je sistemska bolezen, ki poleg pljuč prizadene periferno mišičje. Zaradi citokinov, kot je TNF-alfa (dejavnik tumorske nekroze alfa), ki se v obliki sproščajo v bolezensko vnetih pljučih in preplavljajo organizem, periferno mišičje propada, prizadete so tudi dihalne mišice. Zaradi motenega metabolizma leptinov, ki med drugim izgubijo svoj naravni cirkadiani ritem, bolniki hujšajo. Bolniki so zato še manj sposobni za telesne dejavnosti.

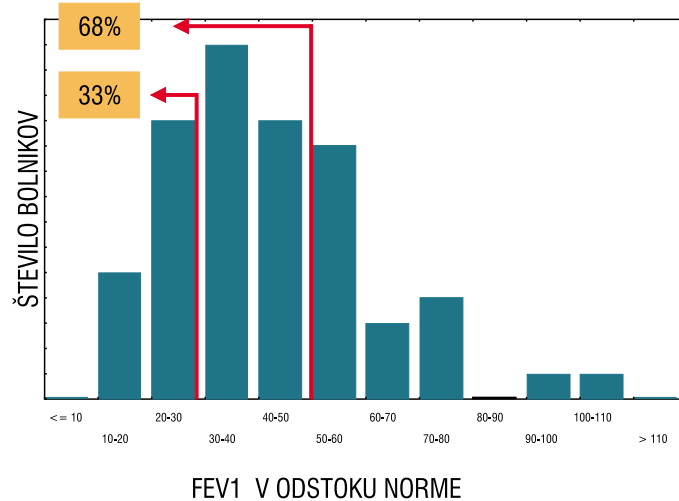
Zaradi slabe prehrane in pomanjkanja gibanja se bolnikom s KOPB razvije pogosto spregledana pomembna osteoporoza.

Zaradi kajenja cigaret se hude in nepopravljive okvare dogajajo na ravni malih dihalnih poti - bronhiolov. Ti zelo počasi, toda nepopravljivo brazgotinijo, svetlina se jim zmanjšuje in zapora se neu-

stavlivo povečuje. Bolniki napredujočo zaporo bronhijev zaznavajo kot napredujočo naduho ob telesnih obremenitvah. Bolnikom s KOPB propadajo pljučni mešički - razvije se emfizem. Tudi emfiziemska okvara pljuč je nepopravljiva.

Kdaj odkrijemo bolnike s KOPB?

Analiziral sem 73 naključno izbranih popisov bolnikov, ki so bili v letu 2002 zaradi pljučnih težav (večinoma hude naduhe) prvič diagnosticirani obravnavani na Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo Bolnišnice Golnik. Bolnikom smo postavili (prvič v njihovem življenju!) diagnozo KOPB. Izsledki te analize so zastrašujoči.



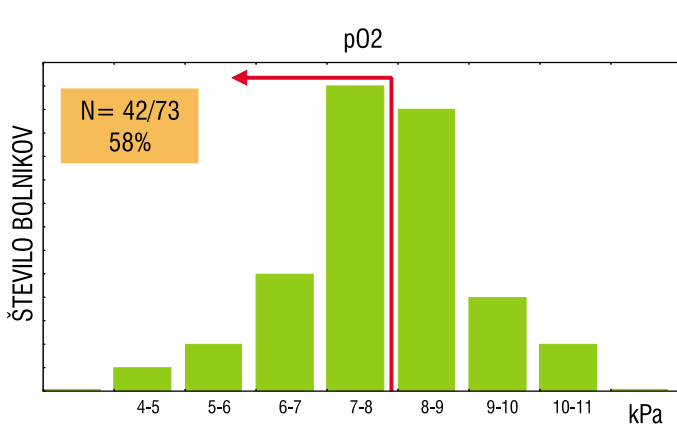
Slika 2

68 odstotkov bolnikov je imelo FEV<sub>1</sub> (forsirani ekspiratorni volumen v prvi sekundi izdih) zmanjšan za vsaj 50 odstotkov, tretjina bolnikov pa za vsaj 70 odstotkov (slika 2). 58 odstotkov bolnikov je bilo sprejetih v respiracijski insuficienci (slika 3) in tretjina bolnikov s povečanim pritiskom ogljikovega dioksida v arterijski krvi (slika 4), kar je znak že zelo hude okvare pljuč.

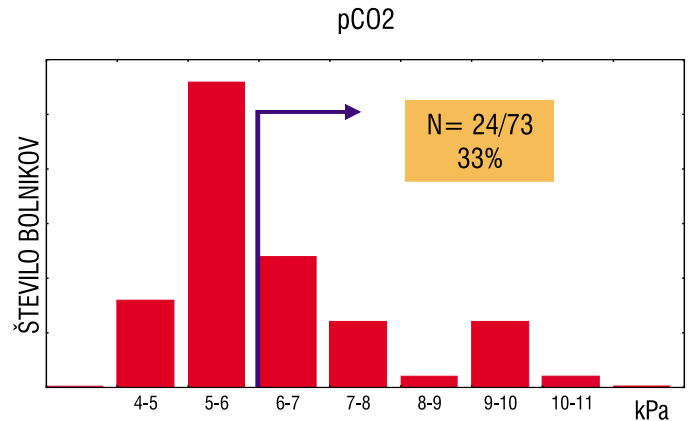
**Pet bolnikov je imelo tako hudo okvaro pljuč - ob postavitvi diagnoze KOPB! - da smo jim morali predpisati trajno zdravljenje s kisikom na domu.**

Zakaj tako kasna diagnoza KOPB? Zakaj bolniki niso poiskali pomoči že prej?

Posredi je več razlogov. Vsekakor je na prvem mestu nikakršna osveščenost prebivalstva o škodljivostih kajenja cigaret, kar zadeva pojav KOPB. Zelo malo ljudi se zaveda, da kajenje cigaret povzroča KOPB. **Kdo pa ve, kaj je KOPB!**



Slika 3



Slika 4

### Na škatlicah cigaret, kjer so napisana različna opozorila o škodljivostih kajenja, KOPB ni omenjen.

Naslednja napaka se dogaja pri **zdravnikih splošne/družinske medicine**, torej zdravnikih prvega stika, ki ne iščejo dejavno bolnikov s KOPB. To je velika škoda, kajti z nekaj preprostimi vprašanji bi med kadilci ali nekdanjimi kadilci **razkrili** potencialne bolnike s KOPB.

Zdravniki družinske medicine bi morali vsem bolnikom z neopredeljeno naduho opraviti spirometrijo. V zdravstvenem domu bi morala biti spirometrija med urgentnimi preiskavnimi metodami, tako kot je merjenje koncentracije krvnega sladkorja. Odločitev o diagnozi (delovni diagnozi) in zdravljenju (začetnem zdravljenju) bi morala pri bolnikih, ki so dispnoični, vselej sloneti tudi na izvidih spirometrije. Zdravnikom družinske medicine verjetno še na misel ne pride, da bi bolnike z arterijsko hipertenzijo, sladkorno boleznijo ali hiperlipidemijami zdravili brez meritev arterijskega tlaka, koncentracije krvnega sladkorja ali koncentracije lipidov. Pri dispnoičnih bolnikih pa se dogaja ravno to. Zdravijo jih na pamet!

Zdravniki družinske medicine torej nimajo izdelanega občutka o vrednosti spirometrije. Zato se za to preiskavo še toliko redkeje odločajo pri bolnikih v začetnih oblikah KOPB, ki so le zmerno dispnoični.

Zgodnja diagnoza KOPB je izjemno pomembna, morda še bolj kot pri drugih kroničnih boleznih. Napredovanje KOPB zaustavimo s sila preprostim ukrepom - z opustitvijo kajenja. Bolniku s KOPB, ki ga prepričamo, da preneha kaditi (kar sicer ni enostavno, to je treba vedeti), se s trenutkom opustitve kajenja napredovanje

bolezni ustavi. Učinek opustitve kajenja je torej tako rekoč takojšen in ne odložen kot pri srčno-žilnih boleznih ali celo pljučnem raku, kjer je tveganje za te bolezni še dolga leta po opustitvi kajenja opazno povečano. Pri malo kateri kronični bolezni je možno njeno napredovanje preprečiti s tako enostavnim ukrepom.

### Žal nam zgodnja diagnoza KOPB ne uspeva. Predvsem zato v Sloveniji umre zaradi KOPB 600 bolnikov na leto.

Na leto je v Sloveniji od 3.000 do 4.000 hospitalizacij zaradi poslabšanj KOPB. To so praviloma dolgotrajne in drage hospitalizacije, bolniki del hospitalizacije pogosto preživijo na oddelkih za intenzivno zdravljenje.

Zadnja leta življenja bolnikov s KOPB so mučna in ponižujoča. Lažje je prenašati kronično bolečino od stalne naduhe, ki bolnikom onemogoča prav vsak telesni gib.

In vendar je KOPB bolezen, ki je docela nepotrebna. Zlahka se ji izognemo. Izjemno redki so bolniki s KOPB, ki niso kadilci, pa še pri njih v večini primerov najdemo razloge za KOPB, ki se bi jih dalo preprečiti.

Ni dvoma, da so obsežne akcije za opustitev kajenja v Sloveniji nadvse uspešne. Odstotek odraslih, ki še kadijo, je med najnižjimi na svetu. Manj uspešni smo v preprečevanju pričetka kajenja, saj kadijo že otroci.

Popolnoma neuspešni smo v zgodnjem odkrivanju KOPB. Če že odkrijemo bolnika v zgodnji fazi KOPB, je to zvečine povsem slučajno.

Pa bi bilo vredno odkrivati bolnike s KOPB, tako zaradi njihovih človeških usod kakor tudi zaradi dragih postopkov zdravljenja končnih oblik te bolezni. ■

*Spletna stran Zdravniške zbornice Slovenije*

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

# Študentska anketa o kakovosti pedagoškega dela

Matija Žerdin

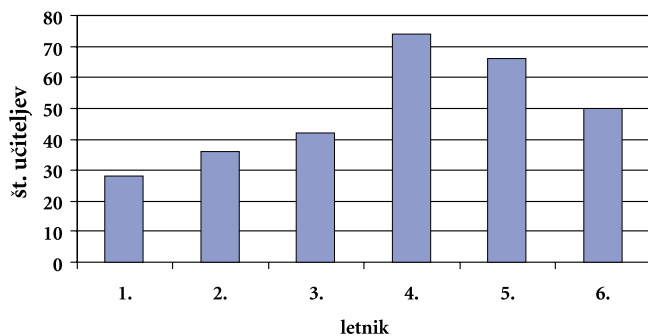
## I. Zakaj smo se ankete sploh lotili

### 1. "Univerzitetna" anketa

Ena od stvari, s katero se študentje na začetku vsakega leta srečamo na fakulteti, je t. i. "univerzitetna" anketa. Nastala je leta 1997, ko so takratni študentje predlagali vodstvu Univerze, naj anketo uvede kot inštrument, s katerim bodo lahko ugotovili, katere stvari pri pouku so se študentom zdele dobre in katere ne, zato da bi lahko učitelji s pomočjo teh informacij izboljšali svoj pouk. Poleg tega so rezultate ankete želeli uporabiti tudi kot eno od meril kakovosti pedagoškega dela ob izvolitvah učiteljev v nazive (1).

Na začetku so študentje na Medicinski fakulteti anketo kar intenzivno izpolnjevali, kmalu pa so se pokazale tudi slabosti ankete:

Koliko učiteljev študent sreča v posameznem letniku? (medicina)



■ Anketa je bila zasnovana za "povprečno fakulteto", zato je na en anketni list prišlo po 16 imen. To je bila tudi približna ocena za število učiteljev, ki naj bi jih študent v enem letu srečal. Na Medicinski fakulteti se število učiteljev, ki jih študent sreča v posameznem letniku, giblje od približno 28 (v prvem letniku) do približno 72 (v četrtem letniku). Katere učitelje bo študent srečal, je odvisno od tega, v kateri skupini opravlja vaje (2).

Študentje na Medicinski fakulteti so dobili v izpolnjevanje ankete s **prevelikim številom učiteljev** (tudi več kot 50 na anketo), od katerih jih posamezen študent tudi 50 odstotkov **ni poznal**. To je bil en od razlogov, da študentje ankete niso izpolnjevali v tako visokem deležu, kot bi jo lahko, ali pa so jo izpolnjevali "mimogrede" - ker so morali oceniti tako veliko število učiteljev, so vsem, ki jih niso poznali, dali "privzeto" oceno, ne glede na svoje dejanske izkušnje s temi učitelji.

■ Zaradi lažjega izpolnjevanja je bila anketa zastavljena tako, da so

študentje učitelja ocenjevali v 12 različnih kategorijah (prihaja pripravljen na predavanja, prihaja pravočasno na predavanja, ima korekten odnos do študentov ipd.), tako da so ga v posamezni kategoriji ocenili od 1 do 5. (Število kategorij so v novejši verziji ankete zmanjšali na 8.)

Težava je nastala, ko študent učitelja ni mogel "ukalupiti" v dane okvire. Študentje so velikokrat komentirali, da anketa ne postavlja relevantnih vprašanj, pa tudi učitelji so menili, da si s pridobljenimi informacijami ne morejo veliko pomagati, ker so premalo specifične. (1)

Glavno težavo za študentsko stran predstavlja dejstvo, da se rezultate ankete v praksi le redko upošteva pri nadaljnjem učiteljskem delu. Študentje imamo vtis, da učitelji rezultatov ankete - če so ti zanje neugodni - ne upoštevajo. Tudi vodstvo fakultete se je do sedaj do problemov opredelilo zgolj v primerih, ko so se študentje izrecno obrnili nanj (kar se je zgodilo le, če je prišlo do zelo velikih nepravilnosti).

Na Medicinski fakulteti manjka nek delujoči mehanizem za vzdrževanje kakovosti pouka. V takšnih okoliščinah je univerzitetna anketa namenjena zgolj izpolnjevanju formalnih obveznosti fakultete do Univerze, svojega osnovnega namena pa ne izpolnjuje.

Študentje so zaradi opisanih razlogov anketo prenehali izpolnjevati ("zakaj pa bi jo, če nima smisla"), to pa je učiteljem dalo še dodaten argument, zaradi katerega so rezultate ankete lahko zanemarjali: rezultati univerzitetne ankete so postali slabo reprezentativni.

### 2. Študentska mnenja ob izvolitvah v nazive

Kadar učitelj zaprosi za novo ali ponovno izvolitev v pedagoški naziv, iz dekanata o tem obvestijo Študentski svet (v nadaljevanju: ŠS), ki ima nalogo zbrati podatke o pedagoškem delu tega učitelja in na osnovi njih podati mnenje. Pri tem je v preteklosti praviloma nastal problem, kadar je ŠS podal negativno mnenje, ker je iz dekanata ali pa od prizadetega učitelja prišel protiargument nekako v smislu: "Pa zakaj ste to povedali *šele zdaj*?" Poleg tega se je včasih zgodilo tudi to, da so učitelji ŠS "prepričali", da je v končni fazi spremenil mnenje, kljub jasnim ocenam, ki jih je prejel od študentov.

Zbiranje mnenj je v praksi potekalo (in še poteka) tako, da ŠS preko elektronske pošte zaprosi za mnenja o pedagoškem delu učiteljev, ki so trenutno v postopku habilitacije. Odziv na takšne pozive je zelo različen: nabere se od 0 do 30 mnenj, večinoma pa ŠS "operira" s približno šestimi mnenji na učitelja.

### 3. Lavričeva priznanja

Fakulteta vsako leto podeli dve priznanji najboljšima učiteljema. Pogoj za to, da učitelj lahko dobi priznanje, je, da je uradno zaposlen kot pedagoški delavec na Medicinski fakulteti. To pomeni, da mnogo učiteljev, ki nas učijo, za nagrado ne more kandidirati. Ko smo šteli vse učitelje, ki nas v resnici učijo, in vse "uradne" učitelje na

naši fakulteti, smo ugotovili, da nas dobra polovica (približno 400 od 750) učiteljev uči "neuradno". (2)

Lavričev priznanje ima še eno težavo: zaradi svoje "ekskluzivnosti" ne vpliva ravno vzpodbujajoče na to, da bi učitelji izboljšali svoj pouk. V ta namen bi potrebovali nagrado, ki bi bila bolj vezana na tekoče delo učitelja - takšno, da bi učitelj vedel, da bo, če se bo potrudil pri svojem delu, za to tudi ustrežno nagrajen.

#### 4. Odnos študentov do problemov pri pouku na Medicinski fakulteti

Med študenti je obravnavanje problemov pri pouku v splošnem na približno takšni ravni: če študente pri pouku kaj moti, bodo o tem "glasno" razpravljali med seboj, vendar se o problemih praviloma ne bodo pogovorili s tistimi, ki bi nanje lahko dejansko tudi vplivali. Ko bodo pri danem predmetu opravili izpit, bodo z njim povezane probleme "dali na stran", ker se bodo začeli ukvarjati z novim predmetom in njegovimi problemi.

Težava na strani študentov je, da si ne upajo/ne želijo/se jim ne da izpostaviti se s tem, da bi svoje mnenje o problemih utemeljili in se o njem pogovorili z učitelji. Namesto tega med študenti prevladuje neke vrste "apatičen" pristop k reševanju problemov: "Problemi pač so, mi smo samo študentje in jih ne bomo mogli rešiti." Ali pa: "Si nor? Da bi šel in povedal, kaj je narobe? Pa, a veš, kaj mi bodo naredili?!" Takšno mnenje je do neke mere posledica izkušenj iz osnovne in srednje šole, pa tudi s fakultete, delno pa je takšno mnenje verjetno tudi pretirano.

Ta način "reševanja" problemov je na fakulteti tudi sicer velikokrat prisoten, ne samo med študenti: "O težavah se ne govori". Do razprave pride šele takrat, ko so težave res zelo velike; kdorkoli, ki "javno" opozarja nanje, je zaradi tega "grd" - ker naj bi se ti problemi razreševali v zaprtem krogu (v katerem so velikokrat prisotni ljudje, ki za rešitev problema niso zainteresirani, in v katerem se problem zato že po definiciji ne more rešiti). Kritika ima (tako na strani učiteljev kot tudi študentov) zaenkrat predznak "slaba" - ne predstavlja možnosti za izboljševanje stanja, ampak se jo jemlje kot osebni napad.

#### 5. "Študentska" anketa o kakovosti pedagoškega dela

Zaradi zgoraj opisanih težav smo na ŠS izdelali novo anketo, s katero smo na začetku tega šolskega leta pričeli sistematično zbirati študentska mnenja o kakovosti pedagoškega dela naših učiteljev. Zastavili smo jo tako, da so študentje v njej ocenili samo tiste učitelje, ki so po njihovem mnenju v preteklem šolskem letu s svojim delom najbolj izstopali. Vsako oceno, ki so jo podali, so morali tudi vsaj na kratko pisno obrazložiti. Za učitelje smo šteli vse, ki so v preteklem šolskem letu opravljali kakršnokoli obliko pedagoške dejavnosti s študenti. Podrobnosti o zasnovi in metodologiji ankete najdete v Analizi ankete o pedagoškem delu učiteljev: metode in rezultati za leto 2001/2002 (2).

Z anketo smo želeli doseči naslednje:

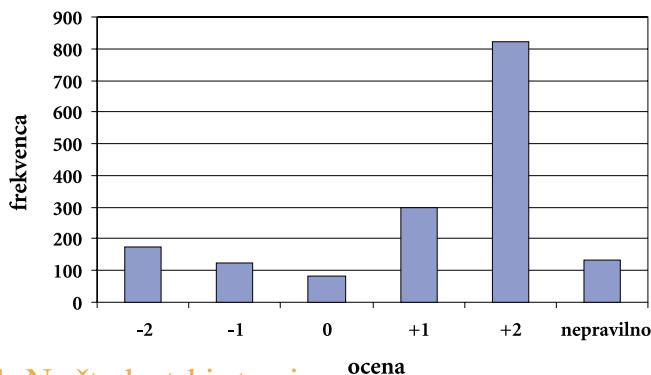
- ŠS bi rad dobil čim bolj objektivni opis pedagoškega dela učiteljev na Medicinski fakulteti. Vsakemu učitelju, ki je bil ocenjen v anketi, smo osebno posredovali podatke iz ankete. S tem želimo doseči sprotno obveščeno učiteljev o ocenah, ki so jih študentje podali, zato da bi lahko učitelji v primeru, da so bile v anketi na-

vedene nepravilnosti, ukrepali v smislu odpravljanja le-teh. V ta namen je bila na študentski strani vzpostavljena posebna skupina študentov, ki se z učitelji pogovarja o problemih, ki so bili izpostavljeni v anketah.

- Učiteljem, ki so bili v anketi najbolj ocenjeni, smo se želeli zahvaliti. V ta namen smo podelili plakete, ki so jih nagrajeni učitelji dobili skupaj z rezultati anket, na javni podelitvi pa smo naj-najboljšim učiteljem podarili še pokalčke, ki so jih izdelali študentje.
- Študente smo želeli z anketo vzpodbuditi k temu, da bi začeli bolj samozavestno in odgovorno izražati svoja mnenja o problemih, s katerimi se srečujejo pri pouku. Zaenkrat je anketa sredstvo, preko katerega lahko podajo in utemeljijo svoja mnenja, dialog o teh mnenjih pa z učitelji vodi prej omenjena skupina študentov. Želimo si, da bi v nadaljevanju uspeli študente ozavestiti o pomembnosti tega, da se tudi sami začnejo dejavno in odgovorno vključevati v izboljševanje kakovosti pouka na fakulteti.

## II. Odzivi na anketo

število posameznih ocen, podanih v anketi (N=1628)



### 1. Na študentski strani...

Anketo je izpolnilo približno 30 odstotkov študentov v posameznem letniku. Zanimivo je, da je večina študentov oddala pozitivna mnenja.

Vsekakor je med študenti še vedno prisoten dvom v zvezi z anketo - po drugi strani pa je nepričakovano veliko študentov (potem ko smo na študentski elektronski pošti objavili seznam najboljših učiteljev) izrazilo svoje zadovoljstvo, da smo se projekta lotili, in predvsem, da smo jih obveščali o dogajanju in rezultatih najboljših učiteljev. Upamo, da bomo s tem v prihodnje uspeli dvigniti zaupanje študentov v ta projekt in da jih bomo s tem tudi v večji meri pridobili za sodelovanje.

### 2. Na strani učiteljev...

Odzivi učiteljev so bili večinoma zelo pozitivni. Na kontaktni elektronski naslov se je do sedaj oglasilo okoli 90 učiteljev, sami od sebe večinoma tisti, ki so bili v anketi pozitivno ocenjeni. Ker smo želeli vzpostaviti dialog tudi s tistimi učitelji, ki so prejeli slabe ocene, smo do njih stopili sami, če so sprejeli našo prošnjo za pogovor. Zanimivo za nas je bilo, da so ti učitelji velikokrat povedali, da so študentje po njihovem mnenju večinoma navajali dogodke, ki so se v resnici zgodili. Marsikdaj se učitelji tudi niso zavedali, da so študentje pri

njihovem pouku zaznali karkoli slabega, zato so jih rezultati ankete presenetili.

V pogovorih z učitelji smo opazili, da so nas marsikje od začetka pričakovali s strahom. Večinoma smo nato skupaj z učitelji uspeli poiskati tiste dejavnike, ki so privedli do slabih ocen s strani študentov, in vsaj pri nekaterih uspeli najti tudi rešitve, ki jim bodo (upamo) pomagale pri nadaljnjem delu. Analiza učiteljskih lastnosti, ki so jih študentje v anketi največkrat pozitivno oziroma negativno ocenili, je dostopna v Analizi največkrat naštetih lastnosti pedagoških delavcev za leto 2001/2002 (3).

Veliko učiteljev, tako dobro kot tudi slabo ocenjenih, je povedalo, da jim je všeč, ker jim anketa daje dovolj specifične povratne informacije, da si lahko z njimi dejansko pomagajo pri delu. Všeč jim je bilo tudi, ker smo pri razpošiljanju rezultatov vsem učiteljem namenili rezultate osebno: predvideno je bilo, da bi vsak učitelj dobil rezultate "v roke" in naj bi se na osnovi rezultata sam odločil, ali želi stopiti v stik s študenti ali ne. V zadnjem času smo sicer dobili znake, da nekateri od učiteljev svojih rezultatov sploh niso dobili ali pa so jih dobili v roke "javno".

Zaradi omenjenega stališča so se na nas obrnili tudi nekateri predstojniki, ki so želeli imeti vpogled v delo svojih sodelavcev. Študentje smo mnenja, da so rezultati ankete osebni podatki, do katerih ima pravico samo ocenjevani učitelj. Če se ta odloči, da se o njih pogovori s svojim nadrejenim, je to njegova odločitev; če želi, nas lahko za to tudi pisno pooblasti. V nasprotnem primeru se o rezultatih ankete za posamezne učitelje s predstojniki ne moremo pogovarjati. Javno smo izpostavili samo tiste učitelje, ki so bili v anketi najbolj ocenjeni; ostalih ne.

Veliko učiteljev je opozorilo na to, da so rezultati ankete še vedno premalo "močni": v anketi so študentje od skupno 750 učiteljev podali mnenja za okoli 350 učiteljev, od teh pa je okoli 230 učiteljev (predvsem v višjih letnikih) prejelo samo po eno ali dve mnenji, kar je vsekakor premalo za pomoč pri delu. Te težave se zavedamo in zato smo posamezne klinične katedre že zaprosili za pomoč pri zbiranju podatkov o njihovih učiteljih v okviru njihovih vaj. Nekateri katedre so se že odzvale pozitivno. Vodstvo fakultete bi radi zaprosili še za pomoč pri izvedbi ankete na začetku šolskega leta, predvsem v 2. do 4. letniku. V prihodnjem letu bi radi pripravili anketo še za učitelje stomatologije.

Več o odzivih na anketo, o zaznanih šibkih točkah ter o predlogih za izboljšave si lahko preberete v Odzivih in predlogih za izboljšavo študentske ankete (4).

### 3. Podelitev nagrad

Kot smo že omenili, smo 5. marca izvedli javno podelitev študentskih nagrad najbolje ocenjenim učiteljem. Za svoje delo v šolskem letu 2001/2002 so študentski pokal prejeli naslednji učitelji:

prof. Matjaž Zorko, biokemija I  
 asist. Jure Derganc, biofizika  
 prof. Draga Štiblar Martinčič, histologija  
 asist. Janez Dolensek, anatomija  
 prof. Jože Balazič, deontologija  
 asist. Matjaž Turel, interna medicina  
 prof. Anton Grad, nevrologija  
 doc. Zvezdan Pirtošek, nevrologija  
 doc. Irena Hočvar Boltežar, otorinolaringologija  
 asist. Polona Jaki Mekjavić, oftalmologija



prof. Elko Borko, ginekologija  
 Na sliki manjkajo prof. Štiblarjeva, prof. Balazič, doc. Pirtošek ter prof. Borko.

Priznati moram, da smo upali, da bo na podelitev prišlo večje število študentov. Verjetno je na udeležbo nekoliko vplivalo dejstvo, da je bil prejšnji dan pustni torek :) Vsekakor je to za nas močen znak, da bo potrebno anketo študentom še bolj približati in pridobiti njihovo sodelovanje.

### 4. Kako naprej?

Želimo, da bi na fakulteti uvedli novo obliko preverjanja kakovosti pouka, ker sedanja orodja za to ne zadoščajo. Pedagoško delo je podcenjeno, raziskovalno po našem mnenju precenjeno. Ta težava je sicer prisotna na vsej Univerzi, ne samo na naši fakulteti. Učiteljem bi verjetno prišlo prav tudi, če bi se imeli možnost sistematično izpopolnjevati v pedagoških veščinah.

Kar zadeva anketo, se zavedamo, da sicer ni idealna, vendar po odzivu učiteljev, s katerimi smo se v tem času pogovarjali, sklepamo, da daje učiteljem in ŠS bolj uporabne podatke kot Univerzitetna anketa. Zato si želimo, da bi z učitelji in študenti uspeli vzpostaviti dialog in da bi uspeli dobiti tudi njihovo pomoč pri nadaljnjih spremembah pouka. ■

#### Literatura:

1. B. Mihevc: Študentske ankete o pedagoškem delu učiteljev in sodelavcev na univerzi v Ljubljani. Nameni, izkušnje in priporočila za izboljšave. Univerza v Ljubljani, 1999.  
<http://www.uni-lj.si/Kakovost/KUnasaskrb/StudANKEPOROCILO7dec.doc>
2. M. Žerdin: Analiza ankete o pedagoškem delu učiteljev: metode in rezultati za leto 2001/2002  
<http://www.ssmf.org/anketa/analiza0102.doc>
3. M. Žerdin: Analiza največkrat naštetih lastnosti pedagoških delavcev za leto 2001/2002  
<http://www.ssmf.org/anketa/lastnosti0102.doc>
4. M. Žerdin: Odzivi in predlogi za izboljšavo študentske ankete  
<http://www.ssmf.org/anketa/odziviinpredlogi0102.doc>

# Dvom, distanca in razlikovanje

Marjan Kordaš

*Timeo hominem unius libri.*

Sredi šestdesetih let sem dlje časa delal v Angliji. Stanoval sem pri globoko vernem zakonskem paru brez otrok. Spoznaval sem njune prijatelje, med njimi tudi duhovnike, seveda poročene, obdarjene oziroma obremenjene z značilnostmi angleškega vsakdanjika. Na vprašanje, ali sem katolik, sem odgovarjal, da sem ateist. Na srečo me niso spraševali o nadrobnostih, a v pogovorih se je pokazalo olajšanje. Verjetno zaradi domneve, da protestantizem lahko obravnavam brez predsodkov.

Med duhovniki sem seveda srečal tudi izobražene ljudi. Kljub temu mnogi od njih niso želeli razpravljati o svoji vernosti. Še posebej potem, ko sem začel postavljati vprašanja v naravoslovskem slogu.

Končno sem naletel na Keitha Wilsona, mlajšega duhovnika, ki ni bil le sijajen sogovornik, temveč me je - kot pravimo naravoslovci - nekajkrat zaradi mojega neznanja temeljito položil. Med razpravo, ali je Kristus bil zgodovinska osebnost ali ne, je omenil domnevo, da je bil Esen. O tem seveda nisem imel pojma. Vrh tega sem z grozo spoznaval, kako malo vem o krščanstvu. Morda zato, ker sem v zvezi z njim poznal le eno samo knjigo, pa še to slabo.

In kar je bilo najhujše: te knjige - Biblije - nisem imel v svoji knjižnici.

Pogovor s Keithom se je končal pričakovano: čez nekaj mesecev mi je poslal nekaj knjig, med njimi eno o Kumranskih rokopisih (1) ter eno o vprašanju Kristusove zgodovinskosti (2). V slednji se je videlo, da je avtor globoko veren, da pa neodvisno od tega zna zgodovinska dejstva obravnavati z distanco in dvomom, da zna razlikovati med vero in racionalno razpravo o domnevnih ali ugotovljenih dejstvih.

A med prebiranjem se je pred mano začela pojavljati vrzel, ki se je širila in poglobljala, in ko sem z branjem prenehal, je bila velikanška. Vrzel je bilo spoznanje, da sem odrasčal v krščanstvu, da sem bil nekaj časa globoko veren (rimo)katolik in da sem končno postal ateist, da pa o krščanstvu - kar koli že to je ali ni - zares nimam pojma. Dalje se je v teh knjigah vedno znova pojavljal pojem *apokrifni spisi*, ki da so prekleti, *prepovedani*, ker da se bistveno razlikujejo od *zapovedanih* (tj. tistih, zapisanih po navdihu).

Že kot otroka me je najbolj mikalo početi prepovedane reči. Zapovedi so mi smrdele. Če se je le dalo, sem se jim izmaknil ali preprosto robato kršil.

Zaradi zavesti, da sem bil dolga leta prikrajšan za početje nečesa prepovedanega, sem se sprva razsrdil. Najprej na svojega prvega, že pokojnega kateheta patra Martina, češ, da me ni poučil o vseh vidikih krščanstva, še posebej, da obstajajo nekakšni prepovedani spisi. Potem sem mu odpustil in se razsrdil na (tudi že) pokojnega profesorja Oražna, našega gimnazijskega učitelja verouka v 5. razredu na 5. državni realni (zdaj bežigrasjski) gimnaziji v šolskem letu 1946/47(!). Obtožil sem ga istega greha. In potem sem odpustil tudi njemu in naredil edino pravo in pošteno potezo: obtožil sem se smrtne greha (3) poznavanja ene same knjige, pa še te slabo!

Kljub takratnemu neprijaznemu času sem se čez kako leto dni dokopal do slovenske protestantske biblije (4) in v njej iskal apo-

krifne spise. Zaman! Na Teološko fakulteto. Zaman! V Narodno in univerzitetno knjižnico. Zaman! Nazaj na Teološko fakulteto in tokrat sem sklenil biti odločen, se pravi surov. Tako sem končno bil delno uspešen: dokopal sem se do Henohove knjige (nemški prevod iz stare cerkvene slovanščine, izvirnik verjetno v grščini) (5), apokrifnega spisa *Stare zaveze*. Presrečen sem ga odnesel domov, prebral in med drugim (npr. opis sedmih stopenj v nebesih) odkril zame doslej najlepši zapis (6) o stvarjenju človeka:

In bil je večer, in bilo je spet jutro, šesti dan. In šestega dne sem velel svoji modrosti, naj naredi človeka iz sedmih sestavin: Njegovo meso iz prsti, njegovo kri iz rose, iz sonca njegove oči in iz brezdanjega morja, njegove kosti iz kamenja, njegove misli iz hitrosti angelov in iz oblakov, njegove kite in lase iz zeli zemlje, njegovo dušo iz mojega duha in iz vetra. In dal sem mu sedem bitnosti: Sluh mesu, videnje očem, duhanje duši, čutenje kitam, okus krvi, kostem potrpežljivost in mišljenju sladkost.

Glej, izmislil sem si tudi umetnost govorce. Iz nevidne in iz vidne narave sem ustvaril človeka, iz obeh, smrt in življenje. In slika pozna besedo, tako kot vsako drugo bitje, v velikem malo in v majnem veliko. In na zemlji sem ga postavil kot drugega angela, častnega, velikega in čudovitega. In postavil sem ga za kralja zemlje in kraljestvo ima od moje modrosti. In od mojih bitij mu na zemlji ni nič enakega.

*Enohov apokrif*  
(pogl. XXX)

Po ovinkih in številnih, tudi komičnih zapletih sem dognal, da mora poleg *običajne* (zapovedane) obstajati tudi nekakšna *neobičajna* (prepovedana) *Nova zaveza*. Pod vplivom skušnjave prepovedanega sadu sem sklenil, da se bom dokopal do knjige, za katero nisem vedel ne naslova, ne avtorja, ne vsebine, ne založbe, ne časa izdaje.

Trajalo je nekaj let, da sem knjigo (7) našel, in trajalo je več mesecev, da sem se privadil arhaični angleščini. Prebral sem jo od prve do zadnje črke. Vedno se z največjim veseljem spominjam ter občasno na novo prebiram *Nikodemov evangelij* (opis komične Pilatove smrti), *Dejanja apostola Janeza* (kako se je v postelji znebil stenic) (8) ter *Pavlovo razodetje* (opis trpljenja v peklju ter radosti v nebesih). Po podatkih slednjega je v vrhnjih slojih pekla peklenko vroče, v globljih slojih pa peklenko mraz.

Pretreslo me je, da je apokrifnih spisov *Nove zaveze* vsaj desetkrat več kot kanoničnih ter da o posameznih spisih obstajajo številne različice. Začel sem se spraševati, na kakšnih temeljih so opravili redakcijo oziroma proglasili, da je zapis nastal po navdihu ali brez. Stenice iz *Dejanj apostola Janeza* morda res ne sodijo v kanon - ali pa urednik oziroma cenzor morda preprosto ni imel občutka za humor? (9) Isto velja za Otroške evangelije in sorodne apokrifne spise (10). Skratka, krščanstvo mi je postajalo vse bolj zanimivo in zlagoma se mi je nabralo kar za majhno knjižnico ustreznih knjig.

In ponovila se je zgodba, ki jo poznam iz naravoslovja: čim več knjig - tem več protislovij. Po eni strani mi je bilo tovrstno branje sijajna sprostitev, v celoti primerljiva z branjem *Pustolovščin hrabre-*



ga vojaka Švejka v svetovni vojni. Po drugi strani sem včasih zavidal vernim, ki ne potrebujejo distance, ki se lahko podredijo avtoriteti in ki jim (zaradi prepovedi in zapovedi) ni treba dvomiti oziroma ne smejo dvomiti.

Seveda sem se zavisti te vrste kmalu odrešil. Iracionalno tudi zato, ker mi verniki in katekizmi tistega časa - precej pred letom 1990 - niso bili prav nič vseč. Racionalno sem ugotovil, da ni nikakršne nuje, da preneham dvomiti, še posebej potem, ko mi do nekega problema uspe zgraditi ustrezno distanco. Distanco, v kateri ni ne sovraštva ne simpatije, temveč izključno potreba po spoznanju resnice. In če res velja definicija **“intelektualec je tisti, ki zna razlikovati”** - mar ni zanj nujno, da nenehno dvomi? Dvom je namreč nujen zato, ker je intelektualc svoboden, da pa lahko odgovornost gradi le, če o svojih dejanjih dvomi.

Dvom, distanca in razlikovanje so torej edina povratna informacija, prek katere lahko svoboden človek razlikuje.

Razlikuje tudi dobro od zla.

1. Allegro J: *The Dead Sea Scrolls, a reappraisal*. Penguin Books, Harmondsworth, 1964.

2. Dunkerley R: *Beyond the Gospels*. Penguin Books, Harmondsworth, 1961.
3. Žalostna usoda ljudi, ki poznajo eno samo knjigo, je najbolj izčrpno - seveda implicitno - opisana v standardni knjigi - učbeniku *Kratka zgodovina vsevezne Komunistične partije (boljševikov)*. Izdal Centralni komite Komunistične partije Slovenije, 1944. Kraj izdaje knjige ni naveden, a jo imam v svoji knjižnici!
4. Sveto pismo starega in novega zakona. *The British & Foreign Bible Society, London, 1965*. Dognal sem, da se protestantska biblija razlikuje od katoliške, menda zaradi različnega videnja judovskega kanona. Zaradi lepe, rahlo arhaične slovenščine se mi je ta protestantska biblija od vseh, ki jih imam, najbolj priljubila.
5. Bonwetsch, G. *Nathanael: Die Bücher der Geheimnisse Henochs*. Leipzig, 1922 (knjižnica Teološke fakultete v Ljubljani).
6. Prvič objavljen - skupaj z odlomkom iz Geneze (11, 1-8) v *Appendixu* 1979/80; 4: 23 (glasilo OOSMS Medicinske fakultete v Ljubljani).
7. James M R: *The Apocryphal New Testament, being the apocryphal Gospels, Acts, Epistles, and Apocalypses*. Oxford, at the Clarendon Press (1975).
8. Odlomek sem prevedel ter objavil v *Appendixu* 1978/79; 3: 7.
9. Za zaplete pri oblikovanju seznama kanoničnih spisov *Nove zaveze* glej: Hennecke E: *New Testament Apocrypha* (Vols. I, II), SCM Press 1973 (prevod iz nemščine).
10. Npr. zgodba o babici, ki je dvomila o Marijinem devištvu in s prstom(!) spoznala svojo zmoto. Tudi o potezi Kristusa otroka, ki je svoje otroške tovariše zaradi nevere (da je pastir) spremenil v koze, je mogoče razpravljati na dolgo, široko in globoko.

# Ko zdravljenje boli tudi nas

Urška Lunder

To, da bolnikom lahko pomagamo v njihovih zdravstvenih težavah, nas navdaja z zadovoljstvom. Naš poklic je še vedno zelo cenjen med ljudmi. Naša beseda, nasvet imata drugačno težo v družbi kot beseda nekoga z drugim poklicem. Z vsemi temi majhnimi priznanji in zadovoljstvi se nahranimo in pripravimo za nova srečanja z bolniki.

Smo pa tudi pričre težavnim zgodbam naših bolnikov, ki jih v večji meri, kot bi si želeli, s svojimi odločitvami sooblikujemo tudi mi. In čeprav ne živimo njihovega življenja, se nas zgodbe lahko osebno dotikajo, pogosto tudi zelo intenzivno. V nas oživijo čustva žalosti, strahu, bolečine, stiske ali pa nemoči in nezadovoljstva. Izpostavljeni smo zgodbi za zgodbo. Vtisi se vrstijo in čustveni odtisi žalosti, strahu, jeze in nemoči se brez prestanka naseljujejo v nas.

Kot da občutimo stisko družine našega bolnika, kot da živimo strahove nepreskrbljenih otrok naših neozdravljivo bolnih, kot da se v nas prebujata neobvladljiva odgovornost. Sanjamo boleče sanje. Ali pa se ponoči zbudimo. Naše misli so drugje, ko preživljamo čas s svojimi bližnjimi in prijatelji. Na malenkosti se odzivamo razdražljivo. Postopoma izgubimo tisto posebno iskro optimizma, ki je izžarevala za nas in za druge. Izgubimo občutek lahkosti v življenju. Utrujeni smo. Nismo zboleli, pa kljub temu to nismo mi. Frank Ochberg imenuje to stanje **“nadomestno posttraumatsko stresno stanje”**. Ob bolnikovih tegobah tudi mi doživljamo stresno življenjsko situacijo.

Pretresla me je zgodba nekdanje sošolke, da ne ve, kako s svojo stisko med bolniki na oddelku in da se najraje zateče na stranišče,

kjer se v miru izjoče. Nekdo drug mi je zaupal, da se ne spozna več, počuti se kot hladilnik, nobena stvar mu ne more več do živega.

Občutljivost ima dva pomena. Prvi je čustveno zavedanje in natančno zaznavanje. Biti občutljiv pomeni biti sposoben doživljati dogajanje celostno, natančno in pravilno. Toda drugi pomen občutljivosti je zaznavati svojo ranljivost in doživljati svojo bolečino. Pogosto obe obliki občutljivosti bivata ena ob drugi. Z večjo sposobnostjo natančnega zaznavanja in zavedanja se običajno večja tudi občutljivost za lastno ranljivost. In kadarkoli smo zares dobri v podpiranju bolnikovih resničnih težav in stisk, plačamo ceno s povečano občutljivostjo za svojo ranljivost. Postajamo zelo prefinjen instrument za merjenje lastne bolečine. Slej ko prej tudi nas boli. Angleški pregovor pravi: Zdravljenje rani zdravilca.

Pri nadomestnem posttraumatskem stresnem stanju so osnovni znaki strah (zoženo zaznavanje varnega življenja: prekomerno ščitimo in nadzorujemo svoje otroke, v partnerskem odnosu pretirano nadzorujemo in nadvladujemo, pri delu izrabljamo svojo strokovno avtoriteto za pretiran nadzor nad osebjem...), neželeni prebliski bolečih spominov, prevelika preokupacija in odgovornost pri srečevanju s težavami drugih.

Drugi način izčrpanja je t. i. **“compassion fatigue”**, s podobnim nizom simptomov, a v obliki utrujenosti in čustvene izpraznjenosti, kot posledica prevelike skrbi za bolnike in premajhne pozornosti do svojih potreb.

Včasih razvijemo t. i. krivdo preživelega (survivor guilt). Vračamo se k svoji družini, k svojim zdravim otrokom, starejšim ali part-

nerju in nas spremlja boleče razmišljanje: "Moji otroci so živi in zdravi, imajo starše, njegovi (bolnikovi, prijateljevi) pa ne. Kako naj si dovolim, da se veselim in uživam?"

Ceno izgorevanja plačujemo mesece in leta pozneje, ko kopicimo doživetja, ki so čustveno zahtevna, a jih ne izražamo ali ne uslišimo. Zdavnaj so že za nami občutki anksioznosti, občutki krivde in bolečine. Za nami je izostrena občutljivost. Postali smo bolj trdi in neusmiljeni. Večkrat smo nestrpni, jezni in mimogrede vpijemo. Enostavno se je zateči k pitju. K hrani. K televiziji. K različnim aktivnostim. Izgubili smo občutek za humor, taktnost in milino. Cinizem je naše najmočnejše obrambno orožje proti nam samim.

Vse to: nadomestno posttravmatsko stresno stanje, "compassion fatigue", krivda preživelega, izgorevanje - kako naj te pojave preprečimo? Kako naj ukrepamo? Kako naj se soočimo s temi zakritimi problemi med nami? Kaj lahko naredimo ob zavedanju, da je dinamika bolečih sprememb in tragičnosti osebnih zgodb v našem času v naraščanju? Kako naj sploh dvignemo zavest o tem vsesplošnem fenomenu med nami?

Znaki niso tako subtilni, da bi jih bilo posebej težko zaznati. Pa vendar drži, da smo neizmerno bolj osredotočeni na vse, kar se dogaja okrog nas, in skoraj nič na to, kar se dogaja v nas. Ali je kakšen izgled, da se tudi mi držimo življenjskega sloga, ki ga neprestano narokujemo svojim bolnikom. Si vzamemo odmor, si vzamemo čas za ustrezen obrok hrane, urimo naše telo, ga spoštujemo in negujemo? Se zavedamo uničujoče rutine, ki smo jo privzeli v svoje življenje v vsesplošni slabi organizacijski kulturi? Imamo izpolnjujoče spolno življenje? Zapoznali službeni elektronski odgovori, ki jih pošiljamo pozno v noč, bodo brez težav počakali na jutro. Mi ob takem početju zamujamo toplo bližino svoje partnerice ali partnerja.

Humor je dar, ki močno vpliva na kakovost našega bivanja. Seveda pri našem delu nikakor ni enostavno obdržati stika s svojim občutkom za humor in z lahkostjo! Si privoščimo oddih od službe dovolj pogosto, da zadihamo v lažje življenje? Ko vodim izkustvene delavnice o stresu in izčrpanju ob delu s hudo bolnimi v različnih sredinah zdravstvenih institucij, se vedno znova izkaže, da so mnogi med nami izčrpani in pod nenehnim stresom. Precej neurejeni družinski odnosi niso redkost. Večkrat je potrebna individualna pomoč.

Kje smo se zgubili na poti kariere, naporene družinske situacije in številnih bolnikov z bolečimi zgodbami? Kje smo mi? Zdravnica srednjih let, polna idealov in zahtev do sebe, je izpovedala svojo stisko: počuti se preobremenjeno z delom, neprestano prisoten in boleč je občutek nezadovoljstva in nepriznavanja vrednosti njenega dela. Pogosto slabo spi, pretirano samokritičen in pod stresom se zdi tudi čas izven bolnišnice. Občuti jezo in mnogokrat sovraštvo, predvsem zaradi kaosa in neodkritih odnosov na oddelku. Krivo se počuti, da sovraži svojo službo, in obenem jo je strah, da bi izgubila položaj, ki ga ima.

Ni potrebovala zdravil, potrebovala je kolege, da so potrdili nekatere podobne izkušnje. Potrebovala je spoštovanje svojih občutkov, potrebovala je varen, zaupen prostor in čas za izražanje nako-pičenega. Potrebovala je občutek, da z njo ni nič narobe, da je povsem naravno odzivati se na tak način v okoliščinah, ki vladajo v naši organizacijski kulturi zdravstva, ki smo si jo ustvarili. Potrebovala je spodbudo, da lahko tudi z njenim prispevkom skupaj spreminjamo odnos do sebe, do kolegov in bolnikov. Z veseljem še naprej prihaja na pogovore v skupino in lažje išče rešitve skozi povezan občutek podpore in skozi razumevanje dogajanja.

Jasno je, da ni enostavnih in univerzalnih rešitev za opisane pojave, ko nas zaboli ob zdravljenju vseh vrst "bolečin" bolnikov. Poleg zdravnikov je še cela vrsta poklicev vpeta v podobna dogajanja: medicinske sestre, reševalci, učitelji, psihologi, socialni delavci, celo policisti in duhovniki, pa še nekateri drugi. Kdorkoli sodeluje pri zdravljenju, nujenju pomoči, vsakdo, ki tolaži in izraža občutke sočutja, vsakdo, ki pozorno posluša, je kandidat za navedene težave. Toda vsak od nas je tudi vir za podporo in inspiracijo poklicnemu kolegu.

Psihosocialni vidiki zdravja še niso zares zakorakali v naše zdravstvo. Dokler jih ne prepoznamo v svojem življenju, tudi v našem zdravstvu ne bo prostora zanje. Na 6. svetovnem kongresu psihoonkologije v kanadskem Banffu sem prvič doživela, da je bila ena od prednostnih nalog organizatorjev tudi naše dobro počutje med kongresom: poleg običajnih plenarnih in prostih predstavitev visokostrokovnih prispevkov smo v delavnicah in odprtih simpozijih za manjše skupine raziskovali naše vloge, občutke in neobvladane situacije na delovnem mestu v zvezi z bolniki in s sodelavci. Poleg tega smo imeli možnost uporabljati telovadnico, skrbno urejen prostor za meditacijo, zjutraj smo se lahko udeležili vodene gimnastike in poskrbljeno je bilo za obroke zdrave hrane, na prijazen način postrežene v okolju narodnega parka. Za nas je v odmorih na velikem odru igrala in pela glasbena terapevtka, ki smo jo slišali iz zvočnikov tudi po hodnikih glavne stavbe. Imeli smo prost vstop v knjižnico velikega izobraževalnega centra umetnosti, ki nas je gostil v svojih prostorih. Njegovi prostori so seveda eno samo veliko razstavišče umetnosti. Na voljo je bil "tihi" prostor z zastekljeno steno z razgledom na gozd.

Zamislila sem se nad izkušnjami ob drugih tovrstnih dogodkih z neprestanim sedenjem in polnjenjem glave, ko sem se ponavadi vračala domov izčrpana in otrdela. Tokrat ni bilo tako.

Dejstvo je, da imamo najprej in pred vsem drugim sami sebe. Za svojo trenutno kondicijo smo res odgovorni sami, popolnoma pa tudi ne. V dolgoletnem šolanju ni bila namenjena niti ura znanju o čustvenem delovanju in odzivanju človeka, o veččinah komuniciranja, ki podpirajo in hranijo naša občutja, o povezovanju in zaupnosti med sodelavci, o skupinskem delu, in še posebej ne o duhovnih potrebah vsakega živega človeka. O vsem zelo bistvenem torej, kar polni vsako minuto našega delovanja za bolnika.

Četudi se s kolegi še tako kritično ogledujemo in imamo težave pri opuščanju predsodkov, je tukaj nekaj zelo dragocenega: imamo drug drugega in če hočemo ali ne, smo velika družina, ki ji je skupno spremljanje največjih tegob posameznikov tega naroda. In to je nekakšna tema nove dobe: drug drugemu smo priča v hudem. Bodimo si v podporo. Podpiranje z občutkom za posameznika pomaga, a tudi slej ko prej boli tistega, ki podpira. Nikar ne pozabimo te vitalne resnice.

Skrbimo zase in tudi drug za drugega, bodimo pozorni, kdo od naših kolegov potrebuje našo dobronamernost, sprejemanje in ne le kritično obsojanje. Vsi smo v tem vrtincu skupaj! ■

# Švedske bele noči

Uroš Rot

Takoj, ko se marca obrne dan, še posebej pa po premiku kazalcev, postanejo dnevi daljši. Bolj kot gremo proti severu, daljši so in v Stockholmu kmalu postanejo zelo dolgi. Učinki so v glavnem ugodni. Po delu ostane čas za sprehod ali rekreacijo, oči pa skoraj počivajo pri branju na dnevni luči.

Imajo pa dolgi dnevi tudi stranske učinke, na primer nespečnost. S sprehoda sem se že vrnil, brati ne morem več, ker sem preutrujen. Televizija je tako ali tako že od prvega dne pokvarjena.

