

ISIS

Leto XII. Številka 11 / 1. november 2003

GLASILO ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

So nas spregledali namenoma?



Bela knjiga se je zobozdravstvu izognila v velikem loku. Zakaj, lahko le ugibamo. Morda je vzrok v tem, da država nikoli ni imela izdelane zobozdravstvene politike. Posledice tega čutimo vsi.

Zaradi vedno večjega razkoraka med zahtevami in možnostmi je dostopnost prebivalcev do zobozdravstvenega varstva vedno težja. Njihovo negodovanje zaradi predolgi čakalni vrsti je upravičeno. Še bolj jih skrbi negotova prihodnost.

Iz javnih sredstev za zdravstveno varstvo je danes namenjenih za zobozdravstvo le osem odstotkov ali v povprečju 10.000 tolarjev letno na prebivalca. Nihče od odgovornih ne pove jasno, kakšna bo ta vsota v prihodnje: enaka, večja ali manjša?

Zaradi te negotovosti smo zaskrbljeni tudi zobozdravniki. Nas bo premalo ali preveč? V nejasnih razmerah ni mogoče predvidevati potrebnega števila za vpis na stomatologijo. Premajhno število diplomantov se je v preteklosti korigiralo z uvozom zobozdravnikov iz republik nekdanje skupne države, ki v nekaterih področjih Slovenije celo prevladujejo. Pritisk z jugovzhoda na naše ostarele vrste je celo vse večji.

Pri vsem tem je še posebej zaskrbljujoče, da praktično nimamo več epidemioloških podatkov s področja zobozdravstva. Brez informacij o stanju in dinamiki oralne patologije našega prebivalstva ni mogoče načrtovati in usmerjati delo zobozdravstvene službe.

Na te in druge probleme smo zobozdravniki velikokrat opozarjali. Na Ministrstvu za zdravje nikoli nismo našli kompetentnega sogovornika.

Jasno je, da je oralno zdravje integralni del zdravja. Zato ponovno ugotavljamo, da je potrebno izdelati jasno politiko zobozdravstva, ki bo z dolgoročno stabilnim financiranjem zagotavljala optimalno delovanje zobozdravstvenega varstva.

Za zagotovitev kakovosti so že izdelani strokovni normative s storitvenim sistemom, ki bi ga morali upoštevati načrtovalci in financerji zobozdravstvenega varstva.

Zato menimo, da je nujno:

1. ustanoviti urad za zobozdravstvo na Ministrstvu za zdravje;
2. vzpostaviti informacijski sistem za zobozdravstvo v okviru Inštituta za varovanje zdravja.

Zobozdravniki ponovno poudarjamo, da smo radi pripravljeni pomagati in sodelovati pri izdelavi politike zobozdravstva v okviru naših strokovnih pristojnosti.

Franc Farčnik

Umirimo javna obtoževanja o napakah v slovenskem zdravstvu

Zaposlene v zdravstvu in vso slovensko javnost že nekaj let vznemirjajo afere zaradi domnevnih zdravniških napak, kršitev poklicnih dolžnosti in sumov podkupovanja. Razpletanje teh afer največkrat poteka od samih začetkov naprej pred očmi vse slovenske javnosti.

Javnost ima seveda pravico, da je obveščena, in mediji tej pravici učinkovito strežejo. Nerumeni tisk, radio in televizija po naši oceni to opravljajo večidel korektno in jim hujših spodrsrljajev ne moremo očitati. V nasprotju s tem pa gredo posamezni v afere vpleteni - predvsem tožniki, včasih pa tudi osumljeni - pogosto predaleč, ko skušajo na svojo stran pridobiti javnost. Medije pritegnejo že takrat, ko krivda še ni dokazana, sporočajo jim svoje prenačljive ocene in videli smo že tudi boleče ukrepe, ki so bili pre zgodnji, nepotrebni in krivični.

Vse to ima lahko vrsto hudih posledic, zlasti ko gre za neutemeljen sum napake, prestopka kaznivnega dejanja. Pogosto rajši verjamemo slabo kot dobro in sumu o nečednostih se neradi odrečemo, češ, "kjer je dim, mora biti tudi ogenj". Redko kdo, ki je bil v javnem linču po krivem obdolžen, lahko povsem opere svojo čast in le močni osebnosti sčasoma uspe obnoviti lastno duševno integriteto. Prizadeti so tudi njegovi svoj-

ci in sodelavci v poklicu. Afere, ki se dolgo razpletajo, hudo poslabšajo ozračje v stroki, ne glede na to, ali se utemeljenost suma na posled dokaže ali ovrže. Še bolj obžalovanja vredna je škoda zaradi omajanega zaupanja javnosti in bolnikov v pošteno delo zdravnikov.