“Le kaj naj počnem?” premišljuje. Preberem še eno stran o življenju nemškega skladatelja Adriana Leverkchna iz zahtevnega Man-novega Dr. Fausta, ne da bi si kaj prida zapomnil.

“Morda bi pa kaj napisal,” pomislim, “saj se mi je življenje precej spremenilo v zadnjih mesecih.” Ne oklevam kaj dosti in primem pero v roko, nekoliko bolj sodobno seveda, torej odprem prenosni računalnik.

Že več kot tri mesece je minilo, kar sem pozno ponoči, obtežen z največjim kovčkom, pristal na Arlandi, stockholmskem letališču. Prvi pozdrav ni bil prijazen. Ljubljano sem zapustil v toplem, sončnem vremenu, v Stockholmu pa mrz, veter in led.

“Le kaj mi je bilo tega treba?” sem ves čas premleval med vožnjo po zasneženih cestah. V Stockholmu namreč nisem prišel na krajše turistično potovanje ali kongres, temveč na enoletno strokovno izpopolnjevanje. Tudi naslednje dni ni bilo dosti bolje, sneg, poledenelo morje, hiteči ljudje, zaviti v šale in rokavice, da jim še obrazov nisem mogel razločiti, v laboratoriju pa meni povsem tuje aparature in delovni postopki.

Ampak kmalu se je obrnilo na bolje. Tako kot v Stockholmu prej ali slej posije sonce in stali led v zalivu, se tudi klinik počasi navadi na laboratorijsko delo. Kmalu se ozreš okoli sebe. In imaš kaj videti.

Inštitut Karolinska (KI) je ena največjih medicinskih univerz v Evropi. Z dekretom kralja Karla XIII. je bila ustanovljena leta 1810, po dolgoletni vojni in epidemiji kolere. Ob podatku sem takoj pomislil na razprave ob ustanovitvi nove Medicinske fakultete v Mariboru in se spomnil besed prof. Kordaša, ki je pisal, da medicinske fakultete ne moreš kar ustanoviti. Očitno jo lahko, in to zelo dobro in uspešno. Težje pa seveda primerjamo razmere na Švedskem v začetku devetnajstega stoletja s sedanjimi v Sloveniji.

Kot največja medicinska ustanova KI izobražuje približno 30 odstotkov medicinskega osebja na Švedskem. Na KI opravijo skoraj 40 odstotkov vsega raziskovalnega dela na področju medicine. Na univerzi se na dodiplomskih programih izobražuje veliko različnih medicinskih poklicev, od avdiologov, biomedicinskih analitikov do logopedov, toksikologov. Na leto vpišejo približno 250 študentov medicine, skupaj pa se izobražuje 6.000 dodiplomskih študentov. Še bolj razvito je podiplomsko izobraževanje: trenutno je 2.000 podiplomskih študentov na njihovih doktorskih programih in približno 400 na magistraturi (lycenate studies). Na leto doktorira 250 študentov, magistrira pa približno 50.

Iz podatkov zlahka zaključimo, da je raziskovalno delo na KI zelo razvito. Zaposlenih je približno 2.000 raziskovalcev, od tega 293 profesorjev, ki na leto objavijo približno 4.000 raziskovalnih člankov.

Finančni kazalci so težko predstavljeni. Celotni letni prihodek univerze v letu 2001 je bil 3.075 milijonov SEK, od tega so za raziskovalno dejavnost porabili 2.332 milijonov, ostalo pa za izobraževanje. Približno 60 odstotkov sredstev za delo pridobijo na trgu, kar lahko služi za dober zgled tudi Sloveniji.

Njihova medicinska knjižnica je največja v Skandinaviji. Izbiramo lahko med 500.000 različnimi knjigami in več kot 4.000 medicinskimi revijami, ki jih letno dopolnjujejo z novimi naslovi. Precej izvodov revij zadnjih letnikov je dostopnih le v elektronski obliki preko proksi strežnika. Vsi zaposleni na KI imajo seveda brezplačen dostop do vse literature. Primerjava z našo CMK, kjer vsako leto podražijo vpisnino in hkrati odpovejo naročnino na nekatere revije, seveda ni na mestu.

Raziskovalno in klinično delo poteka pretežno na dveh mestih. Glavni del, s sedežem Univerze, Bolnišnico Karolinska in severnim kampusom, je v Solni, drugi del, z Bolnišnico Huddinge in južnim kampusom, pa v Flemingsbergu, na jugu Stockholma. Ob Bolnišnici Huddinge leži tudi bleščeč in mogočen raziskovalni park Novum, zgrajen z namenom skupnega raziskovalnega dela raziskovalcev s KI in akademskih skupin farmacevtske industrije na področju biomedicine.

Ugled Univerze se je v Skandinaviji izdatno povečal že leta 1895, ko je Alfred Nobel izbral KI za organizacijo, ki vsako leto izbere Nobelove nagrajence za področje medicine in fiziologije. Tudi med njihovi znanstveniki je nekaj Nobelovih nagrajencev, od osmih švedskih Nobelovcev s področja medicine jih kar pet prihaja s KI.

V letošnjem letu so volili novega rektorja Univerze. Med približno petdesetimi kandidati za funkcijo je bila polovica žensk, polovica tudi tujcev. Med tremi v ožjem izboru so nato, tipično za Skandinavijo, izvolili 45-letno profesorico fiziologije Harriet Wallberg Henriksson za prvo rektorico v zgodovini KI. V začetku prihodnjega leta bo zamenjala dosedanjega rektorja Hansa Wigzella.

Izobražujem se na nevrološkem oddelku (Division of Neurology, Neurotec, KI) v univerzitetni bolnišnici Huddinge. Vodi ga prof. Jan Hillert, ki je tudi moj mentor. Na oddelku je zaposlenih približno 30 raziskovalcev, polovica med nami je tujcev. Prihajamo z vseh vetrov: Indijka, Kitajec, Brazilka, Argentinka, Španec, Portugalka, Sudanec, Poljak, Litvanka, Slovenec... Raziskovalno je oddelek najbolj dejaven na področju multiple skleroze. Najbolj znani so po prispevkih s področja genetike, epidemiologije in nevroimunologije multiple skleroze. V zadnjem času se ukvarjajo tudi z magnetnoresonančno tomografijo bolezni in nevtralizirajočimi protitelesi proti interferonom. Sodelujejo v kar nekaj mednarodnih kliničnih študijah na področju multiple skleroze. Raziskujejo še na področjih epidemiologije primarnih glavobolov, genetike in patogeneze Hortonovega glavobola ter na področjih epilepsije, možganskih tumorjev in možganske kapi.

Sam se ukvarjam z metodologijo likvorske diagnostike in postopki določanja nevtralizirajočih protiteles proti interferonom, ki jih v zadnjih letih uporabljamo pri zdravljenju multiple skleroze.

Eno leto je kar dolga doba in na življenje v novem okolju se je

potrebno privaditi. Nekaj vedenja o Švedski in Švedih sem prinesel s seboj, predvsem pa kar nekaj stereotipov. Nekateri držijo, drugi ne. Tisti, da so Švedinje lepe, plavalase, vitke in dolgonoge, k sreči drži. Tisti, da so Švedi severnjaško hladni in zaprti, pač ne. Med devetimi milijoni prebivalcev sta kar dva milijona tujcev različnih narodnosti, ras in kultur, ki jim Švedska nudi prijazno novo domovino. Tujci vseh barv in temperamentov so počasi ogreli švedsko nedostopnost, ki je bila predvsem posledica življenja prejšnjih generacij v trdem okolju in samotni.

In katerim vrednotam sledijo Švedi? Poštenost, samostojnost in zanesljivost so visoko na vrednostnih lestvicah severnjakov. Švedi so zelo točni in enako zanesljivost pričakujejo tudi od tebe. Ko te torej kolega mimogrede vpraša, če bi šel zvečer v kino, tvoj pritrdilni odgovor pomeni, da te zanesljivo pričakuje tam. Sprejemljivi so le najnujnejši razlogi za odpoved. Tudi vabilo za večerjo ob sedmih zvečer pomeni večerjo točno ob sedmih! Nikoli ne pozabi poklicati, če boš pozen. Vendar previdno, odgovor, da boš zamudil deset minut, pomeni, da te pričakujejo deset čez sedem.

Švedi čez vse cenijo poštenost in zlorabe zaupanja zlepa ne odpustijo. Njihova priljubljena političarka, ki je polnila časopisne strani, je povsem izginila iz javnega življenja, ker je na službeno kreditno kartico kupila plenice in čokolado. Saj bi ji oprostili, ker pa prekrška ni priznala, je končala politično kariero. Nek poslovnež iz Egipta je bil ravno tako ljubljenec vseh. Ustanovil je zelo uspešno podjetje, zaposlil veliko delavcev, ljudje in mediji so ga oboževali. Pa se je izkazalo, da se je predstavljal z lažnim doktoratom. Niso mu odpustili. Nič ni štel uspešno podjetje, nova delovna mesta, ki jih je ustvaril. Zlorabil je zaupanje Švedov in se odselil.

O poštenosti naših politikov in njihovi moralni drži izvemo vsak dan iz naših poročil. Ne bi jim prerokoval uspešne politične kariere na Švedskem.

Samostojnost in neodvisnost sta tudi visoko na vrednostnih lestvicah Švedov. Neprijazno okolje, ostro podnebje in redka poseljenost dežele so njihove prednike utrdili v samozadostnosti, ki ostaja v genih potomcev. Mladi Švedi se zelo zgodaj odselijo od staršev, pa tudi starejši ljudje še pozno v visoko starost povsem sami skrbijo zase. Kar grdo te pogledajo, če jim skušaš odstopiti sedež na avtobusu.

Švedi stremijo k zdravemu načinu življenja, h kateremu sodita zdrava prehrana in veliko gibanja. Na področju prehranjevalnih navad tako rekoč sledijo rezultatom svojih epidemioloških študij, ki so, kot vemo, odlične. Sodelavka mi je pripovedovala, kako so jih v sedemdesetih letih dnevno bombardirali s časopisnih strani in TV -ekranov o pomenu vsakodnevnega uživanja zelenjave in črnega kruha. Tudi njihovi otroci uživajo čokolado le ob petkih. Stomatološka raziskava je že v šestdesetih letih dokazala, da imajo otroci manj kariesa, če uživajo sladkarije enkrat na teden, le kdo bi si mislil, kot pa če jih jejo vsak dan.

K zdravemu načinu življenja sodi tudi veliko gibanja. Vsaj v okolici Stockholma, prepričan sem, da tudi drugje po deželi, je ogromno urejenih kolesarskih stez in pohodnih poti, ki so skoraj tako polne kot prometne ulice v centru mesta. Najbolj strastne pohodnike v gozdarjih in s palicami srečaš kar v središču Stockholma, čeprav v bližnji okolici ni omembe vrednega hriba. Na vodi so veslači, kajakaši in kanuisti. Pozimi seveda vsi smučajo, predvsem tečejo na smučeh.

Življenjski standard na Švedskem je zelo visok in ga tujcem ni težko opaziti. Mesta so čista in urejena. Javni prevoz je zgleden. Mlade

matere z otroki se vozijo z mestnimi vlaki in avtobusi brezplačno. Kulturne ustanove, državni uradi, vlaki in avtobusi so dostopni invalidom.

Visok življenjski standard, bruto družbeni proizvod je približno 23.000 dolarjev na prebivalca, ni posledica naravnih bogastev, temveč tehnološko visoko razvite družbe ter izobraženega in kreativnega prebivalstva. Ericsson, Saab, Volvo so priznane, tehnološko visoko razvite multinacionalke. O visoki računalniški pismenosti Švedov ni vredno izgubljati besed, saj je dobro znana. Knjige pa so druga, konvencionalnejša pot do znanja. Na Švedskem doseže knjiga svetovnega klasika, domačega pisatelja ali pa sodobnih avtorjev ceno polovice vstopnice za kino. Tudi knjižnic je veliko, dobro so založene, izposoja knjig pa brezplačna. V Stockholms Stadsbibliotek si lahko izposodiš tudi dela v tujih jezikih. Izbira angleških, francoskih in nemških knjig je odlična, Cankarja ali Jančarja seveda izbereš v slovenščini. Prijazni knjižničar mi je kratko pojasnil, ko sem presenečen pohvalil izbiro: "Če obstaja nek svetovni jezik v pisani obliki, potem knjigo v tem jeziku zanesljivo najdeš v Stadsbibliotek."

Kako pa pri nas? Razni Koloseji, predvsem s hollywoodsko filmsko produkcijo, rastejo po Sloveniji kot gobe po dežju, hkrati pa knjižnice hirajo. Dobre, nove knjige v knjigarni ne dobiš pod pet tisoč tolarji.

Podoben življenjski standard je mogoče doseči le z vsakodnevnim, trdim delom od jutra do večera, bi pomislili. Ne drži! Delovne obremenitve so zmerne, praznikov imajo celo zelo veliko. Švedi so iznašli tudi tako imenovani Klamdag. Klamdag je dela prost petek po prazničnem četrtku. Švedi se ne trudijo, da bi Klamdag nadomestili, saj tako ali tako, kot pravijo, delajo vsak dan štiri minute več, kot je potrebno.

O vremenu se Švedi ne pogovarjajo kaj dosti, pa bi se lahko. Zimskega plašča zlepa ne slečeš. Tudi potem, ko ga že pospraviš v omaro, si ga še nekajkrat prisiljen potegniti ven. Veter je posebej moteč, saj občutek mraza se poveča. K sreči vsaj vlage ni pretirane. Klimatske pogoje prenašajo precej stočno, še pošaliti se znajo iz vremenskih pregovorov. Ko sem se aprila obupan pritožil, da pomlad nikakor noče priti, mi je sodelavec odvrnil: "Veš, Švedi ne pričakujemo hitro pomladi. Če pa bo led v zalivu sredi maja še debel, bo verjetno res prišla pozno."

Švedi se vsi kličejo po imenih in tikajo med sabo. Spet posledica ene od reform, tokrat reforme jezika v šestdesetih letih. S tikanjem poudarjajo enakost in enakopravnost, ne glede na spol, starost, izobrazbo, vero, barvo kože. Slovencu, z nekoliko drugačno vzgojo, je kar malo neprijetno, ko tridesetletni fizioterapevt med predavanjem pokaže na sedemdesetletnega uglednega profesorja nevrologije in pravi: "Hans je pa v raziskavi pregledal bolnike."

Tudi kakšno slabo lastnost bi našli pri Švedih. Pijejo kar precej, čeprav sami tega ne priznajo. V restavraciji z lučjo težko najdeš odraslo osebo, ki bi se skušala odžejati z brezalkoholno pijačo. V vseh, še tako uglednih lokalnih množice Švedov popivajo po delu. K sreči jim država ne omogoča, da bi ta talent polno razvili. Alkoholne pijače so pošastno drage, tako da steklenica vina zlahka podvoji račun za večerjo. Tudi z nakupovanjem alkohola so težave, država namreč bdi nad celotno prodajo alkoholnih pijač. Naprodaj so samo v posebnih trgovinah "Systemih bolaget", in to samo ob določenih urah, nikakor ne med vikendom. V Systemih bolaget se ponavadi tare nakupovalcev, vrste pred blagajnami pa so neskončne. Tudi po mestu prepoznaš obiskovalce Systemov Bolaget, vse polno jih je, po značilnih zelenih vrečkah. Občutek imaš, kot da bodo vsak hip zavihali

vrečko do polovice in nagnili iz steklenice vodke Absolut. Mladina tudi počne. Nič kaj lepa turistična razglednica Stockholma. Menda se v Evropski uniji ne strinjajo s prodajo alkohola v posebnih trgovinah, zato se, kot kaže, njihov čas izteka.

“Kako sem se razpisal,” pomislim, ko preštejem strani. Pogledam skozi okno. Med mojim udrihanjem po tipkovnici se je znočilo, če-

prav se med temnimi sencami dreves na zahodu še sveti modro nebo. Urini kazalci kažejo pol enih.

“Spet sem pozen,” zazeham in se pretegnem, “spat moram, saj je jutri nov delovni dan. Zaspal verjetno ne bom, saj prvi ptiči pod mojim oknom glasno oznanjajo nov dan že okoli tretje ure. Učinkovito bujenje!”

## OBLETNICE

# “Banovinski inštitut za raziskovanje in zdravljenje novotvorb v Ljubljani” - 65. obletnica

Stojan Plesničar

**L**etos poteka 65. leto obstoja in delovanja Onkološkega inštituta, ustanove, ki je nastala, se oblikovala in uveljavila na način, ki je bil, če že ne nenavaden, pa prav poseben.

V tem letu se bo Onkološki inštitut tudi vselil v nove prostore, kar je, vsaj tako upamo, zadnja faza v procesu širjenja tega zavoda, ki traja vsa desetletja po njegovi ustanovitvi. Sprva je širjenje potekalo znotraj matične hiše, tj. znotraj šempetrske kasarne, se nadaljevalo v nekdanje stavbe kliničnega centra, tja do novih stavb, ki jih je bilo mogoče dokončati šele v samostojni Sloveniji.

Ob tem dogodku, ki bo vsekakor pomemben za vsakogar, ki je na ta ali oni način vezan na Onkološki inštitut, je vredno pogledati nazaj, se ozreti v preteklost, točneje, na začetek oziroma rojstvo “Banovinskega inštituta za raziskovanje in zdravljenje novotvorb” v Ljubljani. V že oddaljenem letu 1938 je takratni zdravnik na Onkološkem inštitutu, dr. Frane Novak, naš kasnejši profesor Franc Novak, na kratko opisal, kako je izgledal inštitut. Njegov zanimiv članek je izšel v takratnem strokovnem časopisu “Radiološki glasnik” (št. 3-4, str. 122-124, leto 1938). Uredništvo naše revije Isis je uvidelo pomembnost vsebine tega članka in ga ponovno objavlja takšnega, kakršen je v originalu.

## Banovinski inštitut za raziskovanje in zdravljenje novotvorb v Ljubljani.

Dr. Frane Novak.

Radi naraščanja števila rakastih obolenj, skoro v vseh kulturnih državah sveta, poleg običajnih klinik ustanovili še posebne oddelke za raziskovanje in zdravljenje raka.

Naj omenim na kratko nastanek prvih ustanov s podobnim namenom in nastanek prvih modernih inštitutov pri Slovaneh.

Prvo posebno bolnico za rakaste bolnike je ustanovil l. 1740 v Franciji kanonik Godnot.

V Angliji je ustanovil l. 1791 Yben Howard, zdravnik Middlesex Hospitala v Londonu, poseben oddelček za rakaste bolnike. Popolnejše ustanove pa so pričeli graditi v začetku XX. stoletja. Pogledajmo si Slovane.

Leta 1900. je ustanovila v Moskvi rodbina Morozov prvi inštitut v Rusiji, kije imel sprva 56 pozneje 130 postelj. Leta 1911 sta ustanovila v Petrogradu g. mgs. Elisejeva trinadstropno bolnico za rakaste bolnike.

Cehoslovaki so leta 1921 otvorili Hlavovo ustanovo.

Na Poljskem imajo od leta 1922 »Instytut radowy im. Maryi Skłodowskiej Curie«. Pobudo za ustanovitev je dala sama Marija Skłodowska-Curiejeva. Za ustanovitev je bilo na razpolago 16 milijonov Din, ki so jih prispevali vlada, samouprave, rdeči križ, denarni zavodi, ženske organizacije in privatniki.

Pri nas so rakaste bolnike zdravili na kirurških, ginekoloških, otoloških, okulističnih in drugih oddelkih. Zdravili so jih predvsem operativno. Kirurg posveča operabilnemu stanju ogromno truda, usahne pa njegov aktivni interes, če nastopi recidiv, metastaze ali če je slučaj inoperabilen. Poleg kirurgov so pri nas najprej prevzeli nalogo zdravljenja rakastih bolnikov moške, ki so bili pionirji tudi na polju Röntgen diagnostike. Tu moram na prvem mestu omeniti g. univ. prof. dr. Laza Popovića, šefa centralnega röntgenološkega inštituta medicinske fakultete v Zagrebu. Deloma se je potem terapija oddvojila od diagnostike kot samostojna veda. Večinoma pa je ostala še vedno združena z njo.

Leta 1931 je bil v Zagrebu odprt zavod za radium terapijo, leta 1932 enak zavod v Beogradu. Ginekološki del zavoda za radium terapijo v Zagrebu združuje radi tesne povezavnosti z ginekološko kliniko

pod istim vodstvom radijsko, röntgensko in kirurško zdravljenje raka. To je ideal, ki je pa možen le za posamezno kliniko.

Ni namreč možnosti, da bi vsaka klinika imela kot privesek radium zavod. Zato je strunljanje, da se v zavodih za raziskovanje in zdravljenje raka združi vsa uspešna terapija — to je nož in žarke — pod istim vodstvom. Tak zavod se sedaj odpira v Ljubljani in enak zavod se namerava zgraditi v Beogradu.

Zametki novega inštituta v Ljubljani so se pojavili pred 17 leti. Šef inštituta doc. dr. Cholewa je kot primarij banovinske bolnice v Brezicah ustanovil 19. 10. 1921 onkološki laboratorij. Čeprav so mu bila na razpolago le neznatna sredstva za vzdrževanje, vendar ni zapustil začrtane poti. Septembra l. 1924. je imel v Zagrebu na sestanku jug. lekarskega društva, prvo predavanje o eksperimentalnem blastomu bele miške.

Njegovo delo je vzbudilo zanimanje doma in v tujini. V reviji »La lutte contra le cancer«, je lepo popisano, kako se je po iniciativi dr. Cholewa in pod predsedstvom prof. dr. D. Joanovića osnovalo jugoslovensko društvo za izučevanje i suzbijanje raka. Dr. Cholewa je dal pobudo za ustanovitev jugoslovenskega komiteta za pobijanje raka. Prav tako gre njemu zasloga, da se stvarja, radi njegovih trajnih in ponovnih intervencij novi inštitut v Ljubljani.

Šef inštituta, gospod docent dr. Josip Cholewa, bivši primarij banovinske bolnice v Brezicah je kirurg, učencev v. Haackerja. Medicinska fakulteta v Zagrebu ga je imenovala za docenta v znak priznanja za njegovo vztrajno in nesebično delo za raziskovanje in zdravljenje rakastih obolenj. Priznati moramo, da je on pravi človek na pravem mestu.

Primarijski posli so poverjeni ginekologu g. dr. Leu Šavniku. Kot asistent bolnice za ženske bolezni v Ljubljani je vodil röntgensko terapijo tega zavoda štiri leta na röntgenološkem oddelku obč. državne bolnice v Ljubljani in se v tem času tudi v inozemstvu seznanil s tehniko radijske in röntgenske terapije nemških ginekoloških klinik.

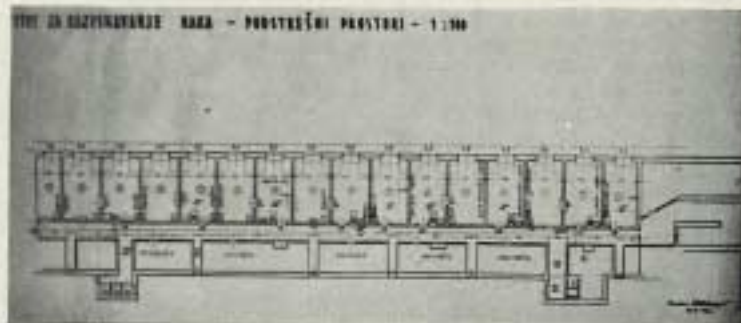
Šefa in primarija v pomoč so postavljeni še trije mlajši zdravniki.

Histopatološki laboratorij bo vodil g. univ. prof. dr. Alja Košir.

Röntgenovi aparati, radij in vsi drugi fizikalni aparati so pod stalnim strokovnim nadzorstvom g. elektro ing. Franceta Avčina.

Znanstveni kemiški laboratorij vodi g. prof. Vladimir Premru.

in 200.000 volti enakomerne napetosti na Röntgenovi cevi, kar oskrbi visoko napetostni transformator za 100 KV ter dva ventila s kondenzatorji v Liebenow-Greinacherjevu stiku, ki izmenično napetost 100 KV transformatorja usmerjata in podvojita. Ves električni del je v posebni ormari. Röntgenska cev je nameščena v posebnem patentiranem plašču »Tuto«, ki od-

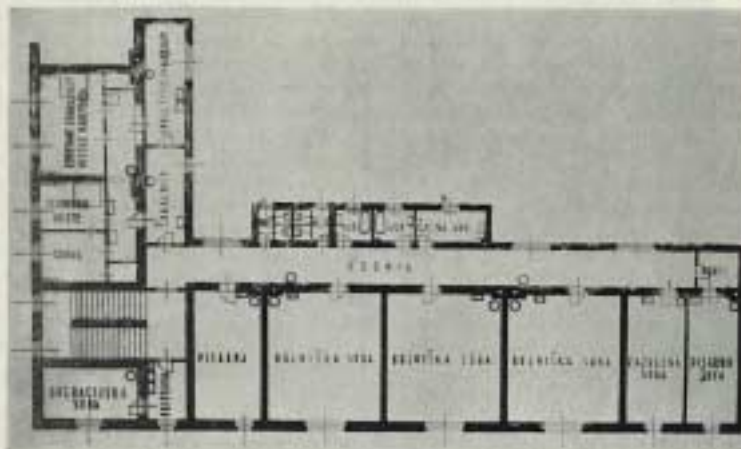


G. ing. Avčič in g. prof. Premru sta prevzela popolnoma nehonorirano to odgovorno in zamudno delo iz nesebične želje, da pomagata bolnikom s tem, da s svojim znanjem pripomoreta do čim popolnejšega praktičnega in znanstvenega delovanja zavoda.

Zavod je nameščen v jugovzhodnem traktu nekdanje šempeterske vojašnice. Vsak se začudi, da se je notranjost dala tako okusno in praktično modernizirati.

stranjuje vsakršno nevarnost visoke napetosti in strezanega žarenja, ter se da poljubno sukati okoli treh osi, tako da je žarkom možen dostop do vseh delov telesa. Vsa električna oprema je močno avtomatizirana. Cev hladi olje s pomočjo črpalke.

Drugi aparat sistema »Schäfer-Witte« je namenjen bližinskemu obsevanju novotvorb v vagini. Deluje z maksimalno 100 KV enakomerne napetosti pri maksimalno 5 miliamperih toka v Röntgenovi cevi in



V pritličju je oddelek za poskusne živali in kotlarna.

V prvem nadstropju je pisarna, štiri bolniške sobe s 30 posteljami (ena izmed sob je za bolnike drugega razreda), knjižnica in pisarna šefa instituta, čajna kuhinja, stranišča, dve kopalnici, čakalnica, ambulatorij, prostori za röntgensko in radijsko obsevanje in operacijska soba.

Pisarna, bolniške sobe in ambulatorij imajo toplo in mrzlo vodo. Tla prostorov za röntgensko in radijsko obsevanje so prevlečena s svetlo modrim lino- lejem.

Institut ima za enkrat tri röntgenske aparate. Prvi tipa »Stabilivolt« je namenjen za globinsko terapijo. Deluje z maksimalno obtežbo 15 miliamperov

sicer v polovičnem Greinacherjevem stiku. Cev hladi voda. Specialna röntgenska cev s posebnimi tubusi in spekuli omogoča obsevanje novotvorb z usmerjenim žarenjem v smeri ali poševno k tubusu (torej predvsem raka na ustju maternice in v parametriji), s prednostjo, da se ni bati poškodb zdravega tkiva radi zelo hitrega upada intenzitete žarkovja. Cev s »Tuto« plaščem je v ravnovesju v vsaki legi. Električni del je tudi v posebni omari.

Tretji aparat sistema »Chaoul« je drugemu po električni konstrukciji podoben, le da deluje z manjšo napetostjo 60 KV in tokom največ 6 miliamperov. Stikalna mizica in transformator sta združena v eni omari in urejena za eventualni priključek še ene cevi. Aparat služi za bližinsko terapijo novotvorb. Cev hladi voda.

Vsi trije aparati imajo na pripadajočih stikalnih omarah stikalne ure, ki regulirajo čas obsevanja. Stikalni prostor je od aparatov ločen s stenami s svinčeno oblogo in z okni iz svinčevega stekla, ki preprečujejo prehod eventualnim stresanim žarkom do osebjia.

Aparat po Schäfer-Witteju in Chaoulu, sta naj-novejšega tipa, še redka v Evropi, prva v Jugoslaviji.

Za kontrolo doziranja služi za vse tri aparate poseben elektrostatičen »Hammerjev dozimeter« z dvema jonizacijskim kamerama. Kontrolo dozimetra samega vrši poseben radium-standard.

Institutu bo dala 300 mgr radium elementa na razpolago banovinska hranilnica dravske banovine. Ta količina radija bo začasno zadoščala, ker aparata po Schäfer-Witteju in Chaoulu močno razbremenjujeta obsevanje z radijem in ga deloma nadomeščata.

Operacijska soba z umivalnico je sicer tesna, vendar opremljena z vsem potrebnim za velike kirurške in ginekološke operacije, za elektrokirur-gijo itd.

Na podstrešju so nameščane v ločenih sobah: shramba za obleko bolnikov, sterilizacija, 4 labora-toriji in sicer: klinični, kemični, kemobiološki in

histopatološki, lekarna, arhiv, muzej in skladišče, dalje tri sobe za zdravnike, soba za strežnike, soba za strežnice, tri sobe za sestre, kopalnica in stra-nišča. Vsaka soba na podstrešju ima tekočo vodo.

Kot je razvidno iz navedenega, razpolaga insti-tut z vsem potrebnim za raziskovanje in zdravljenje novotvorb. Manjka mu pa predvsem prostora. To se zdi na prvi pogled čudno. Vendar ne smemo računati samo z bolniki instituta, temveč tudi z ambulantnimi bolniki, ki bodo prihajali na obsevanje z Röntge-novimi žarki in z radijem iz drugih ustanov. Pri bol-nikih oddelka pa moramo upoštevati, da leži v treh sobah tretjega in v eni sobi drugega razreda 30 moš-kih in ženskih bolnikov, ki morajo biti ločeni in da ni sobe za izoliranje bolnikov.

Hrano bo dobival institut začasno iz bolnice za duševne bolzni, kjer bodo tudi prali perilo instituta. Nedostatek kuhinje bo zelo občuten predvsem radi dijetne hrane.

Kljub tem nedostatom, ki so pa deloma opravičljivi — saj pri ustanovitvi instituta ni sodeloval niti en privaten mecen — pomeni otvoritev zavoda velik korak naprej, zakar gre za sluzga uvidevnosti kraljevske banaske uprave v Ljubljani.

Nekatere od zapisanih stvari so tako presenetljive in aktualne, da zaslužijo kratek komentar.

1. Zavod je bil najprej zastavljen kot multidisciplinarna ustanova, saj je njegova dejavnost obsegala rentgensko in radioterapijo, kirurgijo in raziskovalno dejavnost. Avtor pove, da je s tem združena vsa uspešna terapija v enem zavodu, kar je najbolj racionalen pristop k zdravljenju te bolezni.
2. Med takratnimi zdravniki najdemo nam vsem znana imena. Poleg predstojnika doc. dr. J. Cholewe so bili takrat dejavni še prof. dr. A. Košir, prof. dr. L. Šavnik, prof. dr. F. Novak., dr. L. Štrancer, dr. M. Perušek ter fizik prof. F. Ahčin in kemik prof. V. Premru.
3. Preseneča poudarek in usmerjenost v raziskovalno delo, saj so bili ustanovljeni štirje laboratoriji (klinični, kemični, kemobiološki in histopatološki), v pritličju pa je bil tudi oddelek za poskusne živali. Vendar sega raziskovalno delo v zvezi z rakom še 17 let nazaj, ko je doc. Cholewa dne 19. 10. 1921 v brežiški bolnišnici ustanovil svoj onkološki laboratorij.
4. Takrat sta bili zastavljeni tudi dve enoti, ki ju danes ni več, a bi bili še kako potrebni: arhiv in muzej.
5. Omeniti gre še nekatere druge posebnosti, npr. da je bil zavod prva tovrstna ustanova v Kraljevini Jugoslaviji, naslednjo podobno so načrtovali v Beogradu. Tudi med drugimi slovan-

skimi narodi podobnih zavodov takrat ni bilo prav veliko, avtor omenja Rusijo, Poljsko in Češko.

6. Trije takrat najbolj sodobni rentgenski aparati, Stabilivot, Schafer-Witte in Chaoul, so bili v uporabi tja do šestdesetih let tega inštituta.
7. Zanimivo je, da so fiziki in drugi izvajali vzdrževanja aparatov in delo v laboratorijih povsem brezplačno, medtem ko med takrat petičnimi državljani ni bilo veliko zanimanja za zavod, saj "...pri ustanovitvi instituta ni sodeloval niti en privaten mecen...". Vendar, kot pravi avtor, pomeni odprtje zavoda velik korak naprej.

V današnjih dneh, ko smo priča tolikim nekorektnostim, do katerih je prihajalo in še prihaja, ki pa nikoli niso bile in ne bodo sprejemljive, je prav spomniti na ustvarjalnost in vero v delo, ki so ga opravili doc. Cholewa z ustanovitvijo, prof. Šavnik s tem, da je inštitut vodil v težkih časih vojne in v najtežjem povojnem času, in prof. Božena Ravnihar, ki je inštitut pripeljala na evropsko raven. Nihče nima moralne in ne kakršne koli druge pravice, da bi se poigral z usodo tega zavoda. To je posebej aktualno danes, ko se število bolnikov iz leta v leto še vedno zvišuje. ■

*Spletna stran Zdravniške zbornice Slovenije*

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

## Navodila za oglaševanje na rumenih straneh:

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

Za prvo obvestilo, v katerem najavi prireditev nekaj mesecev vnaprej, je na voljo četrtina strani, za objavo podrobnega programa seminarja ali simpozija pred srečanjem prostor ni omejen. Da bi bile informacije čim bolj natančne in brez napak, vljudno prosimo, da prireditelji izpolnijo obrazec, ki je objavljen na zadnji strani koledarja. Objavljali bomo le tista obvestila in programe, ki jim bo priložen izpolnjen vprašalnik, da bo podatke mogoče vnašati v koledar. Rok za oddajo gradiva v uredništvu je 10. v mesecu za objavo v številki, ki izide prvega v naslednjem mesecu.

Under the high patronage of the President of the Parliament  
of the Republic of Slovenia

## 12<sup>th</sup> BIENNIAL CONGRESS OF THE EUROPEAN UNION FOR SCHOOL AND UNIVERSITY HEALTH AND MEDICINE

## CARING OF EUROPE'S YOUNG GENERATION

Faculty of Law, Ljubljana, Slovenia  
3-5 September 2003

Organised by: EUSUHM, Slovenian Society of School and University Doctors, Faculty of Medicine, University of Ljubljana

International Scientific Committee: Joke Meulmeester (Netherlands), Roger Harrington (UK), Helmut Hoffmann (Germany), Karel Hoppenbrouwers (Belgium), Kari Pylkkanen (Finland), Marina Kuzman (Croatia), Mojca Juričič (Slovenia)

National Organising Committee: Mojca Juričič, Marisa Višnjevč Tuljak, Marjan Premik, Jože Šumak, Jožica Mugoša, Terezija Oven, Marija Murko, Irena Kržišnik, Janja Schweiger Nemanič, Maruška Levstek Plut, Darinka Strmole, Eva Lovše Perger

### PROGRAMME:

#### Wednesday, September 3, 2003

- 16.30-17.00 Opening ceremony
- 17.00-18.30 Scientific programme
- 17.00-17.30 Erio Ziglio: Focusing on the determinants of health: a challenge and opportunity for the medical/health profession
- 17.30-18.00 Ionela Petrea: Global Youth Tobacco Survey
- 18.00-18.30 Pierre Van Damme: Need for harmonization of children's vaccination schedule in Europe?
- 19.00 Cocktail

#### Thursday, September 4, 2003

- 9.00-9.30 Plenary session  
Keynote speaker  
Pierre-André Michaud: The evidences in the field of adolescent health prevention and promotion, including school health
- 9.30-10.30 Prevention: Programmes and Evidence
  1. School health systems in Europe, M. Habibuw (The Netherlands)
  2. School health services in Croatia: What do we really need? M. Kuzman (Croatia)
  3. A method for evidence based guidelines for youth health care, M. Wagenaar (The Netherlands)
  4. A preventive health care programme for young children in flanders: A search for evidence, M. Debyser (Belgium)
- 11.00-12.45 Parallel session 1  
Prevention: Programmes and Evidence
  1. Referrals to general practitioners by public health department – a qualitative analysis, M. B. Swagerman-van Hees (The Netherlands)
  2. The role of school dispensary and school physician in preventive health care of young population, M. Karovska (Macedonia)



3. The rotterdam youth monitor: An integrated approach, E. de Wilde (The Netherlands)
4. Preventive health care for university students in leuven, M. Sisk (Belgium)
5. Ask doctor per e-mail: Health counseling for university students in Finland, J. Castrén (Finland)
6. Dental concerns and oral health of children and adolescents in Slovenia: Present state and future perspectives, B. Artnik (Slovenia)
7. Preventive student health protection, Hojski (Slovenia)
- 11.00–12.45 **Parallel session 2**  
Nutrition and Eating disorders
1. Nutritional status of secondary school youth in the Celje region, D. Podkrajšek (Slovenia)
2. Anaemia within school children in community radovis, S. Kamceva (Macedonia)
3. Use of dietary supplements and herbal products among finnish university students, A. Virtala (Finland)
4. Body images of Slovenian youth, M. Kuhar (Slovenia)
5. Bullying behaviour, common health symptoms and perceived communication with parents and friends among school students in Croatia, M. Kuzman (Croatia)
6. University students' attitude to eating and to their own weight, R. Peltonen (Finland)
7. Long term evaluation of nutrition status of Ljubljana region generation sample with the aim of body mass index, B. Suhadolnik (Slovenia)
8. Nutritional status and dietary habits of Slovenian 13-years old schoolchildren, J. Mugaša (Slovenia)
- 14.00 –14.30 **Plenary session 2**  
Keynote speaker  
Agnes Nemeth: Biological maturation and social relations
- 14.30–15.30 **Growth and development**
1. Epidemiological features in growth and development of children and adolescents - a research area of school health, Z. Prebeg (Croatia)
2. New cross-sectional growth charts from birth to maturity in flanders, M. Roelants (Belgium)
3. Towards evidence based referral criteria for growth monitoring, P. Verkerk (The Netherlands)
- 16.00–17.30 **Parallel session 3**  
Growth and Development
1. Intensity of secular trend in preschool children in Slovenia, T. Tomazo Ravnik (Slovenia)
2. The influences of socio-economic environment on the menarcheal age in slovenian girls. M. Štefanič (Slovenia)
3. Implementation of dutch consensus guidelines for short stature would lead to large numbers of referrals, P. Verkerk (The Netherlands)
4. Child developmental examinations during well-child visit, V. Vekeman (Belgium)
5. Guidelines for early detection of eye defects, of adolescent scoliosis and of congenital malformations of the heart, M. Wagenaar (The Netherlands)
6. Sudden cardiac deaths in the young, H. Sharp (United Kingdom)
7. Genetic factors play an important role in the etiology of the essential hypertension in children, M. Bidovec (Slovenia)

- 16.00–17.30 **Parallel session 4**  
European training programmes for school doctors  
A workshop (optional)
1. The Netherlands, J. Meulmeester
2. Croatia, V. Juresa
3. Slovenia, M. Juričič
4. Belgium, K. Hoppenbrouwers
5. Hungary, T. Simon
- 21.00 Banquet

### Friday, September 5, 2003

- 9.00–10.00 **Plenary session 3**  
Keynote speaker  
Leena Klockars: Father and Son - Development of a Male  
Andrej Marušič: Familial study of suicide behaviour among adolescents in Slovenia
- 10.00–10.45 **Mental Health of the young generation**
1. Health of first formers of Lithuania, A. Petrauskienė (Lithuania)
2. School as the students' workplace and the psychosocial environment, A. Aszmann (Hungary)
3. The health of university students from the viewpoint of self regulation, M. Keinänen (Finland)
- 11.00–12.45 **Parallel session 5**  
Mental Health of the young generation
1. Suicidal ideation and attitude towards suicide of lithuanian schoolchildren, N. Zemaitienė (Lithuania)
2. Reality therapy method in the treatment of ptsd in children who survived an earthquake, A. Palinic (Croatia)
3. The peculiarities of younger schoolchildren's psychological adaptation, G. Pastavkaite (Lithuania)
4. Social and mental aspects connected with success of studies among university students, M. Tuori (Finland)
5. Relationship between health behaviour and mental health among finnish university students, I. Lahti (Finland)
- 11.00–12.45 **Parallel session 6**  
Prevention programmes: Tobacco and alcohol
1. The prevention of alcohol abuse in boarding schools, J. Briscoe (United Kingdom)
2. Smoking and alcohol consumption prevention program, L. Kovacs (Hungary)
3. Evaluation of an intervention to prevent smoking among adolescents with a lower education, M. Crone (The Netherlands)
4. Minimal intervention for smoking cessation in a preventive university health care centre, R. De Roy (Belgium)
5. Effectiveness of practical knowledge education on smoking-prevention during the university years at semmelweis university, K. Antmann (Hungary)
6. Experience, attitude and knowledge about tobacco smoking prevention among medical and dental students and young graduated doctors in Hungary. The effectiveness of the communication of smoking prevention programs, B. Oroszi (Hungary)
- 14.00–14.30 **Plenary session 4**  
Keynote speaker  
Giorgio Tamborlini: Children's environmental health: overview of existing evidence

- 14.30–15.30 Environmental health: allergy, asthma and respiratory disease
1. Screening for asthma in six year old schoolchildren, M. Roelants (Belgium)
  2. Allergy time - bomb among hungarian youth? M. Velkey (Hungary)
  3. Assessment of risk for developing chronic respiratory disease among school children living in an environment declared to be more polluted, I. Eržen (Slovenia)
  4. Astma and sports, companions not enemies, J. Šorli (Slovenia)
- 16.00–17.00 **Parallel session 7**  
Health-related behaviour
1. Risk health-related habits and behaviour in school children and adolescents, V. Juresa (Croatia)
  2. Adolescent pregnancy in Europe, B. Pinter (Slovenia)
  3. Sexual behaviour of economy students analysed by the questionnaire on the systematical checking in the first and fourth year of study, M. Miholič (Slovenia)
  4. STDs and contraception use in female students, M. Dzepina (Croatia)
- 16.00–17.00 **Parallel session 8**  
Vaccination and infection
1. Data engineering in vaccine programs, E. Van Kerschaver (Belgium)
  2. The vaccination system and its results in Hungary, A. Pinter (Hungary)
  3. Evaluation of the program to promote hepatitis B Vaccination among adolescents - factors associated with the students participation, N. Perkovic (Croatia)
  4. Oral piercing among first-year university students, I. Ventä (Finland)
- 17.00 General assembly  
18.00 Closing ceremony

**Registration fees:**

Late registration (March 15, 2003 and later)

■ EUSUHM members	300 EUR
■ non-members	325 EUR
■ accompanying persons	110 EUR
■ non EU citizens, students	175 EUR

**Congress office:** ms. Maša Pentek, Auditoria, d. o. o., Malnarjeva 10, Ljubljana, Slovenia, tel: +386 1 36 55 252, fax: +386 1 36 37 345, e-mail: masa.pentek@auditoria.si, Auditoria, d. o. o., Ljubljana

All further information: [www.auditoria.si/eusuhm/](http://www.auditoria.si/eusuhm/), [www.eusuhm.org](http://www.eusuhm.org)

**Slovensko združenje za urgentno medicino**

vabi na

## 2. MEDITERANSKI KONGRES URGENTNE MEDICINE

**The European Society for Emergency Medicine (EuSEM)  
& the American Academy of Emergency Medicine (AAEM)**

Present

## The Second Mediterranean Emergency Medicine Congress

**Hotel Melia Sitges – Sitges, Barcelona, Spain  
13-17 September 2003**

**Organizational Secretariat**

[www.emcongress.org](http://www.emcongress.org) or e-mail: [barcelona@emcongress.org](mailto:barcelona@emcongress.org)

**Congress Registration**

Registration for the congress will be available:

1. by submitting an electronic registration online at [www.emcongress.org](http://www.emcongress.org)
2. or by faxing the registration form from the brochure (PDF file) to 001-414-276-3349 or + (39) 011-50-5976

**Hotel Reservations:** [www.emcongress.org](http://www.emcongress.org).

**Language**

English will be the official language in all tracks except for one specifically designated Spanish Track (Track F) where presentations will be in Spanish.

**Abstract Submission**

Participants are invited to submit abstracts online at [www.emcongress.org](http://www.emcongress.org) where you will find all necessary instructions.

Abstracts must be submitted online at [www.emcongress.org](http://www.emcongress.org) (preferred) or emailed to [pagni@mafservizi.it](mailto:pagni@mafservizi.it).

The Research forum will accept abstracts that have been previously presented at other national, regional and international scientific meetings.

Abstracts will only be accepted if sent together with the registration fee by the deadline July 31<sup>st</sup>, 2003. The abstracts accepted for oral or poster presentation will be published in the Congress Proceedings, which will be provided at the Congress.

The Journal of Emergency Medicine (JEM) and the European Journal of Emergency Medicine (EJEM) will publish the 40 abstracts that will receive the highest review scores, as determined by the EuSEM-AAEM Abstract Review Scientific Committee.

Abstract deadline July 31<sup>st</sup>, 2003

## PRVO OBVESTILO

### Združenje psihoterapevtov Slovenije

organizira seminar

## TERAPEVTSKA DELOVNA ZVEZA (ALIANSA)

Hotel Radin, Radenci

19.-20. september 2003

Združenje psihoterapevtov Slovenije prireja v septembru že tradicionalni seminar iz osnovnih konceptov psihoterapije.

Za temo letošnjega seminarja smo izbrali terapevtsko delovno zvezo (alianso), ki jo v klinični praksi premalo upoštevamo ali pa celo zanemarjamo. In vendar je to pomemben fenomen, saj predstavlja relativno nenevrotski, racionalni odnos med bolnikom in psihoterapevtom, ki pacientu omogoča vztrajno in dosledno delati v psihoterapevtski situaciji.

Kako se bo terapevtska zveza razvijala v psihoterapevtskem procesu, je odvisno tako od bolnika kot od psihoterapevta in okolja.

Struktura seminarja se je doslej pokazala kot dobra, zato jo ohranjamo tudi letos. Tako bodo v okviru seminarja posamezni predavatelji prikazali teoretske osnove ter specifičnosti vzpostavljanja in razvoja terapevtske delovne zveze v posameznih psihoterapevtskih šolah in v psihoterapiji otrok, mladostnikov ter oseb s psihotično motnjo.

Predavanjem bodo sledile razprave v skupinah. Ob tem se bo ponujalo obilo možnosti za dejavno izmenjavo teoretskega znanja in seveda naših vsakdanjih izkušenj.

### PREDVIDENI PROGRAM:

#### Petek, 19. septembra 2003

9.00–10.00 Prihod in registracija  
10.00–11.45 Predavanja  
12.00–13.00 Razprava skupine  
Kosilo

14.30–16.15 Predavanja  
16.15–16.30 Odmor

16.30–17.30 Razprava skupine  
17.45–18.30 Plenarno srečanje  
Družabni večer

#### Sobota, 20. septembra 2003

9.00–10.30 Predavanja  
10.30–10.45 Odmor

10.45–11.45 Skupine  
12.00–12.45 Plenarno srečanje  
13.00 Zaključek

**Organizacijski in programski odbor:** Nace Gerič, Roman Korenjak (predsednik organizacijskega odbora), Gorazd Mrevlje, Bojana Moškrič, Peter Praper, Borut Škodlar, Marija Žunter Nagy (predsednica programskega odbora)

Najkasneje do 1. septembra boste prejeli dokončni program z imeni predavateljev in naslovi predavanj ter vodji skupin.

**Kotizacija** za seminar znaša 16.000 SIT za člane ZPS s plačano članarino in 20.000 SIT za ostale udeležence seminarja. Kotizacijo nakažete na račun ZPS do **10. septembra 2003**. Po tem datumu bo kotizacija višja, in sicer 21.000 SIT za člane in 24.000 SIT za ostale udeležence.

#### Prijava udeležbe

Prosimo, če izpolnjeno prijavnico pošljete najkasneje do **10. septembra 2003** na naslov: KOMZ, Združenje psihoterapevtov Slovenije, ga. Fani Zorec, Zaloška 29, 1000 Ljubljana.

Prijava bivanja: neposredno Hotel Radin, Radenci, kontaktna oseba: g. Miha Veberič, tel.: 02 520 27 18, GSM: 031 654 380. Možna je namestitve v hotelu Radin ali Miral. Hotelsko sobo zaradi zasedenosti hotela rezervirajte čimprej!

### Združenje zdravnikov družinske medicine

v sodelovanju s

**Krka Zdravilišča, d. o. o.**

organizira

## 9. KRKINE REHABILITACIJSKE DNEVE

Šport hotel Otočec, Otočec

19.-20. september 2003

#### Petek, 19. septembra 2003

15.30 asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., Bolnik z bolečinami v sklepih v splošni ambulanti  
15.45 prof. dr. Blaž Rozman, dr. med., Problemi napotitve bolnika v specialistično revmatološko ambulanto  
16.00 prim. Mojca Kos Golja, dr. med., Kdaj bolnika z osteoartritozom napotimo na pregled k revmatologu  
16.15 doc. dr. Sonja Praprotnik, dr. med., Revmatoidni artritis: zgodnja diagnostika in zdravljenje izboljšata prognozo bolezni  
16.30 Odmor

17.15 Marjeta Zupančič, dr. med., Vodenje bolnikov z vnetno revmatično boleznijo v splošni ambulanti  
17.30 Danilo Radošević, dr. med., Rehabilitacija bolnika z revmatoidnim artritisom v Zdravilišču Dolenjske Toplice  
17.45 Dragica Kozina, dr. med., Rehabilitacija bolnika z osteoartritozom v Zdravilišču Strunjan  
18.00 doc. dr. Matija Tomšič, dr. med., Prednosti in slabosti selektivnih nesteroidnih antirevmatikov COX-2

- 18.15 mag. Nataša Lebar, Zdravljenje bolečine z zdravili pri osteoartriozi  
18.30 Zaključna razprava

### Sobota, 20. septembra 2003

- 9.00 Marija Burgar, dr. med., Stres  
9.15 doc. dr. Andrej Marušič, dr. med., univ. dipl. psih., Stres kot dejavnik tveganja  
9.30 doc. dr. Zdenka Zalokar Divjak, univ. dipl. psih., Lastna skrb in odgovornost za preprečevanje stresa  
9.45 asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Izgorelost  
10.00 Odmor
- 10.30 prim. Tomislav Majič, dr. med., Stres – spremljevalec koronarne srčne bolezni  
10.45 Metod Prašnikar, dr. med., Vpliv telesne vadbe na avtonomno živčevje  
11.00 mag. Daroslav Ivaškovič, dr. med., prof. Andrej Kožar, Vpliv stacionarne rehabilitacije na psihofizične sposobnosti koronarnega bolnika  
11.15 prof. Andrej Kožar, Psihološka rehabilitacija po končani stacionarni rehabilitaciji  
11.30 Vojko Rebolj, dr. med., Uporaba anksiolitikov in antidepresivov pri srčno-žilnih bolnikih  
11.45 Zaključna razprava

**Kotizacija:** 15.000 SIT. Plača se na transakcijski račun: 02970-0011246733 ali pred začetkom seminarja.

**Informacije:** ga. Mojca Colarič, Hoteli Otočec, tel.: 07 30 75 701, 30 75 165 (Šport hotel Otočec)

**Prijave:** do 12. 9. 2003, ga. Mojca Colarič, tel.: 07 30 75 701 ali faks: 07 30 75 420  
**Bivanje:** Šport hotel Otočec, tel.: 07 30 75 700, 30 75 701

### Bolnišnica Golnik

#### Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo

organizira

## GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2003

### Golnik, Brdo pri Kranju, Slovenija

#### 9.-11. oktober 2003

**Teme:**

- Tečaj respiratorne endoskopije
- Tečaj respiratorne citopatologije
- Preiskava pljučne funkcije in motnje dihanja med spanjem
- Obravnava bolnika s KOPB (med. sestre)

**Namenjeno:** specialistom in specializantom pnevmologije, interne medicine, torakalne kirurgije, pediatrije, anesteziologije, intenzivne medicine, patologije/citologije iz Slovenije in tujine; medicinskim sestram v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, v patro-  
nažni službi; citoskrinerjem. Udeležba na tečajih je omejena.

**Jezik:** slovenščina/angleščina

**Informacije:** www.klinika-golnik.si



**Slovensko združenje za urgentno medicino**

**Svet za reanimacijo**

organizira

## TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA (DPO) EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO

24.-26. september 2003

## TEČAJ ZA INŠTRUKTORJE DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO

27.-28. september 2003

**Informacije o tečaju:** [www.ssem-society.si](http://www.ssem-society.si)

**Kotizacija** znaša 71.000 SIT. Kotizacijo je potrebno vplačati najkasneje tri tedne pred tečajem. Prijava postane veljavna, ko vplačate kotizacijo. Po prejemu dokazila o plačilu kotizacije prejme tečajnik po pošti učno gradivo in test.

Najkasneje tri tedne pred pričetkom tečaja nakažite ustrezen znesek na poslovni račun Slovenskega združenja za urgentno medicino pri Novi Ljubljanski banki, d. d., št. 02014-0019966250. Sklicna številka je 04. Na nakazilu naj bodo razvidni plačnik ter priimek in ime udeleženca.

Fotokopijo potrdila o plačilu pošljite po pošti na naslov organizatorja takoj, ko bo možno.

Po prejemu plačila bomo plačniku izstavili in poslali avansni račun.

Dokončni račun bomo plačniku izstavili in poslali po zaključku tečaja.

Prijava postane veljavna, ko je plačana kotizacija. Prijave brez vplačila kotizacije ne bomo upoštevali. V primeru, da bo število prijavljenih večje od števila razpoložljivih mest na tečaju, bodo imeli prednost tisti tečajniki, ki so prej vplačali kotizacijo. Prepozno prijavitelne kandidate bomo uvrstili na seznam za prihodnji tečaj.

#### Navodila za prijavo

Na tečaj se lahko prijavite po elektronski pošti na naslov: [info@ssem-society.si](mailto:info@ssem-society.si) ali po redni pošti na naslov: Svet za reanimacijo pri SZUM, Dušan Vlahovič, dr. med., KC, KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, Slovenija.

Na inštruktorski tečaj se lahko prijavijo kandidati, ki so bili na kateremkoli tečaju Evropskega reanimacijskega sveta predlagani kot IP (inštruktorski potencial).

Na prijavo napišite: ime in priimek, datum rojstva, naslov, e-naslov, telefon, datum tečaja, ime plačnika, naslov plačnika, davčno številko plačnika.

**Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja****Slovenski odbor za UNICEF****Ginekološko-porodniški oddelek SB Celje**

organizirajo mednarodni simpozij

**DOJENJE ZA ZDRAVO ŽIVLJENJE**

Kulturni center Laško, Laško

**10.–11. oktober 2003****PROGRAM:****Petek, 10. oktobra 2003**

- 8.00–8.30 Prijava in vpisovanje udeleženk, udeležencev/Registration
- 9.00–10.30 1. tema: Dojenju prijazne zdravstvene ustanove in družba**  
Organizacija teme: B. Bratanič, V. Savnik  
V tematskem sklopu bomo razpravljali o dosedanjih organizacijskih postopkih za uveljavitev pobude SZO in UNICEF-a o »Novorojencem prijaznih porodnišnicah« v Sloveniji. V nadaljevanju bomo predstavili dejavnosti odbora za »Dojenju prijazne zdravstvene ustanove« v Sloveniji ter ocenili odziv družbe na dojenje.
- 8.30–8.45 Uvodni pozdravi
- 8.45–9.00 Pobuda za dojenju prijazne zdravstvene ustanove v Sloveniji, B. Bratanič
- 9.00–9.15 Vzpodbujanje dojenja na novi Pediatrični kliniki KC v Ljubljani, A. Vračko, J. Peterka
- 9.15–9.30 Izkušnje s spodbujanjem dojenja v otroškem dispanzerju, M. Kosi Jereb
- 9.30–9.45 Patronažna služba in spodbujanje dojenja, M. Brložnik
- 9.45–10.00 Mediji in dojenje, D. Zajec
- 10.00–10.30 Razprava
- 10.30–10.45 Odmor
- 10.45–12.15 2. tema: Promocija dojenja**  
Organizacija teme: S. Hoyer, R. Kosem  
Tematski sklop bo odprl razpravo o promociji dojenja, o ravneh zdravstvene vzgoje za dojenje, o obravnavi dojenja v medijih in podpori širše družbe dojenju (zakonodaja o dojenju, mednarodni kodeks o trženju nadomestkov materinega mleka).
- 10.45–11.00 Aktualna zakonodaja, ki podpira dojenje, D. Obersnel Kveder
- 11.00–11.15 Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni in dojenje, S. Hoyer
- 11.15–11.30 Mednarodni kodeks o trženju nadomestkov materinega mleka, R. Kosem
- 11.30–11.45 Strategija zdrave prehrane v Sloveniji, poudarek na dojenju, B. Bratanič
- 11.45–12.00 Zdravstvena vzgoja za dojenje, S. Hoyer
- 12.00–12.15 Prva oprema novorojenca in novosti, ki podpirajo dojenje, L. Kastelic
- 12.15–12.45 Razprava
- 12.30–14.00 Odmor za kosilo

Predstavitve plakatov

**14.00–15.45 3. tema: Zdravila, druge snovi in dojenje**

Organizacija teme: Z. Felc, A. Arnšek Domjan

Tematski sklop zajema vedno aktualno problematiko zdravlil in drugih snovi v materinem mleku. Razprave bodo potekale o zdravlilih, fluoridih in prehajanju ostalih snovi v materino mleko.

- 14.00–14.20 Prehajanje zdravlil v materino mleko, Z. Felc
- 14.20–14.35 Kako vplivati na dojenčkovo izpostavljenost zdravlilu, A. Ilijaš Trofenik, K. Bovha
- 14.35–14.50 Medikamentozno zdravljenje v nosečnosti za boljše dojenje, M. Ocvirk
- 14.50–15.05 Zdravila med porodom in dojenje, V. Weber
- 15.05–15.20 Kontracepcija in dojenje, U. Salobir Gajšek
- 15.20–15.35 Razprava
- 15.35–16.00 Odmor
- 16.00–16.20 Snovi v okolju in dojenje, A. Arnšek Domjan
- 16.20–16.35 Fluoridi in dojenje, R. Kosem
- 16.35–16.50 Nedovoljene droge in dojenje, L. Bregant
- 16.50–17.05 Alkohol in kajenje ter dojenje, L. Gobov
- 17.05–17.20 Zdravilne rastline in dojenje, B. Jagodič
- 17.20–18.00 Razprava in zaključek prvega dne simpozija
- 20.00 Večerja v hotelu Hum za vse udeležence in udeležence simpozija z ambasadorjem UNICEF-a

**Sobota, 11. oktobra 2003**

- 8.30–12.30 4. tema: Dojenje za zdrave matere in otroke**  
Organizacija teme: A. Tekauc Golob, U. Savodnik  
V tematskem sklopu bomo razpravljali o prednostih dojenja in novejših dognanjih na področju laktacije ter dojenja, psiholoških vplivih na dojenje, komunikaciji z doječimi materami ter delu laičnih skupin za pomoč doječim materam.
- 8.30–8.45 Uvod, novosti s področja raziskav o dojenju in laktaciji, A. Tekauc Golob
- 8.45–9.00 Koncentracija elementov v sledovih v serumu dojenih otrok in otrok, hranjenih z mlečnimi pripravki, D. Mičetič Turk
- 9.00–9.15 Spalne navade in motnje v spanju v zgodnjem razvojnem obdobju, B. Gnidovec Stražičar, D. Neubauer
- 9.15–9.30 Profilaksa hepatitisa C in HIV pri dojenčkih, J. Lešničar
- 9.30–9.45 The International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC) credential - an international standard in breastfeeding support, I. Bichler
- 9.45–10.00 Razprava
- 10.00–10.30 Odmor
- 10.30–10.45 Psihološki vzroki nekaterih začetnih težav z dojenjem, V. Velikonja
- 10.45–11.00 Dojenje kot indikator simbiotične razvojne faze, P. Praper
- 11.00–11.15 Separacija in individualizacija kot pot k avtonomiji, P. Matjan
- 11.15–11.30 Infantilne razvojne faze in psihopatologija (družinska patologija), B. Moškrič
- 11.30–11.45 Izkušnje LLL z dolgim dojenjem, U. Savodnik
- 11.45–12.00 Dojenje kot osebna izkušnja zdravnice družinske medicine, S. Židanik
- 12.00–12.30 Razprava, anketa in zaključek simpozija

Cilj simpozija je dejavna izmenjava izkušenj o dojenju in materinem mleku med strokovnjaki različnih poklicev, kot so: pediatri, porodničarji, psihologi, družinski zdravniki, zobozdravniki, patronažne medicinske sestre, zdravstveno osebe porodnišnic, pediatričnih oddelkov in ambulant. Organizatorji so namenili večino časa prav dejavnim prispevkom tako zdravnikov, zobozdravnikov, psihologov, medicinskih sester, patronaž-

nih medicinskih sester kot tudi drugih, ki bi želeli izmenjati izkušnje iz dela z bodočimi ali doječimi materami in njihovimi otroki. Zato so predvidena vabljenja predavanja in možnost predstavitve primerov ali drugih tem na plakatih. Ostali čas je na voljo za čim bolj pestro paleto prispevkov o dojenju (v porodnišnicah, na otroških oddelkih, doma in drugod) ter o materinem mleku. Ciljna skupina so vsi tisti zdravstveni delavci, ki se ukvarjajo z dojenjem, materami in njihovimi otroki.

**Organizacijski odbor:** asist. dr. Borut Bratanič, dr. med., prim. dr. Zlata Felc, dr. med., dr. Silvestra Hoyer, univ. dipl. ped., Andreja Tekauc Golob, dr. med., Vesna Savnik, dipl. org. dela.

**Kotizacija:** 29.000,00 SIT (DDV je vključen v ceno), upokojeanci, študentje: 5.000,00 SIT, (DDV je vključen v ceno).

**Prijava in dodatne informacije:** izpolnjeno prijavnico, prosimo, pošljite na naslov: Vesna Savnik, Slovenski odbor za UNICEF, Pavšičeva 1, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 38 078, faks: 01 583 80 81, e-pošta: vesna.savnik@unicef-slo.si

V kotizacijo bo vključena pravica do udeležbe na vseh predavanjih in razpravah, gratis s povzetki predavanj, svečana večerja z ambasadorjem UNICEF-a v hotelu Hum (Laško) in osvežitve s kavo in pijačo med odmori. Kosilo v petek ni vključeno v kotizacijo.

Priporočamo, da si pravočasno rezervirate nočitev v Hotelu Hum, Trg svobode 1, Laško, tel.: 03 57 31 321.

**Splošna bolnišnica Maribor, Klinični oddelek za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo**  
**Univerza v Mariboru, CIMRŠ, Inštitut za uporabno anatomijo**  
**Zdravniško društvo Maribor**

organizirajo

## SIMPOZIJ O TRIDIMENZIONALNI ULTRAZVOČNI PREISKAVI (3D UZ)

## IZKUŠNJE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI MARIBOR

Velika predavalnica na 16. etaži kirurške stolpnice, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska ulica 5, Maribor

3. oktober 2003

### PROGRAM:

- 9.00 Odprtje, pozdravni govori (G. Pivec, I. Krajnc)
- 9.30 B. Brajer (Univerza v Zagrebu): Fizikalni principi 3D UZ
- 9.45 E. Tetičkovič (Oddelek za nevrologijo, SB Maribor): 3D UZ v nevrologiji
- 10.00 E. M. Gadžijev, V. Flis, M. Brvar (CIMRŠ in SB Maribor): Uporabnost 3D UZ v jetrni in žilni kirurgiji
- 10.15 I. Japelj, K. Ogrizek Pelkič (KOGP, Oddelek za perinatologijo SB Maribor): 3D UZ v porodništvu
- 10.30–11.00 Odmor za kavo

- 11.00 I. Japelj, S. Burja (Oddelek za perinatologijo, SB Maribor): 3D UZ v perinatologiji
- 11.15 I. Takač (Klinični oddelek za ginekologijo in perinatologijo, SB Maribor): Uporabnost 3D UZ v ginekologiji
- 11.30 J. Rebol (Oddelek za otorinolaringologijo in maksilofacialno kirurgijo, SB Maribor): 3D UZ v ORL in maksilofacialni kirurgiji
- 11.45 D. Pahor (Oddelek za očesne bolezni): Uporabnost 3D UZ v okulistikii
- 12.00 A. Gregorič (Klinični oddelek za pediatrijo): UZ v pediatriji
- 12.15–13.00 Razprava
- 13.15–14.30 Odmor s prigrizkom
- 14.30–16.00 Praktični prikaz preiskave, razstava aparatov in predstavitev

**Organizacijski odbor:** prim. Igor Japelj, dr. med., prim. mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med., prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., doc. dr. Dušica Pahor, dr. med., asist. Vojko Flis, dr. med., asist. Mirjana Brvar, dr. med., prim. Gregor Pivec, dr. med.

**Strokovni odbor:** prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med., doc. dr. Erih Tetičkovič, dr. med., doc. dr. Marjan Skalicky, dr. med., prof. dr. Ivan Krajnc, dr. med.

**Splošne informacije:** strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, ki se ukvarjajo z ultrazvočno diagnostiko ali načrtujejo uporabo tridimenzionalne UZ-diagnostike.

**Število udeležencev** ni omejeno.

**Kotizacije** ni.

**Publikacija:** predavanja bodo objavljena v suplementu Zdravniškega vestnika.

**Prijave:** ga. Dragica Polajner, Splošna bolnišnica Maribor, KOGP, Oddelek za perinatologijo, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 450, faks: 02 32 12 393, e-pošta: perinat@sb-mb.si

**Slovensko ortodontsko društvo in**  
**Sekcija za stomatološko protetiko SZD**  
prirejata

## 15. STROKOVNI SEMINAR SEKCIJE ZA STOMATOLOŠKO PROTETIKO

in

## STROKOVNO SREČANJE SLOVENSKEGA ORTODONTSKEGA DRUŠTVA:

**Sodobna ortodontsko-protetična oskrba pacientov**  
**Protetika in ortodontija z roko v roki**

**Linhartova dvorana, Cankarjev dom, Ljubljana**  
**10.–11. oktober 2003**

**Seminar vodita:** prof. dr. Björn U. Zachrisson – specialist ortodont (Norveška) in prof. dr. Sverker Toreskog – specialist stomatološke protetike (Švedska)

Časovna razporeditev: petek, 10. oktober 2003, in sobota, 11. oktober 2003, od 9.00 do 17.30

### PROGRAM:

B. U. Zachrisson: Novi pristopi pri ustvarjanju estetske rehabilitacije pacientov  
S. Toreskog: Novosti v adhezivni tehniki s poudarkom na biokompatibilnosti in ohranitvi zobne substance

B. U. Zachrisson – S. Toreskog (dialog): Sodelovanje ortodonta in protetika – prikaz kliničnih rezultatov skupne obravnave pri mladostnikih in odraslih pacientih – 1. del: Obravnave pacientov z abrazijami zob, z diskrepanco v velikosti zob in čeljusti, z erozijami in z različnimi malokluzijami

B. U. Zachrisson: Meziodistalna redukcija sklenine (stripping): indikacije, instrumentarij in prikaz dolgoletnih izkušenj

S. Toreskog: Predstavitev kliničnih primerov, kjer klasična protetična oskrba ni utemeljena

B. U. Zachrisson – S. Toreskog (dialog): Sodelovanje ortodonta in protetika – prikaz kliničnih rezultatov skupne obravnave pri mladostnikih in odraslih pacientih – 2. del: Obravnave kliničnih primerov pri izgubi enega ali več zgornjih sekalcev

B. U. Zachrisson: Regeneracija obzobnih tkiv in alveolarne kosti pri ortodontskih premikih zob kot priprava za izboljšanje pogojev pred implantno protetično oskrbo

S. Toreskog: Natančen prikaz kliničnih in laboratorijskih postopkov izdelave ultratankih porcelanskih faset – indikacije, kontraindikacije

B. U. Zachrisson – S. Toreskog (dialog): Oskrbe zahtevnejših kliničnih primerov, kjer le sodelovanje ortodonta in protetika izboljša estetski in funkcionalni izid obravnave

Seminar je namenjen vsem zobozdravnikom, specialistom vseh stomatoloških strok, specializantom in zobotehnikom.

**Kotizacija** za seminar je 48.000 SIT, če je plačana do 15. 9. 2003, po tem datumu znaša 60.000 SIT, 20-odstotni DDV je vključen. Kotizacijo lahko nakažete na UJP-račun št.: 01261-6030357790 (Cankarjev dom), sklic na št.: 05 09760.

**Podrobnejše informacije** o možnosti prijave, plačila kotizacije in rezervacije hotelov bodo prejeli vsi zobozdravniki in zobotehniki. Predstavitev obeh predavateljev in podrobnejšo vsebino seminarja si lahko ogledate v prispevku, objavljenem v tej številki glasila Isis.

### Slovenian Society of Perinatal Medicine

#### Clinical Department of Perinatology

#### UMC, Department of Obstetrics and Gynecology, Ljubljana

#### Perinatology Ward

#### Department of Obstetrics and Gynecology Hospital Maribor

## XXV. ALPE ADRIA MEETING OF PERINATAL MEDICINE

## XVII. CONGRESS MARIBOR

Kongresni center Habakuk, Pohorska ulica 59, Maribor

10.-11. oktober 2003

### PROGRAMME:

### Friday, 10<sup>th</sup> October 2003

8.30 am Opening Ceremony

#### Morning session

#### Emergency care in perinatology (maternal, fetal, neonatal)

#### Introductory Lectures

8.45–9.05 Obstetrical aspects, W (Graz, Austria)

9.05–9.25 Pediatric aspects, Juretić E (Zagreb, Croatia)

#### Invited lecturers

#### Obstetrics

9.30–9.45 Severe preeclampsia: evidence based management, Maso GP (Trieste, Italy)

9.45–10.00 Postpartal haemorrhage, Gjelmis J (Zagreb, Croatia)

10.00–10.15 Emergency care in perinatology (Maternal, Fetal, Neonatal): obstetric aspect, Vajda G (Szeged, Hungary)

10.15–10.30 Threatening problems in monochorionic twin pregnancies: Case reports and management options, Pertl B, Eder M, Hutterer G, Rotky Fast C, Danda M (Graz, Austria)

10.30–10.45 Management of HELLP syndrome in Slovenia: 6-year study, Šelb JG, Kolonič M, Kornhauser Cerar L (Ljubljana, Slovenia)

10.45–11.15 Discussion

11.15–11.30 Coffee break

#### Pediatrics

11.30–11.45 Resuscitation of ELBW, Brovedani P (Trieste, Italy)

11.45–12.00 Neonatal resuscitation and outcome, Peter B, Gverić S (Zagreb, Croatia)

12.00–12.15 Actual aspect of maternal, fetal and neonatal well-being assessment: obstetrical aspect, Molnar GB (Szeged, Hungary)

12.15–12.30 Assessment of fetal well-being using CTG and fetal ECG, Panzitt T and Co. (Graz, Austria)

12.30–12.45 Delivery room resuscitation of the VLBW newborn in Slovenia: 10-year survey, Babnik J, Kornhauser Cerar L, Bregant L, Križnar T (Ljubljana, Slovenia)

12.45–13.15 Discussion

13.15–15.15 Lunch

#### Afternoon session

#### Special lecture

15.30–16.15 Uterine abnormalities and outcome of pregnancy, Tomažević T, Premru Sršen T, Ban H, Ribič Pucej M, Bokal Vrtačnik E, Vogler A, Virant I (Ljubljana, Slovenia)

#### Free communications

16.15–17.30

1. Meconium aspiration syndrome: delivery room management, Križnar T, Babnik J, Kornhauser Cerar L, Bregant L (Ljubljana, Slovenia)
2. Outcome of pregnancies after non-amniocentesis-induced premature rupture of membranes at 14 to 23 week's gestation, Benedicic C, Scholz HS, Walcher W, Gürkan A, Petru E, Haas J, Weis AMP (Graz, Austria)
3. Management of twin-to-twin transfusion syndrome in Slovenia, Pušenjak S (Ljubljana, Slovenia)
4. Severe Rh D immunisation: case report – treatment during pregnancies and after births, Pelkic Ogrizek K (Maribor, Slovenija)
5. Oxytocin challenge test: is it up to date? Gigli C, Del Gaudio N, Domini D (Gorizia, Italy)
6. The birth chair: is it safe? Benedicic C, Scholz HS, Walcher W,

Gürkan A, Haas J, Petru E (Graz, Austria)  
Social Dinner 8pm Hotel Habakuk

### Saturday, 11<sup>th</sup> October 2003

#### Morning session

Assessment of maternal, fetal and neonatal well-being

#### Introductory Lectures

8.30–8.50 Obstetrical aspects, Keresztúri A (Szeged, Hungary)

8.50–9.10 Pediatric aspects, Demarini S (Trieste, Italy)

#### Invited lecturers

##### Obstetrics

9.15–9.30 Obstetrical Doppler: use in clinical practice, Meir YJ (Trieste, Italy)

9.30–9.45 Fetal pulse oxymetry, Kos M, Kurjak A (Zagreb, Croatia)

9.45–10.00 Assessment of maternal, fetal and neonatal well-being: obstetric aspect, Molnár GB (Szeged, Hungary)

10.00–10.15 Assessment of fetal well-being using CTG and fetal ECG, Panzitt T and co. (Graz, Austria)

10.15–10.30 Management of critically ill pregnant women, Blejec T (Ljubljana, Slovenia)

10.30–11.00 Discussion

11.00–11.15 Coffee Break

#### Pediatrics

11.15–11.30 A comparison between prenatal and postnatal ultrasound, Gandolfi C, Faraguna D (Gorizia, Italy)

11.30–11.45 Sick neonates to score or not to score, Stojanović M (Zagreb, Croatia)

11.45–12.00 Assessment of maternal, fetal and neonatal well-being: pediatric aspect, Görbe É (Szeged, Hungary)

12.00–12.15 Assessment of respiratory function in very low birth weight infants during resuscitation, Rosegger H, Rotky Fast C (Graz, Austria)

12.15–12.30 Continuous cerebral function monitoring in the newborn: comparison with standard EEG, Derganc M, Osredkar D, Paro Panjan D, Neubauer D (Ljubljana, Slovenia)

12.30–13.00 Discussion

13.00–13.15 Final remarks and closing ceremony

**Strokovni odbor:** Cerar V, Djelmiš J, Dražančič A, Kovács L, Mandruzzato GP, Maso G, Meir YJ, Pál A, Pajntar M, Polak Babić J, Premru Sršen T, Resch BA, Rosseger W, Walcher W

**Organizacijski odbor:** Cerar V, Pajntar M, Pelkič Ogrizek K, Premru Sršen T, Petkovšek N

**Uradni jezik:** angleščina

**Prispevki:** Zadnji rok za oddajo predavanj in povzetkov prostih tem je **31. julij 2003**.

Pri pisanju upoštevajte navodila Eur J Ob Gyn Biol Reprod. Predavanja in povzetke pošljite na naslov: asist. dr. Tanja Premru Sršen, dr. med., e-pošta: tanja.premru@guest.arnes.si, faks: +386 1 52 26 130

**Prijave in dodatne informacije:** ga. Nataša Petkovšek, prof. ang., KC, Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, Slovenija, tel.: +386 1 52 26 013, faks: +386 1 52 26 130, e-pošta: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si

Hotelske rezervacije: Hotel Habakuk, tel.: + 386 2 30 08 198, faks: + 386 2 30 08 194, e-pošta: alen.ivankovic@termemb.si, internet: www.termemb.si

### Splošna bolnišnica Maribor

#### Služba za ginekologijo in perinatologijo

#### Oddelek za perinatologijo

organizira učno delavnico

## EMBRIONALNA IN FETALNA ANATOMIJA

### Oddelek za perinatologijo, Služba za ginekologijo in perinatologijo,

Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, Maribor

13.-16. oktober 2003 in

10.-14. november 2003

Vodja učne delavnice: prim. Igor Japelj, dr. med.

#### Ponedeljek

8.00–12.00 Praktične vaje  
Ambulanta za ultrazvočno diagnostiko

12.00–14.00 Kosilo

14.00–15.00 Prof. dr. Branko Breyer, dr. med., Minimalni standardi za različne stopnje diagnostične rabe ultrazvoka v porodništvu

15.00–16.00 Prim. Igor Japelj, dr. med., Kaj lahko pričakujemo od ultrazvočne diagnostike v porodništvu?

#### Torek

8.00–12.00 Praktične vaje  
Ambulanta za ultrazvočno diagnostiko

12.00–14.00 Kosilo

14.00–14.30 Prof. dr. Veljko Vlaisavljevič, dr. med., Vaginosonografske značilnosti implantacije

14.30–15.00 Prof. dr. Veljko Vlaisavljevič, dr. med., Možnosti vaginalnega ultrazvoka pri odkrivanju fetalnih anomalij uropoetskega sistema v prvem trimesečju

15.00–15.30 Mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med., Normalna anatomija v prvem trimesečju

15.30–16.00 Mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med., Merjenje nihalne svetline - ocena rezultatov

16.00–16.30 Mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med., UZ-značilnosti komosomskih anomalij v prvem trimesečju

#### Sreda

8.00–12.00 Praktične vaje  
Ambulanta za ultrazvočno diagnostiko

12.00–14.00 Kosilo

14.00–14.30 Mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med., Anomalije ploda v prvem trimesečju

14.30–15.30 Prim. Igor Japelj, dr. med., Normalna fetalna anatomija v 18. in 20. tednu. Kaj pregledati in kaj izmeriti?

15.30–16.00 Prim. Igor Japelj, dr. med., Epidemiologija in diferencialna diagnostika razvojnih nepravilnosti



**Četrtek**

- 8.00–12.00 Praktične vaje  
Ambulanta za ultrazvočno diagnostiko
- 12.00–14.00 Kosilo
- 14.00–15.00 Prim. Igor Japelj, dr. med., Fetalna biometrija in ocena fetalne rasti in aktivnosti
- 15.00–16.00 Prim. Igor Japelj, dr. med., Ocena fetalnega in uteroplacentarnega pretoka krvi

Program učne delavnice je namenjen ehologom, ki že obvladajo osnove ultrazvočne diagnostike.

Kandidati se bodo seznanili z ehografskimi značilnostmi posameznih organskih sistemov pri plodu.

Program delavnice obsega 10 ur teoretičnega in 16 ur praktičnega dela.

Delo bo potekalo na Oddelku za perinatologijo Službe za ginekologijo in perinatologijo Splošne bolnišnice Maribor v skupinah po največ 5 kandidatov v enem terminu.

Praktično delo bo potekalo na aparatih ATL Ultramark 9 – barvni doppler, Kretz Voluson 530 D.

**Predavatelji:** prim. Igor Japelj, dr. med., prof. dr. Branko Breyer, dr. med. (Zagreb), prof. dr. Veljko Vlasisavljevič, dr. med., prim. mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med.

**Kotizacija**

Kotizacija za udeležbo na tečaju znaša 60.000,00 SIT (z vračunanim 20-odstotnim DDV). Kotizacija vključuje predavanja, praktične vaje, okrepčilo med odmori in kosila.

Kotizacijo plačate na račun EZR Splošne bolnišnice Maribor, Ljubljanska ul. 5, 01100-6030278185, sklic na št. 1106-3020. S seboj prinesite potrdilo o plačilu.

**Prijavnico** pošljite na naslov: Splošna bolnišnica Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo, Pisarna, Dragica Polajner, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 450, faks: 02 33 12 393, e-pošta: perinat.neo@sb-mb.si

**Slovensko društvo za skupinsko analizo in  
Psihiatrična klinika Ljubljana**

vabita na četrto jesensko mednarodno delavnico z naslovom

**TIŠINA**
**Hotel Bor in Grad Hrib, Preddvor  
17.–19. oktober 2003**

Skupinska analitična eksploracija pomena - sporočil tišine v psihoterapiji in življenju nasploh je namenjena vsem, ki jih zanima psihoterapija in delo s pacienti oziroma klienti v skupinah.

Podroben program bo objavljen v septembrski številki revije Isis. Program je sestavljen iz predavanj in analitično vodenih malih in srednjih oziroma velikih skupin. Skupine bodo vodili skupinski analitiki z mednarodno priznano kvalifikacijo.

**Kotizacija** je 30.000 SIT za člane Slovenskega društva za skupinsko analizo s plačano članarino in 35.000 SIT za nečlane. Kotizacijo nakažete na transakcijski račun pri NLB: 02014-0087828226.

**Za dodatne informacije** sta na voljo prim. Franc Peternel, dr. med., ob torkih med 11. in 13. uro na tel.: + 386 1 23 15 990, 43 44 517 in prof. Roman Korenjak, e-pošta: roman.korenjak@zsd.si

**Sekcija za arterijsko hipertenzijo – SZD**

prireja

# 1. CENTRALNO EVROPSKO SREČANJE O HIPERTENZIJU

**Grand hotel Emona, Portorož**

**24. oktober 2003**

Okviren strokovni program:

- vodenje bolnikov s hipertenzijo v osnovni zdravstveni dejavnosti – odkrivanje, ocenjevanje, zdravljenje, ocena uspešnosti
- usklajena razprava o problemih v osnovnem zdravstvenem varstvu
- priporočeno zdravljenje v smernicah in primerjava z uporabo antihipertenzivnih zdravil v klinični praksi
- klinične raziskave pri bolnikih s hipertenzijo

Natančen program strokovnega srečanja bo objavljen naknadno v drugem obvestilu.

Dejavno bodo sodelovali udeleženci iz Avstrije, Češke, Madžarske, Poljske, Slovaške in Slovenije.

**Organizacijski odbor:** predsednik: Rok Accetto, podpredsednika: Primož Dolenc, Borut Kolšek, glavna tajnica: Jana Brguljan, blagajničarka: Barbara Salobir, člani: Ljubica Gašparac, Daroslav Ivaškovič, Igor Praznik, Ksenija Tušek Bunc, Leopold Zonik, tajnik: Eduard Madaras

**Znanstveni odbor:** predsednik: Jurij Dobovišek (Slovenija), člani: Bruno Bucič (Slovenija), Renata Cifkova (Češka), Borut Čegovnik (Slovenija), Csaba Farsang (Madžarska), Štefan Farsky (Slovaška), Jerzy Gluszek (Poljska), Gert Mayer (Avstrija), Olga Pirc Čerček (Slovenija), Aleš Žemva (Slovenija)

**Glavni pokrovitelj:** Krka, Novo mesto

**Kotizacija:** 10.000,00 SIT (DDV je vključen)

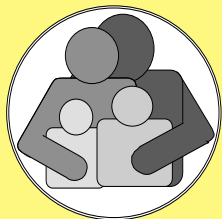
**Uradni strokovni jezik:** angleščina

**Organizator:** doc. dr. Rok Accetto, dr. med., Sekcija za arterijsko hipertenzijo – SZD, Vodnikova 62, 1000 Ljubljana, tel.: 01 52 25 462, faks: 01 52 25 600, e-pošta: rok.accetto@uni-lj.si, internet: <http://www.hipertenzija.org>

**Dodatne informacije in namestitev:** Albatros, Ribenska 2, 4260 Bled, tel.: 04 57 80 350, faks: 04 57 80 355, e-pošta: [albatros@albatros-bled.com](mailto:albatros@albatros-bled.com), internet: <http://www.albatros-bled.com/hxpertension>

## PRVO OBVESTILO

**Združenje zdravnikov družinske medicine**  
**Katedra za družinsko medicino**  
**Osnovno zdravstvo Gorenjske – ZD Kranj**  
**Zavod za razvoj družinske medicine**



organizirajo

## V. FAJDIGOVE DNEVE: ASTMA, GERB, ALERGIJA, MIGRENA, PRIMARNA PREVENTIVA SRČNO-ŽILNIH BOLEZNI

Hotel Kompas, Kranjska Gora  
 28.-29. november 2003

### PROGRAM:

#### Petek, 28. novembra 2003

- 12.00 Prihod in registracija  
 13.00 Odprtje  
 1. sklop - Astma (moderatorica Katarina Planinec)  
 15.00 Odmor  
 15.30 2. sklop - Gastroezofagealna refluksna bolezen (moderatorica asist. mag. Danica Rotar Pavlič)  
 17.30 Zaključek prvega dne  
 20.00 Svečana večerja

#### Sobota, 29. novembra 2003

- 9.00 3. sklop - Alergija (moderatorica Nena Kopčavar Guček)  
 10.30 Odmor  
 11.00 4. sklop - Migrena (moderatorica Mihaela Strgar Hladnik)  
 12.30 Odmor s prigrizkom  
 13.30 5. sklop - Primarna preventiva (moderatorica asist. Mateja Bulc)  
 15.00 Zaključek drugega dne

Srečanje je namenjeno zdravnikom v osnovnem zdravstvu, študentom pri predmetu družinska medicina, sekundarjem in upokojenim zdravnikom. Namen srečanja se je seznaniti z vodenjem bolnika z astmo, z gastroezofagealno refluksno boleznijo, z alergijami, z dermatološkimi problemi, z migrenskim glavobolom in s primarno preventivo srčno-žilnih bolezni.

**Kotizacija** 35.000 SIT vključuje udeležbo na srečanju, osvežitve med predvidenimi odmori srečanja, manjši prigrizek v sobotnem drugem odmoru in svečano večerjo s plesom v petek. Kotizacija ne vključuje drugih obrokov in prenočišča. Kotizacijo lahko nakažete na transakcijski račun pri Novi Ljubljanski banki, d. d., številka: 02045-0253583120, s pripisom 5. Fajdigovi dnevi. Račun bomo izstavili plačniku po strokovnem srečanju. Omejeno število študentov pri predmetu družinska medicina, sekundarjev in upokojenih zdravnikov bo oproščenih kotizacije. Svetujemo zgodnjo prijavo.

**Prijavnice** pošljite najkasneje do 24. 11. 2003 na naslov: ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, faks: 04 20 26 718, tel.: 04 20 82 523. Informacije: Janko Kersnik, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, tel.: 04 58 84 601, faks: 04 58 84 610, e-pošta: janko.kersnik@s5.net, spletna stran [www.drmed.org](http://www.drmed.org).

### Sekcija za arterijsko hipertenzijo – SZD

prireja

## 12. STROKOVNI SESTANEK SEKCIJE ZA ARTERIJSKO HIPERTENZIJO

Grand hotel Emona, Portorož

25. oktober 2003

Okvirni strokovni program bo posvečen skupinskemu obravnavanju bolnika s hipertenzijo:

- diagnostika arterijske hipertenzije
- spremljanje bolnika s hipertenzijo:
  - nefarmakološki ukrepi
  - zdravljenje z zdravili
  - vrednotenje uspešnosti zdravljenja

Vsako tematsko poglavje bo predstavljeno iz zornega kota zdravnika in medicinske sestre.

Natančen program strokovnega srečanja bo objavljen naknadno v drugem obvestilu.

**Organizacijski odbor:** predsednik: Rok Accetto, podpredsednik: Primož Dolenc, glavna tajnica: Jana Brguljan, blagajničarka: Barbara Salobir, članci: Ana Marija Klasing, Ksenija Tušek Bunc, tajnik: Eduard Madaras

**Glavni pokrovitelj:** Krka, Novo mesto

**Kotizacija:** 10.000,00 SIT (DDV je vključen)

**Uradni strokovni jezik:** slovenščina

**Organizator:** doc. dr. Rok Accetto, dr. med., Sekcija za arterijsko hipertenzijo – SZD, Vodnikova 62, 1000 Ljubljana, tel.: 01 52 25 462, faks: 01 52 25 600, e-pošta: [rok.accetto@uni-lj.si](mailto:rok.accetto@uni-lj.si), internet: <http://www.hipertenzija.org>

**Dodatne informacije in namestitve:** Albatros, Ribenska 2, 4260 Bled, tel.: 04 57 80 350, faks: 04 57 80 355, e-pošta: [albatros@albatros-bleed.com](mailto:albatros@albatros-bleed.com), internet: <http://www.albatros-bleed.com/hxpertension>

## OBVESTILO

# PODIPLOMSKI ŠTUDIJ IZ DRUŽINSKE DINAMIKE 2003/2004

Organizator in nosilec študija je Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

Študij je namenjen predvsem zdravnikom, ki delajo ali bi želeli delati z družino v različnih kontekstih v zdravstvu in želijo poglobiti svoje znanje in razumevanje

- simptoma in bolezni v luči družinske dinamike,
- vpliva družinskih vrednot, prepričanj, kulture in socialnega konteksta na posameznika kot uporabnika zdravstvenih storitev

ter spoznati osnove dela z družino s ciljem vključevanja in mobilizacije moči družinskega sistema pri zdravljenju posameznika.

### Trajanje in potek študija

Študij se začne oktobra 2003 in traja dva semestra. Poteka ob četrtrkih dopoldan v prostorih Katedre za psihiatrijo Medicinske fakultete in Kliničnega oddelka za mentalno zdravje na Zaloški 29 v Ljubljani. V vsakem semestru je po en intenzivni teden z vsakodnevnim poukom. Posamezne sklope koordinirajo posebej usposobljeni strokovnjaki, ki vodijo interaktivni učni proces in praktično delo v malih skupinah. Študij se zaključuje s predstavitvijo diplomske naloge in z ustnim preverjanjem znanja. Certifikat o znanju iz družinske dinamike je pogoj za vpis v študij sistemske družinske psihoterapije.

### Vsebina študija

- osnove kibernetike, komunikacije in teorije sistemov
- vpliv socialnega okolja in kulture na družino
- mehanizmi nasilja, izviračočega iz socialnega okolja
- funkcija simptoma v družinskem sistemu
- bolnik v sistemu
- otrok v sistemu
- družina z mladostnikom
- družina s kroničnim bolnikom
- družine z bolniki z različnimi duševnimi in telesnimi motnjami
- družina z odvisnikom
- pomoč družini ob prehodnih krizah
- družina z ostarelim družinskim članom
- razvojni ciklus dopolnjene družine
- razvojni ciklus istospolne družine
- družina in izguba
- zloraba in nasilje v družini
- delo z družino in strokovnjak

### Prijave

Uradni razpis za študij, pogoji in način prijave bodo objavljeni v dnevnem časopisu.

Dodatne informacije lahko dobite pri gospe Ani Jagarinc, Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo, Zaloška 29, 1110 Ljubljana, tel.: 01 54 02 278, e-pošta: kat.psih@mf.uni-lj.si

## OBVESTILO

Na Psihiatrični kliniki v Ljubljani bo v zimskem semestru študijskega leta 2003/2004 potekala

# Šola za delo s skupino

Tečaj je namenjen vsem strokovnim delavcem v psihiatričnih in drugih zdravstvenih ustanovah, ki delajo s skupinami, pa za to delo niso posebej usposobljeni v okviru svojega osnovnega izobraževanja (medicinske sestre in zdravstveni tehniki, delovni terapevti, socialni delavci, zdravniki...).

V poteku izobraževanja, ki ga bo sestavljal tako pouk o teoretičnih vsebinah in o različnih metodah skupinskega dela kot tudi delo v vodeni izkustveni skupini, se bodo slušatelji seznanili s potekom dela in pomenom posameznih prvin dogajanja v skupini. Naučili se bodo razumeti osnove interakcij v skupinski obravnavi, dobili bodo smernice za izvajanje različnih oblik skupinskega dela in se tako usposabljali za sodelovanje v skupinski obravnavi oseb z duševnimi in drugimi zdravstvenimi motnjami.

### Predmetnik

Kaj je skupina? Naravne skupine. Razvoj dela s skupino v medicini in psihiatriji.

Cilji in metode dela s skupino.

Razlogi za delo v skupini, prednosti pred individualnim delom. Indikacije za skupinsko obravnavo.

Osnove skupinske dinamike. Vloge članov skupine, delitev vlog. Vloga vodje. Komunikacije in interakcije. Transfer in kontratransfer v skupini.

Motivacija in motiviranje za sodelovanje.

Odpori in bojzani.

Vpliv duševnih in drugih zdravstvenih motenj na sodelovanje v skupini.

Potek skupinskega dela. Sestava skupine. Okolje, čas, trajanje skupinske obravnave.

Pravila vedenja in terapevtski dogovor. Pravice in dolžnosti članov skupine.

Vprašanje zaupanja. Raba in zloraba moči.

Vrste skupinskega dela. Odprte, polodprte in zaprte skupine. Male, srednje in velike skupine.

Osnovne značilnosti in potek različnih oblik skupinskega dela.

Ustvarjalne skupine. Rekreativne in sprostitvene skupine. Progressivna mišična relaksacija. Trening asertivnosti. Učenje socialnih spretnosti. Psihodrama in scenska ekspresija.

Psihodinamsko usmerjena in analitična skupina. Delovne skupine.

Timsko delo. Vloge članov tima. Komunikacija v timu. Delitev vlog in odgovornosti. Komplementarnost dela. Izmenjava informacij.

Supervizorska skupina.

Značilnosti skupinskega dela s posameznimi populacijami. Otroci. Mladostniki. Starostniki. Osebe s psihozo. Svoji pacientov.

Skupinsko delo v bolnišnici in v zunajbolnišnični obravnavi.

Posebnosti skupinskega dela, ki zahteva specifičen pristop. Pasivna, anksiozna, sovrážna, nemotivirana, depresivna skupina. Delo s težavnim članom skupine.

Ocena poteka, dinamike in izpolnjevanja ciljev skupinskega dela.

### Potek Šole za delo s skupino

Študij bo potekal v zimskem semestru študijskega leta 2003/2004. Začel se bo v oktobru 2003 in trajal do januarja 2004. Pouk bo potekal enkrat na teden (najverjetneje

ob ponedeljkih) v prostorih Psihiatrične klinike Ljubljana (Nova stavba v Polju), vsak dan pouka bo v oktobru in novembru po šest šolskih ur predavanj, v decembru in januarju pa po štiri ure predavanj in dve uri izkustvene skupine.

Po zaključku pouka bo preizkus pridobljenega znanja. Slušateljem bodo podeljena potrdila o opravljenem izobraževanju.

Šolnina: 120.000 SIT

Prijave na naslov: Psihiatrična klinika Ljubljana. Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje. Svet za izobraževanje.

Na prijavnici navedite:

- ime in priimek slušatelja,
- naziv in naslov ustanove, kjer je zaposlen,
- poklic,
- naslov stalnega bivališča.

Rok prijave je 10. september 2003.

Za organizacijo Šole za delo s skupino prof. dr. Martina Tomori, dr. med.

### Zdravstveni dom Ljubljana

objavlja prosto delovno mesto

#### **zdravnika specialista pulmologije**

za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- 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 – SNMP

objavlja prosto delovno mesto

#### **zdravnika v splošni nujni medicinski pomoči**

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

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**

objavlja prosto delovno mesto

**zdravnika specialista radiologije**

za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- 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 Krško**

objavlja prosto delovno mesto

**zdravnika v NMP – urgencia**

Pogoji:

- zdravnik splošne medicine ali specialist splošne medicine
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije
- vozniški izpit kategorije B.

Zaposlitev je za nedoločen čas s poskusno dobo 3 mesece.

Vse dodatne informacije dobite: ZD Krško, Cesta krških žrtev 132 c, 8270 Krško, tel.: 07 48 80 202 od 7. do 8. ure ali od 13. do 14. ure.

**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.

***Ali ste dinamični in vsestranski?  
Vas zanima delo v prijetni in umirjeni delovni skupini?***

***Vas burja ne moti?***

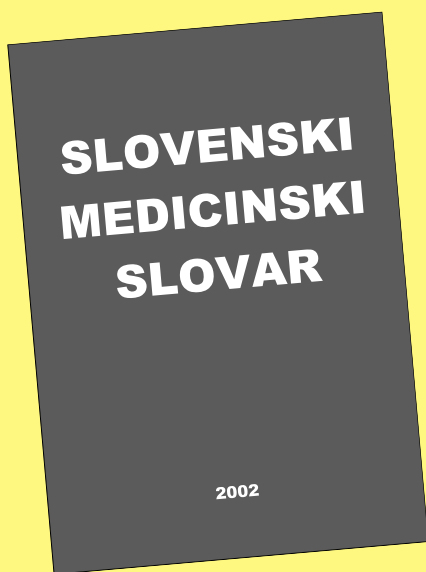
***Bi vsaj polovico delovnega časa preživel  
z nami v zasebni splošni ambulanti  
v Ajdovščini, ki jo vodi Ardea Česnik,  
dr. med., spec. splošne medicine?  
Imate licenco za delo zdravnika?***

***Če ste vsaj na zadnja tri vprašanja odgovorili  
pritrnilno, se nam oglasite.***

***Vaš klic pričakujemo na telefonu 05 36 89 307  
ob ponedeljkih in četrtek popoldne, vse druge  
dni pa v dopoldanskem času.***

**MEDICINSKA FAKULTETA UNIVERZE V LJUBLJANI**

IZDAJA V SODELOVANJU Z

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

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

## UREDNIŠTVO:

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

## RECENZENTA:

T. Korošec, A. Krbavčič

## 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 Ramoviša ZRC SAZU ter z Univerze v Ljubljani, tehnični uredniki pa praviloma študenti Medicinske fakultete v Ljubljani; vseh sodelavcev skupaj je prek 140. Slovar je izrazito skupinsko delo, vendar ožje uredništvo po načelu hierarhičnosti prevzema končno odgovornost za njegovo pravilnost. Uredniki slovarja se zavedajo, da je jezik živ organizem, kar velja tudi za strokovni in znanstveni jezik. Vendar so si prizadevali, da v večini primerov, kjer praksa ponuja več možnih terminov, izberejo tiste, ki so videti najprimernejši, da bi bilo izražanje natančno, nedvoumno, lepo in skladno z duhom slovenščine, pa tudi z medicinsko tradicijo in mednarodnimi trendi.

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

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

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

Zgled:

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

# Uspešno reševanje pritožb

Franc Farčnik, Oton Herman

V mandatnem obdobju po volitvah v letu 2000 je odbor za zobozdravstvo dobil večje pristojnosti, tako da je lahko med ustanovitvijo različnih komisij prišel do svoje komisije za strokovno-zobozdravniška vprašanja. Odbor je izmed svojih članov izbral za predsednika te komisije prof. dr. Nenada Funduka, dr. dent. med. Mandatar je imenoval ostale člane komisije. Med pristojnost te komisije spada tudi obravnavanje pritožb pacientov na delo zobozdravnikov.

Na naslov komisije je v tem času prispelo 49 vlog, in sicer v letu 2000 ena pritožba, v letu 2001 27, v letu 2002 19 in letos do junija 3 pritožbe. Obravnavanje pritožb je zamudno in nevhvaležno delo, vendar je potrebno in zahteva veliko časa in administrativnega dela. Vsaka pritožba je zgodba zase in tudi reševanje je strokovno zahtevno zamudno delo. Žal je bilo to delo omejeno le na predsednika komisije, kajti ostali člani niso bili pritegnjeni k obravnavi pritožb. Zaradi kopičenja pritožb se je gradivo nabiralo in zaostanki pri reševanju so se podaljševali. V tem času je predsednik komisije pripravil pravilnik o delu komisije, ki ga je izvršilni odbor zavrnil zaradi zaračunavanja pritožbenih okvirnih participacij. Sledil je odstop prof. dr. Nenada Funduka, dr. dent. med., z mesta predsednika komisije v marcu letos. V času njegovega predsedovanja je bilo rešenih 10 pritožb, ostalo je še 39 neodgovorjenih. Zaradi zaostankov reševanja pritožb je predsednik Zbornice večkrat opozoril odbor za zobozdravstvo, zato je predsednik odbora za zobozdravstvo, prof. dr. Franc Farčnik, dr. dent. med., sklenil pospešiti reševanje in me pritegnil k delu, ki sem ga opravljal že v preteklem mandatnem obdobju.

V času po odstopu prof. dr. Nenada Funduka, dr. dent. med., sva obravnavala preostale pritožbe in jih 36 rešila, ostale tri so še v postopku reševanja.

Delo sva začela od letošnjih pritožb in nazaj v pretekla leta. Vsebinska pritožb je različna, prevladovale so tiste za povrnitev denarja zaradi nezadovoljstva z opravljenim delom. Nekaj je bilo pritožb na neimenovane zobozdravnike, nekaj pritožb iz pacientovih osebnih značilnosti. Tudi pritožbe, naslovljene na druge ustanove, smo dobili v vednost. Na vse smo odgovorili, kar je bilo zelo težko, posebno pri primerih izpred dveh, treh let. Večje strokovne napake niso bile ugotovljene, tako da ni bilo potrebno opraviti osebnih zobozdravniških pregledov, zadostovali so pregledi zobozdravstvenih dokumentacij pritožiteljev. Bile so pritožbe na odnose zobozdravnik - pritožitelj, tudi odvetniki so zahtevali odgovore za pritožitelje.

V tem kratkem času je bilo opravljeno ogromno administrativnega dela, za kar gre zahvala tudi Maji Horvat, administrativni moči našega odbora.

Na koncu bi opozorili vse zobozdravnike, naj si vzamejo dovolj časa za pregled in informiranje pacientov o stanju njihovega zobovja, o načrtovanem delu, o posegih, ki jih boste opravili. Dobro poučen pacient bo pripravljen podpisati, kar bo dokumentirano v kartotekah in njihovi pristanki vam bodo ob morebitnih pritožbah dobra zaščita. Tudi predračuni za delo, ki ga boste opravili, naj bodo dobro pripravljene in dokumentirane in naj se med delom ne spreminjajo. Seznanjanje s pravicami, ki jih imajo pacienti, in pogovori z njimi niso izgubljanje časa. Kljub obsežni administraciji, ki jo zahteva ZZS, bo vse povrnjeno ob zadovoljstvu pacienta po opravljenem delu. Veliko število pritožb bi že odpadlo, če bi bil na primerni ravni dosežen partnerski dialog med pritožiteljem in zobozdravnikom. ■

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



# Zapisniki IO ZZS

## Zapisnik 8. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 15. maja 2003

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 122/8/2003:*

Sprejme se naslednji dnevni red:

1. Potrditev zapisnika 7. seje izvršilnega odbora z dne 3. 4. 2003, poročilo o izvršitvi sklepov
2. Finančno poslovanje Zdravniške zbornice Slovenije:
  - a) Poročilo o finančnem poslovanju Zbornice v prvem trimesečju 2003
  - b) Predlogi nadzornega odbora
3. Predpisovanje zdravil na recepte po zdravnikih v letu 2002
4. Predlog sprememb in dopolnitev zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
5. Projekt Zdravniške tarife kot element cene zdravstvene storitve
6. Razno

Člani izvršilnega odbora so prejeli v vednost pismo, ki sta ga Zdravniška zbornica Slovenije in sindikat Fides naslovila na ministra za zdravje. Pismo je odgovor na dopis ministra z dne 8. 4. 2003. V pismu pozivata ministra k izvedbi sprememba Zakona o zdravniški službi, da se tako omogoči zakonito delovanje sistema zdravstvenega varstva v RS.