V omikanem svetu že več kot stoletje velja pravni sistem, katerega načela so preprosta in dobro znana. Predvsem nihče ne more veljati za krivega, dokler mu krivda ni dokazana. Breme dokazovanja je na tožniku. Obdolženi mora imeti vse legitimne možnosti, da obtožbe izpodbi. V postopku je treba skrbno zavarovati njegove pravice. Začetno preiskavo je treba izpeljati obzirno in diskretno, čim hitreje pa jo je treba tudi dokončati. Šele takrat nastopi čas za sodbo in sankcije, sorazmerne s težo dejanja ali opustitve dolžnosti. Huda etična napaka je, če javnosti razkrijemo domnevno dejanje in domnevnega krivca, preden je sum dobro utemeljen. Še slabše je, če je neupravičeno zgodnje razkritje v službi kakega nelegitimnega interesa.

Ni težko ugotoviti, da spoštovanja teh načel ob zadnjih aferah ni bilo ali ga je bilo premalo. Mnogi zaposleni v zdravstvu so demoralizirani. Ugled stroke med prebivalstvom je utrpel veliko škodo, o čemer zgovorno priča

na primer rezultat nedavne ankete o podkupljivosti zdravnikov. Zdravniki opažamo, da so naši pacienti postali nezaupljivi in zbegani, da so prizadeti. A ne gre samo za moralno škodo. Trpi tudi terapevtski odnos, za katerega je potrebno spoštovanje in zaupanje.

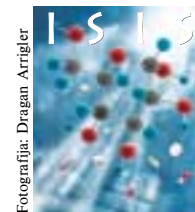
Nekateri prepoznavajo v teh dogodkih in reakcijah nanje razvijajoč se nov, neprijazen in škodljiv vedenjski vzorec v slovenski družbi, ki ga žal redko kdo javno obsoja. Če želimo, da bo nam in našim otrokom v slovenski državi prijetno živeti, je čas, da začnemo skupaj gojiti boljšo kulturo medsebojnih odnosov. Ti bodo mnogo bolj kot danes morali temeljiti na zaupanju in tudi na zavesti, da se zlorabe zaupanja ne izplačajo. Prevladujoče vedenje lahko odločilno spremeni šele dolgoletna vzgoja za vrednote, ki jo moramo začeti že pri otrocih. Najprej s pravimi sporočili in z dobrimi zgledi - za to je čas že danes. ■

*Dr. Marjan Kordaš,
za Razred za medicinske vede Slovenske
akademije znanosti in umetnosti*

*Dr. Jože Trontelj,
za Komisijo Republike Slovenije
za medicinsko etiko*

Obvestilo avtorjem

Uredništvo revije Isis sporoča, da je
rok za oddajo prispevkov
za številko januar 2004,
petek, 5. december 2003.



Vsebina

uvodnik	Franc Farčnik	• So nas spregledali namenoma?	3
novice		•	4
fotoreportaža	Marko Hawlina	• Vrhunski angleški oftalmologi v Portorožu	26
	Pavle Kornhauser	• Nevsakdanja mednarodno odmevna kulturna dogodka med zdravniki	28
iz glasil evropskih zbornic	Boris Klun	• Zdravstveni cilji Hrvaške do leta 2008	33
	Boris Klun	• "Zdravniki na cesti"	34
aktualno	Jožica Maučec Zakotnik	• Nacionalna strategija prehranske politike	34
	Upravni odbor Združenja za ambulantno ginekologijo	• Vloga ginekologa na osnovni ravni	40
	Miloš Židanik	• Črna prihodnost slovenske psihiatrije	41
forum		• Izjava OE Varstvo žensk, otrok in mladine, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor	46
	Davorin Dajčman	• Zdravstvena reforma in zdravniki v primežu predvolilnega časa	48
	Marko Demšar	• Bela knjiga – zasebno zdravstvo odveč?	50
zanimivo	Peter Kadunc, Kristof Zevnik	• Programska oprema za vodenje medicinske dokumentacije	51
	Vida Košmelj Beravs	• Nekdanja zdravniška dilema	53
	Pavle Kornhauser	• Moje izkušnje pri urednikovanju	54
delo zbornice		• Zapisniki IO ZZS	57
programi strokovnih srečanj		•	63
status artes medicae	Marjetka Uršič Vrščaj, Andrej Možina, Stelio Rakar	• Predlogi za standarde in kazalce kakovosti pri kolposkopiji, zdravljenju in nadzoru bolnic s predrakavimi spremembami materničnega vratu	84
	M. Igličar, I. Kirar Fazarinc, D. Obersnel Kveder, H. Istenič Pikel, M. Ilijaš Koželj, M. Jemec	• Osnovno reproduktivno zdravstveno varstvo žensk z vidika ambulantnega ginekologa	88
	Gorazd Bunc, Janez Ravnik	• Uporaba nevronavigacije na oddelku za nevrokirurgijo Splošne bolnišnice Maribor	89
	Igor Bartenjev	• Glivične okužbe nohtov – nekateri nasveti za zdravljenje v ambulantni družinskega zdravnika	93
strokovna srečanja	Barbara Salobir	• V Benetkah o pljučni arterijski hipertenziji	96
	Nena Kopčavar Guček	• Kako učiti o etiki?	97