Člani izvršilnega odbora so prejeli v vednost tudi Stališče zdravniških organizacij, Zdravniške zbornice Slovenije, Slovenskega zdravniškega društva in sindikata Fides, do predlaganih sprememb organizacije delovnega časa v Kliničnem centru.

### **K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 7. seje izvršilnega odbora z dne 3. 4. 2003, poročilo o izvršitvi sklepov**

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 123/8/2003:*

- Izvršilni odbor potrdi zapisnik 7. seje izvršilnega odbora z dne 3. 4. 2003 in poročilo o izvršitvi sklepov.

### **K 2. točki dnevnega reda: Finančno poslovanje Zdravniške zbornice Slovenije**

- a) Poročilo o finančnem poslovanju Zbornice v prvem trimesečju 2003

Predsednik je zaradi odsotnosti ge. Osolnik predstavil poročilo o finančnem poslovanju Zbornice v prvem trimesečju 2003. Poudaril je, da je bilo finančno poslovanje v tem obdobju stabilno. Glede na finančni načrt še bolj racionalno. Predlagal je, da se poročilo potrdi kot uspešno poslovanje Zbornice v tem obdobju. Članom izvršilnega odbora bosta morebitne nejasnosti v zvezi s poslovanjem Zbornice pojasnila predsednik in generalni sekretar.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 124/8/2003:*

Izvršilni odbor se je seznanil z poročilom o finančnem poslovanju Zbornice v prvem trimesečju 2003. Izvršilni odbor potrdi poročilo in ocenjuje, da je Zbornica v tem obdobju uspešno finančno poslovala.

- b) Predlogi nadzornega odbora

Predsednik je povedal, da je nadzorni odbor Zbornice izvršilnemu odboru posredoval dva predloga. Prvi se nanaša na stroške za

izdajanje glasila Isis (honoriranje prispevkov, obseg revije, dohodki in odhodki v zvezi s komercialnimi stranmi). Poudaril je, da se glasilo financira na račun reklam, ki so v njem objavljene. Če bi zmanjšali obseg glasila na račun reklam, bi bilo treba kriti stroške izdajanja glasila iz proračuna Zbornice.

Prim. Antona Židanika, dr. med., je zanimalo, ali je prišlo do spremembe pri financiranju izdaje glasila.

Elizabeta Bobnar Najžer, prof., je povedala, da se Isis financira v skladu s sprejetimi akti. Vsi materialni stroški se pokrivajo iz oglaševanja. V zvezi s honoriranjem objavljenih člankov je pojasnila, da so članki rangirani od 0 do 3. Določene članke se le objavi, se ne honorirajo (0). Kateri članki se honorirajo, določi vsak mesec glavni urednik.

Predsednik je menil, naj se honorirajo le naročeni članki. Članki članov Zbornice naj ne bi bili honorirani. Po njegovem mnenju je naročeni članek le tisti, ki se naroči na podlagi pisnega naročila uredniškega odbora. Poudaril je, da je njegovo mnenje le sugestija uredniškemu odboru, le-ta pa naj se odloči sam. Predlagal je, da prof. Gadžijev in ga. Bobnar Najžer do skupščine pripravita pisno pojasnilo za nadzorni odbor.

Prim. Anton Židanik, dr. med., je pripomnil, da ne vidi razloga, da bi bilo treba predlog nadzornega odbora izpostaviti na seji skupščine. Govoril je s predsednikom nadzornega odbora. Pojasnil mu je, da je bil predlog podan zaradi določenih nejasnosti v zvezi s financiranjem izdaje glasila Isis.

Predsednik je v nadaljevanju predstavil drugi predlog nadzornega odbora, ki se nanaša na nadaljnje financiranje projekta Kakovost v zdravstvu. Poudaril je, da je izvršilni odbor na eni od sej že soglasno sprejel sklep, da Zbornica nadaljuje s projektom in ga tudi financira. Predlagal je, da se po potrebi na skupščino povabi prof. dr. Marjana Pajntarja, dr. med., da pojasni določene stvari v zvezi s projektom.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 125/8/2003:*

1. Člani izvršilnega odbora so se seznanili s predlogoma nadzornega odbora Zbornice.
2. Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., in Elizabeta Bobnar Najžer, prof., do seje skupščine pripravita pisno poročilo, ki naj vsebuje: stroške za izdajanje glasila, honoriranje prispevkov v glasilu, obseg glasila in odhodke in prihodke v zvezi s komercialnimi stranmi.
3. Izvršilni odbor ugotavlja, da je bilo nadaljnje financiranje projekta Kakovost v zdravstvu že soglasno potrjeno na eni od sej izvršilnega odbora.
4. Na sejo skupščine se po potrebi povabi prof. dr. Marjana Pajntarja, dr. med., da odgovori na morebitna vprašanja v zvezi s projektom.

### **K 3. točki dnevnega reda: Predpisovanje zdravil na recepte po zdravnikih v letu 2002**

Prim. Martin Možina, dr. med., je povedal, da je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije marca na Zbornico posredoval dopis. Povzel je ugotovitve Zavoda: ZZZS se srečuje z vse večjimi težavami pri zagotavljanju sredstev za izvajanje zdravstvenih programov, med drugim tudi s stroški za zdravila; ZZZS ugotavlja, da so rezultati ukrepov za racionalizacijo sicer spodbudni, vendar je treba z dejavnostmi nadaljevati; ZZZS ugotavlja, da 55,6 odstotka zdravnikov splošne in družinske medicine v Sloveniji upošteva ceno zdravil, tretjina pa le redko; ZZZS pričakuje usklajene strokovne ukrepe za obvladovanje stroškov za zdravila. Zavod je posredoval seznam zdravnikov, ki so v letu 2002 predpisali več kot 50 receptov - razvrščeni so po vrednosti, številu receptov in številu omotov. Zdravniki niso razvrščeni po specialnosti, posredno pa je iz šifre možno razbrati matično ustanovo. Prim. Možina je menil, da je zaradi le pisne oblike posredovanih podatkov praktično nemogoča smotrna obdelava podatkov, natančnejše razvrščanje in podrobnejša analiza. Prav tako ni podrobnejših podatkov o stratifikaciji receptov za posamezne zdravnike, niti ni števila opredeljenih prebivalcev, niti števila ambulantnih obiskov oziroma bolnikov, njihove vrste in starosti. Iz tabele tudi ni razvidno, ali gre za vse recepte ali samo za tiste, ki gredo v breme obveznega zavarovanja. Predlagal je, da se ZZZS zaprosi za podrobnejše podatke o zdravnikih in predpisanih receptih v elektronski obliki (priimek in ime; šifra zdravnika; šifra zdravstvene ustanove; število opredeljenih pacientov, število letnih pregledov; število receptov; število omotov; število DDD - dnevno definirana doza; vrednost receptov). Za prvih 10 specialistov in prvih 10 zdravnikov splošne medicine na listi bi bilo poleg navedenih podatkov potrebno natančnejše analizirati tudi porabo po posameznih zdravilih. Te podatke bi primerjali s podatki 10 zdravnikov, ki so predpisovali število receptov, katerih vrednost je najpogostejša. Menil je, da bodo potrebni strokovni nadzori s strani Zbornice pri tistih zdravnikih, pri katerih je ZZZS že opravila nadzor predpisovanja zdravil. Znano mu je, da je ZZZS do sedaj opravila 6 nadzorov. Potrebno bo ukrepati pri kolegici, specialistki psihiatrije iz celjske regije.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je povedal, da je odbor za strokovno-medicinska vprašanja prejel poročilo o nadzoru ZZZS pri specialistki psihiatrije iz celjske regije. Menil je, da je v takem primeru potreben strokovni nadzor. V tem primeru bi šlo za izredni strokovni nadzor. Zbornica mora ZZZS predlagati, da krije stroške tega nadzora. Povedal je, da bo odbor na svoji seji imenoval člane nadzorne komisije za izvedbo navedenega nadzora. Seja odbora bo 27. maja 2003. Predlog imenovanih nadzornih zdravnikov bo nato posredovan izvršilnemu odboru.

Prim. Martin Možina, dr. med., je menil, da bi dosegli boljši rezultat z objavo kakovostnega članka v Izidi, kot pa z nadzorom.

Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je povedal, da je zdravnica podala pripombe na nadzor ZZZS, saj meni, da je šlo pri nadzoru za nekorektnost in tendencioznost ter poseg v stroko. Zato je ZZZS zaprosila Zbornico za mnenje, ali se ponovno izvede nadzor s strani ZZZS.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je povedal, da je predvideval pomislek zdravnice, da ZZZS posega v stroko. Menil je, da ni potrebno, da ZZZS izvede ponovni nadzor.

Prim. Martin Možina, dr. med., je povedal, da je govoril z dr. Fürstom, ki mu je zagotovil, da so se pri nadzoru osredotočili le na zadeve, ki so bile evidentirane. Težava je bila v tem, da je bila kolegica refraktarna do vseh pripomb in nepriljubljena za dialog.

Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je povedal, da je bil prisoten pri nadzoru. Ni bilo kakšnega večjega dialoga, le pregled dokumentacije in druga redna opravila nadzora.

Predsednik je menil, da če ZZZS podvomi in strokovnost zdravnika, lahko zaradi tega zaprosi Zbornico za presojo.

Jani Dernič, dr. med., je menil, da ni v pristojnosti ZZZS, da zahteva vsebino medicinskega zapisa. Še vedno obstajajo dileme, kaj je predmet nadzora ZZZS.

Prim. Martin Možina, dr. med., je predlagal veliko tolerance pri izvedbi tega nadzora. Na podlagi razgovora z zdravnico bo možno odkriti glavne vzroke za nepravilnosti pri predpisovanju zdravil. ZZZS naj ne izvede ponovnega nadzora pri tej zdravnici.

Predsednik je menil, da gre tu za razmejitev pristojnosti posamezne institucije.

Igor Praznik, dr. med., je pripomnil, da je ZZZS pripravila Pravilnik o predpisovanju zdravil. Uradno Zbornice niso zaprosili za mnenje, niti ga niso posredovali, čeprav je bilo to dogovorjeno že leta 1998.

Predsednik je dodal, da se ZZZS zaprosi za Pravilnik o predpisovanju zdravil.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 126/8/2003:*

1. Izvršilni odbor potrdi predlog odgovora Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kot je naveden v gradivu. Odgovor se posreduje na ZZZS.
2. ZZZS se zaprosi za dodatne podatke (kot so navedeni v razpravi) v elektronski obliki za učinkovitejši strokovni nadzor pri predpisovalcih zdravil.
3. ZZZS se obvesti, da ni potrebno izvajati ponovnega nadzora pri zdravnici, specialistki psihiatrije v celjski regiji.
4. Zbornica bo izvedla izredni strokovni nadzor pri navedeni zdravnici. Zbornica ZZZS predlaga, da stroške navedenega nadzora krije ZZZS, sicer bo nadzor šel v kvoto Zbornice.
5. ZZZS se zaprosi, da Zbornici posreduje Pravilnik o predpisovanju zdravil.

#### **K 4. točki dnevnega reda: Predlog sprememb in dopolnitev zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju**

Prim. Martin Možina, dr. med., je pripravil pisne pripombe na predlog sprememb in dopolnitev navedenega zakona. Povedal je, da je pregledal predlog. Ugotavlja, da v tej dokumentaciji ni spornih zadev. Menil je, da je dokument ustrežno pripravljen in ne odstopa od drugih držav. Problem vidi v podzakonskih aktih, katerih ministrstvo ni posredovalo v pregled. V večini držav EU so zaradi prihranka sredstev uvedli sistem referenčnih cen zdravil (najcenejše zdravilo). Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem je sedaj zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravil:

1. v celoti za:
  - zdravila na recept v skladu z razvrstitvijo zdravil na liste v zvezi z zdravljenjem pri osebah in stanjih iz prve točke 23. člena navedenega zakona, razen zdravil, razvrščenih v sistem referenčne primerjave (zanje je zagotovljeno plačilo 100 odstotkov vrednosti referenčnega zdravila);
  - zdravila na recept iz pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter otroke z motnjami v duševnem in telesnem razvoju, razen zdravil, razvrščenih v sistem referenčne primerjave (zanje je zagotovljeno plačilo 100 odstotkov vrednosti referenčnega zdravila);

2. najmanj 75 odstotkov vrednosti za:

■ zdravila s pozitivne liste za vse druge primere, razen za zdravila, razvrščena v sistem referenčne primerjave (zanje je zagotovljeno plačilo najmanj 75 odstotkov vrednosti referenčnega zdravila);

3. največ do 50 odstotkov vrednosti za:

■ zdravila iz vmesne liste, razen za zdravila, razvrščena v sistem referenčne primerjave (zanje je zagotovljeno plačilo največ 50 odstotkov vrednosti referenčnega zdravila).

Za zdravila nad referenčno ceno ne bo zagotovljeno plačilo niti iz sredstev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, temveč le iz dodatnega nadstandardnega prostovoljnega zavarovanja oziroma lastnih sredstev zavarovanca. Predlagani sistem ima vgrajene elemente za določitev primarnih referenčnih zdravil, ki so najpomembnejša zdravila za zagotavljanje zdravja prebivalstva in so zato v celoti krita iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Prof. dr. Vladislava Pegana, dr. med., je zanimalo, kdo določa ceno referenčnih zdravil.

Prim. Martin Možina, dr. med., je pojasnil, da se bo s tem ukvarjala posebna skupina strokovnjakov. Pristop obravnave zdravila je na treh različnih ravneh:

1. zdravila z isto učinkovino in isto pojavno obliko - bistveno podobna zdravila (isti INN, ista jakost, farmacevtska oblika, dokazana bioekvivalenca) oziroma medsebojno izmenljiva paralelna zdravila;

2. zdravila s farmakološko in kemično sorodnimi učinkovinami (farmakološka podskupina ali terapevtska skupina);

3. zdravila, ki so predstavniki novih farmakoloških skupin ali farmakoloških podskupin.

Znotraj terapevtske skupine oziroma farmakološke podskupine se po definiranih dnevni odmerkih zdravila določi referenčno zdravilo kot tisto, ki odraža najboljše razmerje med učinkovitostjo in varnostjo ter stroški.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 127/8/2003:*

1. Izvršilni odbor potrdi predlog pripomb na predlog sprememb in dopolnitev zakona o zdravstvenem varstvu in zavarovanju v delu, ki se nanaša na referenčne cene zdravil.

2. Na Ministrstvo za zdravje se posreduje zgoraj navedeni predlog.

3. Ministrstvo se zaprosi, da Zbornici v čim krajšem roku posreduje v pregled tudi podzakonske akte, navedenega zakona.

#### **K 5. točki dnevnega reda: Projekt Zdravniške tarife kot element cene zdravstvene storitve**

Jani Dernič, dr. med., je predstavil poročilo projekta Zdravniške tarife kot element cene zdravstvene storitve. Ideja o celovitih zdravniških storitvah se je porajala že leta 1995, leta 1996 pa se je umestila v naloge Zbornice. V letih od 1996 do 1998 so iskali model, po katerem bi se zgledovali, kajti slovenski Seznam zdravstvenih storitev je bil zastarel. Ni upošteval sodobnih tehnik in novih zdravniških in zdravstvenih storitev. Primerjava z nekaterimi tujimi modeli je pokazala, da bi bil najbolj uporaben nizozemski model in seznam zdravniških tarif. Sočasno je nastala nova Slovenska klasifikacija zdravstvenih storitev, ki se je v klasifikaciji operativnih storitev tudi začela uporabljati v Sloveniji. Pomanjkljivost te klasifikacije je, da ne vsebuje predvidenih časov trajanja ali drugih elementov vrednotenja dela oziroma storitve. Prednost klasifikacije je bila v večji sodobnosti opisanih storitev. Ker je bila nekoliko bolj jasna našemu dosedanjemu klasificiranju storitev, so za klasifikacijo izbrali Slovensko kla-

sifikacijo zdravstvenih storitev. Za vrednotenje dela so uporabili dejanske podatke, ki so jih posredovali kolegi, ki so sodelovali pri projektu. Nizozemske čase so uporabili za tiste storitve, za katere niso imeli na razpolago svojih podatkov. Od konca leta 2001 do začetka 2002 so uspeli skleniti pogodbe in obveze z vsemi odgovornimi nosilci. V prvi polovici leta 2002 so uspeli pridobiti večji del tarif, velik delež operativnih storitev pa do konca oktobra 2002. Sledila je obdelava v strokovnih službah Zbornice, preverjanje morebitnih napak, v končni fazi februarja letos pa še denarna ocena. V juniju leta 2002 je prišlo do odločitve, naj bi v Sloveniji uporabljali slovensko verzijo avstralske klasifikacije zdravstvenih storitev. Za mnoge storitve iz Slovenske klasifikacije so pripravili navzkrižne povezave z avstralskimi, vendar pa se okoli 35 odstotkov storitev ne more primerjati. Poudaril je, da je projekt pripeljan do faze, ko bo potrebno sprejeti nadaljnje odločitve:

1. V skladu z programom projekta naj bi organizirali uskladitveno delavnico med različnimi strokami oziroma tistimi, ki so posredovali svoje tarife. Odločitev za uskladitveno delavnico, ki pomeni precejšnje materialne stroške, a ne bi dala celovitega odgovora, ker niso zbrane še vse tarife in ker se pričakuje drugačna klasifikacija storitev.

2. Ali se lotiti dodatnega navzkrižnega povezovanja in dopolnitve klasifikacije storitev po prevodu avstralske klasifikacije? To bi predstavljalo dejavnosti izven osnovnega projekta in povečalo načrtovana potrebna sredstva.

3. Celovita avstralska klasifikacija vsebuje tudi zobozdravniške storitve. Ob tem imamo že obstoječi tarifnik za zobozdravniške tarife in odbor za zobozdravstvo bi se moral opredeliti, ali ostane veljaven tarifnik ali se bo pristopilo k prilagajanju novi klasifikaciji storitev.

Poudaril je, da so se odboru za socialno-ekonomska vprašanja zdela ta vprašanja pomembna za nadaljevanje projekta. V nasprotnem primeru bi se zgodilo, da bi sicer imeli svoj klasifikator storitev, vendar pa bi v primeru posebnega vrednotenja zdravniškega dela opravljene zdravstvene storitve v SI-Au klasifikaciji storitev ne mogli oceniti zdravniškega dela in bi tako imeli svoj seznam brez uporabne vrednosti za okoli 35 odstotkov storitev.

V nadaljevanju je predstavil predlog tarif za nekatere posege na področju operativnih strok. Pojasnil je, da cena tarife vključuje le strošek dela (neto čas za poseg), materialni stroški niso všteti. Ta cena se korigira s korekcijskimi faktorji (administracija, dopust, izobraževanje ...). Povedal je, da na področju neoperativnih strok še niso pokrita vsa področja, nekatera je potrebno še dodatno uskladiti, področje pediatrije pa je predstavilo le krajši spisek tarif.

Predsednik je pohvalil delo projektne skupine. Poudaril je, da v Sloveniji trenutno še ni takega dokumenta, zato meni, da mora biti priprava dokumenta ambicija za jesensko skupščino Zbornice. Dokument bo pomemben pri uvedbi instituta "svobodnega zdravnika specialista", kjer naj bi zdravnik izstopil iz sistema, kjer je obravnavan kot javni uslužbenec, v sistem svobodnega poklica, kar je zdravniški poklic že od nekdaj bil.

Spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med., je pripomnil, da se mu zdijo cene storitev nizke v primerjavi s cenami v tujini.

Jani Dernič, dr. med., je pojasnil, da so v Sloveniji nekatere cene celo višje kot v tujini.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 128/8/2003:*

1. Izvršilni odbor se je seznanil s poročilom projekta Zdravniške tarife kot element cene zdravstvene storitve. Projekt ocenjuje kot zelo uspešen in odboru za socialno-ekonomska vprašanja za delo na projektu izreka pohvalo in priznanje.
2. Izvršilni odbor se strinja, da odbor za socialno-ekonomska vprašanja nadaljuje z delom v skladu s programom projekta ter napravi navzkrižno povezovanje z novo SI-Au klasifikacijo storitev.
3. Na dnevni red jesenske skupščine Zbornice se kot osrednjo točko dnevnega reda uvrsti sprejem Pravilnika o zdravniških tarifah oziroma dopolnitev obstoječega z novimi tarifami.

#### **K 6. točki dnevnega reda: Razno**

a) Izpolnjevanje pogojev za delo z otroki in mladostniki do 19. leta starosti na primarni ravni zdravstvenega varstva

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 129/8/2003:*

Izvršilni odbor se je seznanil s pismom RSK za pediatrijo in odločil, da se zaprosi RSK za pediatrijo in RSK za splošno medicino, da pripravita ustrezen predlog za spremembo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v delu, ki se nanaša na izpolnjevanje pogojev za delo z otroki in mladostniki do 19. leta starosti na primarni ravni zdravstvenega varstva.

b) Pismo Alenke Kraigher, dr. med.; pismo predstavnikov epidemioloških služb

Člani izvršilnega odbora so prejeli v vednost pismo prof. dr. Alenke Kraigher, dr. med., pismo predstavnikov epidemioloških služb ZZV, ki so ga naslovili na ministra za zdravje, ter odgovor direktorja IVZ-ja predstavnikom epidemioloških služb ZZV.

Predsednik je menil, da se mu zdi to resen problem, ki meče senco na vse zdravništvo. Zdi se mu prav, da Zbornica zavzame neko stališče glede nastalega problema v IVZ-ju. Predlagal je, da zadevo najprej obravnava odbor za pravno-etična vprašanja. Mnenje odbora nato obravnava izvršilni odbor in zavzame svoje stališče.

Jani DERNIČ, dr. med., se je strinjal s predsednikom, kajti oba kolega sta člana Zbornice.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 130/8/2003:*

1. Izvršilni odbor se je seznanil z zgoraj navedenimi pismi in odločil, da se zadeva posreduje v obravnavo odboru za pravno-etična vprašanja.
2. Odbor do ene od naslednjih sej izvršilnega odbora pripravi svoje mnenje, na podlagi katerega bo izvršilni odbor sprejel svoje stališče.

c) Pismo predsednice Sveta Onkološkega inštituta

Predsednik je opozoril, da v dopisu Svet OI ni odgovoril na vprašanje, ki mu ga je Zbornica zastavila v zvezi z imenovanjem prof. dr. Tanje Čufer, dr. med. V odgovoru navajajo postopek imenovanja, ki ga poznamo. Niso pa odgovorili na vsebinsko vprašanje, zakaj je svet OI glasoval v nasprotju z glasovanjem strokovnega sveta OI.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 131/8/2003:*

1. Izvršilni odbor se je seznanil s pismom predsednice Sveta Onkološkega inštituta.
2. Izvršilni odbor ugotavlja, da si nobeden od članov izvršilnega odbora ni ogledal nastopa doc. dr. Frasa na tiskovni konferenci, zato Onkološki inštitut zaprosimo, da Zbornici posreduje posnetek.
3. Če bo Onkološki inštitut posredoval navedeni posnetek, se le-ta posreduje odboru za pravno-etična vprašanja. Odbor bo ugotov-

vil, ali je šlo za kršitev katerega od členov Kodeksa medicinske deontologije Slovenije. Ugotovitve posreduje izvršilnemu odboru.

d) Financiranje specializacij javnega zdravja iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 145/8/2003:*

Člani izvršilnega odbora so se seznanili s pismom Zavoda za zdravstveno varstvo Maribor, ki so ga naslovili na Ministrstvo za zdravje v zvezi z zgoraj navedeno zadevo.

e) Razno

Prim. Anton Židanik, dr. med., je povedal, da je prejel pismo članov Obalno-kraške regije. V pismu so izrazili nasprotovanje do predloga predsednice odbora za osnovno zdravstvo v zvezi z razrešitvijo petih članov odbora. Predlagali so, da se predlog za razrešitev članov odbora umakne z dnevnega reda skupščine. Menil je, da Zbornica podpira sodelovanje regij, zato je smiselno, da upošteva tudi mnenje regij.

Predsednik je pojasnil, da je bilo vabilo z dnevnim redom skupščine že posredovano. Predlagal je, da se bo ponovno skušal pogovoriti s predsednico odbora za osnovno zdravstvo. Predlagal ji bo, da na seji skupščine da predlog za umik točke z dnevnega reda.

Predsednik je povedal, da bo 12. in 13. junija 2003 v Portorožu delavnica za vse zdravnike in zobozdravnike na temo "Svobodni zdravnik specialist", ki jo organizira Zdravniška zbornica Slovenije. Predavali bodo nizozemski in slovenski strokovnjaki s področja medicine, prava, zavarovalništva in menedžmenta.

Prim. Anton Židanik, dr. med., je povedal, da Ministrstvo za zdravje 11. in 12. junija 2003 organizira sestanek za vse direktorje Zdravstvenih zavodov.

Spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med., je povedal, da bo od 11. do 14. junija 2003 v Portorožu potekal 10. mednarodni simpozij o urgentni medicini za zdravnike vseh specialnosti, zobozdravnike in medicinske sestre.

Jani DERNIČ, dr. med., je poročal, da se je udeležil arbitraže o spremembi Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2003. Na arbitraži je prišlo do razhajanj z Združenjem zdravstvenih zavodov. Državni sekretar Ministrstva za zdravje je na arbitraži povedal, da je za financiranje specializacij namenjenih 400 milijonov za tiste specializante, ki bodo stopili po novem v sistem specializacij. Jani DERNIČ, dr. med., je poudaril, da je zaradi tega zelo pomembno, da se na skupščini Zbornice, ki bo 22. maja 2003, sprejme Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij. Tako bo lahko razpis zdravniških specializacij objavljen julija.

Prim. Anton Židanik, dr. med., je pojasnil, da je do razhajanja prišlo zaradi predloga, da se sredstva za specializacije pridobijo na račun notranjega prestrukturiranja - prekoračitev programa za 5 odstotkov. Zaradi tega bi prišlo do izgube v zdravstvenih zavodih. Predlog zdravstvenih zavodov je, da se sredstva za specializacije pridobijo na račun materialnih stroškov, tako bo nastala izguba pri zasebnih zdravnikih in javnih zavodih.

Predsednik se je strinjal s prim. Židanikom in poudaril, da je Zbornica to predlagala že leta 1998.

Predsednik je povedal, da ponovno kaže na zelo slabo udeležbo poslancev na skupščini Zbornice. Predlagal je, da prim. Židanik pozove predsednike regijskih odborov, da vzpodbudijo poslance k čim večji udeležbi na skupščini. ■

*Zapisala: Darja Klančar*

# Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov

Na podlagi Zakona o zdravniški službi (Ur. l. RS, št. 98/99, 67/02, 15/03) ter 9. in 28. člena Statuta Zdravniške zbornice Slovenije (Ur. l. RS, št. 64/94, 64/96, 22/98, 113/00, 30/01, 43/02) je skupščina Zdravniške zbornice Slovenije na svoji 39. redni seji dne 24. 4. 2003 in 22. 5. 2003 v soglasju z ministrom za zdravje sprejela

## PRAVILNIK O VRSTAH, VSEBINI IN POTEKU SPECIALIZACIJ ZDRAVNIKOV

### I. SPLOŠNE DOLOČBE

#### 1. člen

Ta pravilnik ureja vrste, trajanje, potek in programe specializacij zdravnic in zdravnikov ter zobozdravnic in zobozdravnikov (v nadaljevanju: zdravnikov) v Republiki Sloveniji, odobravanje specializacij, postopek opravljanja specialističnih izpitov in postopke za priznavanje v tujini pridobljenega specialističnega naziva.

#### 2. člen

Specializacija zdravnikov je oblika podiplomskega strokovnega usposabljanja (v nadaljevanju: usposabljanja), ki je potrebno za dodatno in poglobljeno pridobivanje znanja in veščin na enem od področij medicine ali dentalne medicine.

Specialistično izobrazbo za posamezno vrsto specializacije se pridobi v postopku časovno določenega usposabljanja ter z opravljenim specialističnim izpitom.

Vrste in programi specializacij, organ, ki je program sprejel, datum sprejetja ter čas trajanja specializacij zdravnikov so določeni v prilogi št. 1A, vrste in programi specializacij, organ, ki je program sprejel, datum sprejetja ter čas trajanja specializacij zobozdravnikov so določeni v prilogi št. 1B, Zapisnik o specialističnem izpitu je priloga št. 2, Potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu je priloga št. 3 tega pravilnika.

### II. PROGRAMI SPECIALIZACIJ

#### 3. člen

Programe specializacij določijo strokovna združenja Slovenskega zdravniškega društva v sodelovanju s katedrami Medicinske fakultete, sprejme pa jih skupščina Zdravniške zbornice Slovenije (v nadaljevanju: Zbornica). Programi morajo biti primerljivi s skupnimi programi držav Evropske unije, če ti obstajajo, ali s skupnimi značilnostmi programov njenih članic. Evidence programov in programe vodi Zbornica.

#### 4. člen

Program posameznih specializacij določa:

- obseg znanja in veščine, ki jih mora specializant obvladati do ključka specializacije,
- vsebino in trajanje izvedbe posameznih delov specializacije (delo na oddelku, v ambulanti, v laboratoriju, seminarji, delavnice, raziskovalno delo),
- druge vsebine in postopke za opravljanje posameznih specializacij.

### III. POOBLAŠČENI IZVAJALCI IN SPECIALIZANTSKA DELOVNA MESTA

#### 5. člen

Specializacija se opravlja na specializantskih delovnih mestih v zdravstvenih zavodih, inštitutih in pri zasebnih zdravnikih (v nadaljevanju: pooblaščenih izvajalci). Ti morajo izpolnjevati pogoje, določene z zakonom in s pravilnikom o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati zdravstveni zavodi in zasebne ordinacije za izvajanje programov pripravništva, sekundarijata in specializacij zdravnikov in zobozdravnikov (Uradni list RS, št. 110/00).

V primeru, da za del programa ali celoten program specializacije ni ustreznega pooblaščenega izvajalca v državi, se ta opravi v tujih organizacijah, ki izpolnjujejo pogoje za tovrstno usposabljanje.

#### 6. člen

Specializacija poteka pri enem ali več pooblaščenih izvajalcih tako, da ima specializant zagotovljeno možnost za pridobivanje potrebne obsega znanja in veščin določene medicinske oziroma specialnosti dentalne medicine.

#### 7. člen

Pooblaščen izvajalec mora specializantu nuditi prostor in možnosti za praktično in teoretično delo. Dostopna mu morata biti domača in tuja strokovna literatura v enakem obsegu kot zaposlenim zdravnikom te organizacije ter prostor in oprema za praktično vadbo veščin in postopkov, ki jih predvideva specializacija.

#### 8. člen

Pooblaščen izvajalec je dolžan sprejeti na usposabljanje in ponuditi zaposlitev tolikšnemu številu specializantov določene vrste specializacije, kolikor ima odobrenih specializantskih delovnih mest za to specializacijo.

Usposabljanje specializanta na posameznem specializantskem delovnem mestu traja do izteka v programu določenega trajanja programa ali dela programa specializacije.

#### 9. člen

Zbornica vodi register odobrenih specializacij in evidenco prostih ter zasedenih specializantskih delovnih mest.

Pooblaščen izvajalec je dolžan vsakih šest mesecev, to je do 31. decembra in do 30. junija vsako leto, Zbornici posredovati naslednje sezname:

- seznam prostih in zasedenih specializantskih delovnih mest po vrstah specializacij,
- seznam zaposlenih specializantov s predvidenim datumom za ključka njihove specializacije.

Vsako spremembo v številu in zasedenosti specializantskih de-

lovnih mest mora pooblaščen izvajalec sporočiti Zbornici v osmih dneh po nastali spremembi.

## IV. RAZPIS IN ODOBRITEV SPECIALIZACIJE

### 10. člen

Kratkoročne in dolgoročne potrebe po novih specialistih za posamezna področja za potrebe mreže javne zdravstvene službe ugotavlja Zbornica na podlagi podatkov iz zdravniškega registra in obvestil izvajalcev javne zdravstvene službe. Izvajalci o potrebah po novih specialistih enkrat na leto obveščajo Ministrstvo za zdravje ter Zbornico.

Na osnovi teh podatkov skladno s številom prostih specializantskih delovnih mest Zbornica s soglasjem ministra za zdravje vsako leto določi število novih specializacij za posamezna strokovna področja. Število je določeno za vso državo ter za vsako regijo posebej.

### 11. člen

Zbornica najmanj enkrat na leto z javnim razpisom razpiše specializacije za posamezna specialistična področja in posamezne regije.

Razpis se objavi v zborničnem glasilu Isis in na spletnih straneh Zbornice, najava o objavi pa v Uradnem listu Republike Slovenije in v najmanj enem od osrednjih javnih glasilov izbirni Zbornice.

V času razpisa mora biti razpisna dokumentacija (razpis specializacij in vloga za odobritev specializacije) dosegljiva vsem zainteresiranim na sedežu Zbornice. Prav tako morajo imeti možnost vpogleda v ta pravilnik.

### 12. člen

Javni razpis vsebuje:

1. polni naziv in naslov Zbornice,
2. vrste in število specializacij ter regije, za katere se posamezne specializacije razpisujejo,
3. pogoje za prijavo na posamezno specializacijo,
4. merila za izbiro,
5. roke in način oddaje vloge,
6. rok, v katerem bo Zbornica odločila o prispelih vlogah,
7. druge podatke.

Razpis mora trajati najmanj 30 dni.

### 13. člen

Prijava na razpis (v nadaljevanju: vloga) mora vsebovati:

1. dokazilo o zaključenem študiju na medicinski fakulteti v Sloveniji ali potrdilo o nostrifikaciji diplome tuje medicinske fakultete,
2. dokazilo o strokovnem izpitu, opravljenem v Republiki Sloveniji,
3. izjavo, da bo po končani specializaciji za prvo zaposlitev kot specialist, sprejel ponudbo s strani izvajalca javne zdravstvene službe v regiji, za katero kandidira, in sicer za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije; če ponudbe iz regije ne prejme, pa je dolžan biti zaposlen v javni zdravstveni službi za enkratno časovno obdobje trajanja specializacije,
4. dokazila o izpolnjevanju drugih pogojev.

Kandidati iz držav članic Evropske unije namesto dokazil iz 1. in 2. točke prejšnjega odstavka vlogi priložijo odločbo o priznanju kvalifikacij za opravljanje poklica v Republiki Sloveniji, pridobljeno v postopku za priznavanje kvalifikacij po posebnem zakonu (Zakon o opravljanju zdravstvenih poklicev v Republiki Sloveniji za državljane drugih držav članic Evropske unije, Uradni list RS, št. 86/02).

V svoji vlogi lahko kandidat navede glavnega mentorja, pri kate-

rem želi opravljati specializacijo. Kandidat se lahko na enem razpisu prijavi le na eno specializacijo, razpisano v eni regiji.

### 14. člen

Kandidati za opravljanje specializacije za potrebe izven javne zdravstvene mreže morajo vlogi priložiti izjavo plačnika o plačilu vseh stroškov specializacije, ni pa jim potrebno prilagati izjave iz tretje točke prvega odstavka 13. člena tega pravilnika. Pred začetkom opravljanja specializacije skleneta specializant in plačnik z Zbornico pogodbo, s katero se uredijo medsebojne obveznosti v zvezi s specializacijo.

### 15. člen

Vloga se pošlje priporočeno po pošti na naslov Zbornice.

Pristojna oseba Zbornice, ki sprejema vloge, prispele na razpis, na vsaki vlogi jasno označi datum oddaje vloge na pošto in datum prejema. Na enak način evidentira tudi vsako dopolnitev oziroma spremembo vloge.

O prispelih vlogah za odobritev specializacij se vodi seznam.

### 16. člen

Kandidat do poteka razpisnega roka nima pravice vpogleda v vloge drugih kandidatov na istem razpisu.

Vloga, ki jo je kandidat oddal na pošto po preteku razpisnega roka, je prepozna.

### 17. člen

V postopku za odobritev specializacij se obravnavajo vloge, ki vsebujejo vse z razpisom zahtevane podatke in dokazila in prispejo na Zbornico v predpisanem roku.

### 18. člen

Po poteku razpisnega roka komisija za odpiranje vlog hkrati odpre vse vloge, ki so do tedaj prispele.

Odpiranju vlog sme prisostvovati vsaka oseba, ki kandidira na razpisu.

Predsednik imenuje izmed zaposlenih na Zbornici eno ali več komisij za odpiranje vlog v postopku javnega razpisa specializacij.

Za vsako vlogo komisija za odpiranje vlog ugotovi, ali je pravočasna, ali jo je podala oseba, ki izpolnjuje v javnem razpisu določene pogoje in ali je popolna glede na besedilo javnega razpisa.

O odpiranju vlog se piše zapisnik.

Podatki o prijavljenih kandidatih za posamezno razpisano mesto so na voljo pri Zdravniški zbornici Slovenije v roku treh dni po preteku razpisnega roka.

Kandidati, ki so se v predpisanem roku prijavi na razpis, vendar se želijo preusmeriti, lahko prenesejo svojo prijavo za katerokoli drugo razpisano specializacijo še v roku 7 dni po preteku roka za prijavo.

Zbornica odloči o vlogah v dveh mesecih po preteku razpisnega roka. Odločbo o specializaciji izda Zbornica v upravnem postopku.

### 19. člen

Vloga je pravočasna, če na razpis prispe v roku in na način, ki ga določa ta pravilnik.

Vloga je popolna, če vsebuje vse sestavine, ki jih zahteva ta pravilnik.

Izpolnjevanje pogojev se ugotavlja na osnovi obveznih dokazil.

Če komisija za odpiranje vlog ugotovi, da je potrebno vlogo dopolniti, ker ne vsebuje vseh zahtevanih podatkov, obvesti kandidata o pomanjkljivostih in ga pozove, da jih odpravi v roku 3 dni in opozori na posledice, če jih ne bo pravočasno odpravil. Če pomanjkljivosti niso odpravljene, se vloga s sklepom zavrže. Predložena dokumentacija se vrne kandidatu.

**20. člen**

Po preteku tridnevnega roka iz prejšnjega člena komisija za odpiranje vlog pripravi skupno poročilo za ustrezne vloge, ki vsebuje šifro vloge, kandidata, vrsto specializacije ter regijo, za katero bi žele specializirati.

Kandidati ne morejo prisostvovati pripravi in sprejemanju poročila iz prvega odstavka tega člena na komisiji za odpiranje vlog.

**21. člen**

Na podlagi ugotovitev iz zapisnika o odpiranju vlog o prepoznih in nepopolnih vlogah ter vlogah, ki jih niso vložile upravičene osebe, predsednik Zbornice izda sklep, s katerim tako vlogo zavrže.

**22. člen**

Izbirni postopek za vse ustrezne vloge iz 20. člena pravilnika opravi Zbornica, ki za vsak razpis, vsako specializacijo, ki je razpisana, in vsako regijo, za katero se posamezna specializacija razpisuje, posebej imenuje izbirno komisijo.

Izbirna komisija je sestavljena iz treh članov in sicer:

- član sveta za izobraževanje ali komisije za specializacije,
- koordinator usposabljanja za določeno specialistično področje,
- predstavnik regije, za katero je razpisana specializacija.

Predstavnika regije imenuje regijski odbor.

Če se seje izbirne komisije ne udeleži eden izmed članov iz drugega odstavka tega člena, ki je bil v redu vabljen, lahko o posamezni vlogi izjemoma odloči tudi dvočlanska komisija. V dvočlanski komisiji mora biti obvezno prisoten predstavnik regije.

Izbirna komisija ocenjuje izpolnjevanje izbirnih meril in predlaga predsedniku:

- da vlogo zavrne,
- da vlogo odobri.

**23. člen**

Izbirna merila in sorazmerni delež možnega števila doseženih točk so:

- povprečna ocena dodiplomskega študija (do 20 točk),
- mnenje dosedanjih mentorjev kandidata (do 10 točk),
- kandidatovi dosedanja dosežki (do 20 točk),
- pet priporočil in referenc (do 30 točk),
- mnenje izbirne komisije na osnovi osebnega razgovora s kandidatom (do 20 točk).

Izbirna komisija predlaga predsedniku odobritev specializacije za tiste kandidate, ki so pri posamezni specializaciji dosegli največje število točk, ter za toliko kandidatov, kolikor je bilo pri posamezni specializaciji razpisanih prostih specializantskih mest.

**24. člen**

Izbirna komisija lahko predlaga zavrnitev specializacije prijavljenemu kandidatu tudi, kadar le-ta formalno izpolnjuje vse prej navedene pogoje, vendar:

- je pred tem brez utemeljenega razloga prekinil že odobreno specializacijo;
- mu je bila specializacija prekinjena v skladu z določili 42. člena tega pravilnika;
- je dosedanji mentor kandidata podal utemeljeno mnenje, da kandidat za določeno specializacijo ni primeren.

Preden izbirna komisija predlaga zavrnitev specializacije po določilih tega člena, mora biti kandidatu dana možnost, da o vseh odločilnih okoliščinah poda svoje mnenje. Komisija kandidatu lahko predlaga tudi preusmeritev v drugo specializacijo.

**25. člen**

Izbirna komisija ob koncu izbirnega postopka pripravi poročilo,

ki mora vsebovati tudi kratko obrazložitev vsebinskih razlogov za predlagano odobritev ali zavrnitev posamezne vloge.

**26. člen**

Na podlagi poročila izbirne komisije predsednik Zbornice izda eno odločbo o specializaciji za vse kandidate, ki so se prijavi na določeno specializacijo v določeni regiji.

Kandidat lahko vložijo pritožbo zoper odločbo iz prvega odstavka tega člena v roku 15 dni od prejema odločbe. O pritožbi odloča Ministrstvo za zdravje.

Ko postane odločba iz prvega odstavka tega člena pravnomočna, izda Zbornica posameznemu kandidatu, kateremu je bila specializacija odobrena, sklep, v katerem se določi datum začetka opravljanja specializacije in glavni mentor. Sklep se vroči izbranemu kandidatu in glavnemu mentorju. Izbranemu kandidatu se pošlje tudi list zdravnika specializanta in navodila za opravljanje specializacije, ki jih izda Zbornica.

**27. člen**

Po izdaji odločbe o specializaciji Zbornica pripravi za vsakega kandidata potek specializacije in opredeli specializantska delovna mesta, na katerih specializanti izvajajo posamezne dele specializacije.

## V. MENTORSTVO

**28. člen**

Ves čas specializacije ima specializant glavnega mentorja, na posameznih specializantskih delovnih mestih v poteku specializacije pa tudi neposredne mentorje.

Naloge glavnega mentorja so naslednje:

1. pred začetkom specializacije pisno predlaga Zbornici individualiziran program specializacije za svojega specializanta,
2. usklajuje in nadzira potek specializacije ter s tem zagotavlja, da specializacija poteka po programu,
3. sodeluje z neposrednimi mentorji in spremlja njihovo delo,
4. ocenjuje napredovanje znanja specializanta,
5. predlaga podaljšanje določenega dela specializacije, če ugotovi, da specializant v predvidenem času ni pridobil zadostnega obsega znanja in veščin,
6. organizira skupinske oblike izobraževanja specializantov.

Neposredni mentor usposablja in nadzira specializanta na delovnem mestu in poroča glavnemu mentorju o napredovanju znanja specializanta. Poleg tega sodeluje pri skupinskih oblikah usposabljanja specializantov.

Pravice glavnega in neposrednega mentorja so:

- zagotovljen čas za delo z vsakim specializantom v skladu s programom mentorskega dela,
- zagotovljen čas za dodatno usposabljanje v trajanju 2 delovnih dni na leto.

**29. člen**

Seznam glavnih in neposrednih mentorjev za vsako leto določi Zbornica na predlog pooblaščenih izvajalcev ali svojih strokovnih sodelavcev.

Glavni mentor je izbran izmed zdravnikov z učiteljskim nazivom, nazivom svetnika ali višjega svetnika in primarija in sicer s strokovnega področja, na katerem poteka specializacija. Glavni mentor je lahko tudi specialist z najmanj petimi leti praktičnih izkušenj na svojem področju po opravljenem specialističnem izpitu. Glavni mentor lahko istočasno skrbi za največ tri specializante.

Neposredni mentor je praviloma specialist določene specialnosti, pri dejavnostih, ki jih izvajajo tudi nezdravniki, pa je lahko tudi

drug strokovnjak. Izjemoma in za ozko opredeljene dejavnosti je lahko neposredni mentor tudi starejši specializant. Neposrednega mentorja specializantu določi pooblaščen izvajalec na predlog glavnega mentorja s seznama neposrednih mentorjev.

### 30. člen

Zbornica lahko glavnega ali neposrednega mentorja razreši mentorstva v naslednjih primerih:

- zaradi nespoštovanja ali neizpolnjevanja mentorskih dolžnosti (na predlog specializanta ali zavoda, v katerem je mentor zaposlen, in po predhodnem mnenju nadzornika kakovosti);
- če mentor sam zahteva razrešitev.

Zbornica mora pred sprejemom sklepa o razrešitvi seznaniti mentorja z razlogi za razrešitev in mu dati možnost, da se o njih izjavi v 8 dneh. V primeru, če se mentor ne izjavi, se domneva, da se z navedbami strinja.

Zoper sklep o razrešitvi ima mentor pravico do pritožbe v roku 15 dni od vročitve sklepa o razrešitvi, če meni, da je bil kršen postopek razrešitve in da je ta kršitev bistveno vplivala na odločitev ali da niso podani razlogi za razrešitev, določeni v prvem odstavku tega člena. Pritožba ne zadrži izvršitve.

O pritožbi odloča izvršilni odbor Zbornice.

Specializantu, čigar mentor je bil s sklepom organa prve stopnje razrešen, Zbornica postavi začasnega mentorja za dobo največ 6 mesecev. V tem roku Zbornica specializantu določi novega mentorja.

## VI. UPRAVLJANJE KAKOVOSTI IZVAJANJA SPECIALIZACIJ, NADZORNIKI KAKOVOSTI IN KOORDINATORJI SPECIALIZACIJ

### 31. člen

Celovito upravljanje kakovosti specialističnega podiplomskega usposabljanja zdravnikov delimo na:

1. zagotavljanje kakovosti programov posameznih specializacij,
2. upravljanje kakovosti izvajanja programov.

Postopke celovitega upravljanja kakovosti specialističnega podiplomskega usposabljanja zdravnikov organizira, vodi in usklajuje Zbornica.

### 32. člen

Za zagotavljanje kakovosti programov so odgovorni njihovi pripravjalci, strokovna združenja in sekcije Slovenskega zdravniškega društva, ki določijo programe v sodelovanju s katedrami medicinske fakultete. Ta strokovna telesa so odgovorna tudi za posodabljanje oziroma dopolnitve veljavnih programov.

### 33. člen

Z namenom upravljanja kakovosti specialističnega podiplomskega usposabljanja Zbornica:

- določa kriterije in kazalce kakovosti za stalno in občasno spremljanje kakovosti izvajanja programov specializacij,
- skrbi za ustrezno kakovost strokovne in pedagoške usposobljenosti glavnih in neposrednih mentorjev,
- izvaja usklajevalne aktivnosti za kakovostno delo mentorjev v okvirih dejavnosti pooblaščenih izvajalcev,
- imenuje koordinatorje specializacij po posameznih specialističnih področjih, usklajuje in podpira njihovo stalno kakovostno delo,
- imenuje nadzornike kakovosti za posamezne skupine specializacij, usklajuje njihovo delovanje in jim za izpolnjevanje določenih nalog nudi ustrezno podporo.

### 34. člen

Nadzornike kakovosti za posamezne skupine specializacij imenuje Zbornica s seznama glavnih mentorjev. Njihove naloge na področju zagotavljanja kakovostnega izvajanja programov specializacije so:

- usmerjanje in usklajevanje delovanja glavnih mentorjev in koordinatorjev specializacij,
- spremljanje izvajanja in redni strokovni nadzori kakovosti izvajanja specializacij pri pooblaščenih izvajalcih (na 1 do 3 leta),
- zbiranje in oblikovanje predlogov za izboljševanje kakovosti izvajanja specializacij,
- sodelovanje pri reševanju pritožb v zvezi z izvajanjem programov specializacij.

### 35. člen

Koordinatorje specializacij za vsako specialistično področje imenuje Zbornica. Njihove naloge so:

- sodelovanje v izbirni komisiji,
- pregledovanje vlog za vštevanje predhodnega usposabljanja ali dela posameznega specializanta v program specializacije,
- sodelovanje pri pripravi individualiziranega programa poteka specializacije za posameznega specializanta,
- sodelovanje pri organiziranju skupinskih oblik izobraževanja specializantov,
- vzpostavljanje in vzdrževanje ustrezne ravni kakovosti usposabljanja posameznih specializantov in izvajanja specializacij v pooblaščenih ustanovah,
- spremljanje napredovanja usposabljanja posameznih specializantov in sprotnega preverjanja znanja, kot ga opredeljuje program specializacije,
- pregledovanje izpolnjenih listov zdravnika specializanta ob vlogah za opravljanje specialističnega izpita,
- sodelovanje pri reševanju pritožb v zvezi z izvajanjem programov specializacij.

## VII. TRAJANJE IN POTEK SPECIALIZACIJE

### 36. člen

Specializacija se začne najkasneje z dnem, ki je določen v sklepu o specializaciji.

Kandidat, ki iz utemeljenega razloga ne more začeti specializacije do dne, določenega v sklepu o specializaciji, mora pred nastopom tega datuma pisno obvestiti Zbornico o razlogih. V primeru, da je razlog utemeljen, Zbornica kandidatu datum začetka, določenega v sklepu, ustrezno podaljša.

Kandidat, ki ne začne specializacije do dne, določenega v sklepu o specializaciji, in Zbornice o tem ne obvesti, izgubi pravico do opravljanja le-te. Kandidat lahko ponovno kandidira na novem razpisu za novo vlogo za isto ali drugo vrsto specializacije.

Obdobje, ki je v programu opredeljeno kot dolžina specializacije, je najkrajši čas, v katerem je mogoče opraviti program specializacije.

Dejansko traja specializacija tako dolgo, da kandidat pridobi znanje in veščine s celotnega področja specializacije v tolikšnem obsegu, da bo po zaključeni specializaciji in opravljenem specialističnem izpitu lahko opravljal samostojno delo.

Predlog za podaljšanje trajanja specializacije poda glavni mentor. O predlogu odloči Zbornica v roku 30 dni od vložitve predloga. Specializant se zoper to odločitev lahko pritoži na Ministrstvo za zdravje.



**37. člen**

Specializant lahko v času specializacije samostojno opravlja tista dela in storitve, za katere je usposobljen z dotlej pridobljeno formalno izobrazbo (zaključen študij s strokovnim izpitom, opravljen sekundarijat, opravljena druga specializacija), druge storitve s področja sedanje specializacije pa le po predhodnem pisnem pooblastilu ali pod neposrednim nadzorom mentorja.

Podpis mentorja v listu zdravnika specializanta, ki v skladu z določilom 43. člena tega pravilnika potrjuje, da je specializant pridobil ustrezno znanje, izkušnje in veščine določenega dela programa, obenem pomeni, da je specializant usposobljen in odgovoren za opravljanje teh del in storitev.

**38. člen**

Specializacija poteka v okviru polnega delovnega časa, pod enakimi pogoji, kot to velja za redno delo pri pooblaščenem izvajalcu.

Specializant se v času specializacije vključuje v opravljanje dežurne službe pod naslednjimi pogoji:

1. predhodno mora tri mesece štirikrat na mesec dežurati pod nadzorstvom specialista;
2. v ustanovi, kjer bo opravljal dežurno službo, morajo interno preveriti njegovo znanje s področja urgentnih stanj ustrezne specialnosti, izmed treh članov komisije morata vsaj dva izpraševalca redno opravljati delo v času dežurstva in izpolnjevati pogoje za imenovanje za glavnega mentorja s specialističnega področja, za katerega je dežurstvo namenjeno;
3. izpitna komisija izdela pisni zapisnik preizkusa in izda potrdilo o usposobljenosti za opravljanje dežurne službe, na osnovi katerega se izdela predlog za dežuranje vodstvu ustanove in glavnemu mentorju specializanta;
4. v času specializantovega opravljanja dežurne službe mora ustanova določiti nadzornega zdravnika - specialista za konzultacijo. Le-ta mora specializantu ves čas opravljanja dežurne službe omogočati posvetovanje.

**39. člen**

Redni letni dopust se všteva v čas specializacije.

Prekinitve specializacije zaradi bolezni, izrednega dopusta, izpolnjevanja vojaških obveznosti ipd., ki skupaj ne trajajo dlje kot dvajset delovnih dni v koledarskem letu, ne podaljšujejo celotnega trajanja specializacije.

Pri daljši odsotnosti zaradi bolezni, porodniškega dopusta ali drugih opravičljivih obveznostih se čas specializacije ustrezno podaljša.

V primeru, da je prekinitve specializacije daljša od 3 let, o možnosti nadaljevanja že začete specializacije odloči Zbornica.

**40. člen**

Specializant, ki se želi preusmeriti iz že odobrene specializacije v drugo specializacijo, ponovno kandidira na javnem razpisu za novo specializacijo. V primeru odobritve nove specializacije se z odločbo o odobritvi le-te odloči tudi o prenehanju prej odobrene specializacije. O priznanju že opravljenih kroženj odloči Zbornica.

**41. člen**

Zdravniku specializantu se lahko program opravljenega sekundarijata po končanem pripravništvu delno ali v celoti všteva v program specializacije. Odločitev o tem sprejme Zbornica na predlog specializantovega glavnega mentorja.

V čas specializacije se lahko šteje tudi drugo izobraževanje in usposabljanje ali delo, če je bilo le-to v tem času skladno s programom specializacije, ki velja v Republiki Sloveniji. O skladnosti programov in priznanju dobe in vsebine specializacije, opravljene v času tako

opravljenega dela oziroma usposabljanja odloča Zbornica.

**42. člen**

Če glavni mentor ugotovi, da specializant brez opravičljivih razlogov ne opravlja svojih obveznosti po programu specializacije, mora najkasneje po šestih mesecih in po predhodnem pisnem opozorilu specializantu, Zbornici predlagati prenehanje specializacije. O predlogu odloči Zbornica, ko se seznanj s pojasnili glavnega mentorja in specializanta. Zoper odločitev Zbornice se specializant ali glavni mentor lahko pritožita na Ministrstvo za zdravje.

**43. člen**

Opravljanje posameznih delov programa in posegov se v času specializacije potrjuje v listu zdravnika specializanta. To je dokument, v katerem mentorji potrdijo, da je specializant opravil predpisani del programa tako, da je pridobil ustrezno znanje, izkušnje in veščine.

## VIII. PREVERJANJE ZNANJA IN SPECIALISTIČNI IZPIT

**44. člen**

Doseženo raven znanja in obvladovanja večšin mentorji preverjajo med potekom specializacije.

**45. člen**

Specializant, ki opravi predpisan program, lahko pristopi k specialističnemu izpitu.

Specializant vlogo za opravljanje specialističnega izpita naslovi na Zbornico. K vlogi priloži ustrezno izpolnjen list zdravnika specializanta, izjavo glavnega mentorja o pripravljenosti kandidata na specialistični izpit in morebitne druge dokumente, ki jih predvideva program specializacije.

Opravljanje specialističnega izpita odobri Zbornica.

**46. člen**

Če specializant izpolnjuje vse pogoje za opravljanje specialističnega izpita, Zbornica v tridesetih dneh po prejemu vloge izda odločbo, v kateri določi izpitno komisijo ter čas in kraj opravljanja specialističnega izpita. Datum izpita se predhodno uskladi s člani izpitne komisije, rok za izpit pa ne sme biti prej kot v petnajstih dneh od dneva vročitve odločbe. Odločba se pošlje kandidatu, članom izpitne komisije in glavnemu mentorju.

Na utemeljeno prošnjo kandidata lahko predsednik komisije preloži izpit za največ petnajst dni. V vsakem drugem primeru se izpit ponovno razpiše.

**47. člen**

V kolikor program specializacije ne določa drugače, se specialistični izpit opravlja pri pooblaščenem izvajalcu.

**48. člen**

Tričlanska izpitna komisija je sestavljena iz predsednika in dveh članov. Zapisnikarja, ki je zdravnik, določi predsednik izpitne komisije. Predsednik in člani izpitne komisije morajo imeti naziv učitelja medicinske fakultete, višjega svetnika ali svetnika. Član izpitne komisije je lahko tudi specialist z najmanj desetimi leti izkušenj na svojem področju. Komisija je lahko tudi mednarodna. Predsednik izpitne komisije mora biti specialist ali strokovnjak tiste specialnosti, s področja katere se opravlja specialistični izpit.

Predsednik izpitne komisije mora praviloma imeti dolgoletne izkušnje s preverjanjem znanja na specialističnih izpiti.

Seznam članov izpitnih komisij pripravi Zbornica v sodelovanju z medicinsko fakulteto, strokovnimi združenji in sekcijami Slovenskega zdravniškega društva.

Izpitu praviloma prisostvuje tudi glavni mentor, vendar ne more sodelovati pri delu izpitne komisije.

#### 49. člen

Specialistični izpit obsega teoretični in praktični del.

#### 50. člen

Izpitna komisija odloča z večino glasov.

Uspeh kandidata na izpitu se ocenjuje z: "opravil" ali "ni opravil". Če kandidat pokaže izjemno, nadpovprečno znanje, lahko izpitna komisija oceni njegovo znanje z oznako "s pohvalo".

#### 51. člen

Če kandidat ni opravil izpita, lahko izpitna komisija predpiše podaljšanje specializacije in postavi še druge posebne zahteve za nadaljevanje.

Specializacija se lahko podaljša za najmanj tri mesece in največ dve leti.

#### 52. člen

Če kandidat neopravičeno ne pride na izpit ali odstopi od že pričete izpita, se šteje, da izpita ni opravil.

Če kandidat ne pride na izpit iz opravičljivega razloga, se mora k izpitu ponovno prijaviti in obenem utemeljiti svojo odsotnost na prvem roku. Če je razlog utemeljen, o čemer presodi Zbornica, se šteje, da se kandidat prvič prijavlja na izpit.

#### 53. člen

Kandidat, ki drugič ne opravi izpita, izgubi pravico do nadaljnje opraviljanja izpita v tekočem letu.

#### 54. člen

Zoper odločitev izpitne komisije se specializant lahko pritoži Zbornici v osmih dneh po opravljanju izpita.

#### 55. člen

O poteku izpita se piše zapisnik na predpisanem obrazcu, katerega vzorec je priloga tega pravilnika. Zapisnik vodi zapisnikar, podpisujejo ga vsi člani komisije. Zapisnik se izroči kandidatu in Zbornici najkasneje v sedmih dneh po končanem izpitu.

#### 56. člen

Kandidatu, ki opravi specialistični izpit, izda Zbornica potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu in mu z njim podeli naziv specialista ustrezne specialnosti. Vzorec potrdila je priloga tega pravilnika. Potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu podpisujejo predsednik sveta (za zobozdravnike predsednik odbora za zobozdravstvo), predsednik Zbornice in predsednik izpitne komisije.

Po izdaji potrdila in na podlagi vloge Zbornica izda specialistu licenco za opravljanje specialnosti.

Naziv specialist za nefrologijo, specialist za gastroenterologijo, specialist za pnevmologijo in specialist za internistično onkologijo lahko pridobijo specialisti za interno medicino, ki so na teh kliničnih področjih delali najmanj 6 let in so opravili vse s programom specializacije predpisane posege.

Naziv specialist za travmatologijo, specialist za torakalno kirurgijo, specialist za kardiovaskularno kirurgijo, specialist za abdominalno kirurgijo, specialist za plastično, rekonstrukcijsko in estetsko kirurgijo in specialist za nevrokirurgijo lahko pridobijo specialisti za splošno kirurgijo, ki so na teh kliničnih področjih delali najmanj 6 let in so opravili vse s programom specializacije predpisane posege.

Naziv specialist za ortopedsko kirurgijo lahko pridobijo specialisti za ortopedijo, ki so na tem kliničnem področju delali najmanj 6 let in so opravili vse s programom specializacije predpisane posege.

Naziv specialist za otroško in mladostniško psihiatrijo lahko pridobijo specialisti za psihiatrijo, ki so na tem kliničnem področju de-

lali najmanj 6 let in so opravili vse s programom specializacije predpisane posege.

Postopek in pogoje pridobitve naziva določi Zbornica v soglasju z ministrom.

#### 57. člen

Specialistični naziv, pridobljen v tujini, se prizna, če program specializacije v tujini ustreza programu, ki velja v Republiki Sloveniji.

O pogojih za priznanje specializacije na podlagi prvega odstavka odloči Zbornica.

Specialistični naziv, pridobljen v državah članicah Evropske unije, se prizna po postopku in v skladu s pogoji, ki jih določajo Zakon o opravljanju zdravstvenih poklicev v Republiki Sloveniji za državljane drugih držav članic Evropske unije, mednarodne pogodbe in direktive Evropske unije.

## IX. SPECIALIZACIJE TUJIH DRŽAVLJANOV

#### 58. člen

Tuj državljan lahko v Republiki Sloveniji opravlja specializacijo pod pogoji in v skladu s postopkom, ki so določeni z zakonom in s tem pravilnikom ter po programu, ki velja za državljane Republike Slovenije.

#### 59. člen

Za tuje državljane veljajo enake določbe glede vsebine in poteka specializacije ter opravljanja izpita, kakor za slovenske državljane.

## X. FINANCIRANJE SPECIALIZACIJ

#### 60. člen

Višino šolnine za specializacijo samoplačnikov in stroške izpita določi Zbornica v soglasju z ministrom za zdravje.

## XI. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

#### 61. člen

Z dnem uveljavitve tega pravilnika se preneha uporabljati pravilnik 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, 7/02 in 43/02).

#### 62. člen

Programi specializacij, ki so del priloge št. 1A in 1B tega pravilnika, se ne objavljajo v Uradnem listu RS in so vsem na vpogled na sedežu Zbornice in na spletni strani Zbornice.

#### 63. člen

Določba drugega odstavka 13. člena in tretjega odstavka 57. člena se začeta uporabljati z dnem pristopa Republike Slovenije k Evropski uniji.

#### 64. člen

Ta pravilnik stopi v veljavo osmi dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Soglašam:

*prof. dr. Dušan Keber, dr. med., l. r.*  
Minister za zdravje RS

*prim. Anton Židanik, dr. med., l. r.*  
Predsednik skupščine Zdravniške zbornice Slovenije

## DELO ZBORNICE

## Priloga št. 1A:

zap. št.	Vrste specializacij	trajanje v letih	datum sprejetja	organ sprejetja	uporaba od dne
1	Abdominalna kirurgija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
2	Anatomska patologija in citopatologija	5	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
3	Anesteziologija, reanimatologija in perioperativna intenzivna medicina	6	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
4	Dermatovenerologija	4	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
5	Družinska medicina	4	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
6	Fizikalna in rehabilitacijska medicina	5	29-mar-2001	ZZS	1-maj-2001
7	Gastroenterologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
8	Ginekologija in porodništvo	5	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
9	Infektologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
10	Interna medicina	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
11	Internistična onkologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
12	Javno zdravje	4	20-mar-2002	ZZS	1-maj-2002
13	Kardiovaskularna kirurgija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
14	Klinična genetika	6	29-mar-2001	ZZS	1-maj-2001
15	Klinična mikrobiologija	5	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
16	Maksilofacialna kirurgija	6	22-maj-2003	ZZS	1-jul-2003
17	Medicina dela, prometa in športa	4	29-mar-2001	ZZS	1-maj-2001
18	Nefrologija	6	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
19	Nevrokirurgija	6	22-maj-2003	ZZS	1-jul-2003
20	Nevrologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
21	Nuklearna medicina	5	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
22	Oftalmologija	4,5	29-mar-2001	ZZS	1-maj-2001
23	Ortopedska kirurgija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
24	Otorinolarinologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
25	Otroška in mladostniška psihiatrija	5	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
26	Pediatrija	5	20-mar-2002	ZZS	1-maj-2002
27	Plastična, rekonstrukcijska in estetska kirurgija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
28	Pnevmologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
29	Psihiatrija	5	9-maj-2000	ZZS	1-jun-2000
30	Radiologija	5	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
31	Radioterapija in onkologija	4	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
32	Sodna medicina	5	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
33	Splošna kirurgija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
34	Torakalna kirurgija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
35	Transfuzijska medicina	5	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
36	Travmatologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000
37	Urologija	6	4-apr-2000	ZZS	1-jun-2000

## Priloga št. 1B:

zap. št.	Vrste specializacij	trajanje v letih	datum sprejetja	organ sprejetja	uporaba od dne
1	Čeljustna in zobna ortopedija	3	9.maj. 2000	ZZS	1.jun.2000
2	Maksiofacialna kirurgija	6	22.maj.2003	ZZS	1.jul.2003
3	Oralna kirurgija	4	26.okt.2000	ZZS	1.dec.2000
4	Otroško in preventivno zobozdravstvo	3	9. maj 2000	ZZS	1. jun.2000
5	Paradontologija	3	9.maj.2000	ZZS	1.jun.2000
6	Stomatološka protetika	3	9.maj.2000	ZZS	1.jun.2000
7	Zobne bolezni in endodologija	3	9.maj.2000	ZZS	1.jun.2000

Priloga št. 2:

Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor, Tel.: \*\*386/1/30-72-162, Faks: \*\*386/1/30-72-169

# ZAPISNIK

## o specialističnem izpitu

### št.

Strokovna medicinska specialnost:

Specialistični izpit je opravljal/-a:

Datum in kraj rojstva:

**Datum izpita:**

Trajanje izpita (od-do):

Kraj opravljanja izpita:

Izpit je kandidat/-ka opravljal/-a pred komisijo v sestavi:

**predsednik:**

**član:**

**član:**

**zapisnikar:**

Kandidatu/-ki je opravljanje specialističnega izpita odobril svet za izobraževanje Zdravniške zbornice Slovenije z isto odločbo, s katero je bila imenovana tudi izpitna komisija.

Kandidatu/-ki JE - NI bil predpisan pisni del specialističnega izpita.

Kandidat/-ka je na izpitu dobil/-a naslednja vprašanja:

Praktični del: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Teoretični del: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Po končanem izpraševanju je komisija odločila ter kandidatu/-ki sporočila, da

JE - NI opravil/-a specialistični izpit.

JE opravila izpit s pohvalo

Predsednik izpitne komisije: Podpis: \_\_\_\_\_

Člana izpitne komisije: Podpis: \_\_\_\_\_

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

Zapisnikar: Podpis: \_\_\_\_\_

**Priloga št.3:**

Številka:

Datum:

Na podlagi 16. in 17. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 98/99, 67/02, 15/03) in Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij (Uradni list RS, št. 59/03) Zdravniška zbornica Slovenije izdaja

# POTRDILO O OPRAVLJENEM SPECIALISTIČNEM IZPITU

---

(ime in priimek)

rojen/-a \_\_\_\_\_

je dne \_\_\_\_\_

opravil/-a specialistični izpit iz

---

in pridobil/-a strokovni naslov

**SPECIALIST ZA** \_\_\_\_\_

ter s tem naslovom povezane pravice in dolžnosti.

Predsednik izpitne komisije

Predsednik sveta za izobraževanje zdravnikov  
Zdravniške zbornice Slovenije

Predsednik Zdravniške zbornice  
Slovenije

# Smernice za obravnavo bolnika s sarkoidozo

Stanislav Šuškovič, Mitja Košnik, Katarina Osolnik, Andrej Debeljak, Matjaž Fležar, Izidor Kern, Aleksandra Kraut, Rok Cesar, Manca Žolnir Dovč, Ema Mušič, Jurij Šorli

## Uvod

Smernice je sprejelo Združenje pnevmologov Slovenije na sestanku 7. aprila 2001. Smernice temeljijo na podobnih dokumentih, ki so jih leta 1999 sprejele ATS (Ameriško torakalno društvo), ERS (Evropsko respiratorno društvo) in WASOG (Svetovno združenja za sarkoidozo in druge granulomatoze) (1).

## Oprelitev sarkoidoze

Sarkoidoza je večorganska bolezen neznanega vzroka. Običajno zbolijo mladi in odrasli srednjih let. Pogosto so obojestransko prizadete hilusne bezgavke, pljuča, oči in koža. Jetra, vranica, bezgavke, žleze slinavke, srce, živčni sistem, mišice in drugi organi so prizadeti redkeje. Za postavitev diagnoze so potrebne klinične in radiološke ugotovitve, podprte s histološkim dokazom nekazeoznih epitelioidnoceličnih granulomov. Ob tem je potrebno izključiti znane vzroke za nastanek granulomov in lokalno sarkoidno reakcijo. Potek in prognoza sta odvisna od pojavnosti oblike in teže bolezni.

## Patologija sarkoidoze

### Patomorfološke spremembe

V najzgodnejši fazi bolezni je prisotna v pljučih prehodna žarišča na blaga limfocitna infiltracija. Za sarkoidozo je sicer značilno granulomsko vnetje. Granulomi, ki se razvijejo v vseh prizadetih organih in tkivih, so majhni, dobro oblikovani, sestavljeni iz epitelioidnih celic in ponavadi nimajo centralne nekroze (sarkoidni tip granuloma). Epitelioidne celice so diferencirane celice monocitno-makrofagnega porekla in imajo razvito sekretorno funkcijo. Iz njih nastanejo v procesu fuzije mnogojedrne velikanke Langhansovega ali tujkovega tipa. Diferenciacija "makrofagov" v epitelioidne celice poteka pod vplivom citokinov in ob sodelovanju limfocitov T CD4+ (Th 1 odgovor), ki so v centru granuloma. V mnogojedrnih velikanah najdemo vključke: Schaumannova telesca (kalcinacije lizosomskega porekla) in asteroidna telesca (citoskeletni agregati iz vimentina in mikrotubulov). Ob robu granuloma so manj številni limfociti T CD8+ in antigen predstavljene celice.

V procesu sanacije vnetja granulomi lahko izginejo ali pa fibrozirajo. Zabrazgotinjen granulom sčasoma hialinizira. Obsežna pljučna sarkoidoza je lahko vzrok pljučne fibroze, ki se konča s satastimi pljuči. V pljučih so granulomi razporejeni vzdolž limfatičnih poti.

Prizadet je lahko katerikoli organ.

V **citoloških vzorcih** iz pljuč in intratorakalnih bezgavk lahko najdemo skupke epitelioidnih celic, mnogojedrne velikanke in limfocite.

**Spremembe v bronhoalveolarnem izpirku (BAI)** odražajo vnetno dogajanje v pljučih. Koncentracija celic je lahko povečana (pov-

preče 237 celic/ml, razpon od 75 do 790 celic/ml). Prisotna je limfocitoza (povprečje 27 odstotkov, razpon od 2 do 80 odstotkov) s povečanim razmerjem med limfociti CD4/CD8 T (povprečno 5,4, razpon od 0,3 do 29,7). Govorimo o CD4 limfocitnem alveolitisu.

### Patomorfološka diagnoza

Diagnoza pljučne sarkoidoze je klinična in podprta s histološkim dokazom značilno razporejenih granulomov (praviloma) brez nekroze ter z izključitvijo drugih vzrokov granulomskega vnetja. Citološka diagnoza granulomskega vnetja v pljučih in bezgavkah ne zadošča za postavitev diagnoze sarkoidoze. Vrednost BAI pri diagnosticiranju sarkoidoze je manjša. Po podatkih analize rezultatov v KOPA Golnik je občutljivost razmerja CD4/CD8 5 za diagnozo sarkoidoze manjše od 50 odstotkov pri specifičnosti nad 90 odstotkov. V primeru velike predtestne verjetnosti sarkoidoze je vrednost tega testa lahko diagnostična. Pregledovanje BAI pri bolniku s sarkoidozo nam pomaga ugotovljati intenzivnost vnetnega dogajanja v pljučih. Pri inaktivni sarkoidozi in razvoju pljučne fibroze je delež limfocitov manjši, razmerje CD4/CD8 se normalizira, večja pa se delež nevtrofilcev (2).

### Patomorfološka diferencialna diagnoza

Granulomsko vnetje v pljučih je pogost morfološki vzorec reakcije. Z dodatnimi barvanji za prikaz mikroorganizmov, v našem okolju predvsem mikobakterij, izključujemo možnost okužbe. Možnost berilioze temelji predvsem na anamnestičnih podatkih o izpostavljenosti. Senzibilizacijo potrdimo s testom spodbujanja limfocitov in vitro iz vzorca bronhoalveolarnega izpirka. Pri hipersenzitivnem pnevmonitisu najdemo redke, manjše, slabše oblikovane granulome brez nekroze, ob katerih sta izrazita kronična intersticijska vnetna infiltracija in obliterativni bronhiolitisi, ki nista značilna za sarkoidozo. Razporeditev sprememb je limfatična pri sarkoidozi in bronhocentrična pri hipersenzitivnem pnevmonitisu. Z mikroskopskim pregledom tkivnega vzorca v polarizaciji diagnosticiramo tal-kovo granulomatozo. Nekrotizirajoča sarkoidna granulomatoza je morda posebna in redka oblika sarkoidoze. Gre za obsežen konglomerat granulomov brez nekroze, ki ga spremljata vaskulitis in žariščna parenhimska nekroza (med granulomi).

Sarkoidna reakcija je granulomsko vnetje, ki se razvije v pljučih ali regionalnih bezgavkah ob neoplastičnem procesu (pljučni rak, limfomi).

V bronhoalveolarnem izpirku ugotovljen CD 4 limfocitni alveolitis lahko najdemo tudi pri beriliozi, azbestozi, tuberkulozi, idiopatski pljučni fibrozi in hipersenzitivnem pnevmonitisu.

## Etiologija in patogeneza sarkoidoze

Kaže, da je sarkoidoza posledica izpostavljenosti genetsko občutljivih oseb specifičnim dejavnikom iz okolja. Manj verjetna se zdi

hipoteza, da je sarkoidoza avtoimunska bolezen (3).

#### Vloga genetskih faktorjev

Rasa je pomemben dejavnik tveganja nastanka sarkoidoze in ravneza poteka bolezni. Bolezen se včasih pojavlja v družinah. Sarkoidoza je pogostejša pri ljudeh z določenimi histokompatibilnostnimi antigeni.

#### Vloga povzročiteljev iz okolja

Čeprav je vzrok sarkoidoze neznan, se seznam možnih povzročiteljev širi:

- Okužbe: virusi (herpes, Epstein-Barr, retrovirusi, coxsackie B virus, citomegalovirus), Borrelia burgdorferi, Propionibacterium acnes, M. tuberculosis in druge mikobakterije, Mycoplasma
- Anorganske snovi: aluminij, cirkonij, smuček
- Organske snovi: cvetni prah bora, glina

#### Imunopatogeneza sarkoidoze

Izgleda, da sarkoidni granulomi nastanejo kot odgovor na vztrajen in slabo razgradljiv antigen, ki v bolnem organu spodbudi oligoklonalen TH1 tip T-celičnega imunskega odziva. Limfociti T s T-celičnim receptorjem  $\alpha\beta$  (TCR) prepoznajo peptidne antigene, ki jih jim (vgrajene v molekule MHC) predstavi antigen predstavitevna celica (APC).

Zaradi stalnega spodbujanja makrofagi in limfociti sproščajo vnetne mediatorje in kemotaktične citokine (TNF- $\alpha$ , IL-8, IL-12, IL-15, IL-16, IP-10 in RANTES). Ti pritegnejo še druge spominske limfocite CD4 iz periferne krvi v bolni organ in prispevajo k tvorbi granuloma. IL-2 spodbudi tudi proliferacijo limfocitov T in situ.

Nobena raziskava še ni pojasnila, zakaj pljučna prizadetost v sklopu sarkoidoze pri nekaterih bolnikih vztraja, pri drugih pa ne, niti, zakaj včasih preide v fibrozo.

## Klinična slika sarkoidoze

#### Nespecifične manifestacije

Zvišano telesno temperaturo, utrujenost, hujšanje, slabost in nočno potenje ugotovimo pri tretjini bolnikov. Sarkoidoza je lahko vzrok povišane temperature nejasnega vzroka.

#### Ugotovitve, vezane na posamezne organe

**Pljuča** so prizadeta pri več kot 90 odstotkih bolnikov. Simptomi so prisotni pri 30 do 50 odstotkih bolnikov: naduha, kašelj, torakalna bolečina, hemoptize (redko). Avskultatorni izvid nad pljuči je večinoma normalen.

**Limfni sistem:** pri tretjini bolnikov s sarkoidozo otipamo povečane obodne bezgavke.

**Srce:** klinično se prizadetost miokarda kaže pri 5 odstotkih bolnikov z benignimi aritmijami ali bloki prevajanja, lahko pa celo z nenadno srčno smrtjo. EKG-posnetek je pogosto brez posebnosti. 24-urni Holter lahko pokaže ventrikularno tahikardijo, motnje prevajanja ali ventrikularne izredne utripe. UZ srca, ki ga naredimo bolnikom s sarkoidozo, ki imajo sumljive spremembe v EKG, lahko pokaže diastolno disfunkcijo ali hipertrofijo miokarda. Scintigrafija s Talijem-201 je občutljivejša za prikaz motenj segmentnih kontrakcij na mestih granulomskih sprememb ali brazgotini srčne mišice. Pri patološkem izvidu scintigrafije s talijem je potrebno opraviti koronarografijo zaradi izključitve prizadetosti koronarnih arterij. Pri asimptomatskih bolnikih s sarkoidozo in s patološkim izvidom talijeve scintigrafije je tveganje srčne odpovedi ali nenadne srčne smrti majhno. Biopsija endomiokarda lahko pokaže granulome, vendar je zaradi njihove nehomogene razporeditve njena diagnostična vred-

nost majhna. Pri bolnikih s sarkoidozo, ki imajo srčno simptomatiko, spremembe v EKG ali patološki izvid talijeve scintigrafije, ravnamo, kot da imajo prizadeto srce v sklopu sarkoidoze, tudi če endomiokardna biopsija ne pokaže granulomov.

**Jetra:** granulome najdemo pri vsaj 50 do 80 odstotkih jetrnih biopsij. Jetra so povečana le v manj kot 20 odstotkih. Pogoste so patološke vrednosti jetrnih testov. Odpoved jeter je izjema.

**Koža:** prizadetost kože ugotavljamo pri 25 odstotkih bolnikov. Nodozni eritem je značilnost akutne sarkoidoze. Ob biopsijah teh sprememb ne najdemo granulomov, temveč panikulitis. Nodozni eritem običajno izzveni v 6 do 8 tednih. Ponavljajoče epizode so redke. Loefgrenov sindrom: nodozni eritem, zvišana temperatura, bilateralna hilusna limfadenopatija, artralgijske. Lupus pernio je značilnost kronične sarkoidoze in predstavlja indurirane plake, združene z depigmentacijo nosu, brade, ustnic in ušes. Pogosto je prizadeta tudi nosna sluznica. Lupus pernio je rad združen s kostnimi cistami in pljučno fibrozo. Potek bolezni z lupus pernio je prolongiran, spontane remisije so redke.

**Oči** so prizadete pri 20 odstotkih bolnikov. Videvamo iridociklitis, horioretinitis, keratokonjunktivitis in konjunktivalne folikle. Nezdravljena sarkoidoza oči lahko povzroči sekundarni glavkom, katarakto in oslepitev.

**Nevrosarkoidoza:** klinično razpoznavna prizadetost CZS se pojavi pri 5 odstotkih bolnikov s sarkoidozo. Predilekcijsko mesto je baza možganov (prizadetost hipotalamusa, hidrocefalus, limfocitni meningitis). Akutna prizadetost možganskih živcev: pareza facialisa. Periferne nevropatije in prizadetost živčnomišičnega sistema se pojavljajo kasneje v poteku bolezni in nakazujejo kroničen potek.

**Mišično-skeletni sistem:** sklepane bolečine ima 25 odstotkov bolnikov. Deformantni artritis je redek. Najpogosteje prizadeti sklepi so kolena, gležnji, komolci, zapestja in majhni sklepi rok in nog. Difuzni granulomatozni miozitis kaže na napredujočo bolezen in je kazalec slabe prognoze. Ciste v kosteh se pojavljajo v povezavi s kroničnimi kožnimi spremembami.

**Gastrointestinalni trakt (GIT):** incidenca prizadetosti GIT je manj kot 1 odstotek. Največkrat je prizadet želodec.

**Hematološke spremembe:** pogostost anemije (Hb<110 g/l) se giblje med 4 in 20 odstotki bolnikov s sarkoidozo. Hemolitična anemija je redka. Levkopenija se pojavlja pri več kot 40 odstotkih bolnikov, vendar je redko huda. Levkopenija lahko odraža prizadetost kostnega mozga. Splenomegalija ali hipersplenizem sta zelo redka.

**Obušesne slinavke:** kombinacijo zvišane temperature, povečanih obušesnih slinavk, pareze facialisa in anteriornega uveitisa imenujemo Heerfordtov sindrom. Eno- ali obojestranski parotitis se pojavlja pri manj kot 6 odstotkih bolnikov.

**Endokrine manifestacije:** hiperkalcemija se pojavlja pri 2 do 10 odstotkih bolnikov. Hiperkalciurija je trikrat pogostejša. Povzroča ju kalcitriol, ki ga v sarkoidnih granulomih tvorijo aktivirani makrofagi. Lahko povzroča nefrokalcinozo, ledvične kamne in ledvično odpoved.

**Reprodukativni organi:** asimptomatski granulomi se lahko pojavijo v kateremkoli delu ženskega reprodukativnega sistema, vključno z dojkami. Največkrat je prizadeta maternica. Moški reprodukativni sistem je redko prizadet.

**Ledvice:** sarkoidoza redko povzroča intersticijski nefritis kot posledico neposredne prizadetosti ledvic. Ledvična odpoved je večkrat posledica hiperkalcemije in nefrokalcinoze.

## Posebne situacije

### Sarkoidoza pri otrocih

Pri bolnikih, mlajših od 15 let, je distribucija prizadetosti organov enaka kot pri odraslih. Na sarkoidozo je potrebno misliti pri otrocih katerikoli starosti, ki imajo kožne izpuščaje, uveitis, limfadenopatijo in pljučno prizadetost. Prognoza bolezni pri otrocih je boljša kot pri odraslih.

### Sarkoidoza v nosečnosti

Sarkoidoza ne vpliva neugodno na potek nosečnosti, se pa bolezen lahko poslabša po porodu. Priporočeno je opraviti rentgenogram pljuč šest mesecev po porodu. Incidenca spontanih splavov in prirojenih nepravilnosti otrok bolnic s sarkoidozo se ne razlikuje od tiste pri zdravih materah.

### Sarkoidoza pri starostnikih

Veliko bolnikov s sarkoidozo doživi pozno starost, le redki pa prvič zbolijo po 65. letu starosti. Pri obravnavi teh bolnikov je pomembno, da se zavedamo, da so lahko malignomi pljuč, želodca, črevesja in maternice vzrok sarkoidne reakcije v regionalnih bezgavkah.

## Slikovne metode

**Pregledna slika - rentgenogram v dveh projekcijah** lahko pokaže povečane bezgavke v hilusih in mediastinumu in/ali spremembe v intersticiju. Pogosto je slika normalna. Če je asimetrična, je potrebna nadaljnja diagnostika.

### Rentgenska klasifikacija sarkoidoze:

- Stadij 0: rentgenogram pljuč brez patoloških sprememb
- Stadij I: bilateralna hilusna limfadenopatija, ki jo lahko spremlja tudi paratrahealna limfadenopatija
- Stadij II: bilateralna hilusna limfadenopatija in infiltrati v pljučnem parenhimu
- Stadij III: infiltrati v parenhimu brez hilusne limfadenopatije
- Stadij IV: napredovala fibroza z znaki satastih pljuč, trakcijo hilusov, bulami, cistami in emfizemom

### Računalniška tomografija (RT in HRCT)

- večja natančnost pri oceni bezgavk: razporeditev, velikost, simetrija: tipično so povečane bezgavke v obeh hilusih, nato paratrahealne, aortopulmonalne, subkarinalne in prevaskularne, ostale redkeje. Pogosto so kalcinirane ("egg-shell", centralno). Redko so asimetrične. Fibrozirajoči mediastinitis;
- natančnejša ocena intersticija: Granulomi, razporejeni perilimfatično, ob bronhovaskularnih ovojnicah, interlobularnih septih in pod plevro. Sledenje poteka bolezni in učinka zdravljenja;
- posnetki v izdihu pokažejo sliko ujetja zraka.

## Pljučna funkcija pri sarkoidozi

Granulomskih vnetij funkcijsko ne moremo (razen v zadnjem stadiju bolezni) enačiti z ostalimi difuznimi intersticijskimi procesi v pljučih. Razporeditev granulomov v pljučnem parenhimu je odločilna za izvid funkcijskih preiskav.

- Večina granulomov je subpleuralno in ob lobularnih septih ter ne vpliva pomembno na pljučno funkcijo. Sorazmerno malo granulomov je na ravni alveolokapilarne membrane.
- Peribronhiolarna distribucija povzroča ujetje zraka na ravni malih dihalnih poti.
- Perikapilarna distribucija povzroča kapilarno pljučno hiper-

tenzijo.

- Veliko število granulomov ali njihovo zlivanje zmanjšuje volumen pljuč (povzroča restrikcijo). Vzporedno s tem se običajno manjša difuzijska kapaciteta pljuč ( $DL_{CO}$ ). Trajno zmanjšanje difuzijske kapacitete običajno vidimo šele v tretjem stadiju bolezni, ko je že razvita pljučna fibroza.

**V prvem RTG-stadiju** je pljučna funkcija pogosto normalna. Le pri 20 odstotkih bolnikov je pljučna funkcija patološka. Lahko se pojavi ujetje zraka na ravni malih dihalnih poti (zmanjšanje srednjih ekspiracijskih pretokov, povečanje volumna zapiranja dihalnih poti, povečanje razmerja rezidualni volumen - RV/totalna pljučna kapaciteta - TLC). Pri endobronhialni sarkoidozi se lahko pokaže fiksna obstrukcija. Med ergospirometrijo lahko izmerimo povečan alveolararterijski gradient za kisik brez desaturacije.

**V drugem RTG-stadiju** so spremembe lahko popolnoma enake kot v prvem stadiju, najpogosteje pa se nakazuje zmanjšanje pljučnih volumnov (zmanjšanje vitalne kapacitete - VC) in vzporedno tudi  $DL_{CO}$ . Pogosto zmanjšanje ni večje kot 25 odstotkov norme (vrednosti na spodnji meji normalnega intervala). Zdravljenje bolezni v tem stadiju pogosto pripelje do izboljšanja vitalne kapacitete in  $DL_{CO}$ .  $DL_{CO}$  lahko kljub klinično in glede na ostale parametre ugodnemu učinku zdravljenja ostaja enaka. Pomembno izboljšanje vitalne kapacitete opredeljujemo tako kot pri ocenjevanju pozitivnosti bronhodilatatornega testa (več kot 12 odstotkov in 200 ml od referenčne vrednosti, signifikantno izboljšanje  $DL_{CO}$  pa je več kot 10 odstotkov referenčne vrednosti).

Pri večini bolnikov v **tretjem in četrtem RTG-stadiju** izmerimo manjše pljučne volumne in  $DL_{CO}$ , odziv na zdravljenje je izjema. Izvid je enak kot pri katerikoli drugi bolezni v stadiju pljučne fibroze.

## Diagnostika sarkoidoze

V Sloveniji vsako leto ugotovimo vsaj 60 novih bolnikov s sarkoidozo. V času fluorografiranja je bila incidenca še enkrat večja (3).

**Ob sumu na sarkoidozo naj se bolnika napoti k specialistu pulmologu.** Na sarkoidozo naj bi pomislili pri dlje časa trajajočih splošnih simptomih in znakih, dlje časa trajajočih respiratornih simptomih, slučajno ugotovljeni hilusni limfadenopatiji na rentgenogramu prsnih organov, povečanih obodnih bezgavkah, nodoznem eritemu, lupus perniui, plakih na mestu kožnih brazgotin, uveitisu, horioretinitisu ali parezi obraznega živca.

Diagnozo sarkoidoze potrdimo, kadar pri bolniku z ustrezno klinično sliko najdemo nekazeozne granulome v tkivih (4). Izključevati moramo druge granulomatoze, predvsem tuberkulozo in glivična vnetja. Z diagnostičnimi postopki pri bolniku s sumom na sarkoidozo poskušamo doseči štiri cilje:

- 1) histološko potrditev diagnoze, izključevanje drugih bolezni
- 2) oceno obsega in teže prizadetosti organov
- 3) oceno aktivnosti bolezni
- 4) ugotovitev, ali bo zdravljenje bolniku pomagalo

**Priporočeni diagnostični postopki pri prvem pregledu so** anamneza (izpostavljenost organskim alergenom, beriliju, simptomi okužbe), telesni pregled (vključno okvirni nevrološki pregled), rentgenogram prsnih organov (pregledna, stranska), preiskava pljučne funkcije: spirometrija, telesna pletizmografija,  $DL_{CO}$  in  $K_{CO}$ , kompletna krvna slika, biokemične preiskave: kalcij, hepatogram, sečnina, kreatinin, aktivnost serumske angiotenzinove konvertaze (sACE),



urin (beljakovine, sediment), EKG, okulistični pregled, uberkulin-ski test in sputum na *Mycobacterium tuberculosis*.

### Biopsija

Glede na klinično sliko se odločimo, kje bomo napravili biopsijo za histološki pregled.

- Pri večini bolnikov uspemo histološko potrditi epiteloidnoce-lične granulome v tkivu, odvzetem z **bronhoskopsko pljučno biopsijo** (5, 6). Občutljivost preiskave je odvisna od izurjenosti preiskovalca in se giblje med 40 in več kot 90 odstotki s 4 do 5 odvzetimi vzorci. Zapleti so redki. Z **bronhoskopsko igelno aspiracijo** odvzamemo material za citološki pregled. V posameznih primerih odvzamemo koščke tkiva iz mediastinalnih bezgavk s pomočjo **perbronhialne punkcije s histološko iglo**. Poleg biopsije naredimo tudi BAI za določanje števila limfocitov ter njihovih subpopulacij (2, 7). Hkrati lahko napravimo **biopsijo bronhialne sluznice**. Njena občutljivost je od 41 do 57 odstotkov.

- Kadar so bronhoskopske biopsije nediyagnostične, je ob povečanih mediastinalnih bezgavkah (RT prsnega koša) potrebna **cer-vikalna mediastinoskopija**, posebno ker diferencialno diyagnostično prihaja v poštev prizadetost mediastinalnih bezgavk z maligno boleznijo (8).
- Če je prizadet pljučni parenhim (rentgenska slika, RT prsnega koša z visoko ločljivostjo, restriktcijska ventilacijska insuficienca), pride v poštev **videoasistirana minimalno invazivna kirurška biopsija pljuč**, redkeje **mala torakotomija**. Občutljivost kirurških biopsij presega 90 odstotkov. Pri mediastinoskopiji je manj zapletov in krajša hospitalizacija kot pri odprti pljučni biopsiji. Videoasistirana torakoskopija omogoča sočasno biopsijo pljuč in bezgavk.
- Druga za biopsijo primerna mesta so koža, ustnice, tipne obodne bezgavke. Na koži je uspešna biopsija sprememb v smislu lupus pernio ali sveže granulomske reakcije na mestu starih brazgotin.
- Biopsija nodoznega eritema ni smiselna, ker histološka slika ne pokaže granulomov. Tudi v primeru patoloških jetrnih testov in klinične slike jetrne prizadetosti je jetrna biopsija redko indicirana. Granulomi v jetrih so pogosto posledica drugih bolezni. Danielsova biopsija maščevja oziroma bezgavk ob m. scalenus se ne uporablja več.
- Včasih odkrije primerno mesto za biopsijo scintigrafija z galijem.
- Prisotnost nekazeoznih granulomov v enem samem organu, kot npr. koži, ni dovolj za postavitev diagnoze sarkoidoze.

### Bolnik brez histološke diagnoze

Nekateri bolniki biopsijo odklanjajo, pri drugih pa slaba pljučna funkcija biopsije ne dovoljuje.

- Samo na podlagi kliničnih in/ali rentgenskih sprememb je zanesljivost diagnoze pri bolnikih s stadijem I 98-odstotna, stadijem II 89-odstotna, stadijem III 52-odstotna in stadijem 0 23-odstotna.
- Pri bolnikih z značilnim Löfgrenovim sindromom (temperatura, nodozni eritem, artralgijske in bilateralna hilusna limfadenopatija) histološka potrditev bolezni ni potrebna, če je regres sprememb hiter in spontan.
- Ugotovitev značilne Panda oblike v kombinaciji z lambda obliko <sup>67</sup>galijeve scintigrafije govori za sarkoidozo.
- **Kweim-Silzbachov test** se ne izvaja, ker je pri tem postopku možen prenos infektivnih agensov.
- Malo povečana **aktivnost sACE** ni diyagnostična, ker zvišanje lahko povzročajo mnoge druge bolezni. Aktivnost sACE, ki je več kot

dvakratna vrednost zgornje normalne vrednosti, je redko posledica drugih bolezni. Ugotavljamo jo lahko občasno pri tuberkulozi, Gaucherjevi bolezni in hipertiroidizmu.

Za **diyagnostiko izvenpljučne sarkoidoze** uporabljamo preiskave glede na prizadeti organ:

- prizadetosti miokarda: Holterjeva monitorizacija, ehokardiografija, scintigrafija z galijem in talijem;
- sarkoidoza centralnega živčevja: MRI ali RT glave;
- prizadetost oči: fundoskopija, fluoresceinska angiografija.

Indikacije za oftalmološki pregled pri sumu ali potrjeni sarkoidozi: kadar ima bolnik v anamnezi podatke o daljšem zdravljenju zaradi očesnega vnetja ali če ima neizrazite težave z očmi, kot je občutek tujka v očesu ali suhega očesa, dolgotrajen konjunktivitis in občasno meglen ali malo slabši vid. Pregled pri oftalmologu je nujen, kadar ima jasno izražene znake globinskega vnetja v očeh (uveitis), rdeče oko, slabši vid, bolečine v očeh ali plavajoče motnjave v očeh.

### Ocenjevanje aktivnosti bolezni

Aktivnosti sarkoidoze ponavadi ob prvem pregledu ni mogoče oceniti. Aktivnost ocenimo s kliničnim in laboratorijskim sledenjem (npr. čez 1, 3, 6 in 12 mesecev).

Sarkoidoza je aktivna, kadar se simptomi, znaki ali laboratorijski kazalci pojavijo, slabšajo ali vztrajajo.

Pokazatelji aktivnosti sarkoidoze:

- Klinični: vročina, uveitis, nodozni eritem, lupus pernio, spremenjene brazgotine, poliartralgijska, splenomegalija, limfadenopatija, povečanje žlez solznic in slinavk, prizadetost miokarda, pareza facialis ali drugi nevrološki simptomi ali znaki, napredujoči respiratorni simptomi (dispneja, kašelj).
- Biokemični ali instrumentalni: serumski ACE, hiperkalcemija, slabšanje pljučne funkcije, BAI: limfocitni alveolitis in visoko CD4/CD8 razmerje, patološki EKG, ehokardiografija ali talijeve scintigrafija, patološki jetrni testi.
- Slikovne metode: napredovanje sprememb na rentgenogramu ali RT pljuč, slika mlečnega stekla na RT pljuč z visoko ločljivostjo, pozitivna scintigrafija z <sup>67</sup>Ga, fluoresceinska angiografija oči, MRI ali RT CŽS, kostne ciste.

## Diferencialna diyagnoza sarkoidoze:

- **Pljuča:** tuberkuloza, atipične mikobakterioze, preobčutljivostni pnevmonitis, pnevmokonioze, Pneumocystis carinii, histiocitoma X, Wegenerjeva granulomatoza, i.v. uporaba mamil.
- **Bezgavke:** bolezen mačje opraskanine, tuberkuloza, atipične mikobakterioze, bruceloza, toksoplazmoza, sarkoidna reakcija v regionalnih bezgavkah pri karcinomu, Mb. Hodgkin, granulomski histiocitni nekrotizirajoči limfadenitis.
- **Koža:** tuberkuloza, atipične mikobakterioze, reakcije na tujek (berilij, cirkonij, tetovaža, parafin), glivične okužbe, revmatoidni vozlički.
- **Jetra:** tuberkuloza, bruceloza, primarna biliarna ciroza, Crohnova bolezen, Mb. Hodgkin, nehodgkinov limfom.

Razlikovanje med sarkoidozo in tuberkulozo sloni predvsem na osamitvi *Mycobacterium tuberculosis* pri bolnikih s tuberkulozo. Za tuberkulozo velja, da je diyagnoza potrjena samo v primeru, če iz kužnin bolnika z značilno klinično in radiološko sliko izoliramo bacile tuberkuloze. Ob sumu na sarkoidozo je nujno, da bolniku odvzamemo ustrezne kužnine za mikrobiološke preiskave (9-13):

- kužnine, odvzete pri bronhoskopiji: izpirek bronha, BAI, trans-bronhialna biopsija, biopsija bronha,
- kužnine, odvzete pri pljučni in drugih punkcijah,
- biopsijske vzorce kateregakoli tkiva (npr. bezgavk, kože, jeter, kostnega mozga, vranice).

Z negativnim izvidom kulture lahko z veliko verjetnostjo izključimo tuberkulozo.

## Zdravljenje sarkoidoze

Najpomembnejša je odločitev, ali bomo bolnika zdravili ali ne (14). Izkazuje se, da imunosupresivno zdravljenje potrebuje približno tretjina bolnikov s histološko dokazano sarkoidozo (15).

- Pri bolnikih z blago obliko bolezni (kožne lezije, anteriorni uveitis, kašelj) zadostuje lokalni glukokortikoid.
- Sistemsko zdravljenje je nujno pri sarkoidozi srca, ČŽS, prizadetosti oči, ki je odporna proti lokalnemu zdravljenju, in pri hiperkalcemiji.
- Uporaba sistemskih zdravil pri sarkoidozi pljuč in drugih izvenpljučnih oblikah bolezni je manj določena. Večina zdravnikov meni, da je napredovala aktivna in hudo simptomatska bolezen razlog za zdravljenje. **Ponavadi se o zdravljenju ne odločimo takoj po postavitvi diagnoze, temveč po nekajtedenskem ali nekajmesečnem opazovanju poteka bolezni, če ugotovimo, da bolezen napreduje ali se spontano ne izboljšuje.** Izolirani podatki o rentgenskem stadiju bolezni, izvidu BAL, pljučni funkciji, ACE ne opravičujejo odločitve o imunosupresivnem zdravljenju.
- Pri bolnikih, ki potrebujejo dolgoročno zdravljenje z glukokortikoidi, je potrebno razmišljati o njihovi zamenjavi za antimalarike ali citotoksična zdravila.
- Pri posamičnih trdovratnih primerih je zaradi odpovedi organov potrebna tudi transplantacija.

### Postopki, ki jih uporabljamo pri sledenju poteka bolezni:

- Anamneza, telesni pregled, rentgenogram prsnih organov, pljučna funkcija, aktivnost sACE.
  - Priporočamo kontrolo na 1 do 3 mesece po postavitvi diagnoze ter 3 mesece po začetku ali po spremembi zdravljenja (drugo zdravilo, ukinitiv ali uvedba glukokortikoida) ter sledenje dve leti po prenehanju zdravljenja. Spremljanje asimptomatskega bolnika na pol leta dve leti zapored, potem ne več.
- Kontrolna preiskava pljučne funkcije naj zajema spirometrijo, meritve difuzijske kapacitete pljuč in pljučne volumne (TLC, RV).
- Sledenje bolnikov z očesno prizadetostjo s sarkoidozo je odvisno od narave in intenzivnosti očesne bolezni. Konjunktivitis kontroliramo enkrat na leto in ob poslabšanju. Akutni uveitis (anteriorni, posteriorni ali panuveitis) kontroliramo sprva vsak dan oziroma enkrat na teden do umiritve, nato enkrat na mesec in nato na tri mesece. Kronični (anteriorni ali periferni) uveitis kontroliramo na dva do štiri mesece.

### Zdravila za zdravljenje sarkoidoze

#### Glukokortikoidi

- Pri pljučni sarkoidozi je začetni odmerek običajno 32 mg metilprednizolona na dan. Večje odmerke predpišemo za zdravljenje sarkoidoze srca in ČŽS. Po 1 do 3 mesecih je potrebno oceniti uspešnost zdravljenja.
- Če zdravljenje ocenimo kot uspešno, odmerek metilprednizolona vsak mesec do dva zmanjšamo za 4 do 8 mg na dan na 4 do 8 mg dnevno ali vsak drugi dan. Zdravimo vsaj 12 mesecev. Po zmanj-

šanju odmerka ali ukinitvi zdravil je bolnike potrebno spremljati.

- Nezaželeni učinki zdravljenja so manjši, če uporabljamo glukokortikoid vsak drugi dan. Začnemo z metilprednizolonom 32 mg vsak drugi dan in odmerek zmanjšujemo za 8 mg vsake 3 mesece, dokler ne dosežemo vzdrževalnega odmerka.
- Če pride do relapsa, odmerek glukokortikoida povečamo na zadnji učinkoviti odmerek in z njim nadaljujemo vsaj od 3 do 6 mesecev. Relaps je indikacija za dolgoročno zdravljenje z majhnim odmerkom glukokortikoidov.
- Če po treh mesecih ni odziva, nadaljevanje iste terapije ni smiselno.
- Upoštevati moramo priporočila za kemoprofilakso z antituberkulotiki. Kemoprofilakso naj vodi specialist, ki zdravi bolnika s sarkoidozo.
- Pri izolirani klinični simptomatiki prizadetosti bronhijev se lahko poskusi z inhalacijskimi glukokortikoidi.
- Lokalno zdravljenje z glukokortikoidi uporabljamo pri bolnikih s kožnimi spremembami, iritisom ali uveitisom ali z nosno polipozo.

#### Citotoksična zdravila

Ta zdravila se uporabljajo pri bolnikih, ki za vzdrževanje remisije potrebujejo dolgotrajno zdravljenje s sistemskimi glukokortikoidi ali potrebujejo velike odmerke glukokortikoidov. Namen je zmanjšati odmerek glukokortikoida. Če se bolezen ne odzove na velik odmerek glukokortikoida, tudi od citotoksičnih in imunomodulatornih zdravil le redko pričakujemo korist. Celotna skupina zdravil je toksična za hematopoetski sistem, prebavni trakt, je teratogena in karcinogena.

**Metotreksat** uporabljamo pri trdovratnih primerih, kroničnih oblikah bolezni, kožni sarkoidozi v odmerku od 10 do 15 mg/teden. **Azatioprin** ima podobno indikacijo in učinkovitost. **Klorambucil** je enako uspešen kot metotreksat ali azatioprin, vendar s pomembno večjim tveganjem razvoja malignoma. **Ciklofosfamid** uporabimo pri najbolj rezistentni obliki bolezni. Njegova toksičnost je omejila uporabo na bolnike z boleznijo, rezistentno na druga zdravila.

#### Druga zdravila

**Antimalariki:** hidroklorokvin (200 mg/dan) je izborno zdravilo za kožno sarkoidozo. Učinkovit je tudi za zdravljenje hiperkalcemije. Zdravljenje naj traja največ 6 mesecev. **Nesteroidne antirevmatike** uporabljamo za zdravljenje mišično-skeletnih simptomov in nodoznega eritema. **Ketokonazol** kot inhibitor citokroma P450 steroidne oksidaze zmanjša koncentracijo 1,25-hidroksi vitamina D3 in serumske koncentracije kalcija. **Ciklosporin** ima minimalni učinek pri pljučni sarkoidozi. Učinkovit je pri bolnikih z rezistentno nevrosarkoidozo. **Pentoksifilin** zavira učinke TNF- $\alpha$ . V nekaj raziskavah so ugotovili korist.