Zdravniki se s farmakologijo (naukom o delovanju zdravil na organizem) na ljubljanski medicinski fakulteti srečajo kot študentje tretjega letnika. Vsi, ki svoje delo opravljajo že nekaj let, pa ugotavljajo, da se farmakologija, ki je tesno povezana s farmacevtsko stroko, razvija zelo hitro. Pridobljena znanja je potrebno dopolnjevati, vendar, v nasprotju z drugimi vejami medicine, tej ni posvečenih prav veliko strokovnih srečanj, ki bi jih organiziralo zdravništvo. Stroki namenimo pozornost s tokratno naslovnico Izide tudi zaradi datuma, ko prične veljati obvezno zamenjevanje zdravil. Molekula glukoze ponazarja placebo pri primerjalnih študijah o učinkovanju posameznih zdravil ali zdravilnih učinkovin. Ni dvoma, da je farmakologija veda prihodnosti. Prav bi bilo, da bi vanjo vstopila ob sodelovanju medicine in farmacije za dobrobit pacientov.

Tekst in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

	Ksenija Tušek Bunc	• Odnos med bolnišničnim in zdravnikom družinske medicine	100
	Anica Mikuš Kos	• Stroka med mediji in javnostjo – kladivom in nakovalom	102
	Štefek Grmec, Alina	• Mednarodna srečanja urgentne medicine 2003	
	Jelantancev, Katja Lah		104
	Jože Grošelj, Nataša	• Slovenske izkušnje pri zdravljenju epilepsije	
	Kiker Plavec, Rok Hren		106
	Mihael Rogač	• Razvojnonevrološko sledenje otrok, ogroženih ob rojstvu	108
	Elvira Žibrat	• Predstopnja žive, realne slike v veliko pomoč zdravnikom	110
	Breda Prunk Franetič	• Drugo rtiško srečanje	111
	Zlata Felc	• Letošnji svetovni teden dojenja	112
	Evgenij Komljanec	• Svetovni kongres zobozdravnikov	113
	Željko B. Jakelič	• Uporabnost laserjev v stomatologiji	114
	Mario Kocijančič	• Medicina v dolini Temze	115
tako mislimo	Verica Lolič	• Moja razmišljanja in obrazložitve glede na obvestilo o povzročeni škodi	118
	Srečko Herman	• Podiplomsko izobraževanje zdravnikov	119
	Stanislav Šuškovič	• O homeopatih, zdravilcih in zdravnikih	120
	Irena Gorišek	• Homeopatija – ali deluje in kako	122
	Marko Kolenc	• Dve združenji ginekologov in porodničarjev v Sloveniji?	125
odmevi	Lojze Arko	• Ocena sedanjega stanja in smernice za razvoj slovenske ginekologije in porodništva, Isis 10/2003	125
recenzija	Maja Rus Makovec	• Miloš Židanik, Zdenka Čebašek Travnik: Sindrom odvisnosti od alkohola	127
	David B. Vodušek	• Erika Cvetko, Mija Meznarič Petruša: Anatomski atlas	126
zdravniki v prostem času	Matjaž Rode	• Somrak bogov v Torontu	128
	Janko Dolinar	• Kraljevina Lesotho	129
personalia		•	132
koledar zdravniških srečanj		•	133
misli in mnenja uredništva	Črt Marinček	• Zdravstvo in zdravje v luči bele knjige	149

S pomočjo konzorcija do Inštituta za anatomijo in fiziologijo

V Splošni bolnišnici Maribor so 26. septembra 2003 z odkritjem spomin-ske plošče obeležili začetek gradbenih del Inštituta za anatomijo in fiziologijo Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. Na slovesnosti je bil slavnostni govornik minister za zdravje, prof. dr. Dušan Keber.