#### Zdravljenje očesne prizadetosti zaradi sarkoidoze:

- Navadni konjunktivitis lahko zdravi pulmolog ali splošni zdravnik, kronični konjunktivitis naj zdravi oftalmolog. Uveitis mora zdraviti oftalmolog.
- Hiposekrecijo solz in posledični konjunktivitis ali keratokonjunktivitis sika ("suho oko") zdravimo s pripravki umetnih solz od 5- do 10-krat na dan. Ob izrazitejših vnetnih znakih dajemo občasno steroidne kapljice z manj stranskimi učinki, kot je fluorometholon od 3- do 5-krat na dan nekaj dni.
- Akutni anteriorni uveitis se zdravi lokalno s kapljicami midriatika (atropin ali homatropin) in glukokortikoida (deksametazonom ali ultrakortenolom).

- Kronični anteriorni uveitis se zdravi tako kot akutni, z večjo pazljivostjo do stranskih učinkov (katarakta, glavkom), ali sistemsko, posebno če je obojestranski, običajno z glukokortikoidi.
- Periferni aktivni obojestranski sarkoidozni uveitis, ki ogroža vid, posteriorni uveitis ali panuveitis zdravimo sistemsko, z glukokortikoidi ali citostatiki.
- Odmerki glukokortikoidov za zdravljenje očesne sarkoidoze so navadno večji, kot so potrebni za zdravljenje kronične pljučne sarkoidoze. Od citotoksičnih zdravil uporabljamo antimetabolite: metotreksat ali azatioprim.
- Zdravljenje zapletov sarkoidoze na očeh (katarakte in glavkoma): katarakta je lahko posledica zdravljenja z glukokortikoidi ali vnetja v očesu. Zdravimo jo kirurško. Umetno lečo vstavijo, ko je vnetje umirjeno vsaj tri mesece. Pri težjih primerih izvedemo operacijo ob kratkotrajnem prejetju sistemskih glukokortikoidov. Glavkom zdravimo lokalno ali sistemsko z zdravili za zmanjšanje tvorbe očesne tekočine (inhibitorji encima karboanhidraze, alfaadrenergičnimi blokerji). Kirurško zdravljenje (trabekulektomija) je indicirano, kadar z zdravili ne uspemo preprečiti propadanja vida.

### Prognoza sarkoidoze:

- Spontana remisija bolezni pri 70 odstotkih bolnikov v stadiju I, pri 50 odstotkih bolnikov v stadiju II in manj kot 30 odstotkih bolnikov v stadiju III (16).
- Po odločitvi, da sarkoidoza ni aktivna, ali po ukinitvi imunosupresivnega zdravljenja je treba bolnika spremljati zaradi morebitnega relapsa bolezni, ki se pojavi pri približno tretjini bolnikov. Največ relapsov je v prvem letu po ukinitvi terapije. Izjemoma se relaps pojavi kasneje kot 3 leta po ukinitvi zdravljenja (15).

**Dodatek: Postopki, ki za diagnostiko in sledenje bolezni še niso dovolj klinično preizkušeni**

#### Citološki pregled inducirane sputuma

Izgleda, da s preiskavo inducirane sputuma lahko ocenimo intenzivnost limfocitnega vnetja, predvsem razmerje med limfociti CD4 in CD8 (17, 18). Zato inducirani sputum lahko deloma nadomesti informacijo, ki bi jo dobili s ponavljanjem BAI med spremljanjem zdravljenja. Bronhoskopij med zdravljenjem sarkoidoze praviloma ne ponavljamo. Upoštevati smemo le dinamiko razmerja vnetnih celic v inducirane sputumu v primerjavi z izvidom inducirane sputuma, ki smo ga odvzeli tik pred bronhoskopijo.

#### Merjenje citokinov v BAI in inducirane sputumu

Rezultati nekaterih raziskav nakazujejo možnost, da bi aktivnost bolezni in naravni potek lažje ocenili z meritvijo funkcije celic iz BAI, predvsem sproščanjem citokinov. Koncentracija IL-12 v BAI, spon-

tano sproščanje IL-6 TNF- $\alpha$  in IL-12 iz makrofagov v BAI ter izločanje IL-2 iz limfocitov v BAI je pomembno večje pri bolnikih z napredujočo boleznijo kot pri tistih, ki gredo v spontano remisijo. V pljučnih makrofagih bolnikov z aktivno sarkoidozo je večje izražanje mRNA za TNF- $\alpha$ , IL-8 mRNA. Koncentracija TNF- $\alpha$  v inducirane sputumu je v dobri korelaciji s TNF- $\alpha$  v BAI (18, 19).

Markerji ugodne prognoze so sposobnost makrofagov iz BAI za izločanje IL-10 in TGF- $\beta$ .

#### Literatura:

1. Hunninghake GW, Costabel U, Ando M et al. ATS/ERS/WASOG statement on sarcoidosis. *Sarcoidosis vasculitis and diffuse lung diseases* 1999; 16: 149-73.
2. Costabel U. Sensitivity and specificity of BAL findings in sarcoidosis. *Sarcoidosis* 1992; 9 (Suppl 1): 211-4.
3. Fortič B, Skralovnik Štern A. Sarkoidoza v svetu in v Sloveniji. V: Dolenc A, Fortič B, Rott T, Štangl B. *Pljučne granulomatoze. XVI. memorialni sestanek Janeza Plečnika. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1985: 279-314.*
4. Šorli J, Debeljak A, Rott T, Ferluga D. Diagnostika sarkoidoze. *Zdrav Vestn* 1987; 56: 419-22.
5. Roethe RA, Fuller PB, Byrd RB et al. Transbronchial lung biopsy in sarcoidosis. *Chest* 1980; 77: 400-2
6. Debeljak A, Zupančič M, Remškar J et al. Transbronchial lung biopsy for diffuse pulmonary diseases. *Atemweg Lungenkrkh* 1990; 16: 91-2.
7. Debeljak A. Bronhoalveolarno izpiranje pri sarkoidozi. *Med Razgl* 1985; suppl 4: 375-82.
8. Gossot D, Toledo L, Fritsch S, Celerier M. Mediastinoscopy vs thoracoscopy for mediastinal biopsy. Results of a prospective nonrandomised study. *Chest* 1996; 110: 1328-31.
9. Erzen D, Šorli J, Žolnir Dovč M. Poročilo o tuberkulozi v Sloveniji v letih 1998 in 1999. *Golnik: Publikacija Centralnega registra za tuberkulozo, Golnik, 2001: 9-61.*
10. Wilsher ML, Menzies RE, Croxson MC. Mycobacterium tuberculosis DNA in tissues affected by sarcoidosis. *Thorax* 1998; 53: 871-4.
11. Žolnir Dovč M. Posebnosti pri odvzemu in prenosu kužnin v primeru suma na tuberkulozo. V: *Mikrobiološka analiza kužnin. Zbornik strokovnega srečanja Sekcije za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije SZD ter Združenja za infektologijo pri SZD, Nova Gorica, 1999: 83-9.*
12. Žolnir Dovč M, Poljak M, Seme K. Molekularna diagnostika tuberkuloze - upanje ali iluzija? *Med Razgl* 1996; 35: 501-12.
13. Žolnir Dovč M, Poljak M, Seme K, Rus A, Avšič Županc T. Evaluation of two commercial amplification assays for detection of *M. tuberculosis* complex in respiratory specimens. *Infection* 1995; 23: 216-21.
14. Skralovnik Štern A, Štern A. Potek in prognoza sarkoidoze. V: Dolenc A, Fortič B, Rott T, Štangl B. *Pljučne granulomatoze. XVI. memorialni sestanek Janeza Plečnika. Ljubljana: Med Razgl, 1985: 315-39.*
15. Rizzato G, Montemurro M, Colombo P. The late follow up of chronic sarcoid patients previously treated with corticosteroids. *Sarc Vasc Diffuse Lung Dis* 1998; 15: 52-8.
16. Newman LS, Rose CS, Maier LA. Sarcoidosis. *N Engl J Med* 1997; 336: 1224.
17. Fireman E et al. Induced sputum compared to bronchoalveolar lavage for evaluating patients with sarcoidosis and non-granulomatous interstitial lung disease. *Respir Med* 1999; 93: 827-34.
18. Yuben PM et al. Correlation of CD4:CD8 ratio and TNF $\alpha$  levels in induced sputum with bronchoalveolar lavage fluid in pulmonary sarcoidosis. *Thorax* 2000; 55: 696-9.
19. Kim DS, Jeon YG, Shim TS, et al. The value of IL-12 as an activity marker of pulmonary sarcoidosis. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 2000; 17: 271-6.

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

# Kaj je novega v osteologiji

Poročilo s 30. simpozija ECTS

Radko Komadina

**M**ed 8. in 20. majem 2003 je potekal v Rimu 30. simpozij Evropskega združenja za študij kalcinirajočih tkiv (European calcified tissue society - ECTS). Za razliko od preteklih let, se je poleg temeljnih raziskav, biologije kostnine, celične in molekularne biologije in genetike nesorazmerno veliko govorilo o biomehanskih vzrokih za nastanek zloma pri starostniku. Fenomen padca, pomembnejši samostojni faktor tveganja zloma kot sama osteoporozna, je privedel v ospredje biomehaniko zloma bolezensko krhke kosti. Ne le kostna kvantiteta (mineralna kostna gostota, BMD), temveč tudi kakovost kostnine skupaj opredeljujeta kostno čvrstost (strength). Nevitov faktor tveganja zloma predstavlja ulomek med na kost delujočo zunanjo silo v števcu in kostno čvrstostjo v imenovalcu. Takšno razumevanje pomena fenomena padca starostnika (praviloma iz stojne višine) je privedlo do opustitve leta 1990 v Kopenhagnu sprejete definicije osteoporoze: osteoporozna je bolezen, ki jo označuje majhna kostna masa, mikroarhitekturne spremembe kostnega tkiva pa vodijo k večji krhkosti kosti in zato večjemu tveganju zloma (Consensus, 1990).

Namesto BMD se pri razmišljanju o vzrokih nastanka zloma uporablja pojem kostne čvrstosti (strength). Consensus 2000 se glasi: osteoporozna je skeletna bolezen (disorder), ki jo opredeljuje zmanjšana kostna čvrstost (bone strength), kar vodi k večjemu tveganju za nastanek zloma. Kostno čvrstost tvorita gostota (density, bone quantity) ter arhitekturna urejenost gredic, intenziteta kostne premene (turnover) in mineralizacija (slednje tri pod skupnim imenom kostna kakovost). Kostno čvrstost si lahko predstavljamo kot ulomek med na kost delujočo silo in posledično deformacijo (displacement) kosti v imenovalcu. Teme vabljenih predavanj na simpoziju v Rimu zgovorno opredeljujejo intersekcijsko naravo osteologije: patogeneza in prevenca zlomov med starostniki (analiza vpliva padca in osteopo-

roze kot samostojnih faktorjev tveganja), nanotehnologija pri študiju biologije kostnine, diferenciacija osteoblastov in formacija kostnine, kako lahko merimo kostno kakovost?, vloga kostne premene pri kakovosti kostnine, pomen mineralizacije pri kostni čvrstosti, prednosti in pomanjkljivosti uporabe nadomestnega hormonskega zdravljenja in SERM-ov, novi načini antirosorptivnega zdravljenja s TNF/TNFR osteoprotegerinom za osteoklaste, katere vrste fizikalnih obremenitev koristijo kostem?, funkcija neurotransmiterjev v prenosu informacij med kostnimi celicami (strainmemory), mehanotransdukcija je povezana z apoptozo osteocitov, novi pomen biokemičnih markerjev kostne premene, pomen spremljanja zdravljenja z ultrazvočnimi metodami, ali je sploh potrebno kontrolirati uspešnost zdravljenja osteoporoze?, transgenski modeli - študija osteoporoze, vloga receptorjev PTH/PTHrP pri kostni remodelaciji, anti-TNF zdravljenje sprememb na kosteh pri revmatoidnem artritisu, mehanizem aseptičnega omajanja sklepnih vsadkov, transgenski model osteogenesis imperfekte, skeletne displazije, hipofosfatemični rahitis.

Silni napredek, zabeležen v zadnjih letih na področju biologije kostnine, se odraža v spremembi strategije iskanja novih zdravil:

1. patofiziološko vzročno zdravljenje, ki želi korigirati okvarjeni proces kostne remodelacije (študij hormonskih receptorjev, negenski vplivi na apoptozo ...),
2. antirosorptivno zdravljenje z vplivom na osteoklaste (vitronektinski receptor, katepsin K, RANK, nevalonatna pot bisfosfonatov ...),
3. anabolična zdravila z vplivom na osteoblaste (parathormon, transgenski modeli ...).

Klinične izkušnje so nas prepričale, da antirosorptivna zdravila zmanjšajo tveganje nastanka novih zlomov, zlasti pri ženah z osteoporozo. Pokazalo se je, da antirosorptivi zmanjšajo to tveganje bolj kot izboljšajo BMD. Iz tega smo dojeli pomen kostne ka-

kovosti in čvrstosti kosti. Poznamo kratkoročni učinek nekajletnega zdravljenja. Po sedanjih izkušnjah ne pričakujemo, da bi dolgoročno zdravljenje že razvite osteoporoze z antirosorptivi zmanjšalo tveganje za nastanek zlomov na normalno vrednost (kot pri zdravi kostnini). Prve klinične izkušnje s parathormonom napovedujejo novo paradigma preprečevanja zlomov: namesto zmanjševanja tveganja zlomov z antirosorptivnim zdravljenjem bi novo zdravilo z anaboličnim učinkom in z učinkovito formacijo nove kostnine normaliziralo kostno čvrstost in v celoti odpravilo povečano tveganje zloma. Vsem novostim navkljub danes žal le od 20 do 30 odstotkov ljudi z visokim tveganjem zloma prejema učinkovito zdravljenje!

Interdisciplinarni razvoj osteologije prehitava slovensko strokovno organiziranost. Slovensko osteološko društvo mora zaživeti kot sekcija Slovenskega zdravniškega društva in omogočiti čim širšo dostopnost novosti s področja genetike, molekularne in celične biologije kosti, histologije, klinične farmakologije, biomehanike itd. vsem specialistom, ki se na svojem področju srečujejo z osteoporozo: ginekologom (morebiti s ključem do uspešne preventive?), endokrinologom, družinskim zdravnikom (morebiti s ključem do uspešne preventive?), travmatologom, ortopedom, fiziatrom, specialistom socialne medicine. Kot strokovna sekcija torej, ki mora poleg skrbi za izobraževanje mladih zdravnikov zagotavljati negovanje znanja že uveljavljenih strokovnjakov!

V okviru projekta Desetletje gibal Svetovne zdravstvene organizacije pripravljamo oktobra 2003 v Portorožu posvet nacionalnih ekspertnih skupin za jugovzhodno Evropo. Sočasno načrtujemo izid knjige Gerontološka travmatologija slovenskih avtorjev. Čudovita priložnost za hkratni sekcijski sestanek vseh, ki jih muči osteologija!

Udeležbo na simpoziju sta omogočila MSD in Lilly. ■

# Poročilo z rednega letnega sestanka Evropskega zobozdravniškega združenja - E. R. O

Matjaž Rode, Evgenij Komljanec

Letošnje redno srečanje predstavnikov evropskih zobozdravniških združenj in zbornic, ki so združeni v Evropsko zobozdravniško združenje - E. R. O je potekalo v zgodovine polni Varšavi. To vsakoletno srečanje je pravzaprav vsakoletna generalna skupščina, na kateri se sprejemajo za delo E. R. O. ključni dokumenti in priporočila, zato ni nič čudnega, da se na skupščini vsako leto zberejo predstavniki zobozdravniških združenj, sekcij in zbornic iz preko 40 evropskih držav in funkcionarji uradov za zdravstveno politiko pri Evropski uniji ter tudi nekateri najvidnejši funkcionarji Svetovnega zobozdravniškega združenja - FDI. E. R. O. je vodilna stanovska povezava evropskih zobozdravnikov in ker ima svoje uradne predstavnike v medicinskih komisijah pri Svetu Evrope in v vodilnem delovnem telesu za zobozdravstvo pri Evropski uniji - Komiteju za zobozdravstvo (DLC) je prav gotovo najvplivnejša stanovska evropska stomatološka organizacija. Prav letos je bilo opaziti, kako to vlogo vse bolj prevzema Komite za zobozdravstvo pri EU. Vseeno je redno članstvo v E. R. O. izredno pomembno tudi za slovenske stomatologe, saj priporočila, ki jih pripravijo njegove posamezne mednarodne ekspertne skupine, pridejo prav tudi pri naših predvidevanjih, kako bi bilo najbolje organizirati zobozdravstvo pri nas.

Letošnje redne letne skupščine sva se iz Slovenije udeležila dr. Matjaž Rode (delegat in predsednik Nacionalnega komiteja za povezavo z E. R. O. in FDI) in Evgenij Komljanec, dr. dent. med., kot namestnik in slovenski predstavnik v DLC. Skupščina je potekala po ustaljenem in s poslovnikom dorečenem dnevnem redu. Po preverjanju prisotnosti in kratki predstavitvi vseh delegatov in gostov, potrditvi zapisnika zadnjega sestanka in poročilu o delu sekretariata E. R. O. v letošnjem letu je sledilo poročilo poljskih kolegov o organiziranosti njihovega zobozdravstva.

Poročevalec je bil podpredsednik Zdravniške zbornice Poljske, dr. Żak, ki je poleg Slovenije in Avstrije edina, ki pod eno streho družijo zdravnike in zobozdravnike. Na Poljskem

živi in dela okoli 30.000 zobozdravnic in zobozdravnikov. 20.223 je zasebnikov. Skoraj 80 odstotkov je zobozdravnic. Na Poljskem deluje 10 stomatoloških fakultet. Študij traja 10 semestrov. Vsako leto konča študij okoli 860 zobozdravnic in zobozdravnikov. Nato sledi dve leti pripravništva in nato včlanitev v Zbornico ter pridobitev licence za ne povsem samostojno delo. Šele po naslednjih dveh letih lahko prične zobozdravnik delati kot samostojni zasebnik. Plača zobozdravnika je okoli 350 evrov na mesec!!

Samo okoli 35 odstotkov poljskih zobozdravnic in zobozdravnikov dela s koncesijo! Od zavarovalnice dobijo **6,0 evrov na leto za vsakega zavarovanca**. Nič čudnega torej ni, da ima posamezni koncesionar na svojem spisku tudi po **več kot 6.000** varovancev!! Ko smo v razpravi poljske kolege vprašali, kaj se lahko naredi pri taki množici kandidatov, nismo dobili pravega odgovora, pa saj tudi ni možen.

Vsi, ki delajo v državnih službah, lahko delajo tudi kot zasebniki, in to na enem ali več mestih. Se pa na Poljskem mrzlično pripravljajo na vstop v Evropo in že sedaj pripravljajo celo serijo novih predpisov za delovanje zobozdravstva, ki bodo prirejani direktivam iz Bruslja.

Sledila so poročila ostalih držav, ki smo jih delegati v pisni obliki že nekaj mesecev pred skupščino poslali na sekretariat E. R. O. in jih je poročevalka, gospa Bergmann Krausova iz nemške delegacije na sestanku le povzela. Slišali smo, da se zobozdravniki po Evropi v državah, ki so članice EU, vedno bolj primerjajo med seboj. Povsod pričenjajo z uvajanjem obveznega podiplomskega izpopolnjevanja in izobraževanja. Tudi v državah, kjer so zobozdravniki še pred kratkim trdili, da to ni združljivo z definicijo svobodnega poklica, kar naj bi bilo zobozdravstvo. Poudariti je treba, da je število obveznih ur skoraj v vseh državah veliko višje, kot je pri nas. V Romuniji mora vsak zobozdravnik v petih letih "nabrati" 500 ur z udeležbo na strokovnih sestankih. Evropsko poprečje je okoli 50 ur na leto. Pri tem

se vedno bolj pazi, da se prizna le udeležba predvsem na strokovnih sestankih s področja stomatologije, in še to na sestankih, ki ustrezajo ravni pridobljene izobrazbe udeleženca. Splošnemu zobozdravniku se npr. le izjemoma prizna udeležba na specialističnih sestankih, kadar so le-ti namenjeni le specialistom. Organizatorji morajo zato že v vabilu navesti, komu je srečanje namenjeno!

Na skupščini je bila sprejeta resolucija o medsebojnem odnosu med zobozdravnikom in pacientom.

Zobozdravnik **mora** svojega pacienta informirati o:

- ugotovitvah pregleda,
- diagnozi,
- vseh možnih oblikah zdravljenja in rehabilitacije, tudi če jih sam ne dela,
- stroških posameznih posegov in storitev.

Posebna točka na letošnji skupščini E. R. O. je bilo tudi poročilo o pripravljenosti zobozdravstva v državah kandidatkah za EU. Poročilo je bilo precej kritično. Poročevalec je najprej naštel države, kjer so strokovnjaki že opravili ogleda, in med drugimi je bila našeta tudi Slovenija. Ocena je bila, da se kljub trudu, ki ga je opaziti, še vedno najde veliko pomanjkljivosti:

- preveč teorije in premalo praktičnega dela,
- preveč didaktičnih predavanj in premalo na problem vezanih predavanj,
- preveč ur predkliničnih predmetov,
- ne povsem smiselno izrabljeno obdobje pripravništva,
- itd.

Člani sekretariata E. R. O. so na koncu poročila priporočili vsem nam, naj zbornice v posameznih državah kandidatkah še povečajo napore in priprave, da bo vstop tudi na področju zobozdravstva kar najmanj boleč. Opozorili so nas tudi, da se mogoče premalo zavedamo, da v EU velja načelo **prostega prehoda bolnikov in zobozdravnikov!**

Organizacijo kongresa so poljski kolegi dobro izpeljali, Varšava s svojo kraljevo palačo in starim mestom okoli nje ter lepo vreme pa sta kar malo motila zbranost pri delu. ■

# EGPRW v obdobju intenzivnega dela in sprememb

Davorina Petek, Danica Rotar Pavlič

**E**GPRW (European General Practise Research Workshop) je mrežna organizacija za raziskave v družinski medicini, povezana z Wonca Europe in ESGP/FM (European Society of General practise/Family medicine).

Po uveljavljenem urniku potekajo srečanja vseh nacionalnih predstavnikov in izvršnega odbora dvakrat na leto v okviru tridnevne delavnice. Že na predzadnjem srečanju v oktobru 2002, ki je potekalo pri nas na Bledu, se je kazala potreba po številnih spremembah v organizaciji, še bolj natančen okvir pa so spremembe dobile na srečanju, ki je bilo med 7. in 11. majem v turški Ankari.

Začrtana so bila poglobljena področja prihodnjega delovanja EGPRW:

- Učvrstitev, morda formaliziranje povezave med nacionalnimi predstavniki v EGPRW in raziskovalci, raziskovalnimi skupinami ali mrežami znotraj posameznih držav. V zvezi s tem je bil pripravljen skupni dokument iz poročil nacionalnih predstavnikov, katerega namen je bil prikazati raziskovalno "kulturo" po državah članicah, način organizacije raziskovanja in poglobljeno raziskovalno področje družinske medicine po državah. Večina predstavnikov južne in vzhodne Evrope je bila dokaj kritična do raziskovalnih razmer v svoji državi, za katere menijo, da so v povojih, brez zadostne finančne podpore s strani države, z nepovezanimi lokalnimi projekti in nesodelovanjem akademskih centrov z družinskimi zdravniki. Pomanjkljivo zanimanje družinskih zdravnikov za raziskave je slikovito opisal eden od predstavnikov kot "3 x no syndrome - no skills, no time, no incentives". Posebej zanimivo je poročilo romunskega predstavnika, ki kljub opisanim izrazito kritičnim finančnim razmeram vendarle našteva več potekajočih projektov in osnove strukture raziskovalne mreže. So tudi države, ki stanje opisujejo kot odlično - Nizozemska, Norveška, Velika Britanija.

- Učvrstitev položaja raziskovalne mreže EGPRW znotraj Evrope in glede na druge mreže v evropski družinski medicini.
- Zagotavljanje kakovosti in učinka srečanj EGPRW.
- Vzpodbujanje kakovostnih raziskav s področja družinske medicine.

Predlaganih in sprejetih je bilo več sprememb - ena najbolj vidnih je sprememba imena. Morda se zdi novo ime - EGPRNetwork le formalnost, vendar nosi novo ime večjo težo, saj kaže na stalno dejavnost organizacije na področju raziskav, ki ni omejena le na izvedbo delavnic.

Tudi sama delavnica bo doživela nekaj vsebinskih sprememb. Nacionalni predstavniki smo se strinjali, da ostane osnovna značilnost delavnice enaka. Gre za predstavitev študij. Vsaki predstavitvi je namenjenih 30 minut, od tega časa ga je polovica namenjena razpravi, ki je znana po svoji živahnosti, kakovosti, pa tudi dobronamernosti do predavatelja. Menda v vsej zgodovini srečanj le

enkrat po predstavitvi ni bilo postavljeno nobeno vprašanje ali komentar. Cilj razprave je avtorju pomagati z dodatnimi pogledi na njegovo študijo in pojasnitev nejasnosti ali metodoloških pomanjkljivosti. Vsak mlajši predavatelj lahko dobi oceno svojega "nastopa" od izkušenega člana, ki ocenjuje predstavitve po vnaprej določenih kriterijih.

Vsaka delavnica ima izbrano temo, nekaj časa pa je namenjenega tudi prostim temam. V Ankari je bila tema Infekcijske bolezni v družinski medicini, predstavitve pa so pokazale kritični odnos avtorjev do obravnave infektov in uporabe antibiotikov v družinski medicini. V prihodnosti naj bi se povečal pomen teme delavnice, saj je bilo predlagano, da bi v okviru izbrane teme povabili na delavnico strokovnjaka področja in poiskali povezave z ustreznimi strokovnimi skupinami.

Predstavitve na vsaki delavnici se razvrščajo v tri kategorije - prikaz študije z rezultati in razprava, študija v poteku in predsta-



*Delo na delavnicah*

vitev ideje. Zadnji dve kategoriji sta posebej zanimivi, saj avtorju omogočata kakovostne izboljšave študije.

Novost vsake delavnice bo tudi uvedba vzporednih sekcij, kar naj bi omogočilo sprejetje več kakovostnih prispevkov kot do sedaj, ko je število predstavitev zaradi dodatnega dela na vsaki delavnici relativno omejeno. Zato se je v preteklosti dogajalo, da so bile zavrjene dobre študije, ki so bile zlahka sprejete na velikih konferencah.

Delavnicam se bodo pridružile tudi krajše splošne delavnice z različnimi vsebinami, npr. kako pripraviti predstavitev, učenje kvalitativne metodologije raziskav ali analize podatkov. To naj bi predstavljalo dodatno privlačnost predvsem za mlajše raziskovalce. S tem bi vsako srečanje izpolnilo svoj namen - da prispeva h kakovostnemu prikazu kakovostnih študij in pomaga pri razvoju raziskovalcev na področju družinske medicine.

Delavnica je vsakokrat tudi prizorišče srečanja vseh delovnih teles EGPRN (izvršilnega odbora, odbora nacionalnih predstavnikov članic, raziskovalnega in izobraževalnega odbora). V prihodnosti je treba vzpodbujati povezave z Wonco Europe in drugimi mrežami, kot so EURACT in EQUIP.

Prvo naslednje srečanje EGPRNetwork bo v kratkem, ponovno pri nas. V juniju bo v okviru Wonco 2003 organiziran forum EGPRN na temo, kje so prednosti in ovire pri raziskavah v družinski medicini. Veliko dela je bilo narejenega že na Bledu, kjer smo imeli udeleženci "brainstorming", pri katerem je sodelovalo 19 držav, že v Ankari pa so bili prikazani zaključki te razprave. Udeleženci smo ugotavljali, da je registracija zbolevnosti tisti temelj, ki je nujno potreben za nadaljnje raziskave pogostih ali kroničnih bolezni, vključno z diagnostičnimi postopki. Vsesplošno mnenje je bilo tudi, da je nujno potrebno raziskovanje s področja izobraževanja in poučevanja. Pokazala se je potreba po izobraževalnih programih za raziskovanje v družinski medicini. In - da, tudi v drugih državah je denar največji omejitveni dejavnik.

Na Wonci 2003 bo organizirana tudi delavnica EGPRNetwork s predstavitvami študij. Naslednja redna delavnica bo oktobra 2003 v Veroni.

Vsekakor so vsebina raziskav v družinski medicini in ovire vroča tema tudi drugih srečanj in vabljenih konferenc (npr. konferenca v Kingstonu v Kanadi). Prihodnost



Ogled turške ambulante

EGPRNetwork je lahko le močna mreža raziskovalcev, ki sooblikuje strategijo raziskav na področju družinske medicine in je v dejavni povezavi z drugimi mrežami.

Vsakokratna srečanja na delavnici so ne le delovno aktivna, ampak tudi zelo prijetna. Ker ne gre za masovno obiskano konferenco, so znanstva in vezi pristrčnejše. Posebej je poudarjena želja, da udeleženci pridobimo vpogled v zdravstveni sistem države gostiteljice. Tako smo v Turčiji obiskali običajni zdravstveni center z običajno opremo ter dobili zanimivo predstavo o stvarnosti turške družinske medicine, za kar smo

bili gostiteljem še posebej hvaležni.

Slovenija je v EGPRNetwork kar močno zastopana, saj je Danica Rotar Pavlič častna sekretarka izvršilnega odbora. Obe vabiva družinske zdravnike, da se pridružijo članstvu ali predstavijo svojo raziskavo na enem od naslednjih srečanj.

Dodatne informacije lahko dobijo na naslovu davorina@hotmail.com ali danica.rotar@guest.arnes.si.

## PREDICT

## Je depresijo mogoče napovedati?

Ksenija Tušek Bunc

**D**epresija, to stanje duše, ki ga je Emily Dickinson imenovala "pogreb možganov", Winston Churchill pa "črni pes", je pod takšnim ali drugačnim imenom že od nekdaj del zgodovine človeštva in predmet obravnave ne le medicinske stroke, pač pa tudi številnih literarnih del. V svojih delih, ki so zgodbe o preživetju, obsesijah, notranjih monologih, odvisnostih, neopisljivih in mejnih stvareh, so jo opisovali Hemingway, Plathova, Millayeva, Parkerjeva, Kohlova ter navsezadnje tudi Cankar. Prva knjiga, posvečena depresiji - Anatomija melanholije, je z velikim uspehom izšla že leta 1621 izpod peresa Roberta Burtona. V delu Atlas depresije (The Noonday Demon), nagrajenem z ugledno Pulitzerjevo nagrado, skuša avtor Andrew Solomon opisati zgodovino te bolezni, v katero vključuje tudi svojo pretresljivo osebno izpoved, kjer svoje simptome opisuje kot različna stanja od nespečnosti do pretiranega spanja, pomanjkanja energije, nezmožnosti koncentracije, tesnobe občutka skorajšnje smrti, brezvoljnosti ... Film *Ure do večnosti* po romanu *Ure* Michaela Cunninghama, ki smo ga nedavno imeli priložnost videti v slovenskih kinematografih, je v realnost zopet naplaval vprašanja o depresiji.

Depresija je prav gotovo ena izmed najpogostejših duševnih motenj, zaradi katere se pacienti oglasio v ambulanti družinske medicine. V enem letu zbolijo za depresivno motnjo približno 10 odstotkov prebivalstva. Tveganje zbolelosti za depresijo je v vsem življenjskem obdobju od 8 do 12 odstotkov za moški in od 20 do 26 odstotkov za ženski spol. Zaradi visoke prevalence in težav v socialnem delovanju, omejitve telesnih sposobnosti ter nezmožnosti za delo pomeni depresija resen javnozdravstveni problem. Pomembna je zaradi povečanega tveganja samomorilnosti. Depresivni bolniki so tudi pogosti uporabniki zdravstvene službe. Zaradi vsega omenjenega si depresija med celokupnimi duševnimi motnjami zasluži za res posebno obravnavo.

Poleg visoke incidence je zelo pomembno tudi dejstvo, da ostane velik del depresij v

ambulantni družinskega zdravnika neprepoznani. Po zadnjih podatkih družinski zdravniki prepoznajo od 40 do 50 odstotkov bolnikov z zmerno in hudo depresivno epizodo. Z vzroki visokega odstotka neprepoznanih depresij se je ukvarjalo veliko študij. Nedvomno so blage in zmerne depresivne epizode pogosteje spregledane kot hude. Posebej nizka stopnja prepoznavanja je značilna pri mladih odraslih ljudeh.

Slabo prepoznavanje depresije je brez dvoma povezano z določenimi značilnostmi obravnave v ambulanti družinske medicine. Bolniki se tam razlikujejo od tistih v psihiatričnih ambulantah. Značilna je komorbidnost s telesnimi boleznimi, ki s svojimi kliničnimi znaki, pogosto prekrivajočimi znaki depresije, pomembno otežujejo prepoznavanje duševne motnje.

Značilno je tudi, da večina depresivnih bolnikov svojih težav ne opiše kot duševne, ampak navajajo razne simptome, največkrat bolečine, utrujenost, motnje spanja. Velika povezanost depresije s somatofornimi mot-

njami in anksioznostjo, kjer telesni simptomi še posebej prevladujejo, pa še dodatno zaplete prepoznavanje. Posebej pozorni bi morali biti tudi na možnost depresije pri bolnikih, ki zlorablajo razne snovi, kažejo znake anksioznosti, imajo nepojasnjene bolečinske sindrome in telesne simptome brez ugotovljene organske podlage.

Ob znanih dejstvih: visoki incidenti in dokaj slabi prepoznavnosti depresij in možnosti, da jo je mogoče z ustreznim pristopom dobro zdraviti, dokazani povezanosti s pitjem alkohola in prav tako z dejavniki okolja, nadalje z družbenoekonomskimi dejavniki, kar je potrdila vrsta raziskav, bi pomenilo velik napredek v obravnavi te tako pogoste duševne motnje oblikovanje celostne lestvice, ki bi na osnovi znanih napovednih dejavnikov za razvoj depresije zdravnikom družinske medicine pomagala, da bi med svojimi varovanci našli tiste, pri katerih je tveganje za nastanek depresije še posebej veliko. Izdelava take lestvice bi pomenila pomemben napredek v primarni pre-



**Predstavniki držav udeleženk**



ventivi depresije, saj bi zdravnikom ob možnosti, da depresijo pravočasno odkrijejo, omogočila tudi, da jo napovejo pri zdravih ljudeh. Natanko tako, kot je Framingham-ska študija z uvedbo beleženja dejavnikov tveganja in izračunavanja celokupne srčno-žilne ogroženosti na ravni osnovnega zdravstvenega varstva oborožila družinskega zdravnika z možnostjo odkrivanja ogroženih bolnikov, kar je pomemben kakovostni premik na področju primarne preventivne bolezni srca in ožilja.

Raziskava PREDICT (Predict of future episode of depression in primary medical care Evaluation of a risk factor profile), mednarodna prospektivna kohortna študija, naj bi omogočila oblikovanje celostne lestvice za pomoč zdravniku pri odkrivanju oziroma napovedovanju depresije pri ljudeh, ki so zdravi. Raziskavo sta v pretekli številki Izi-de že obširneje predstavila prof. dr. Igor Švab in asist. mag. Danica Rotar Pavlič. Slovenija bo v raziskavi sodelovala poleg še petih držav kandidatk: Španije, Portugalske, Nizozemske, Estonije in Velike Britanije, v katerih je pogostost depresije med prebivalstvom različna. Slovenijo bo v projektu predstavljala Medicinska fakulteta v Ljubljani s katedrama za psihiatrijo in družinsko medicino, del raziskave pa bo izveden tudi preko Inštituta za varovanje zdravja. Evropska unija je glede znanstvene kakovosti ocenila predlog raziskave z najvišjo oceno, tako da je bil sprejet v financiranje. Sodelovanje v tako pomembni mednarodni raziskavi pomeni za obe sodelujoči katedri poseben izziv in zaupanje v njuno strokovno in organizacijsko moč.

V dneh, ko se je muhasti april umikal zasanjanemu mesecu ljubezni, so se v Ljubljani na 2. dvodnevnem delovnem sestanku (prvi je bil v Londonu) zbrali koordinatorji vseh držav udeleženk v raziskavi. V izredno natrpanem urniku so sodelujoči obravnavali vse ključne in pomembnejše točke v pripravah in izvedbi raziskave PREDICT. V uvodu so koordinatorji predstavili, kako daleč so s pripravami na raziskavo. Tako je npr. predstavnik univerze v Groningenu na Nizozemskem sodelujočim povedal, da so že pridobili odobritev pravno-etične komisije, da bo v raziskavi sodelovalo 23 zdravnikov tako z mestnega kot podeželskega področja, da si zastavljajo vprašanje glede dolžine vprašalnika in da načeloma zastopajo stališče, da bi bilo z uporabo dobrih vprašanj moč vprašalnik tudi razširiti. Poudaril je, da še

vedno ni rešeno vprašanje financiranja. Na podoben način so nato tudi ostali udeleženci predstavili potek in priprave v svojih deželah. Priprave v Sloveniji je sistematično in skrbno predstavila asist. mag. Danica Rotar Pavlič, koordinatorica raziskave. Tudi pri nas smo že 1. junija 2002 pridobili odobritev pravno-etične komisije. V Sloveniji bomo povabili k sodelovanju 80 zdravnikov družinske medicine. Vsakdo bo dobil pisno gradivo s povzetkom obstoječe literature. Zdravnike bomo prosili, da bodo med svojim rednim delom v ambulanti vzorčili obiskovalce, stare med 18 in 75 let. Vsak zdravnik naj bi povabil k sodelovanju 15 bolnikov. Na tak način predvidevamo, da bi v Sloveniji zbrali 1.200 bolnikov. Anketiranje se bo pričelo spomladi 2004. Bolniki bodo ponovno anketirani čez 6 in 12 mesecev. V projektu IMPRUVE, ki je prav tako potekal v Sloveniji, so se zelo izkazali študentje medicine in tako smo se tudi to pot odločili, da bomo v projekt vključili 20 študentov in študentk medicine, ki bodo anketirali bolnike na njihovih domovih. Vsak študent, ki bo pristal na sodelovanje, bo vključen v izobraževalno delavnico, ki jo bo konec maja organizirala Katedra za družinsko medicino v sodelovanju z prof. dr. Martino Tomori in dr. Zverom s Katedre za psihiatrijo. Študent bo dolžan s pomočjo pisnega vprašalnika opraviti 20 anket. Za anketiranje na domu se bo predhodno dogovoril bolnikov izbrani zdravnik. V primeru, da bi bolnik sicer privolil v sodelovanje, ne bi pa želel obiska na domu, smo predvideli možnost, da bi intervju potekal v prostorih zdravstvenega doma. Telefonski intervju smo upoštevali le kot skrajno obliko. Tako študentje kot sodelujoči zdravniki bodo za svoj prispevek denarno nagrajeni.

V Sloveniji imamo tudi že najnovejši prevod vprašalnika CIDI (Composite International Diagnostic Interview), in sicer 12-mesečno različico. Gre za tretjo avtorizirano različico mednarodnega diagnostičnega intervjuja, ki je rezultat sodelovanja s številnimi strokovnjaki. Vprašalnik naj bi se uporabljal le v povezavi s spremno literaturo. Ta obsega priročnik za raziskovalce, priročnik za anketarje ter računalniško disketo za vnos, urejanje in vrednotenje podatkov, vključno z računalniškim priročnikom. Prevajanje tega priročnika je bilo mogoče le z dovoljenjem Svetovne zdravstvene organizacije s sedežem v Ženevi. Vprašalniku CIDI bo dodan še vprašalnik o sociodemograf-

skem okolju bolnika, ki smo ga prejeli z londonske univerze. Pripravljen je tudi ponovni prevod v angleški jezik, ki zagotavlja kakovost prvotnega prevoda vprašalnika.

Pilotska študija bo v Sloveniji izvedena prvi teden junija. Slovenija je zelo pohitelja, saj bodo pilotske študije v ostalih državah, z izjemo Estonije, izvedli šele oktobra. Vključevala bo 40 bolnikov, za izvedbo pa bo poskrbela Irena Vatovec Progar, dr. med., iz Zdravstvenega doma Postojna. Prva taka pilotska študija je bila opravljena v Estoniji in na osnovi le-te bo moč opozoriti in tudi popraviti morebitne pomanjkljivosti, nejasnosti ali napake vprašalnika ter testirati njegovo zanesljivost.

V nadaljevanju so udeleženci sestanka razpravljali o natančnem datumu začetka raziskave, nadalje o vprašalniku, ki ga bo oblikovala vsaka država po svoje, in o njegovi naslovni strani, o prevodih in ponovnih prevodih v angleški jezik, o vprašanju kodiranja odgovorov. Sprejete so bile tudi odločitve glede izvedbe pilotskih študij v posameznih državah ob upoštevanju izkušenj estonskih kolegov z univerze v Tartuju. Posebno pozornost so posvetili vprašanju zadrževanja ljudi v raziskavi in kako vzdrževati stik z njimi, saj je zelo pogost problem tako velikih prospektivnih raziskav ravno osip oziroma izguba ljudi iz raziskave. V ta namen je bilo oblikovano pismo bolnikom, ki bo temeljilo na etičnih normah države udeleženke. Podobno pismo, ki ga bodo sestavili v vsaki državi, bodo prejeli tudi sodelujoči zdravniki družinske medicine. Zelo občutljivo področje je tudi kontrola kakovosti. V Estoniji načrtujejo tedenske sestanke z izpraševalci, kjer bodo sproti razreševali aktualne probleme, v Veliki Britaniji pa bodo redno spremljali potek intervjujev (cca. 15 odstotkov) in poskrbeli za dvojni vnos podatkov. Nobenega dvoma ni, da bo potrebno oblikovati še protokol kontrole kakovosti.

V zaključku so sodelujoči izdelali še natančen koledar dejavnosti za prihodnje mesece in določili datum in mesto naslednjega sestanka, ki bo v Granadi v Španiji.

Zdravniki, ki se pri svojem delu srečujejo s problematiko depresije, polagamo velike upe in pričakovanja v rezultate raziskave PREDICT in si hkrati želimo, da se z novimi znanji in z našo pomočjo ne bodo nikoli več ponovile usode Virginije Woolf in njej podobnih, ki so jih temačna depresivna razpoloženja pahnila v reko samomora. ■

# 16. anesteziološki simpozij Alpe-Jadran v Mariboru

Nada Kodrič

**L**etošnje 16. mednarodno srečanje anesteziologov Alpe-Jadran je bilo v Mariboru od 9. do 11. maja 2003. Organizator tradicionalnega in plodnega sodelovanja anesteziologov Avstrije, Hrvaške, Italije in Slovenije je bilo Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino (SZAIM) v sodelovanju z združenji anesteziologov sosednjih dežel in njihovih univerz.

Strokovne teme so bile: sodoben monitoring in postopki, anestezija pri bolnikih s spremljajočimi boleznimi, motnje v koagulaciji pri kirurških bolnikih, oživljanje poškodovancev ter pooperativno zdravljenje bolečine.

Uradni jezik je bila angleščina. Srečanje je bilo namenjeno prikazu dela, znanja in izkušenj mladih anesteziologov ter specializantov anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine v sodelovanju z njihovimi mentorji. V prispevkih so sodelovali priznani strokovnjaki: prof. dr. Gullo iz Trsta, prof. dr. Giordano in prof. dr. Della Rocca iz Vidma, prof. dr. Metzler iz Gradca, prim. dr. Schalk iz Celovca, prof. dr. Majerič Kogler, prof. dr. Šakić iz Zagreba, prof. dr. Hipp iz Münchna, prof. dr. Paver Eržen, prof. dr. Manohin, prof. dr. Kremžar, prof. dr. Petrun Ulaga iz Ljubljane.

Prišlo je 58 prispevkov, od tega 33 domačih in 25 tujih na visoki strokovni ravni. Domače predavatelje moram pohvaliti za korektno strokovno delo ter solidne nastope in predstavitev svojih del v angleškem jeziku. Starejšim kolegom in mentorjem so lahko v ponos. V primerjavi s sosednjimi deželami zaostajamo v opremljenosti s sodobnimi monitorji vitalnih funkcij bolnikov med obsežnimi operacijami bolnikov ter v monitoriranju motenj v koagulaciji med jetrnimi in drugimi operacijami, ki to zahtevajo za natančno vodeno terapijo, od česar je odvisen tudi izid zdravljenja.



Srečanje se je pričelo v petek popoldne s strokovnim delom. Uvodno predavanje je imela prof. dr. Vesna Paver Eržen o sodobnem inhalacijskem anestetiku sevofluranu.

Na svečanem odprtju so bili slavnostni govorniki župan Mestne občine Maribor Boris Savič, univ. dipl. ing., podpredsednik Slovenskega zdravniškega društva prim. Zoran Zabavnik, dr. med., ter predsednica Slovenskega združenja za anesteziologijo in intenzivno medicino prim. Nada Kodrič, dr. med., ki je tudi odprla simpozij. Odprtje se je nadaljevalo s kulturnim programom našega kantavtorja Zorana Predina.

Sobota je bila posvečena celodnevemu strokovnemu delu. Vsakemu referatu je sle-

dila živahna razprava. Udeleženci so dobili tudi zbornik vseh referatov. Poleg strokovnega mednarodnega sodelovanja je bilo srečanje priložnost za navezovanje prijateljskih stikov s kolegi iz sosednjih držav.

V nedeljo smo imeli organiziran voden ogled prelepega centra mesta Maribor, ki je bil zanimiv in poučen tudi za domačine.

Organizatorji naslednjega anesteziološkega srečanja Alpe-Jadran bodo italijanski kolegi v sodelovanju z združenji anesteziologov sosednjih dežel in njihovih univerz. Dogodek se bo odvijal nekje v okolici Vidma. Strokovno temo bomo določili na skupnem sestanku jeseni v Ljubljani.

# Kongres o plastičnosti možganov v razvoju

Damjan Osredkar

V letošnji kulturni prestolnici - Gradcu - se je od 22. do 24. maja odvijal kongres, namenjen vsem, ki jih zanimajo razvoj otrok in nevrološke stranpoti le-tega. Kongres je imel dve vodilni temi: 1) genetika in epigenetika razvoja možganov in 2) "plastičnost" celic živčevja v razvoju možganov. Zanimivi temi, priznani predavatelji in preizkušeno odlični gostiteljski par (Christa Einspieler in Heinz Prechtel) so pritegnili več kot 200 udeležencev, med njimi nas je bilo 12 iz Slovenije (večina nas je bila tako ali drugače vpletena v posterske predstavitve svojega dela).

Sproščeno ozračje kongresa je že v samem začetku zagotovil otroški pevski zbor, ki je s tradicionalnimi štajerskimi pesmimi in izbranim jodlanjem omehčal še tako nedostopne znanstvene glave. Kot da se te sicer same od sebe ne bi voljno vdale nekaj odličnim uvodnim predavanjem: Gerd Müller (Dunaj, Avstrija) je imel predavanje o genetiki, epigenetiki in plastičnosti razvoja. Paško Rakić (New Haven, ZDA) je imel predavanje o pomenu migracije nevronov pri razvojnih motnjah, v katerem je s fotografijami in filmi vzorcev nazorno pokazal pota, po katerih nevroni potujejo do svojih končnih mest, in opisal, kako različni škodljivi dejavniki ta proces zmotijo. Ronald Oppenheim (Winston-Salem, ZDA) je imel zanimivo predavanje o apoptozi nevronov v razvoju.

Peter Wolff (Boston, ZDA) je imel zelo zanimivo predavanje o genetiki kompleksnih sprememb pri bolnikih, ki imajo disleksijo. Ne samo, da disleksija ni zelo redka bolezen (citiram: "kar dve generaciji ameriških predsednikov jo imata, vendar je v njunem primeru neumnost večji problem"), očitno je tudi zelo dober model za proučevanje plastičnosti možganov. Disleksija in motnje v razvoju govora so bile tudi tema več drugih predavanj in posterjev. Zanimivo predavanje je imel Harry Chugani (Detroit, ZDA), ki je plastičnost možganov po razvojnih lezijah proučeval s pozitronsko emisijsko tomografijo (PET). Brain Neville



*Trije dejavni udeleženci kongresa o plastičnosti možganov*

(London, VB) je govoril o tem, kako epileptični napadi zmanjšajo plastičnost možganov otrok. Peter Stiers (Leuven, Belgija) je imel predavanje o funkcijskem MRI-slikanju pri otrocih z motnjami vida. Večina predavanj je bila zelo zanimiva in je, čeprav je plastičnost živčevja zelo kompleksen proces, ponudila veliko koristnih in vzpodbudnih izhodišč za razmišljanje o njem.

Slovesen sijaj je kongresu dala podelitev nagrade Heinza Prechtla za razvojno nevrologijo Philippu Evrardu (Paris, Francija) za njegovo zelo plodno in iskro raziskovalno kariero. V svojem slavnostnem predavanju

je govoril o zaščiti možganov v zgodnjem razvoju. Dobro, da je imel svoje predavanje na koncu dneva, kajti da je bil nagrade zelo vesel, je bilo videti po številnih zahvalah, ki smo jim prisotni pozorno sledili s kozarcem rujnega endemičnega penečega vina v roki.

Kongres se pač ni mogel ogniti tradiciji in sijaju obeh vrhovnih organizatorjev (ali, kakor je njun klan privržencev imenoval spet razigrani Peter Wolff, tokrat v vlogi moderatorja, mafije spontanega gibanja), zato je bilo nekaj predavanj namenjenih tudi gibalnim vzorcem plodov in novorojenčkov ter napovedni vrednosti le-tega. ■

# Mednarodna konferenca iz družinske terapije "Upreti se zlorabi"

Dubravka Trampuž

V zadnjem desetletju dvajsetega stoletja je prišlo do pomembnih premikov v prepoznavanju, razumevanju in obravnavanju fizične, psihične in spolne zlorabe v družinah. Strokovno in laično javnost je pretreslo spoznanje, da družina ne nudi vedno varnega zavetja in spodbude za razvoj in samouresničitev svojih članov. Zlasti otroci in ženske so pogosto tarča fizičnega in psihičnega trpinčenja ter spolne zlorabe. Ta se znotraj družine skrbno varuje kot strogo varovana skrivnost, kar žrtvam onemogoča ali otežuje iskanje pomoči in zaščite. Tudi kadar storilci niso člani ožje družine, se družine ne znajdejo in ne vedo, kako ukrepati in kje poiskati pomoč, da bi zaščitile svoje člane.

Po nekaterih podatkih je 47 odstotkov otrok in mladostnikov do dopolnjenega 18. leta starosti doživelo eno izmed oblik spolnega nasilja ali kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost. Z raziskavami odraslih uporabnikov psihiatrične pomoči so ugotovili, da je 50 odstotkov žensk in 20 odstotkov moških v anamnezi med drugim navedlo tudi spolno zlorabo v otroštvu.

Strokovnjaki se zato moramo naučiti prisluhniti verbalnim in neverbalnim sporočilom žrtev nasilja in zlorabe, ki iščejo pomoč pri zdravnikih, psihiatru, psihologih in socialnih službah v upanju, da bo njihova stiska prepoznana, ne da bi sami razkrili dejanske vzroke za njo.