S pomočjo in ob razumevanju številnih darovalcev v Mariboru in njegovi okolici, v Pomurju, na Celjskem, Koroškem ter številnih uglednih in uspešnih podjetij po vsej Sloveniji je bilo doslej v okviru konzorcija zbranih 139 milijonov tolarjev. Do leta 2005 pričakujejo, da se bo zbralo načrtovanih 220 milijonov tolarjev: "Akcijsko zbiranje sredstev za zagon medicinskega študija v Mariboru je uspela, saj so h konzorciju pristopile skoraj vse gospodarske in negospodarske organizacije, lokalne skupnosti in javni zavodi v

širši severovzhodni Sloveniji," je poudaril direktor Splošne bolnišnice Maribor, prim. Gregor Pivec, dr. med., in izrazil prepričanje, da se bodo dosedanjim podpisnikom pogodbe pridružili številni drugi, ki v razvojnem programu medicinskega študija v Mariboru vidijo prihodnost ne samo v Mariboru in okolici, ampak v vsej Sloveniji.

Za potrebe Inštituta za anatomijo in fiziologijo so v tamkajšnji bolnišnici izpraznili zgradbo sredi le-te, v kateri so bili skladišni prostori in prostori biomedicinske elektronike. Gradbeni načrti za prenovo zgradbe so pripravljeni, tako da bodo nemudoma pričeli z gradbenimi deli. V zgradbi bodo z nekaj preureditvami in potrebnimi



gradbenimi posegi v pritličju pripravili prostore za študente (predavalnice, laboratorije) in za predavatelje, v kletnih prostorih bodo hladilnice in secirnice. V mansardi bodo uredili strojnico. Skupne površine inštituta bo 859 kvadratnih metrov. Gradbeno-obrtniška dela, strojne in električne instalacije bodo po ocenah veljala okrog 120 milijonov tolarjev. Prostori za pouk anatomije in fiziologije bodo pripravljeni do poletja 2004. Vpis prve generacije študentov medicine na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru prihodno jesen bo tako lahko potekal povsem nemoteno. ■

Elvira Žibrat

OSTEOPOROZA LJUDSKA BOLEZEN, ODKRITJE (FARMACEVTSKE INDUSTRIJE)

Sedaj je bilo končno javno objavljeno mnenje v nemških medijih. To mnenje je do sedaj veljalo za protislovno in posamezni kritiki so na to nenehno opozarjali.

Celotna problematika osteoporoze skupaj z merjenjem kostne gostote in posledičnim predpisovanjem hormonskega preparata je zrežirano in plačano zavajanje s strani farmacevtske industrije.

Do leta 1982 je osteoporoza veljala za bolezen, ki pripelje do zlomov kosti pri 1,2 odstotkih prebivalcev, predvsem žensk, starih preko 75 let, brez večjih nevarnosti za kosti. Po tem letu se je sledeča razlaga spremenila. Ameriški farmacevtski velikan Weith ayerst je pri domnevno neodvisnem profesorju medicine naročil izvedbo velike študije. Profesor je medtem umrl in njegov sin je povedal, da je Weith ayerst financirala študijo in nato s podatki manipulirala kot je bilo potrebno, da so iz zdravih (pretežno žensk) naredili bolnike.

Trik pri tem je bil zelo enostaven. Upoštevala se je, sedaj tudi pri merjenju kostne

gostote, vrednost zdravega tridesetletnika. Vsakemu medicinsko izobraženemu človeku je znano, da se okrog tridesetega leta začne fiziološko večja razgradnja, kot izgradnja kosti. V "osteoporoza avtomobilih", ki so jih sponzorirale farmacevtske firme, so krožili po deželi in primerjali, denimo rezultat merjenja štiridesetletne ženske s tridesetletno. V letu dni so imeli več milijonov pacientov, ki so jim predpisali estrogen in gestagen. Posebej presenetljivo pri tem je, da je vpleten tudi SZO v Genfu, ker je v stalnem pomanjkanju denarja, kot kažejo poročila, dopustil, da so firme Sandoz (sedaj Novartis), Schering, Jenapharm, Smith Klein med drugim plačale objavo napačnih študij ter s tem ustvarile videz resnosti.