O tem, kako prepoznati zlorabo znotraj in zunaj družine, kako ukrepati in kako pomagati žrtvam nasilja in njihovim družinam ter kako se upreti zlorabam, ki jih kot strokovnjaki pri delu z ljudmi lahko nevede tudi sami zagrešimo, je tekla beseda na mednarodni konferenci iz družinske terapije, ki smo jo prvič organizirali v Sloveniji. Idejni pobudnik konference je bilo Društvo za družinsko terapijo Slovenije, sekcija za sistemsko psihoterapijo posameznikov in družin. To je skupina strokovnjakov, ki je uspešno zaključila 4-letno izobraževanje iz družinske psihoterapije, ki ga je organizirala Psi-

hiatrična klinika Ljubljana v sodelovanju z Inštitutom za družinsko terapijo iz Londona. Skupina že od leta 1996 sodeluje v izobraževalnih programih, namenjenih usposabljanju strokovnjakov za delo z družinami, svetovalno delo in sistemsko psihoterapijo. Pri organizaciji mednarodne konference, ki je potekala na Bledu od 8. do 10. maja 2003, sta sodelovala še Psihiatrična klinika Ljubljana in Mednarodno združenje za družinsko terapijo (IFTA).

Prijetno nas je presenetilo število tujih strokovnjakov, ki so pokazali izjemen interes za sodelovanje. Tako so strokovnjaki iz Argentine, Avstralije, Izraela, Južne Afrike, Združenih držav Amerike, Portugalske, Madžarske, Velike Britanije, Norveške, Nizozemske, Poljske, Liberije, Hrvaške, Makedonije, Srbije in Črne gore prispevali k izjemno pestremu programu in izmenjavi izku-

šenj tako na formalnih kot tudi neformalnih srečanjih.

Plenarna predavanja so obravnavala sistemske vidike zlorabe v družini, družbi in terapevtskem sistemu. Prof. dr. Martina Tomori se je v svojem plenarnem predavanju o družinah v času tranzicije dotaknila problema, ki je terapevtom in zdravnikom v vsakdanji praksi zelo blizu. V pričo spreminjajočih se vrednot in prepričanj, ki sledijo hitrim družbenim in ekonomskim spremembam, se tako družine kot terapevti srečujejo s številnimi novimi izzivi preživetja, prilagajanja in razvoja ter terapevtskega delovanja. Političnim vidikom zlorabe moči in družin ter vloge sistemskega psihoterapevta (tema, ki je v sodobnem času vedno bolj aktualna) je svoje plenarno predavanje namenila dr. Chana Winer (Izrael), predsednica Mednarodnega združenja za družinsko terapijo.



**Predavatelji plenarnih predavanj: Jana Borštnar (Slovenija), Charlotte Burck in Gwyn Daniel (Velika Britanija), Martina Tomori (Slovenija) in Arnon Bentovim (Velika Britanija) (Foto: Zdenka Čebašek Travnik)**

Jana Borštnar in Mojca Močnik Bučar, sistemski psihoterapevki in psihiatrinji na Kliničnem oddelku za mentalno zdravje, sta svoje plenarno predavanje namenili različnim vidikom rabe in zlorabe moči terapevtov, še posebej v luči spreminjajočih se družbenokulturnih vrednot in družbenih vlog v Sloveniji. Svoje predavanje sta popestrili z rezultati systemskega intervjuja z uporabniki v zvezi z njihovim doživljanjem rabe in zlorabe moči terapevtov v zdravstvenem sistemu.

Na konferenci novoizvoljeni predsednik Mednarodnega združenja za družinsko terapijo, Arnon Bentovim (Velika Britanija), se je v svojem plenarnem predavanju posvetil otrokom, ki živijo v ozračju družinskega nasilja, in načinom, kako omiliti negativne učinke družinskega nasilja na otrokov razvoj. Svoje predavanje je podkrepil z izsledki raziskav. Gwynn Daniel in Charlotte Burck, sistemski psihoterapevki in predavateljici na ugledni kliniki Tavistock v Londonu, sta se v svojem plenarnem predavanju osredotočili na terapevtsko delo z otroki, ki odraščajo v ozračju družinskega nasilja. Vse, ki delamo z duševno bolnimi, je še posebno pritegnil drugi del predavanja, posvečen delu z otroki, pri katerih je eden od staršev duševno zbolel. Tom Andersen (Norveška), sistemski psihoterapevt in profesor psihiatrije, je svoje provokativno predavanje o tem, kako se srečati s tistimi, ki nas ogrožajo, namenil zlasti terapevtom. Svoje misli je prenesel v praktično delo v delavnici, namenjeni terapevtskemu delu z nasiljem v družini. Pri tem je posebno poudaril delo terapevta in njegove negativne predstave o drugih, ki jih še zlasti nasilje in zloraba nedvomno vzbujajo.

Sonja Bowkamp, družinska terapevtka iz Nizozemske, je svoje plenarno predavanje namenila izgorevanju terapevtov in načinom, kako se tega obvarovati. Svoje misli je naprej razvijala in aplicirala v delavnici, namenjeni praktičnem delu s terapevti. Vislava Globevnik Velikonja, družinska terapevtka in klinična psihologinja na Ginekološki kliniki v Ljubljani, je svoje plenarno predavanje namenila pogosto zanemarjenemu delu z žalujočimi družinami mrtvorojenih otrok.

Vse delavnice so bile izjemno kakovostne in namenjene praktičnemu terapevtskemu in svetovalnemu delu z različnimi družinami, kot so družine, v katerih je prisotno nasilje in zloraba, družine z depresivnim bolnikom, dopolnjene družine, družine z od-

visnim od alkohola ali prepovedanih drog, istospolne družine, družine z majhnimi otroki....

Nekatere delavnice in prispevki so bili posvečeni pomembnim kulturološkim in socialnim dejavnikom ter opozarjali na potrebo po modifikaciji terapevtskih tehnik pri delu z družinami v različnih kulturnih, ideoloških in verskih okoljih. Zlasti tuji udeleženci so izrazili pozitivno presenečenje nad zastopanostjo problematike dela z družinami z odvisniki, področja, ki je na podobnih strokovnih srečanjih v tujini pogosto zapostavljeno.

V času konference je bila organizirana okrogla miza, ki jo je koordinirala Maja Rus Makovec, tudi systemska družinska terapevtka, na temo interdisciplinarne obravnave storilcev kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost. Kot razpravljavci so se je udeležili Polona Selič iz Urada varuha človekovih pravic, Slavko Zihel iz Psihiatrične klinike Ljubljana, Vlasta Nussdorfer iz Okrožnega javnega tožilstva, Andrej Juratovec z Oddelka za preiskovalno podporo UKP GPU, Katja Zabukovec iz Društva za nasilno komunikacijo, Mojca Breclj Kobe iz Pediatrične klinike Ljubljana. Okrogla miza se je končala v spodbudnem vzdušju, ki obeta nadaljevanje dialoga glavnih razpravljavcev in sodelujočih pri iskanju poti iz številnih dilem, ki jih terja kompleksna interdisciplinarna obravnava storilcev spolnega nasilja.

Prva mednarodna konferenca iz družinske terapije, organizirana v Sloveniji, je omogočila, da so se predstavili in srečali tudi domači družinski terapevti, ki izhajajo iz različnih terapevtskih šol, in upamo, da se bodo tovrstna srečanja in izmenjave izkušenj nadaljevala tudi v prihodnje.

V času konference je Krka kot glavni sponzor konference organizirala satelitski simpozij o zdravljenju depresije različnih populacij: otrok in mladostnikov, žensk in moških. V duhu konference je bil poudarek na vplivu kulturoloških in socialnih dejavnikov in prepričanj terapevtov (zdravnikov) glede različnih oblik depresij, njihove prevalece, specifične simptomatike in zdravljenja. Čeprav je bilo v ospredju psihofarmakološko zdravljenje, je zanimivo, da se je tudi na tem simpoziju izkazalo, da je v Sloveniji še vedno premalo strokovnjakov - zlasti med zdravniki, ki bi bili usposobljeni za delo z družino. Kot poročajo zdravniki, ki so spoznali osnove dela z družino, jim tovrstno delo

pomaga prepoznati in razumeti simptome, ki jih bolezen povzroča znotraj družinskega sistema. Tako lahko prihranijo čas in denar za drage preiskave, pridobijo člane družine za sodelovanje pri zdravljenju in rehabilitaciji, vzdržujejo zazdravljeno stanje, preprečujejo in/ali pravočasno prepoznavajo razvoj simptomov in bolezni pri drugih članih družine, ki jih že obstoječa bolezen v družini najbolj obremenjuje. Tako, kot je pokazala tudi ta konferenca, nam tovrstna znanja ter negovanje samorefleksije s pomočjo rednih supervizij pomagajo prepoznati lastno vlogo in moč v terapevtskem/zdravstvenem sistemu. To nam lahko pomaga, da se pravočasno izognemo morebitni zlorabi znanja in moči, ki ju kot zdravniki in terapevti imamo.

Želimo si, da bi številne zanimive prispevke objavili v knjigi prispevkov, in upamo, da nas bodo pri teh prizadevanjih finančno podprli sponzorji, ki so svoje razumevanje za tovrstno problematiko že izkazali s tem, ko so prispevali k uspešni organizaciji konference.

Pripravo konference so omogočila podjetja: Krka, GlaxoSmithKline, Eli Lilly, Astra Zeneca, Wyeth, Pliva, Pfizer.



# 8. konferenca Mednarodnega združenja potovalne medicine

Mirjana Stantič Pavlinič

V zadnjem desetletju se potovalna medicina razvija v posebno multidisciplinarno medicinsko stroko. Gre za vedo, ki združuje znanja in izkušnje različnih specialistov s področja preprečevanja bolezni in zdravljenja potnikov. Združenja, ki po državah nastajajo in delujejo tudi na mednarodnih ravneh, so pritegnila v svoje kroge infektologe, epidemiologe, specialiste medicine dela, dermatologe, ginekologe, pediatrie, druge specialiste in medicinske sestre. V združenja se vključujejo tudi kadri, ki delajo v vojaških postojankah na različnih delih sveta, in tudi tisti, ki zbirajo strokovne izkušnje ob delu z begunci kjerkoli po svetu. Cilji mednarodnega združenja potovalne medicine, ki se je že osmič sestalo, letos od 7. do 11. maja v New Yorku, so vsebinsko opredeljeni:

- Promocija zdravja potnikov
- Izdelava priporočil za praktično delo s področja potovalne medicine
- Izobraževanje zdravstvenih delavcev, delavcev v gospodarstvu in javnozdravstvenih delavcev
- Priprava znanstvenih podlag s področja potovalne medicine
- Hitra medsebojna izmenjava informacij
- Uveljavljanje mednarodnih stikov med izvajalci zdravstvene zaščite potnikov
- Podpiranje razvoja in ovrednotenja varnih in učinkovitih preventivnih ter kurativnih posegov
- Pospesevanje multicentričnih raziskav s področja potovalne medicine (mednarodne kolaborativne študije)

Letno število potnikov v mednarodnem prometu se je po podatkih Svetovne turistične agencije v zadnjih petdesetih letih povzpelo od 25 na 664 milijonov. Skoraj tri četrt potnikov še vedno ne išče možnosti pridobivanja ustrezne zdravstvene zaščite pred potovanjem, kar nalaga združenjem še veliko promocijskega dela.

## Stare bolezni, novi izzivi

Čeprav je minilo že več kot petdeset let od prvih opozoril, postajajo v zadnjih letih vse bolj zanimive raziskave s področij, ki še niso dovolj raziskana. Ugotavljajo se tveganja za nastanek **trombotičnih sprememb** ožilja spodnjih okončin in tudi za pljučne embolizme pri potnikih, ki potujejo na daljše razdalje z letalom in z drugimi prevoznimi sredstvi. Svetovna zdravstvena organizacija je pred dvema letoma podprla prizadevanja na tem področju, kar vse bolj potrjuje potrebo po izvajanju preventivnih ukrepov, usmerjenih v zmanjšanje tveganja: nošenje kompresijskih elastičnih dokolenk, pitje velikih količin tekočine v času potovanja, telovadba, izogibanje pitju alkohola.

Znanja oziroma izkušnje s področja **višinske medicine** postajajo vse bolj nujna pri delu s potniki. Tudi popolnoma zdrave osebe so zaradi hipoksije dovzetne za višinsko bolezen, poimenovano HAI (High Altitude Illness), ki nastane v času večdnevnega bivanja na nadmorski višini več kot 2.500 metrov. Opisujejo več različic pojavnosti: AMS (Acute mountain sickness), HACE (High Altitude Cerebral Edema) in HAPE (High Altitude Pulmonary Edema). Med dejavnike tveganja uvrščajo: stalno bivališče pod 1.000 m nadmorske višine, hitro vzpenjanje na velike višine, anamnestično že poprej HAI. Nekatera medicinska stanja (anemija srpastih celic, težka kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), nestabilna angina pectoris, slabo nadzorovana srčna aritmija, srčna odpoved, rizična nosečnost) uvrščajo med kontraindikacije za izpostavljanje tveganju za višinsko bolezen. Za preprečevanje priporočajo: vzpon v etapah, acetazolamid, dexamethason in nekatera druga zdravila.

V Torontu so raziskali primere **gobavosti**, ki so jih spoznali na njihovi kliniki za nalezljive bolezni. Med letoma 1974 in 2002 so zdravili skupaj 184 importiranih primerov leppe. Največ njihovih bolnikov se je okuži-

lo v jugovzhodni Aziji, in sicer: 27 odstotkov na ozemlju Filipinov, 24 odstotkov v Indiji, 20 odstotka v Vietnamu.

## Malaria - nenehna naloga

Čeprav začetki kemoprofilaktične zaščite segajo že v leto 1854, pri izvajanju **kemoprofilakse proti malariji** ugotavljajo, da nobeno izmed obstoječih kemoprofilaktičnih zdravil ne ponuja 100-odstotne zaščite pred okužbo. Poročajo tudi o primerih malarije, ki je nastopila po maloronu (atovaquone-proguanil), najnovejšem in dokaj dragem zdravilu. Kljub temu je zaščita potnikov pred malarijo nujna. Splošni zaščitni ukrepi praviloma ne zadostujejo. Menijo, da bi bilo brez kemoprofilakse število zbolelih in število smrtnih primerov med potniki večje in bi daleč presegle trenutno stanje. Ocenjujejo, da letno število importiranih primerov malarije v Evropi presega 10.000, umrljivost pa je od enega do nekaj odstotkov. Za daljše zdravljenje, ki je običajno posledica poslovnih potovanj v malarične kraje, je Svetovna zdravstvena organizacija leta 2002 priporočila:

- chloroquin/proguanil (ob pregledu očesne mrežnice dvakrat na leto),
- mefloquin (ni naraščanja stranskih učinkov ob daljši zaščiti) in doxiciklin pri obstoju odpornosti parazita na chloroquin v nekem kraju.

Mefloquin (lariam) vse bolj izpodriva chloroquin/proguanilsko zaščito in kolegi iz Nemčije ne predpisujejo več slednje kemoprofilaktične kombinacije za daljšo zaščito pred malarijo.

## Bolezni v razmahu

Evropske klinike se vse pogosteje srečujejo s primeri **denge** pri potnikih. Število potnikov, zdravljenih zaradi malarije, presega število potnikov, zdravljenih zaradi importiranih primerov denge, glede na podatke, zbrane v Avstriji. Čeprav razvijajo cepi-

va proti dengi že od leta 1931, še vedno ni na voljo za množično zaščito potnikov in osatlega prebivalstva.

Predstavljenih je bilo več **protokolov za obravnavo beguncev**. Protokoli slonijo na dosedanjih izkušnjah in epidemioloških podatkih o gibanju nalezljivih bolezni na različnih koncih sveta. V Španiji se posebej pri beguncih obravnava: TBC, HIV, črevesne okužbe s poudarkom na črevesnih zajedalcih, virus hepatitisa B in C, malarija, filariaza, sistozomioza, spolne bolezni.

Zlati standard za zdravljenje **kolere** in drugih črevesnih okužb je oralna rehidracija (v začetku zdravljenja po potrebi tudi parenteralna rehidracija). Kolero zdravijo tudi z antibiotiki. Za zdravljenje kolere priporočajo:

- doxycycline v enem dnevnem odmerku (3 dni)
- TMT-SMX za otroke
- fluoroquinolone (cipro/norfloxacina)

Za preprečevanje kolere svetujejo ciprofloxacin.

## Tveganja

Tveganja za potnike iz razvitih držav, da zbolijo za črevesno okužbo v času bivanja na manj razvitih krajih, so različna:

Za **kolero**:

- 0,2/100.000 (za potnike iz Evrope ali Severne Amerike pri obisku endemičnega ozemlja),
- 13/100.000 (za potnike iz Japonske po vrnitvi iz Indonezije).

Za **hepatitis A**:

- 1/300 potnikov.

Za **trebušni tifus**:

- 11/100.000 (podatki se nanašajo na zahodno Evropo z 88 odstotki potnikov, preventivno cepljenih proti trebušnemu tifusu),
- 217/100.000 (podatki za Izrael s 6 odstotki preventivno cepljenih potnikov in ne-registriranim cepivom proti tifusu).

Verjetnost okužbe narašča s časom, ki ga potnik preživi v tujini, in je ocenjena tudi za nekatere druge bolezni. Tako npr. menijo, da po enomesečnem bivanju v rizičnih namembnih krajih obstaja verjetnost za zbolevanja:

- 1/1.250 potnikov za okužbo z **virusom hepatitisa B**,
- 8 primerov **malarije** na 1.000 nezaščiteneh potnikov.

Tveganje, da potnik zbolijo za **rumeno mrzlico**, je različno glede na to, ali vstopi na

ozemlje Afrike ali Južne Amerike. Tveganje je večje v Afriki kakor v Južni Ameriki. Odvisno je tudi od sezone; v Afriki je tveganje za rumeno mrzlico najvišje med julijem in oktobrom, v Južni Ameriki pa med januarjem in marcem. V državah, kjer bolezen razsaja, se večja verjetnost zbolevanja ob izbruhih epidemije rumene mrzlice. Domnevajo, da je verjetnost okužbe potnikov, ki niso prejeli cepiva, v času epidemije npr. v Afriki 1:250, v medepidemičnem času pa 1:2.000 izpostavljenih potnikov.

Učinkovitost cepiva proti rumeni mrzlici je različna glede na čas, ki preteče po cepljenju:

- 90-odstotna v desetih dneh po aplikaciji cepiva,
- 99-odstotna v 30 dneh po cepljenju.

Še vedno se je treba cepiti najkasneje 10 dni pred potovanjem, očitno pa je pripravljenost za preprečevanje bolezni oziroma učinkovitost cepiva bolj ustrezna, če je cepljenje opravljeno bolj zgodaj oziroma en mesec pred potovanjem.

Tudi zbiranje velikih množic predstavlja tveganje za bolezni potnikov. Vsako leto npr. poteka romanje v Savdsko Arabijo, natančneje v Meko in Medino. Zbere se okoli dva milijona romarjev, ki preživijo na tem ozemlju povprečno več kot 30 dni. Običajno se zberejo potniki iz več kot 140 držav. Polovica potnikov trpi za kašljem, drugi pa svoje tegobe zdravijo z jemanjem antibiotikov. Dosedanje izkušnje so pokazale veliko tveganje pri potnikih za okužbo z **meningokoknim meningitisom**, ki je v zadnjem letu nekoliko upadlo. Še vedno velja obvezno cepljenje proti meningokoknemu meningitisu pred vstopom na ozemlje Savdske Arabije. Romarje pred potovanjem velikokrat cepijo tudi proti **gripi**. Zadnje študije kažejo na kopičenje podatkov o razsajanju **oslovskega kašlja**.

## Izobraženost potnikov

Multicentrična študija, ki je bila opravljena na letališčih na različnih koncih sveta, je pokazala, da se potniki praviloma ne zavedajo tveganj, ki jih s sabo prinašajo potovanja na izbrane destinacije. Polovica potnikov se ne zaveda tveganja za okužbo z malarijo na malaričnem ozemlju, tretjina in celo več jih podcenjuje tudi tveganja za hepatitis B, hepatitis A, steklino, trebušni tifus, japonski encefalitis in druge bolezni, za katere se je možno zaščititi s cepivi.

Delež potnikov, ki se zavedajo potrebe po

uporabi kondoma, znaša po različnih študijah le nekaj odstotkov, enaki podatki pa so pridobljeni tudi za uporabo oralne rehidracije. Nekoliko boljše rezultate beležijo bolj razvite države.

## Prispevki iz Slovenije in pomen srečanja za naše prostore

Iz Slovenije smo se udeležili srečanja z dvema prispevkoma. V antirabičnem dispanzerju Zavoda za zdravstveno varstvo Ljubljana ugotavljamo naraščanje cepljenja proti steklini po vrnitvi iz tujine. Cepimo potnike, ki so jih ugriznili najpogosteje psi, mačke in opice. Potniki se vračajo iz različnih držav: Hrvaške, Tajske, Nepala, Peruja, Šrilanke, Gane, Kenije, Ruske federacije, ZDA, Indije... Opozorili smo tudi na pomen splošnega zdravnika pri prepoznavanju tropskih bolezni pri bolnikih, ki se vračajo iz tujine, ter na pomen splošnih zdravnikov pri ugotavljanju in spremljanju zdravstvenega stanja potnikov v času skupinskih potovanj v tujino, ki potekajo ob spremstvu splošnega zdravnika.

Različni avtorji po svetu (enako kakor v Sloveniji) ugotavljajo, da se potnik zgleda na pregled, po nasvete ali na preventivna cepljenja praviloma dokaj pozno, čeprav je potovanje načrtoval vsaj en mesec pred odhodom. Vendar je ravno mesec dni pred potovanjem najbolj ustrezen čas za izvajanje začetka zaščitnih cepljenj.

Zadnji podatki kažejo na 40-odstotni padec turizma na Tajskem, kar pripisujejo novougotovljeni bolezni, SARS-u. Kljub temu so napovedi glede na število potovanj in na SARS dokaj ugodne. Potnike namreč po vseh dosedanjih preučevanjih mnogo pogosteje ogrožajo prometne nezgode in njihove lastne kronične bolezni, tveganja za okužbe pa so glede življenjske ogroženosti potnika veliko manjša. Na tem področju bo potrebno opraviti raziskave tudi v Sloveniji. Izkušnje iz tujine, kjer imajo opravka z velikim številom bolezni potnikov, bo potrebno prenesti tudi v Slovenijo in jih čim bolj uveljavljati v vsakdanji praksi.

Udeležbo na srečanju je delno omogočilo podjetje Lek. ■

# Beta blokatorji pri srčnem popuščanju

Nada Ružič Medvešček

**O**d 28. februarja do 2. marca je potekal v modernem kongresnem centru Grimaldi Forum v Monte Carlu simpozij z naslovom "Star treatment beyond b blockade in cardiovascular disease". Zvezdno nebo (umetno), pod katerim se je odvijal simpozij, je povsem ustrezalo nekoliko neoprijemljivemu in romantičnemu naslovu, vsebina simpozija pa je bila stvarna in vsako uro bolj pričrpljiva - beta blokatorji pri srčnem popuščanju. Simpozij je že tretje leto zapored organizirala švicarska farmacevtska tovarna Hoffman-LaRoche. Tudi zveneča imena predavateljev so doprinesla k zvezdnemu siju izjemno domiselno organiziranega simpozija. Zadovoljni udeleženci iz Slovenije so na fotografiji.

Milton Packer, vodja več pomembnih študij na področju srčnega popuščanja, je v uvodu predstavil pomen negativnih bioloških in patofizioloških učinkov prekomerno aktiviranega simpatičnega živčnega sistema za ves spekter srčno-žilnih bolezni. Poudaril je, da je simpatična toksičnost splošno veljaven mehanizem pri srčno-žilnih boleznih. Gledano s tega zornega kota, je razumljivo, da so blokatorji beta receptorjev že pol stoletja med najpomembnejšimi srčno-žilnimi zdravili. Dobro uveljavljenim indikacijam, kot so angina pectoris, hipertenzija, akutni miokardni infarkt in tahiaritmije, se je v zadnjem desetletju priključilo še kronično srčno popuščanje (KSP) zaradi sistolične disfunkcije. Verjetno se bo temu seznamu kmalu priključilo še srčno popuščanje zaradi diastolične disfunkcije (opomba avtorice).

Beta blokatorji so danes temelj zdravljenja KSP. Indikacija izhaja iz obsežnih raziskav na področju bazičnih znanosti in velikih randomiziranih kontroliranih kliničnih raziskav, ki so potrdile vlogo blokade beta adrenergičnih receptorjev v zdravljenju KSP zaradi sistolične disfunkcije. O indikacijah za zdravljenje z beta blokatorji pri srčnem popuščanju, kdaj in kako začnemo zdravljenje in kako bolniki prenašajo zdravljenje, je govorilo več priznanih predavateljev. Raziskave kažejo, da zdravljenje z beta adrenergičnimi blokatorji zmanjša umrljivost bolnikov s KSP in okrnjenim iztisnim deležem za približno 30 odstotkov in pogostost hos-

pitalizacij za približno 40 odstotkov. Sprva so smernice za zdravljenje KSP priporočale beta blokatorje le pri bolnikih v II. in III. funkcijskem razredu po newyorški klasifikaciji. Študija COPENNICUS je potrdila, da zdravljenje s carvedilolom zmanjša tudi umrljivost najhujših bolnikov, to je tistih v IV. funkcijskem razredu. Carvedilol je ne-selektivni blokator adrenergičnih receptorjev, ki blokira beta 1, beta 2 in alfa adrenergične receptorje, ima pa tudi antioksidacijsko in antiproliferacijsko delovanje. Trenutno sta poleg carvedilola pri srčnem popuščanju dokazano učinkovita le še selektivna blokatorja beta 1 receptorjev metoprolol (raziskava MERIT-HF) in bisoprolol (raziskava CIBIS II). Zadnja navodila kardioloških združenj (AHA/ACC in ESC) za zdravljenje bolnikov s KSP priporočajo še širšo uporabo beta blokatorjev. Poleg bolnikov, ki so v II. do IV. funkcijskem razredu, jih priporočajo tudi pri nesimptomatskih bolnikih s ciljem, da bi zavrlji ali celo obrnili proces preoblikovanja (remodeliranja) levega prekata. Beta blokatorjev naj ne bi dobivali le bolniki, ki imajo absolutne kontraindikacije zanje, in bolniki s hudim KSP, ki potrebujejo zdravljenje z inotropnimi zdravili ali mehanično podporo.

O uvajanju beta blokatorjev je poročal Lars E. Ryden. Beta blokatorje praviloma uvajamo bolnikom, ki imajo pred tem že uvedena vsa potrebna zdravila, in sicer zaviralce angiotenzinske konvertaze (ACE) (če ga bolnik ne prenaša, pa blokator angiotenzinskih receptorjev) ter digoksin in diuretik, če sta potrebna. Bolniki morajo imeti stabilno tekočinsko stanje, kar pomeni, da morajo biti euvolemični ali da jemljejo stabilen odmerek diuretikov. Zdravljenje začnemo z zelo majhnim odmerkom beta blokatorja, ki ga podvojimo na en do dva tedna. Pri vsakem bolniku skušamo doseči največji možni odmerek ali ciljni odmerek, določen v raziskavah: bisoprolol 10 mg, metoprolol sukcinat 200 mg (pri nas ga nimamo) ali carvedilol 50 mg. Če pride pri uvajanju zdravljenja do poslabšanja zadrževanja tekočine, hipertenzije ali hude bradikardije, skušamo rešiti stanje, ne da bi prekinili zdravljenje z beta blokatorji. Povečamo lahko diuretično

zdravljenje, razpolovimo odmerke beta blokatorja, upočasnimo povečevanje odmerka beta blokatorja, zmanjšamo ali včasih povečamo odmerke zaviralca ACE, ukinemo digitalis. Zdravljenje prekinemo samo, če je absolutno potrebno, vendar je bolje, da odmerke zmanjšamo, kot da ga povsem ukinemo. Če prvi poskus uvajanja ne uspe, skušamo izboljšati bolnikovo stanje in poskus uvajanja ponovimo.

Beta blokatorji so del osnovnega zdravljenja KSP, izboljšujejo in podaljšujejo življenje. Kljub tem priporočilom pa se še vedno ne uporabljajo v dovolj veliki meri. Michael Komajda je poročal o rezultatih raziskave EUROHEART. Bolniki so v tej raziskavi prejeli zaviralec ACE v 80 odstotkih, diuretik v 74 odstotkih, beta blokator pa samo v 58 odstotkih. Pomanjkljivo zdravljenje je najverjetneje povezano s prepričanjem, da je uvajanje beta blokatorjev nevarno in združeno s številnimi zapleti. Lars E. Ryden je poročal o različnih titracijskih shemah pri različnih srčno-žilnih boleznih. Pri srčnem popuščanju mora biti odmerek še posebno natančno prilagojen bolniku. Raziskave kažejo, da ga prenaša kar 85 odstotkov bolnikov, vendar moramo upoštevati navodila za uvajanje in zviševanje odmerka. S previdnim pristopom se lahko izognemo neželenim učinkom, ki se pojavljajo največkrat ob uvajanju zdravila.

Stephan Jacob je predstavil pomen beta blokatorjev pri sladkornih bolnikih. Diabetes je eden najmočnejših dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni. Dolgo časa je predstavljal relativno kontraindikacijo za ta zdravila. Danes imamo obsežne raziskave, ki dokazujejo ugodne učinke beta blokatorjev pri sladkornih bolnikih. Vendar vsi beta blokatorji niso enaki. V raziskavi UKPDS na hipertenzivnih sladkornih bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 se je izkazalo zdravljenje z atenololom za ugodno, vendar je bilo potrebno dodatno hipoglikemično zdravljenje, da so zmanjšali metabolične stranske učinke beta blokatorja. Več študij je pokazalo, da zdravljenje hipertenzivnih bolnikov s carvedilolom ne zmanjša insulinske senziitivnosti. V raziskavi, ki je vključevala bolnike s srčnim popuščanjem, so ugotovili, da je



imel carvedilol boljši učinek na insulinsko senzitivnost od placeba. V raziskavi US Carvedilol Program je bilo zdravljenje KSP s carvedilolom enako uspešno glede preživetja v diabetični in nediabetični podskupini. Tudi v raziskavah COPERNICUS in BRING-UP so bili ugodni učinki carvedilola podobni v podskupinah diabetikov in nediabetikov. Morda so ugodni učinki carvedilola posredovani preko alfa receptorske blokade, ki poveča periferno perfuzijo in očistek lipidov, izboljša aktivnost mišične lipoproteinske lipaze in ima za posledico izboljšan privzem substrata.

Martin Wehling je predstavil pomen beta blokatorjev pri pljučnih bolnikih. V splošnem je veljalo, da so beta blokatorji kontraindicirani pri pljučnih bolnikih, če pa se že odločimo zanje, so bolj primerni selektivni beta 1 blokatorji. Nove raziskave kažejo, da carvedilol ni pomembno negativno vplival na ventilacijo, prenos plinov v pljuhih in funkcijsko kapaciteto. Raziskave kažejo, da je kardioselektivnost obrobne kliničnega pomena in da bolniki s stabilno KOPB, ki ne potrebujejo bronhospazmolitičnega zdravljenja, dobro prenašajo carvedilol. Vsi beta blokatorji so absolutno kontraindicirani pri bolnikih z bronhialno astmo.

William T. Abraham je poročal o beta blokatorjih in diastolični disfunkciji pri hipertenziji. Spremembe srčne mišice pri

hipertenziji pripeljejo do diastolične disfunkcije, ki jo običajno spremlja normalna ali blago okrnjena sistolična funkcija. Redko se zaplete s hušjo sistolično disfunkcijo. V raziskavi SWEDIC so že po šestmesečnem zdravljenju s carvedilolom ugotovili pomembno izboljšanje diastolične disfunkcije.

O pomenu beta blokatorjev pri miokardnem infarktu (MI) sta govorila Milton Picke in Henry J. Dargie. Več dobro nadzorovanih raziskav je dokazalo, da beta blokatorji zmanjšajo umrljivost po MI. Vendar so bile te študije narejene še pred obdobjem modernega zdravljenja MI, ki ima za cilj vzpostaviti čim zgodnejšo reperfuzijo miokarda in tako ohraniti funkcijo levega prekata. Bolnike s sistolično disfunkcijo so v teh raziskavah izključili. Nasprotno so bili v raziskavo CAPRICORN vključeni prav bolniki s sistolično disfunkcijo po akutnem MI. Imeli so vse moderno zdravljenje, vključno z zaviralcem ACE. V tej raziskavi je carvedilol statistično pomembno zmanjšal celokupno umrljivost za 23 odstotkov in tveganje za nesmrtni ponovni infarkt za 41 odstotkov. CAPRICORN je prva velika raziskava, ki je pokazala učinkovitost beta blokatorja pri akutnem MI s sistolično disfunkcijo.

O preoblikovanju (remodeliranju) levega prekata je govoril Ken McDonald. Preoblikovanje prekata je najpogosteje posledica kronične miokardne ishemije, miokardne-

ga infarkta in hipertenzije. Kaže se s povečanjem in preoblikovanjem prekata, usihanjem sistolične funkcije in hipertrofijo sten. Dokazano je, da zaviralci ACE upočasnijo oziroma zavrejo ta proces. V raziskavi CAPRICORN je podskupinska analiza, narejena s pomočjo ehokardiografije, pokazala, da carvedilol izboljša preoblikovanje. V primerjavi s placebom so imeli bolniki, zdravljeni s carvedilolom, pomembno manjši končni sistolični in končni diastolični volumen in pomembno boljši iztisni delež. Willem J. Remme je predstavil raziskavo CARMEN, ki je pokazala, da sestavljeno zdravljenje s carvedilolom in enalaprilom izboljša preoblikovanje levega prekata pri blagem srčnem popuščanju. Tudi carvedilol sam je pomembno izboljšal preoblikovanje, čeprav slabše kot v kombinaciji z enalaprilom. Enalapril sam tega učinka ni imel.

Predstavljeni so bili še nekateri drugi vidiki zdravljenja KSP, npr. zdravljenje anemije z eritropoetinom, pomen BNP v diagnostičnem postopku in zdravljenju KSP, novejša in bolj učinkovito diuretično zdravljenje s torasmidom, ki ima za posledico pomembno manjšo umrljivost kot zdravljenje s furosemidom, in v zadnjem času zelo pomembno zdravljenje sistoličnega popuščanja s kombiniranimi defibrilacijskimi/resin-hronizacijskimi vzpodbujevalci.

## TAKO MISLIMO

# Pismo Sama Fakina, dr. med., slovenskim zdravnikom

## Spoštovani zdravniki!

S kritične razdalje nekaj mesecev vidim, zakaj so bile za številne kolege nekatere moje izjave žaljive. Vendar je treba poznati tudi dogodke, ki so do njih pripeljali.

Kot direktor Splošne bolnišnice Celje sem skladno z navodili Ministrstva za zdravje in sveta zavoda bolnišnice pripravil sanacijski program. Pripravil sem ga v sodelovanju s strokovnim direktorjem in s strokovnim svetom. Da bi bilo zadoščeno nekaterim

strokovnim pomislekom, so bile v sanacijski program vgrajene vse potrebne varovalke za varno delo z bolniki. Takoj po začetku njegovega uveljavljanja pa je dobesedno izbruhnulo splošno negodovanje zdravnikov proti takemu programu. Praktično čez noč so vsi, ki so podpirali sanacijski program in ga sooblikovali, spremenili svoje mnenje. Ostal sem popolnoma sam, kot edini krivec za veliko nejevoljo zdravnikov celjske bolnišnice. Ob tem sem bil še tarča številnih neresničnih izjav nekaterih kolegov in osebne diskreditacije. Dogodki, ki so sledili, so pri-

peljali do moje razrešitve.

V štirinajstih dneh od začetka zahteve po moji razrešitvi je bilo izrečenih veliko nepriemernih besed in misli. Za vse tiste, ki sem jih izrekel jaz in so kakorkoli žalile čast in dostojanstvo zdravniškega poklica, mi je iskreno žal. Saj sem tudi sam zdravnik.

Hkrati sporočam, da so vame vržene boleče besede pozabljene in uničene v vročici tistih hudih dni.

Samo Fakin, dr. med.

# Moteča neprijaznost v "državnih" ambulantah II.

Gorazd Sajko

**Z**al se moram odzvati na članek, objavljen v Večeru dne 5. 6. 2003, ki je nastal na podlagi novinarske konference kot rezultat ankete projekta Perspektive slovenskih zobozdravnikov do leta 2010, katere izvedbo je predlagal odbor za zobozdravstvo Zdravniške zbornice Slovenije in jo potrdil izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije. Rezultati ankete so nesporni, vendar menim, da je potrebno poudariti, da smo v določenih sredinah veliko naredili v smislu izboljšanja kakovosti dela. V dokaz temu je tudi pridobitev standarda ISO "ISO 9001:2000", ki bo v kratkem podeljen Zdravstvenemu domu dr. Adolfa Drolca Maribor.

Iz ankete je razvidno, "da obstaja razlika med zasebniki in zobozdravniki v javnih zavodih, pri čemer je izrazito pozitivno mnenje v korist zasebnih zobozdravnikov".

Med vrednotami ankete, "po katerih dajejo prednost zasebnikom, so na prvo mesto uvrstili prijaznost, na drugo krajše čakalne dobe, na tretje večjo kakovost dela, ki je povezana tudi z boljšimi materiali, in na četrto mesto hitrejšo obravnavo, več storitev ob enem obisku in krajši čas do naslednjega obiska".

Merila za prijaznost so lahko subjektivna in ne strinjam se s trditvijo, da smo v javni zobozdravstveni službi v večini primerov neprijazni, kajti dnevno sprejemamo pohvale, vendar žal niso javne. Prav tako ne objavljamo pritožb in ocenitev strokovnosti ti-

stih pacientov, ki niso bili deležni zobozdravstvenih storitev v javnem zobozdravstvu - javnem zavodu.

Čakalne dobe so neizpeta pesem. Vemo, da so povsod, res pa je, da so v zdravstvu bolj pereče, predvsem tam, kjer so življenjskega pomena (npr. operacija na srcu itd.). So pa posledica financiranja in normativa, ki nam omejuje preseganje programa.

Stomatologija ni ozka veda, ki jo lahko obvladuje en zobozdravnik. Zato je nujno potrebna strokovna konzultacija med splošnim zobozdravnikom in specialistom za čeljustno in zobno ortopedijo, pedontologijo, oralno kirurgijo, protetiko, parodontologijo, zobne in ustne bolezni z endodontijo. Vse te dejavnosti pod "isto streho" imamo v javni zobozdravstveni službi, Zdravstvenemu domu dr. Adolfa Drolca Maribor.

Na strokovnem kolegiju določamo uporabo "materialov" s spremljanjem svetovne doktrine. Ni vsak novi material strokovno primeren in ne najboljši. Žal je ponudba le-teh velikokrat namenjena reklami in za služku.

Zahteva ZZZS je, da bi se z njihovim programom oskrbelo več pacientov na časovno obdobje, kar pomeni vsakemu le nekaj storitev in ne veliko na račun drugega.

Tudi v javni zobozdravstveni službi - v javnem zavodu te probleme rešujemo s samoplačniško dejavnostjo, vendar pod pogojem, da imamo realiziran program ZZZS, da je to pacientova volja, da je seznanjen s ceno

storitve, ki je ne bo cenovno uveljavljal na ZZZS. Prav tako se morajo te storitve opravljati izven delovnega časa, ki je dogovorjen za pogodbeno delo z ZZZS. Zapis tega mora biti podpisan s strani pacienta in zobozdravnika.

Zobozdravniki v javni zobozdravstveni službi - javnem zavodu upamo, da se bodo pogoji dela med javnim in zasebnim zobozdravstvom izenačili. In to predvsem v materialnih stroških in v zahtevani zaposlitvi kadra, kar je neposredno povezano s porabo finančnih pogodbenih sredstev. V javni zobozdravstveni službi - javnem zavodu imamo kadrovske normative, kar pomeni, da moramo imeti zaposlenega na enega zobozdravnika, ki dela z odraslimi prebivalci, enega zdravstvenega tehnika, enega srednjega zobotehnika, 18 odstotkov administrativno-tehničnega kadra in 0,05 inženirja radiologije. Za to delovno skupino je ovrednoten program. V kolikor ga ne dosežemo, imamo negativni poračun ZZZS, v kolikor ga presežemo, delamo z materialno izgubo.

Javni zobozdravstveni delavci v javnem zavodu si želimo čim manj konfliktov, več razumevanja in čim več časa, ki ga moramo posvetiti stroki in večjemu zadovoljstvu pacientov, ki obiskujejo našo javno zobozdravstveno službo v javnem zavodu - zdravstvenemu domu.

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

# Izzivi globalizacije v medicini in medicinski izobrazbi

Mateja de Leonni Stanonik

**D**r. Koop, nekdanji ameriški minister za zdravstvo (Former U. S. Surgeon General), je v svojem nedavnem predavanju na naši univerzi, na Univerzi države Tennessee, pripomnil: "Bolezen je edina stvar, ki nam jo je uspelo učinkovito globalizirati. Zdaj je nastopil čas, da začnemo globalizirati tudi zdravje!"

Te besede dr. Koopa so se mi vtisnile globoko v spomin, še posebej ob spremljanju epidemije in razmer sindroma akutnega oteženega dihanja (sars). Zaradi posledic globalizacije sarsa se je tudi moje klinično delo v zadnjih nekaj mesecih precej spremenilo, čeprav - gledano iz evropske perspektive - ukrepi za preprečitev širjenja sarsa, ki jih je uvedel CDC (Centers for Disease Control), pomenijo drastično stopnjevanje do pravcate histerije zaradi nevarnosti, ki ji na srečo vedno sledi hitra akcija.

Dr. Koop svoje delo v organizaciji World Vision posveča predvsem razvoju mehanizmov za nadzor epidemij bolezni in poudarja, da je epidemije najbolj učinkovito ustaviti z ustrezno intervencijo tam, kjer so nastale.

Izzivi, ki jih prinašajo trendi v globalni ekonomiji, dobivajo nove razsežnosti in nove pomen v kontekstu vsakdanje politike in delovanja, tudi v zdravstvu. Globalno ekonomijo lahko definiramo kot ekonomijo, ki ima sposobnost sočasno funkcionirati (realtime) v globalnem, svetovnem merilu in je lahko že sama po sebi strah vzbujajoč pojav.

Morda se moramo vprašati, zakaj nam globalna ekonomija lahko povzroči strah in zmedo? Zakaj postaja globalizacija vedno bolj pomemben pojav na vseh področjih delovanja, ne samo v medicini? Odgovor se morda nahaja v dejstvu, da globalizacija zamagli ali celo (po)ruši vse meje, ki določajo našo existenco in omogočajo naše delovanje v organizirani družbi. Porušeno ravnovesje meja, na podlagi katerih ločimo individuuum od okolja, sebe od drugih, svojo skupino od drugih skupin, državo od sveta in podobno, lahko sčasoma poruši celo defi-

nicio nas samih. Kolektivna zavest vsakega posameznika in vsakega naroda vsebuje spomine doživetij in čustev, utemeljenih na mejah, ki definirajo naš obstoj. Torej ima vsak pojav, ki poskuša razgraditi te meje, sposobnost povzročiti strah, nemir in nemoč, ker poseže v samo bistvo našega osebnega, narodnega ali državnega obstoja.

Globalizacija torej lahko pomeni zelo kaotično ali pa, po drugi strani, celo "osvobodilno silo", ki obljublja izboljšanje trenutnih družbenih razmer. Ker globalizacija pooseblja utopična in tudi distopična načela, njen proces spremljajo tako glasni zagovorniki kakor tudi frustrirani nasprotniki.

Poglavitni cilji, ki poosebljajo poslanstvo medicine, se kljub pojavu globalizacije niso in se verjetno tudi v prihodnosti ne bodo spremenili. Če navedem le nekatere: preprečiti bolezen in poškodbe, omogočiti in ohraniti zdravje, zmanjšati bolečino ter trpljenje, oskrbeti in zdraviti bolnike, izogniti se prehitri, nepotrebni smrti ter omogočiti mirno ter dostojanstveno smrt. Menim, da bo največji izziv za medicino v globaliziranem svetu sposobnost medicinskih strokovnjakov prilagajati se hitro razvijajočim in spreminjajočim se dejavnikom zdravstvenih sistemov, ki sestavljajo moderno ekonomijo. Razmere v sodobnem okolju vsebujejo vsaj tri ključne skupine dejavnikov, odgovornih za predvidene spremembe: bliskovit razvoj informacijske tehnologije; tveganje, da se med različnimi cilji v medicini postavijo preveč toge meje; ter razmerje med povezavo navedenih ciljev z največjim družbenim problemom sodobnega časa - s porušenim razmerjem med možnostmi in dostopom do zdravstvenih storitev v različnih državah.

Ker globalizacija predstavlja enega najpomembnejših pojavov v sodobnem svetu, velja opozoriti, da je sam proces eklektično multidimenzionalen. Odgovornost, da se svojevrsten položaj medicine resno obravnava in zagovarja v novonastalih finančnih razmerah globalizirane ekonomije, posledično ne leži le na plečih ekonomistov ter politikov - zanjo bo morala prevzeti odgo-

vornost predvsem medicinska stroka sama. Zaradi imperativne pomembnosti in posebne statusa, ki ga ima zdravstvo v družbi, njegov položaj ne sme in more pasti v nemilost novonastalih finančnih mehanizmov v procesu globalizacije. Strokovni delavci nosijo veliko mero odgovornosti in bi morali ključno doprinesiti k spremembam, ki bodo sisteme zdravstva pomagale prilagoditi globalizacijskim trendom. Ni preveč zahtevati, da osnovne zdravstvene storitve zavarujemo pred finančnimi izzivi, ki bi lahko preprečili njihov obstoj. Toda, ekonomski vidik ni edini, o katerem je pomembno razmisliti. Pomembno je spoznanje, da imajo na naše vsakdanje življenje vedno močnejše in konkretnije vplive predvsem dejavniki "na daljavo" - tisti dejavniki, ki obstajajo izven proksimalnega okolja. Možnost dostopa do informacij določa ravnovesje sil, ki bodo oblikovale nove načine prakse v medicini. Omeniti velja, da bo povišana stopnja informiranosti med pacienti verjetno terjala spremembe pri praktičnem delu v zdravstvenih ordinacijah. Razvoj informacijske tehnologije ter izboljšan dostop do informacijske infrastrukture spodbujata tudi povišano stopnjo zavesti o možnostih preventive ter drugih oblikah zdravstva v svetovnem merilu.

Enega pomembnih izzivov v globalizaciji predstavljajo nedavne spremembe vremena ter klime. Postopno ogrevanje Zemlje in spreminjajoči se ekološki sistemi napovedujejo povečano nevarnost za širitev bolezni z vektorji, ki do sedaj niso bili sposobni nastanitve v negostoljubnih nišah. Toda širitev bolezni ter nastanek novih vrst prenosa niso edina nevarnost, ki preži. Nizka stopnja zdravstvene oskrbe ter nizka produktivnost ljudi v enem delu sveta, povečana stopnja in frekvenca mobilnosti imajo lahko drastičen ekonomski vpliv po vsem svetu, kot ponazarja primer sarsa. Po podatkih SZO je za akutnim sindromom oteženega dihanja doslej umrlo okoli 600 ljudi iz skoraj 30 držav po svetu, več kot 8.000 ljudi pa je s to boleznijo okuženih. Stopnja smrtnosti med bolniki, starejšimi od 60 let, je kar 40-odstot-

na, med mlajšimi od 60 let pa 13-odstotna. Najbolj krizno je stanje na Kitajskem in v Hongkongu. Iz Singapurja, kjer naj bi bila epidemija skoraj premagana, poročajo o več primerih novookuženih. Kitajski strokovnjaki z univerze v Pekingu napovedujejo, da bo epidemija sarsa Kitajski povzročila za 25 milijard ameriških dolarjev gospodarske škode in padec bruto družbenega proizvoda (BDP) za en do dva odstotka.

Profesor Roy Anderson iz londonskega Kraljevega inštituta, ki vodi eno od glavnih raziskovalnih študij o sarsu, je v časniku *Lancet* objavil mnenje, da izsledki raziskav kažejo na nujnost čimprejšnjega odkrivanja in zdravljenja zbolelih, da bi preprečili širjenje bolezni, saj je ta najbolj nalezljiva prav v začetku pojavljanja simptomov.

Spremenjeni pogoji delovanja, ki jih je prinesla epidemija sarsa, niso vplivali le na moje klinično delo, ampak so posegli tudi na druga področja. V zadnjem mesecu in pol so bile odpovedane in/ali preložene tri letne konference mednarodnih strokovnih združenj, kjer naj bi predstavila rezultate svojega raziskovalnega dela. Ker imajo ameriške migracijske in carinske službe pooblastila, da lahko letalske potnike z znaki sarsa - povišano temperaturo in težavami z dihanjem - ki prispejo v ZDA iz rizičnih držav, nasilno podvržejo zdravstvenim preiskavam, je tudi potovanje z letali trenutno postalo zelo neprijetno za vse potnike. Po priporočilu SZO naj bi imeli v vseh državah na letališčih in v pristaniščih navodila oziroma postopke za ravnanje v primerih okuženega potnika na letalu in spremljanje oseb, ki so potovale z okuženim. Tako osebne izkušnje kot tudi poročila o znižanem BDP na Kitajskem ter drugi primeri napovedujejo drastične finančne posledice, ki jih ima epidemija sarsa. Vendar ekonomske posledice niso edine, ki jih lahko povzroči globalizacija pri širitvi bolezni; hiter prenos bolezni v različne predele sveta lahko postane tudi vir konfliktov v politični strukturi določene regije ter povzroči državno, lokalno ali ekonomsko nestabilnost. Do konfliktna situacije je prišlo med Slovenijo in Hrvaško, ko so policisti konec aprila ujeli osem kitajskih prebžnikov pri nedovoljenem prehodu slovensko-hrvaške meje in jih poskušali predati pristojnim hrvaškim organom. Vendar je zdravniški pregled na hrvaški meji pokazal, da sta imela dva od kitajskih državljanov povišano telesno temperaturo. Zato so jih hrvaške oblasti zaradi suma okužbe s sarsom

zavrnilo. Kitajske prebžnike so nato odpeljali v center za tuje v Postojno, kjer so zdravniški pregledi pokazali, da ni bilo utemeljenega suma za sars.

Poleg omenjenih negativnih posledic ima lahko proces globalizacije močne pozitivne vplive na marketing in regulacijsko strukturo prodaje zdravil in farmacevtskih izdelkov ter tudi na povečano mobilnost strokovnih delavcev v medicini. Naštete spremembe bodo pogojile nastanek potreb za oblikovanje mednarodnih definicij ter enotnih standardov tako na področju zdravstvenih storitev kot tudi medicinskih tehnologij in naprav. Spremembe, ki bodo nastale kot posledica razvoja "globalizirane medicine", bodo tako lahko nudile boljše možnosti za oblike preprečevanja bolezni ter učinkovito zdravljenje nasploh. Nov center, imenovan "The Global Challenge", ki je bil pred nedavnim ustanovljen v sklopu ameriškega inštituta za zdravje (National Institutes of Health, Bethesda, MD), nakazuje dejstvo, da bo iskanje rešitev za globalne probleme v medicini v bližnji prihodnosti predstavljalo eno glavnih prioritet znanstvenega raziskovanja.

Osebnostno menim, da je spoznanje obsega ter razmer neenakopravnosti glede možnosti dostopa do zdravstvenih storitev največji izziv, s katerim se bo medicina morala soočiti v globaliziranem svetu. Nikakor ni novo dejstvo, da je zdravje revnih ljudi slabše kot zdravje bogatih ter da statusne razlike v družbi vplivajo na izid zdravljenja. Zato bo ugotavljanje, kje in zakaj nastajajo takšne razlike ter kako jih preprečiti, vsebovalo povečano stopnjo zapletenosti zaradi dodane dinamike globalizacijskih sil. V državah v tranziciji se bo organizirano zdravstvo prisiljeno soočiti s reformami sistema in obenem vzpostaviti odgovorno pozicijo v globalizaciji spreminjajočega se okolja. Ker medicina tradicionalno daje izgled konservativne skupine, ki se nerada ukvarja z reformami, temelječimi na enakopravnosti, učinkovitosti in uspešnosti izidov, bo preoblikovanje sistema toliko bolj težavno. Zato je imperativno pomembno, da se oblikujejo strukturirani načrti ter poskusi za aktivno vključitev vseh zdravstvenih delavcev v proces globalizacijskih reform.

Smo strokovnjaki v medicini primerno izobraženi za podvige, ki jih narekujejo izzivi globalizacije? Tradicionalna izobrazba v medicini zahteva predvsem prenos največje možne količine tehničnega, strokovnega

in kliničnega znanja v mlade možgane. Toda obvladovanje realnosti razmer v medicini danes študentov še zdaleč ne pripravi na izzive v medicini **jutri**. Medicinska izobrazba bo morala študente bolj kot kdajkoli prej naučiti tudi temeljnih principov globalne ekonomije in informacijske tehnologije, novih načinov uporabe kliničnega znanja, predvsem pa prilagajanja ter obvladovanja drastičnih in bliskovitih sprememb v globalnem okolju. Kakšni izzivi čakajo mlade zdravnike in kako se bo njihov poklic v luči globalizacije razmer v medicini spremenil v bližnji prihodnosti, bo delno odvisno tudi od njihovega poznavanja dinamike procesov globalizacije. Kako v takšnih razmerah izobraziti in motivirati najboljše zdravstvene delavce? Kako jim omogočiti, da razvijejo svoje največje potenciale? Takšna vprašanja morajo najti odgovore v urnikih bodočih zdravnikov in drugih strokovnjakov v medicini in zato postavljajo velike izzive obstoječim vsebinam "ostarelih" urnikov na današnjih medicinskih fakultetah. Večina tradicionalnih urnikov je nastalo v državah v razvoju, kjer je bilo nadvse pomembno ukvarjati se z zdravljenjem otrok in mater, pozornosti pa se skorajda ni posvečalo preventivnim dejavnostim, razvijanju sposobnosti vodstva zdravstvenih delovnih skupin, učenju ter implementaciji epidemioloških, ekonomskih in etičnih analiz, ki močno določajo interventne možnosti tako na individualni kot tudi na družbeni ravni.

Živimo v svetu bliskovitih sprememb.

Predvsem tisti, ki sestavljamo del "globalne družine" v medicini, smo odgovorni za implementacijo sprememb ter vzgojo novih generacij strokovnjakov, kjer bo poleg strokovnega znanja mogoče spoznati tudi metode prilagajanja globalizacijskim spremembam. To pomeni predvsem naučiti se inovativno uporabljati pridobljeno strokovno znanje. Osebnostno gojim tudi upanje, da bo medicina kot stroka uspela obdržati dovolj družbene zavesti in nesebičnosti v prihodnosti globalnega razvoja, ki sta nujno potrebni za uspešno preoblikovanje zdravstvenih sistemov. Že danes moramo začeti dejavno iskati nove načine, kjer bo mogoče združiti finančne in gospodarske interese držav s poslanstvom, ki ga medicina nudi tako posamezniku kot družbi - s poslanstvom, ki je v osnovano na humanem pristopu, varnem okolju in ki stalno stremi k povišanju kakovosti življenja.

# Utrinki iz časov, ko sem bil predstavnik ljudstva

Pavle Kornhauser

**P**olitika me je sicer vedno privlačila, vendar me nikoli ni toliko pritegnila, da bi se ji resno posvetil. Bolj so me zanimala ideje, smotri, cilji, ne pa pragmatična praksa. Razen tega sem bil preveč svobodomislec, obenem navajen povedati, kaj mi slimi, da bi se podvrigel zasukom vsakodnevnega politikantstva. Zavedal sem se sicer potrebe po ideološkem pravoverstvu, vendar le do neke meje logičnosti in poštenja.

Že v gimnaziji so me pritegnile ideje levicarsstva, družil sem se s študenti, za katere sem pozneje zvedel, da so bili organizirani komunisti. Tudi na fakulteti sem bil med "simpatizerji", ne pa član partije, sicer bi prepričljivo moral "na oddih" na Goli otok, ko sem na fakultetni konferenci - malo pred Kominformom - zagovarjal idejo, da bi se Jugoslavija morala vključiti v Marshallov plan. Kot zdravnika so me - tako kot večino mojih mladih kolegov, zlasti pediatrov - pritegnile smernice za oblikovanje socialistične organizacije zdravstva, kar naj bi omogočilo, da bi bile pridobitve sodobne medicine dosegljive vsakemu občanu. Za otroško zdravstvo je to pomenilo tudi široko uveljavljanje preventivnih ukrepov. Vključil sem se v dejavnost stanovskih organizacij, pri oblikovanju ljubljanskega Kliničnega centra sodeloval v številnih odborih - imenovali smo jih samoupravni organi: tako sem bil tudi predsednik UO kirurgije, oblikoval statut današnje Kirurške službe KC, bil sem predsednik gradbene in finančne komisije za novogradnjo naše osrednje bolnišnice in imel še številne druge zadolžitve.

Očitno sem pridobil zaupanje Janeza Zemljariča (takratnega direktorja KC v ustanavljanju, ki je bil "kazensko" postavljen na ta položaj po prvi in edini zdravniški stavki v naši osrednji bolnišnici, ko so stavkajoči ustavili promet na Zaloški cesti!). Človek dejanj, z velikim posluhom za izbiro sodelavcev, ki so ga cenili in spoštovali predstojniki klinik, me je "delegiral" v ljubljansko Mestno skupščino. Poslanci skupščine so bili delno neposredno izvoljeni od ljudstva, del-

no pa "delegirani" glede na število zaposlenih v določeni panogi, kot je npr. zdravstvo, izbrani za predstavnika stroke. Tako sem postal "delegat" KC za njegovih 7.000 zaposlenih in sem "sedel" v skupščini celih 5 let v letih od 1969 do 1974, skoraj leto dni dlje od "norme", ker so bile volitve preložene.

Iz tega obdobja mojega "poslanstva" spomini niso zelo živi, kar je dokaz, da delo v skupščini ni preveč pritegnilo moje pozornosti in me ni intelektualno ali emocionalno zelo obremenjevalo, kljub temu, da so bili dnevni redi - tako kot v vsaki skupščini - zelo obširni in tudi razprave zelo živahne, večkrat celo ostre, čeprav ni bilo strankarskih izpadov, žalitev, zavisti. Zlasti se spominjam besed pesnika Mateja Bora, ki je nasprotoval nekaterim gradbenim posegom v mestu, ki so zanj pomenili ekološko grozno in tudi urbanistično neestetske rešitve. Res pa je, da so bile obravnavane teme za mene večinoma tuje, zadevale so področja, na katera se ne spoznam. Presenetljivo malokrat je bilo v ospredju zdravstvo. Tudi "iz baze" nisem dobil spodbud, da bi jih sprožil. Bil sem izvoljen celo za podpredsednika takratnega Sveta za zdravstvo za vse ljubljanske občine, vendar je predsednik seje skliceval zelo redko.

Naj iz svoje "družbenopolitične dejavnosti" orišem dva dogodka: enega s kančkom hudomušnosti, drugega z velikim zadovoljstvom, saj je zaznamoval razvoj sestrške službe pri nas.

Ponavadi sem sedel v eni od zadnjih klopi velike dvorane Mestne skupščine. Tudi pred preureditvijo je bila "reprezentančna" in spoštovanja vredna. Tako me je nekega dne zdramila napoved iz dnevnega reda, da sledi obravnava "višine odškodnine za skočnino bika". Zdelo se mi je "hecno", da so veterinarji (?) prisilili delegate v skupščini, da o tem razpravljajo. Javil sem se za besedo in z resnim glasom predlagal najvišjo možno tarifo, saj se "vsi moški v skupščini zavedamo, da je to opravilo zelo težko in zahtevno". Z razumevanjem so me podprle tudi delovke, tako, da je bil predlog enoglasno iz-



*Aleksander Sašo Jarc, akademski slikar: portret dr. Pavla Kornhauserja,*

glasovan. In še danes, po tridesetih letih, ko srečam predsednika (danes mu pravimo župan) takratne skupščine, inženirja Koviča, se oba muzava zaradi te moje domislice.

Dobro delo sem opravil v pripravah in v razpravi za gradnjo doma za medicinske sestre. V tem času sem bil predavatelj na srednji šoli za otroške negovalke (kar je bilo odlično, saj sem lahko za kliniko izbral dobre učenke!) in spoznal obupne razmere v "internatu" šole v stoletni hiši pod gradom. Fotografiral sem trojne pograde in v spalnici v objektiv ujel tudi tolsto podgano. Ravnateljica šole, odlična medicinska sestra in pedagoginja, Anica Gradišek, me je spodbujala za "lobiranje" poslancev. In ko je prišla končno na dnevni red - sicer kot 13. točka - gradnja doma, skoraj brez možnosti za uspešno sklepanje, sem pripravil "šou". Zgodilo se je prvič in verjetno tudi zadnjič, da so v veliki dvorani Mestne skupščine predvajali, s pomočjo dvojne projekcije, diapozitive: na eno platno slike iz življenja sestrškega doma, na drugo pa barvne fotografije

luksuzne ljubljanske banke. Govor sem sklenil z besedami: "Tovariši, prej ali slej boste zagotovo bolni. Ali lahko privoščite mladim medicinskim sestram, ki vas bodo negovale, da se šolajo pod tako nečloveškimi razmerami..." Sicer melodramatska predstavitev je "vžgala". Investicija je bila izglasovana kot prioriteta mesta Ljubljane in le dve leti pozneje je bil uradno odprt tudi sodobni dom za medicinske sestre na Poljanah.

Pozneje sem bil sicer še nekajkrat v vlogi ljudskega poslanca, ko sem v imenu KC v ustanavljanju oziroma njegovega gradbenega odbora hodil po skupščinah primestnih ljubljanskih občin - kot so Kamnik, Domžale, Kočevje, pa tudi v gorenjske občine - da bi prepričal izvoljene predstavnike ljudstva in vodilne politike, kako nujno je sofinanciranje tako pomembne investicije, kot je gradnja naše osrednje bolnišnice. Mlada generacija zdravnikov, ki se danes bori za boljši zaslužek, bo težko razumela, da smo se bolnišnični zdravniki in medicinske sestre leta in leta odpovedovali delu osebnega dohodka, da bi se lahko gradnja KC nadaljevala. Dobro se spominjam zadnjih dni decembra 1973, ko bi se po sklepu investicijske banke morala ustaviti gradnja, ker ni bilo

zagotovljenega denarja za naprej. V tej situaciji je direktor Zemljarič odredil, da se klinika za plastično kirurgijo s poškodovanci in z opečenimi vred kot prva klinika preseli v novo stavbo, v VIII. nadstropje, čeprav le z enim delujočim dvigalom. Saj pozneje iz novogradnje bolnikov ni bilo več moč izseliti. Pogumno dejanje! Če tega ne bi storili, bi se gradnja ustavila, lahko za več let. Za primer lahko navedem skelet nove bolnišnice v Mariboru, ki je desetletje sameval in čakal na denar, da se investicija ponovno zažene. Naša nova osrednja bolnišnica v Ljubljani, skupaj z operacijskim in urgentnim blokom, imenovana Univerzitetni klinični center, je tako dočkala uradno odprtje novembra leta 1975!

Prepričan sem, da smo v socializmu za razvoj našega zdravstva naredili ogromno. Moja generacija je lahko ponosna, da je ustvarjala eno najbolj naprednih organizacij za ohranjanje zdravja v Evropi. Pokazalo se je, da socialistični sistem, ki so ga skušale urediti revne države Vzhoda, ne more biti kos ekonomskim zakonitostim, ki so se uveljavile v liberalnih in demokratičnih državah na Zahodu. Bilo je veliko stranpoti, tudi samovolje, obenem odrekovanja zaradi višjih

idealov. Kljub nekaterim znanim negativnim pojavom prejšnje družbene ureditve sem ogorčen, ko nekateri udrihajo po "komunizmu" (ki ga, seveda, še nikjer ni bilo in ga še dolgo ne bo!) ter ga enačijo - primitivno in zaslepljeno - z despotizmom Stalinovega boljševisma. Zlasti glasni so pri smešnji in obsojanju "svinčenih časov" bivši partijski, ki so si pridobili izobrazbo in nazive prav s pomočjo takratnega "režima".

Dobra značilnost človeka je, da hitreje pozablja slabo in se raje spominja prijetnih dogodkov iz lastnega življenja. Upam, da moja kolegica iz šolskih klopi zagrebske medicinske fakultete, profesorica Ljerka Glonar, ki se je lotila zanimivega načrta, kako spodbuditi zdravnike, naj kaj napišejo za objavo, zadovoljna z mojimi bežnimi spomini. Nisem se sicer razgalil s področja intimnega življenja (kar bi bilo seveda precej bolj berljivo), vendar je politika mojo generacijo precej bolj zaznamovala in obremenjevala, kot se to dogaja danes z mladimi zdravniki. Zato menim, da bodo moji utrinki, kljub časovni oddaljenosti, zanimivi kot zrcalo nekega sveta, ki je nepreklicno minil. ■



# Slovenski predstavniki v sekcijah UEMS

## **Alergološka sekcija,**

doc. dr. Mitja Košnik, dr. med.

## **Anesteziološka sekcija,**

prof. dr. Vesna Paver Eržen, dr. med.

## **Kardiološka sekcija,**

prof. dr. Miran F. Kenda, dr. med.,  
višji svetnik,  
Janez Poles, dr. med.

## **Sekcija za otroško in mladinsko psihatrijo,**

prof. dr. Martina Tomori, dr. med.,  
višja svetnica

## **Dermatovenerološka sekcija,**

doc. dr. Tomaž Lunder, dr. med.,  
prof. dr. Aleksej Kansky, dr. med.

## **Endokrinološka sekcija,**

prof. dr. Janez Preželj, dr. med.,  
višji svetnik

## **Gastroenterološka sekcija,**

izr. prof. dr. Saša Markovič, dr. med.

## **Geriatrics sekcija,**

dr. Meta Pentek, dr. med.

## **Sekcija za ginekologijo in porodništvo,**

izr. prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med.,  
prof. dr. Helena Meden Vrtovec, dr. med.,  
višja svetnica

## **Sekcija za infekcijske bolezni,**

prof. dr. Franjo Pikelj, dr. med., svetnik  
prof. dr. Franci Strle, dr. med.

## **Sekcija za interno medicino,**

asist. dr. Borut Kocijančič, dr. med.

## **Nefrološka sekcija,**

izr. prof. dr. Staša Kaplan Pavlovčič, dr.  
med., svetnica,  
prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med.,  
višji svetnik

## **Nevrološka sekcija,**

prof. dr. David B. Vodusek, dr. med.,  
višji svetnik,  
prof. dr. Anton Mesec, dr. med., svetnik

## **Sekcija za nuklearno medicino,**

doc. dr. Jure Fettich, dr. med.,  
izr. prof. dr. Meta Milčinski, dr. med.,  
svetnica

## **Sekcija za medicino dela,**

Zora Vadnjak Gruden, dr. med.

## **Oftalmološka sekcija,**

izr. prof. dr. Marko Hawlina, dr. med.

## **Ortopedska sekcija,**

prof. dr. Srečko Herman, dr. med.,  
višji svetnik

## **Otorinolaringološka sekcija,**

prof. dr. Miha Žargi, dr. med.,  
višji svetnik

## **Pediatrična sekcija,**

asist. Ivan Vidmar, dr. med.

## **Patološka sekcija,**

prof. dr. Nina Gale, dr. med.,  
akad. prof. dr. Dušan Ferluga, dr. med.

## **Sekcija za fizikalno medicino in rehabilitacijo,**

prim. doc. dr. Zmago Turk, dr. med.,  
prof. dr. Črt Marinček, dr. med.,  
višji svetnik

## **Sekcija za plastično, rekonstruktivno in estetsko kirurgijo,**

prof. dr. Zoran Marij Arnež, dr. med.,  
višji svetnik

## **Pnevmološka sekcija,**

izr. prof. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med.

## **Psihiatrična sekcija,**

doc. dr. Slavko Zihlerl, dr. med.,  
višji svetnik,  
asist. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med.

## **Sekcija za javno zdravje,**

prim. Metka Macarol Hiti, dr. med.,  
prim. dr. Alenka Kraigher, dr. med.

## **Radiološka sekcija,**

asist. dr. Živa Zupančič, dr. med.,  
Saša Rainer, dr. med.

## **Sekcija za radioterapijo,**

prof. dr. Marjan Budihna, dr. med.,  
doc. dr. Hotimir Lešničar, dr. med.

## **Kirurška sekcija,**

prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med.

## **Urološka sekcija,**

prof. dr. Bojan Tršinar, dr. med., svetnik,  
prim. Nado Vodopija, dr. med.

Predstavniki so bili potrjeni na seji izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, dne 5. junija 2003

# 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

**SEPTEMBER 2003**

1.–4.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	NATO MEDICAL CONFERENCE	***	strokovno srečanje
2.–6.	9.00	Bled, hotel Park	12. MEDNARODNI TEČAJ: TEACHING ABOUT MEDICAL ETHICS IN FAMILY PRACTICE	40	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine in mentorje družinske medicine, mednarodno srečanje pod pokroviteljstvom EURACT-a, ki poteka v angleščini
3.–5.	16.30	Ljubljana, Pravna fakulteta	12TH CONGRESS OF THE EUROPEAN UNION FOR SCHOOL AND UNIVERSITY HEALTH AND MEDICINE – CARING OF EUROPE'S YOUNG GENERATION	200	evropski kongres za zdravnike šolske medicine, zdravnike v zdravstvenem varstvu študentov in druge zdravnike in sodelavce, ki delajo z otroki in mladostniki
4.–7.	14.00	Bled, Grand hotel Toplice	NEURO-DEVELOPMENTAL FOLLOW-UP OF AT RISK CHILDREN	60	podiplomski seminar za pediatre, fiziatre, razvojne nevrologe, psihologe, nevrologe, fizioterapevte, epidemiologe
11.–13.	14.00	Rogla, Snežna dvorana, hotel Planja	3. KONGRES GINEKOLOGOV IN PORODNIČARJEV SLOVENIJE	300	slovenski kongres za ginekologe in porodničarje
12.–13.	9.00	Ljubljana, Lek	EPILEPSIJA IN ZAPOSLOVANJE	***	strokovno srečanje
13.	***	Portorož	7. DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV V TENISU	***	športno tekmovanje
13.–17.	***	Barcelona, Španija	2. MEDITERANSKI KONGRES URGENTNE MEDICINE	***	kongres
18.–21.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	42 <sup>ND</sup> ANNUAL MEETING OF THE EUROPEAN SOCIETY FOR PAEDIATRIC ENDOCRINOLOGY	1.800	strokovno srečanje pediatrov endokrinologov z vseh kontinentov
19.–20.	15.30	Otočec	9. KRKINI REHABILITACIJSKI DNEVI	***	strokovno srečanje
19.–20.	***	Ljubljana, velika predavalnica Medicinske fakultete	MEDNARODNI SIMPOZIJ OB TRIDESETLETNICI RAZVOJNE NEVROLOGIJE	350	strokovno srečanje in praznovanje obletnice
19.–20.	10.00	Radenci, hotel Radin	TERAPEVTSKA DELOVNA ZVEZA (ALIANSA)	***	seminar za psihiatre, psihologe, psihoterapevte, zdravnike ...

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
***	<a href="http://www.natoconference.gov.si">http://www.natoconference.gov.si</a>	***	***	***	Isis 3/2003
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prof. dr. Igor Švab, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	***	Isis 5/2003
Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino SZD, Medicinska fakulteta, European Union for School and University Health and Medicine	asist. mag. Mojca Juričič, dr. med., Medicinska fakulteta, Inštitut za higieno, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, e-pošta: mojca.juricic@mf.uni-lj.si, <a href="http://www.eusuhm.org">http://www.eusuhm.org</a> in <a href="http://www.auditoria.si/eusuhm/">http://www.auditoria.si/eusuhm/</a>	170 EUR	27620-5447232	***	Isis 7/2003
IPOKRATES International, prof. dr. David Neubauer, dr. med.	prof. dr. David Neubauer, dr. med., mag. Darja Paro Panjan, dr. med., KC, SPS Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 273, 52 29 274, faks: 01 52 29 357	300 EUR	***	***	Isis 5/2003
SPS Ginekološka klinika, prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med.	ga. Martina Pečlin, KC, SPS Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 97 590, faks: 01 43 97 590, e-pošta: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si	glej rumene strani	02014-0089875993	***	Isis 6/2003
Društvo Liga proti epilepsiji	asist. Igor M. Ravnik, dr. med., tel.: 01 522 92 31	***	***	***	Isis 7/2003
Športno društvo Medicus, Teniška sekcija	vodja tekmovanja: Radko Tatalovič, dr. med., GSM: 041 667 929	***	***	***	Isis 6/2003
The European Society for Emergency Medicine (EuSEM), The American Academy of Emergency Medicine (AAEM)	tel.: 00 1 414 276 3349 ali 00 39 011 50 5976, e-pošta: barcelona@emcongress.org, <a href="http://www.emcongress.org">http://www.emcongress.org</a>	***	***	***	Isis 7/2003
ESPE – European Society for Paediatric Endocrinology, 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	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	***	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Krka Zdravilišča, d. o. o.	g. Marjan Černe, Krka Zdravilišča, d. o. o., Ljubljanska 26, 8501 Novo mesto, tel.: 07 37 31 942, faks: 07 37 31 919	15.000,00 SIT	02970-0011246733	***	Isis 7/2003
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: <a href="http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm">http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm</a>	30.000,00 SIT, upokojenci in sekundariji brezplačno	***	***	***
Združenje psihoterapevtov Slovenije, mag. Marija Žunter Nagy, dr. med.	ga. Fani Zorec, KOMZ, Združenje psihoterapevtov Slovenije, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 74 921	glej rumene strani	02060-0051436422	***	Isis 7/2003

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
<b>SEPTEMBER 2003</b>					
26.–27.	9.00	Maribor, Kongresni center Habakuk, Pohorska ulica 59	AKUTNA STANJA: ZNAMENJA, SIMPTOMI, SINDROMI, DIFERENCIALNA DIAGNOZA IN UKREPANJE	40	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
<b>OKTOBER 2003</b>					
3.	9.00	Maribor, Splošna bolnišnica Maribor	SIMPOZIJ O TRIDIMENZIONALNI ULTRAZVOČNI PREISKAVI (3D UZ): IZKUŠNJE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI MARIBOR	ni omejeno	strokovno srečanje za vse zdravnike, ki se ukvarjajo z ultrazvočno diagnostiko ali načrtujejo uporabo tridimenzionalne UZ-diagnostike
3.–4.	8.15	Ljubljana, velika dvorana Smelt, Dunajska c. 160	INTERNA MEDICINA 2003 – NOVOSTI IN AKTUALNOSTI	***	strokovni sestanek za zdravnike interniste in zdravnike v osnovnem zdravstvu
3.–4.	12.00	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	XVI. PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE: SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2	30	strokovno srečanje
9.–11.	***	Golnik, Bolnišnica Golnik in Brdo pri Kranju, hotel Kokra	GOLNIŠKI SIMPOZIJ – PREDAVANJA IN UČNE DELAVNICE S PODROČJA BRONHOLOGIJE, PLJUČNE FUNKCIJE IN CITOPATOLOGIJE	30 v vsaki delavnici, predavanje neomejeno	mednarodno strokovno srečanje za specialiste, specializante pulmologe in medicinske sestre
9.–13.	***	Dubrovnik, Croatia	HEALTH – INSURANCE – TRANSITION CONFERENCE (HIT)	***	international conference
10.–11.	8.30	Maribor, hotel Habakuk	XXV. ALPE-ADRIA MEETING OF PERINATAL MEDICINE (XVII. CONGRESS)	ni omejeno	mednarodno strokovno srečanje za perinatologe, neonatologe, ginekologe in porodničarje
10.–11.	9.00	Laško, Kulturni center Laško	III. SIMPOZIJ - DOJENJE ZA ZDRAVO ŽIVLJENJE	***	simpozij
10.–11.	9.00	Ljubljana, Linhartova dvorana, Cankarjev dom	SODOBNA ORTODONTSKO-PROTETIČNA OSKRBA PACIENTA	***	podiplomski seminar za vse zobozdravnike, vse stom. specialiste, specializante in zobotehnike

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. dr. Štefek Grmec, dr. med.	asist. dr. Štefek Grmec, dr. med., PHE Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 7, tel.: 02 32 11 234, GSM: 041 393 153, e-pošta: grmec-mis@siol.net ali Darko Čander, GSM: 041 735 442 ali 041 708 577, e-pošta: darko.cander@uni-mb.si ali ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT	02222-0019518588	13.5	Isis 6/2003
Splošna bolnišnica Maribor, KO za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo, Univerza v Mariboru CIMRŠ, Inštitut za uporabno anatomijo, Zdravniško društvo Maribor	ga. Dragica Polajner, Splošna bolnišnica Maribor, KOGP, Oddelek za perinatologijo, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 450, faks: 02 32 12 393, e-pošta: perinat@sb-mb.si	***	***	***	Isis 7/2003
Združenje internistov SZD	prim. mag. Primož Vidali, dr. med., tel.: 01 72 37 230, faks: 01 72 30 018, GSM: 031 369 711	30.000,00 SIT (DDV je vključen), za upokojene zdravnike in študente ni kotizacije	***	10.5	Isis 5/2003
KC Ljubljana, SPS Interna klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni	prim. Miha Koselj, dr. med., KC Ljubljana, SPS Interna klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 837, faks: 01 52 22 738	kotizacije ni	***	13.5	Isis 5/2003
Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik, 4204 Golnik, tel.: 04 25 69 111, e-pošta: irena.dolhar@klinika-golnik.si, http://www.klinika-golnik.si	500 EUR, možna je prijava na posamezne delavnice	***	v postopku	Isis 3/2003
“Andrija Štampar” School of Public Health	http://www.hit-conference.com	***	***	***	***
Združenje za perinatalno medicino SZD, KC, SPS Ginekološka klinika Ljubljana, KO za ginekologijo, SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo, prim. dr. Vasilij Cerar, dr. med., asist. dr. Tanja Premru Sršen, dr. med., prim. mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med.	ga. Martina Pečlin, KC, SPS Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 97 590, faks: 01 43 97 590, e-pošta: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si	***	***	***	Isis 7/2003
Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja, Slovenski odbor za Unicef, Ginekološko-porodniški oddelek SB Celje	ga. Vesna Savnik, Slovenski odbor za Unicef, Pavšičeva 1, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 38 078, faks: 01 58 38 081, e-pošta: vesna.savnik@unicef-slo.si	29.000,00 SIT (DDV je vključen), upokojenci in študentje 5.000,00 SIT (DDV je vključen)	***	***	Isis 7/2003
Slovensko ortodontsko društvo, Sekcija za stomatološko protetiko SZD	doc. dr. Igor Kopač, dr. stom., tel.: 01 52 24 273, Marinko Vidoševič, dr. stom., tel.: 01 42 32 210, faks: 01 42 32 210	48.000,00 SIT do 15. 9. 2003, potem 60.000,00 SIT (DDV je vključen)	01261-6030357790, sklic na št. 05 09760	***	Isis 7/2003

Datum Pričetek Kraj		Tema	Število kandidatov	Vsebina	
<b>OKTOBER 2003</b>					
10.–11.	12.00	Preddvor pri Kranju, Hotel Bor – grad Hrib	OSKRBA DIABETIČNEGA STOPALA	do 40	učna delavnica za skupine (zdravnik + sestra) v osnovnem zdravstvu, diabetoloških in kirurških ambulantah
13.–16.	8.00	Maribor, Splošna bolnišnica Maribor	EMBRIONALNA IN FETALNA ANATOMIJA	6	učna delavnica za ehologe, ki obvladajo osnove ultrazvočne diagnostike
17.–18.	9.00	Otočec, Kongresni center Otočec	11. DNEVI ORALNEGA ZDRAVJA SLOVENIJE	300	simpozij, predavanja, okrogla miza za zobozdravnike, visoke, višje in srednje sestre v zobozdravstveni preventivi
17.–19.	***	Preddvor, grad Hrib	TIŠINA – SKUPINSKA ANALITIČNA EKSPLOKACIJA	50	učna delavnica za zdravnike, psihologe, medicinske sestre, socialne delavce in vse, ki jih zanima delo s skupino in v skupini
24.	8.30	Portorož, Grand hotel Emona	1. SREDNJEEVROPSKO SREČANJE O HIPERTENZIJI	ni omejeno	strokovni sestanek za zdravnike v osnovnem zdravstvu in interniste
24.–25.	***	Bled, Grand hotel Toplice	3. MEDNARODNI SIMPOZIJ O ASISTIRANI REPRODUKCIJI	ni omejeno	mednarodni simpozij o postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo za zdravnike, biologe, medicinske sestre, laborante s področja asistirane reprodukcije
24.–26.	***	***	TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA (DPO) EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO	***	tečaj
24.–27.	***	Južna Afrika, Cape Town	9 <sup>th</sup> BIENNIAL CONGRESS OF INTERNATIONAL ACADEMY OF PERIODONTOLOGY GLOBAL PERSPECTIVES ON PERIODONTAL DISEASES, RISKS, CONTROL AND RECONSTRUCTION	ni omejeno	mednarodni kongres za zobozdravnike
25.	8.30	Portorož, Grand hotel Emona	12. STROKOVNI SESTANEK SEKCIJE ZA ARTERIJSKO HIPERTENZIJO: TIMSKA OBRAVNAVA BOLNIKA S HIPERTENZIJO	ni omejeno	strokovni sestanek za zdravnike v osnovnem zdravstvu, interniste in medicinske sestre
27.–28.	***	***	TEČAJ ZA INŠTRUKTORJE DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO	***	tečaj

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Združenje endokrinologov Slovenije – Delovna skupina za diabetično nogo, mag. Vilma Urbančič, dr. med.	mag. Vilma Urbančič, dr. med., KC, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 738, faks: 01 52 22 738, e-pošta: vilma.urbancic@kclj.si	45.000,00 SIT za posameznega udeleženca, 35.000 SIT za člana skupine (zdravnik + sestra)	plača se na podlagi izstavljenega računa	v postopku,	Isis 5/2003
Splošna bolnišnica Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo, prim. Igor Japelj, dr. med.	prim. asist. mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med., tel.: 02 32 12 408, ga. Dragica Polajner, tel.: 02 32 12 450, Splošna bolnišnica Maribor, pisarna Oddelka za perinatologijo, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, faks: 02 33 12 393	60.000,00 SIT	0110-6030278185, sklic na št. 11061-3020	***	Isis 7/2003
prim. Danica Homan, dr. stom.	ga. Melita Trop, ga. Brigita Jureš, ZD Ptuj, Zobozdravstvena preventiva, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj, tel.: 02 771 25 11 ali 031 695 131	35.000,00 SIT za člane, 40.000,00 SIT za ostale	06000-0117518127	***	Isis 5/2003
Slovensko društvo za skupinsko analizo, prim. Franc Peternel, dr. med.	prim. Franc Peternel, dr. med., Slovensko društvo za skupinsko analizo, Njegoševa 4, 1000 Ljubljana, tel.: 01 23 15 990, 43 44 517, faks: 01 23 02 899 (torek med 11.00 in 13.00)	30.000 SIT za člane, 35.000 SIT za nečlane	transakcijski račun: 02014-0087828226	***	Isis 7/2003
Sekcija za hipertenzijo – SZD, doc. dr. Rok Accetto, dr. med.	Albatros Bled, Ribenska 2, 4260 Bled, tel.: 04 57 80 350, faks: 04 57 80 355, e-pošta: albatros@albatros-bled.com, http://www.albatros-bled.com	10.000,00 SIT (DDV vključen)	transakcijski račun: 03139-1087540073	***	Isis 7/2003
SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana, Slovensko društvo za reproduktivno medicino, prof. dr. Helena Meden Vrtovec	prijave: Albatros Bled, Ribenska 2, 4260 Bled, tel.: 04 57 80 350, faks: 04 57 80 355, e-pošta: albatros@albatros-bled-sp.si, splet: http://www.albatros-bled.com, informacije: ga. Martina Pečlin, tel.: 01 43 97 590, faks: 01 43 97 590, e-pošta: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si, ga. Boža Krušič, tel.: 01 52 26 200	***	***	***	Isis 6/2003
Slovensko združenje za urgentno medicino, Svet za reanimacijo	informacije: http://www.ssem-society.si, prijave: Dušan Vlahovič, dr. med., Svet za reanimacijo pri SZUM, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, e-pošta: info@ssem-society.si	71.000,00 SIT	02014-0019966250	***	Isis 7/2003
International Academy of Periodontology v sodelovanju z Združenjem za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo SZD, prof. dr. Uroš Skalarič, predsednik IAP	g. Alen Mlekuž, Kompas, d. d., Ljubljana, tel.: 01 20 06 312, faks: 01 20 06 435, e-pošta: alen.mlekuz@kompas.si	375 USD	informacije pri kontaktni osebi	***	Isis 6/2003
Sekcija za hipertenzijo – SZD, doc. dr. Rok Accetto, dr. med.	Albatros Bled, Ribenska 2, 4260 Bled, tel.: 04 57 80 350, faks: 04 57 80 355, e-pošta: albatros@albatros-bled.com, http://www.albatros-bled.com	10.000,00 SIT (DDV vključen)	transakcijski račun: 03139-1087540073	***	Isis 7/2003
Slovensko združenje za urgentno medicino, Svet za reanimacijo	informacije: http://www.ssem-society.si, prijave: Dušan Vlahovič, dr. med., Svet za reanimacijo pri SZUM, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, e-pošta: info@ssem-society.si	71.000,00 SIT	02014-0019966250	***	Isis 7/2003

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
<b>NOVEMBER 2003</b>					
6.–8.	17.00	Rogaška Slatina	XVII. REPUBLIŠKI STROKOVNI SEMINAR DZDS	350–400	strokovna doktrina Stomatološke klinike za vse zobozdravstvene delavce
7.–8.	***	Portorož, Grand hotel Emona	45. TAVČARJEVI DNEVI	***	strokovno srečanje za širši krog zdravnikov ter študente medicine
7.–8.	16.00	Maribor, hotel Habakuk	DERMATOLOŠKI DNEVI	100	strokovno izpopolnjevanje iz dermatologije z mednarodno udeležbo za vse zdravnike
10.–14.	8.00	Maribor, Splošna bolnišnica Maribor	EMBRIONALNA IN FETALNA ANATOMIJA	6	učna delavnica za ehologe, ki obvladajo osnove ultrazvočne diagnostike
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)
21.–22.	9.00	Otočec, Hotel Šport	20. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE DRUŽINSKE MEDICINE: ETIČNA VPRAŠANJA V DRUŽINSKI MEDICINI	35	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
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
28.–29.	9.00	Kranjska Gora, Hotel Kompas	5. FAJDIGOVI DNEVI	150	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine
28.–29.	12.00	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	XVII. PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE: SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2	30	strokovno srečanje
29.	9.00	Ljubljana, Unionska dvorana	5. STROKOVNI SEMINAR ZDRUŽENJA ZA MAKSILOFACIALNO IN ORALNO KIRURGIJO SLOVENIJE: OBRAVNAVA PATOLOŠKIH SPREMEMB NA SLUZNICAH USTNE VOTLINE	500	strokovno srečanje za zobozdravnike in zdravnike
<b>DECEMBER 2003</b>					
11.–13.	9.00	Strunjan, Hotel Krka - Zdravilišče Strunjan	20. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE DRUŽINSKE MEDICINE: ETIČNA VPRAŠANJA V DRUŽINSKI MEDICINI	35	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Društvo zobozdravstvenih delavcev, prof. dr. Uroš Skalerič, dr. med.	ga. Martina Kajzer, SPS Stomatološka klinika, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, tel.: 01 30 02 110, faks: 52 22 494	***	***	***	***
Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za interno medicino	asist. mag. Hugon Možina, dr. med., Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta, Zaloška 7, 1000 Ljubljana	40.000,00 SIT + DDV	***	v postopku	Isis 4/2003
Oddelek za kožne in spolne bolezni Maribor, Združenje slovenskih dermatologov, prim. mag. Jovan Miljković	informacije: P. Marko, dr. med., tel.: 02 32 12 705, faks: 02 33 12 393, prijave: Združenje slovenskih dermatologov, Zaloška 2, 1525 Ljubljana	10.000,00 SIT	02014-009341717	***	Isis 5/2003
Splošna bolnišnica Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo, prim. Igor Japelj, dr. med.	prim. asist. mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med., tel.: 02 32 12 408, ga. Dragica Polajner, tel.: 02 32 12 450, Splošna bolnišnica Maribor, pisarna oddelka za perinatologijo, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, faks: 02 33 12 393	60.000,00 SIT	0110-6030278185, sklic na št. 11061-3020	***	Isis 7/2003
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	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. asist. Mateja Bulc, dr. med., asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Marko Kocijan, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	***	***
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	***	***	***
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, e-pošta: janko.kersnik@s5.net	35.000 SIT	02045-0253583120	***	Isis 7/2003
KC Ljubljana, SPS Interna klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni	prim. Miha Koselj, dr. med., KC Ljubljana, SPS Interna klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 837, faks: 01 52 22 738	kotizacije ni	***	13.5	Isis 5/2003
Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, asist. mag. Andrej A. Kansky, dr. stom.	ga. Milena Žajdela, Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, tel.: 041 573 791, e-pošta: maxfac.oral@kclj.si	***	poslovni račun: 02014-0087754603	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	***	***



Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
<b>JANUAR 2004</b>					
23.–24.	9.00	Ljubljana, Katedra za družinsko medicino	20. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE DRUŽINSKE MEDICINE: ETIČNA VPRAŠANJA V DRUŽINSKI MEDICINI	35	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
<b>MAREC 2004</b>					
5.–6.	9.00	Ljubljana, Cankarjev dom	7. SCHROTTTOVI DNEVI: NOVOSTI V ZDRAVLJENJU	250	strokovno izobraževanje za zdravnike
19.–20.	***	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE: V-BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA	***	strokovno srečanje za nefrologe, interniste in vse zdravnike, ki jih zanima področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic
<b>APRIL 2004</b>					
15.–17.	14.00	Kranjska Gora, hotel Kompas	4. SPOMINSKO SREČANJE JANIJA KOKALJA, DR. MED.	150	strokovno izobraževanje za zdravnike
<b>MAJ 2004</b>					
28.–29.	9.00	Ljubljana, Givo	30. SREČANJE DELOVNIH SKUPIN	200	strokovno izobraževanje za zdravnike
<b>JUNIJ 2004</b>					
5.	10.00	Brdo pri Kranju	X. JUBILEJNI MEDNARODNI MEDICINSKI DUATLON IN II. POLETNI MEDICINSKI TEK (10 KM) TER MEDNARODNI STROKOVNI SIMPOZIJ	ni omejeno	udeleženci v konkurenci: zdravniki, veterinarji in farmacevti, izven konkurence: študenti navedenih poklicev in prijatelji
<b>AVGUST 2004</b>					
22.–26.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	1. SVETOVNI KONGRES RAZVOJNE MEDICINE ( <a href="http://www.iskratel.si/dev-medicine/index.html">http://www.iskratel.si/dev-medicine/index.html</a> )	1.600	kongres za raziskovalce in klinike
<b>SEPTEMBER 2004</b>					
7.–11.	9.00	Bled, hotel Park	13. MEDNARODNI TEČAJ	40	mednarodno srečanje pod pokroviteljstvom EURACT-a, ki bo potekalo v angleščini, za zdravnike družinske medicine in mentorje družinske medicine

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. Tonka Poplas Susič, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	45.000 SIT	***	***	***
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	TRR: 02222–0015918588, sklic na št. 21900	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	prijave: ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, tel.: 04 20 82 523, faks: 04 20 26 718, informacije: doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, tel.: 04 58 84 601, faks: 04 58 84 610, e-pošta: janko.kersnik@s5.net	35.000 SIT	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. Nena Kopčavar Guček, dr. med., Davorina Petek, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT	***	***	***
Milivoj Veličković Perat, dr. med.	Milivoj Veličković Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 219, faks: 01 52 29 358, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, home page: <a href="http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm">http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm</a>	***	***	***	***
Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Milivoj Veličković Perat, dr. med.	Milivoj Veličković Perat, dr. med., Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 219, faks: 01 52 29 358, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, home page: <a href="http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm">http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm</a>	***	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prof. dr. Igor Švab, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	***	***

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
<b>OKTOBER 2004</b>					
8.–9.	9.00	Kranjska Gora, hotel Kompas	6. FAJDIGOVI DNEVI	150	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine
20.–23.	***	Portorož, Grand hotel Emona	3. SLOVENSKI PULMOLOŠKI IN ALERGOLOŠKI KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO	ni omejeno	strokovno srečanje
20.–23.	***	Portorož, Grand hotel Emona	2. SLOVENSKI IMUNOLOŠKI KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO	ni omejeno	strokovno srečanje
<b>NOVEMBER 2004</b>					
19.–20.	9.00	Otočec, hotel Šport	21. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE DRUŽINSKE MEDICINE	35	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
27.–28.	***	Maribor, Kongresni center Habakuk	3. MARIBORSKO SREČANJE	200	strokovno izobraževanje za zdravnike
<b>DECEMBER 2004</b>					
9.–11.	9.00	Strunjan, hotel Krka - Zdravilišče Strunjan	21. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE DRUŽINSKE MEDICINE	35	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
<b>JANUAR 2005</b>					
21.–22.	9.00	Ljubljana, Katedra za družinsko medicino	21. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE DRUŽINSKE MEDICINE	35	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine
<b>AVGUST 2007</b>					
26.–30.	***	Ljubljana	7. EVROPSKI KONGRES OTROŠKE NEVROLOGIJE	1.600	kongres

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 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, e-pošta: janko.kersnik@s5.net	35.000 SIT	***	***	***
Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik	doc. dr. Mitja Košnik, dr. med., Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik, 4104 Golnik, tel.: 04 25 69 111, faks: 04 25 69 117, e-pošta: mitja.kosnik@klinika-golnik.si, <a href="http://www.klinika-golnik.si">http://www.klinika-golnik.si</a>	***	***	***	***
Medicinska fakulteta, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo	prof. dr. Vladimir Kotnik, dr. med., Medicinska fakulteta, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, e-pošta: vladimir.kotnik@mf.uni-lj.si, <a href="http://www.klinika-golnik.si">http://www.klinika-golnik.si</a>	***	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. Mateja Bulc, dr. med., asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Marko Kocijan, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Majda Masten, dr. med., asist. Suzana Židanik, dr. med., asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., Zora Bojc, dr. med., Stanka Ban, dr. med., Darja Belec, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	***	***
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: <a href="http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm">http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm</a>	***	***	***	***

# Uredništvu revije Isis

Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi. Prvo obvestilo želimo objaviti v  številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen v  številki Izide.

Za objavo podatkov v **Koledarju strokovnih prireditev** pošiljamo naslednje podatke:

Mesec prireditve

Prostor, kjer bo prireditev

Dan prireditve

Pričetek, ura

Naslov strokovnega srečanja

Kraj

Število slušateljev (če je določeno)

(neomejeno)

Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, simpozij, posvetovanje, učna delavnica...)

Komu je namenjena (vsem zdravnikom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, kirurgom, internistom...)

Organizator (Medicinska fakulteta, klinika, sekcija Zdravniškega društva...)

Predstavnik ali strokovni vodja

Naslov za pošiljanje prijav

Informacije, kontaktne osebe

Njihove tel. številke in št. faksa

Višina kotizacije

Naslov in številka žiro računa

Število kreditnih točk

Kraj in datum

Podpis organizatorja



# Isis

Glasilno Zdravniške zbornice Slovenije

*The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia*

## Impressum

LETO XII, ŠT. 7, 1. julij 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@zzs-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@zzs-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 Najžer, prof. sl., ur.  
E-pošta: eb.najzer@zzs-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 XX<sup>th</sup> dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

## Sodelovali

Elizabeta Bobnar Najžer, prof., Zdravniška zbornica Slovenije • Rok Cesar, dr. med., zdravnik, Diagnostični center Medilab, Ljubljana • Izr. prof. dr. Andrej Debeljak, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Dr. Mateja de Leonni Stanonik, M. D., Ph. D., Knox-

ville, ZDA • Prof. dr. Franc Farčnik, dr. dent. med., zobozdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Samo Fakin, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica Celje • Asist. dr. Matjaž Fležar, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Mag. Zlatko Fras, dr. med. zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Prof. dr. Ljerka Glonar, dr. med., upokojena zdravnica, Ljubljana • Prim. Oton Herman, dr. dent. med., upokojeni zobozdravnik, Ljubljana • Rade Iljaž, dr. med., zdravnik, Zdravstveni dom Brežice • Prof. dr. Aleksej Kansky, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Asist. Izidor Kern, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Darja Klančar, prof., Zdravniška zbornica Slovenije • Prim. Nada Kodrič, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana • Doc. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik, Splošna bolnišnica Celje Evgenij Komljanec, dr. dent. med., zobozdravnik, Zdravstveni dom Izola • Doc. dr. Igor Kopač, dr. dent. med., zobozdravnik, Katedra za stomatologijo, Medicinska fakulteta Ljubljana • Prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prof. Pavle Kornhauser, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Doc. dr. Mitja Košnik, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Prim. Boris Kralj, dr. med., zasebni zdravnik, AKD, d. o. o. • Prim. mag. Aleksandra Kraut, dr. med., zdravnica, Očesna klinika, Klinični center Ljubljana • Gregor Kravos, dr. dent. med., zasebni zobozdravnik, Zasebna zobna ordinacija za odrasle Ptuj • Asist. Urška Lunder, dr. med., zdravnica, Zavod za paliativno oskrbo Ljubljana • Mag. Nina Mazi, dr. med., zdravnica, Ljubljana • Prof. dr. Ema Mušič, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Katarina Osolnik, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Damjan Osredkar, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za nevrologijo, SPS Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana • Davorina Petek, dr. med., zdravnica, Zdravstveni zavod Zdravje Ljub-

ljana • Prof. dr. Stojan Plesničar, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prim. dr. Metoda Rejc Novak, dr. dent. med., zasebna zobozdravnica, Ortodontska ambulanta Ljubljana • Prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., zobozdravnik, Zdravstveni dom Ljubljana Šiška • Asist. mag. Uroš Rot, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za nevrologijo, SPS Nevrološka klinika, Klinični center Ljubljana • Asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., zdravnica, Zdravstveni dom Ljubljana Vič-Rudnik • Mag. Nada Ružič Medvešček, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za kardiologijo, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana • Gorazd Sajko, dr. dent. med., zobozdravnik, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor • Prim. mag. Mirjana Stantič Pavlinič, dr. med., zdravnica, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana • Prof. dr. Jurij Šorli, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Prof. dr. Stanislav Šuškovič, dr. med., Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Mag. Dobravka Trampuž, dr. med., zdravnica, Psihiatrična klinika Ljubljana • Asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., zdravnica, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor • Tomi Voušek, dr. med., zdravnik, Psihiatrična bolnišnica Vojnik • Mojca Vrečar, MBA, Zdravniška zbornica Slovenije • Matija Žerdin, študent 6. letnika medicine • Manca Žolnir Dovč, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik

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 izpostavo, popolno številko tekočega ali žiro računa, naziv banke.

### Navodila o navajanju sponzorjev

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

### Navodila za 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 Pranjič, L. L. B.**

Finance and Accounting Department

**Jožica Osolnik, Econ.**

Health Economics, Planning and Analysis Department

**Nika Sokolič, B. Sc. Econ.**

Training and Professional Supervision Department

**Mojca Vrečar, M. B. A.**



## The Medical Chamber of Slovenia

*Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province.*

*The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.*

### Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
- The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
- Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

---

 Identiteta (zdravnika)
 

---

**N**ekega dne, ko smo bili vsi skupaj, se je mama obrnila k nam otrokom in rekla, ne brez bridkosti v glasu: "Otroci, učite se. Tistega, kar se boste naučili, vam ne bo nihče mogel vzeti."

Takrat na srečo mnogih reči še nisem vedel. Znal sem pa že gledati in videti, kaj se je spremenilo in kaj ne. Videl sem spremembo malega tovarnarja ali trgovca, potem ko mu je bila odvzeta njegova lastnina; spremembo v vedenju kajžarja, ki je čez noč postal vratar ali celo kurir v tovarni. A v nasprotju s temi množičnimi spremembami je bilo nekaj posameznikov, ki so bili nekakšne stalnice, vedno enaki.

Eden njih je bil naš hišni zdravnik, ki je bil vedno enak, isti, svoj.

Ko se tega spomnim danes, si rečem, da je bil to čas, ko so eni ljudje svojo identiteto izgubili ali jim je bila odvzeta, drugi so množično privzemali novo, nekateri posamezniki pa so svojo identiteto ohranili.

Vprašanje, kaj je človekova identiteta, verjetno ne more imeti kakega dokončnega odgovora. Vsekakor mi je Vercorsova novela Orožje noči že zdavnaj povedala, da je v spopadih med ljudmi o pojmu premaganec mogoče govoriti šele, ko se slednji odpove svoji identiteti. Se pravi, človeka je mogoče fizično premagati, a če ob tem ohrani svojo identiteto, je premaganec v resnici - zmagovalec.

V romanu Istovetnost Milan Kundera za objekt svojega raziskovanja človekove identitete izbere žensko v menopavzi, ki domneva, da je izgubila del svoje identitete. Zgodba se razvija prek vsakdanjih človekovih vedenjskih vzorcev vse do grotesknosti in absurdnosti, kljub temu pa se bralec še pred koncem romana znajde pred vprašanjem:

"Ali je za izgradnjo človekove identitete sočlovek nujen - ali pa morda ni nujen?"

Ko ob tem vprašanju premlevam različne človekove dejavnosti, se vedno znova ustavljam ob dveh, ki sta si tako različni, da sta skoraj istovetni: učitelj in zdravnik. Njuna dejavnost se od vseh drugih razločuje zato, ker je objekt dejavnosti hkrati subjekt. Oba, učitelj in zdravnik, se po definiciji ukvarjata s sočlovekom tako, da je v ospredju njegovo blagostanje. In po pravih, ki veljajo v Naravi, se med njima ustvari povratna zveza, značilna ne za mrtvo, temveč za živo snov.

Ali ta posebna povratna zveza - vsaj v načelu - na kak poseben način oblikuje zdravnikovo identiteto? In če je odgovor "da", je to blagoslov ali prekletstvo? Kaj je pregovor "Medicæ, cura te ipsum"? Le bistra besedna igra ali daljnosežno sporočilo - ne o boleznih v medicinskem smislu, temveč o (spo)znanju, da se vsak odnos začne z odnosom do sebe?

Seveda vsak človek - ker je človek - živi življenje, ki je ali blagoslov ali prekletstvo. Vendar pa so - tako verujem - pri zdravniku (ki je vedno učitelj, zna razločevati in je zato intelektualce) razmere zaostrene ne le zaradi zahtevnosti znanja, temveč predvsem zato, ker to (spo)znanje najprej ustvari odnos do sebe ter nato nujno do sočloveka. Se pravi, za izgradnjo človekove identitete je sočlovek nujen. In le od posameznika je odvisno, ali bo prekletstvo, trias znanje, odnos, dajanje spremenil v blagostanje sebe in sočloveka, v blagoslov, svojo identiteto - v človekovo neodvisnost in svobodo.

Ali se znaš ozdraviti, zdravnik?

Marjan Kordaš



Po uspešnem servisu