Tako se je iz napačne interpretacije statističnih podatkov porodila boljša znanost iz popolnoma zdravih narediti navidezne bolnike, ki sedaj uživajo hormonske preparate. Le-ti jih na koncu privedejo v bolezen. ■

Rudi Škapin

Vir: APM Journal

NOVE ŠTUDIJE O AKUPUNKTURI

Koliko raziskav o učinkovitosti akupunkture bo še potrebnih? Zopet ena študija, tokrat pri dodatnem zavarovanju, je pri več kot 230000 zavarovancih pokazala tisto, kar je že dolgo znano, in sicer, da več kot 75 odstotkov pacientov označuje delovanje kot dobro ali zelo dobro. Kakšne so logične posledice?

Začele se bodo nove študije, ki naj bi podkrepile omenjena dognanja. Vse skupaj meji na razsipavanje denarja zavarovancev. Prvič, študije veliko stanejo in drugič se bo do konca teh novih in verjetno nadaljnjih študij trošil denar za draga zdravila in drage terapije v zdravstvenih ustanovah. Kljub temu, da z akupunkturo in podobnimi postopki lahko prihranimo precejšnje vsote denarja.

Toda tako je v zavarovalnicah. Kdaj se bodo končno zbudile in ustavile ponavljanje takih nesmiselnih dejanj? ■

Rudi Škapin

Vir: APM Journal

7. državno prvenstvo zdravnikov v tenisu

Ratko Tatalovič

13. septembra 2003 je pod okriljem športnega društva Medicus v Portorožu potekalo sedmo državno prvenstvo zdravnikov v tenisu. Na razpolago smo imeli dvanajst igrišč, zato smo sistem tekmovanja priredili tako, da je vsak tekmovalac odigral vsaj dve do tri tekme. Prvenstva se je udeležilo 58 tek-

movalk in tekmovalcev, ki so bili razdeljeni v kategorije po starosti. Podelili smo enajst kompletov medalj. Vreme za igro je bilo naravnost idealno, temperatura nekaj nad 20°C, morje v neposredni bližini pa tudi primerno, da smo v njem lahko zaplavali po naporih tekmah. Prijetno vzdušje nam je po-

pestrilo okusno kosilo, ki nam ga je ob igriščih postreglo osebje restavracije Marina.

Tekmovanja ne bi mogli izpeljati brez pokroviteljev. Zahvaljujemo se pokroviteljem: Hypo Alpe Adria bank in Krki, tovarni zdravil za finančno pomoč, Pivovarni Union za pijačo med tekmovanjem ter Zavarovalnici



Ratko Tatalovič, Edi Smeh in Stanko Vidmar med "kubanjem" tekmovalnih parov.



Branko Avsec, Ratko Tatalovič, Leopold Zonik, Andrej Kansky (z leve)



Nasmejane Celjanke: Mojca Dreu, Jelka Žgajnar in Zorka Vučer (z leve)



Prvi trije v kategoriji M +65: Andrej Cian, Franc Vaupotič in Feliks Pucher (z leve)



*Andrej Cian in Boris Škofic (z leve) - cigareti sta v desnicah
- v ozadju sodnik Edi Smeb*



*Prve tri v kategoriji D +25: Katja Juvan, Barbara Antolinc,
Mojca Dreu (z leve)*

Triglav za majice.

Nasvidenje na osmem
državnem prvenstvu!

Rezultati:

Moški + 25

1. Andrej Ralca
2. Jože Vogelnik
3. Kristof Zevnik

Moški + 35

1. Boris Palek
2. Boris Krajačič
3. Robert Juvan

Moški + 40

1. Stjepan Pintarič
2. Marko Vrhovec
3. Andrej Kansky

Moški + 45

1. Bine Stritar
2. Tomi Voušek
3. Peter Mlinar

Moški + 50

1. Branko Avsec
2. Janez Zore
3. Leopold Zonik

Moški + 55

1. Boris Škofic
2. Franci Koglot
3. Stanko Vidmar



Skupinska slika prejemnikov medalj

Moški + 65

1. Franc Vaupotič
2. Andrej Cian
3. Feliks Pucihar

Moški + 70

1. Jože Zeilhofer
2. Aleksej Kansky

Ženske +25

1. Barbara Antolinc
2. Katja Juvan
3. Mojca Dreu

Ženske + 45

1. Zdenka Lužnik
2. Irena Malis Smole
3. Alenka Melink

Ženske + 50

1. Zorka Vučer
2. Jelka Žgajnar
3. Irena Vidic



■ *Nasvidenje naslednje leto!*

24. SVETOVNE MEDICINSKE ŠPORTNE IGRE

Plavanje



Branka Vran, štirikrat bronasta in enkrat srebrna

V plavanju sva nastopili dve tekmovalki iz Slovenije, in sicer Sanja Slade v skupini B kot rekreativna tekmovalka (v osebnem rezultatu vsako leto boljša, v primerjavi z ostalimi tekmovalkami, ki so trenirale in nastopale na evropskih, olimpijskih plavalnih tekmovanjih, pa dokaj hrabra) in Branka Vran, ki je nastopala v skupini A. Kot nekdanja dejavna tekmovalka z medaljami z državnih prvenstev nekdanje SFRJ je bila prijetno presenečenje tudi med slovenskimi športniki.

S trdom, znojem, doslednostjo, upornostjo in napadalnostjo iz mladih let je v Stirlingu dobila pet medalj iz raznih plavalnih disciplin:

- štiri bronaste medalje: prsno prosto hrbtno in delfin;
- eno srebrno medaljo: štafeta naključno izbranih tekmovalcev.

V Slovenijo se je vrnila kot najuspešnejša tekmovalka. Čestitamo! Veliko uspehov na bodočih igrah!

Sanja Slade

REFORMA IN OSTARELI

Najbolj stroga in radikalna verzija napovedane vroče zdravstvene reforme v Nemčiji vsebuje radikalno dolečilo, po katerem naj bi dokončno prenehali opravljati vse nujne "brezplačne" operativne posege, ki so jih doslej krile zavarovalnice iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja pri pacientih, starejših od 75 let. Ti so nad omenjenim omejevalnim predlogom iz kabineta zvezne ministrice Ulle Schmidt močno ogorčeni in zaskrbljeni. Mnogi govorijo o tistem zdravstvenem genocidu. Nad njim se je zamislila tudi vlada kanclerja Schröderja, ki je izjavil, da varčevalnih ukrepov ni mogoče graditi na diskriminaciji vse bolj številčnega dela prebivalstva.

Priredila in prevedla: Nina Mazi

Vir: ZDF

Triatlon na Bledu

Sedmega septembra je bil prelep dan. Tudi na Bledu. Mogoče ste si šli predihat možgane in telo ravno tja in med sprehodom ob jezeru, ali prijetnem mlaskanjem ob kremni rezini, srečali množico tekačev. Ti so se zasopihani, eni hitreje, drugi bolj lagodno, podili okoli jezera. Mogoče ste med njimi spoznali celo kakšnega kolega. Če ste se do danes spraševali ali so to zapoznali medijski odmevi (prejšnji dan je bila na Bledu Vikendova regata popularnih) ali pa gre za kakšno čudno tekmo, boste ob branju tega prispevka izvedeli, da so bili to športni navdušenci, ki se jim ob omembi treh športov takoj pripiše, da so nezmerneži. Njihovo uradno športno je triatlonci.

Triatlonci končujejo preizkušnje pogosto nesorazmerno lastnemu izgledu. Lahko se zgodi, da krepki fantje hudo pretiravajo že na plavanju, nato na kolesarjenju in jih zato rahlo močnejše dame mirno prehitevajo na teku. Preizkušnja se običajno začne s plavanjem, nato triatlonci, kljub mokrim lasem in dressu, skočijo na kolo in na koncu se lotijo še teka. Ena od razlag zakaj je tek na koncu, bi bila, ker bi se drugače prehladili, saj so šli z mokrimi lasmi na kolo. Po opisu omenjene dejavnosti, se vam to zdi verjetno nečloveški napor in za zdravnika skoraj neprimeren. Vendar bi mi morali biti zgled za zdrav način življenja. Naši učitelji že od Hipokrata naprej ponavljajo, da je zdravje odvisno predvsem od tega, kako ravnamo sami s sabo. Včasih nas izdajo šibki geni, ali pa je umazanija v okolju prehuda za naše telo, a načeloma velja, da je naše zdravje v veliki meri odvisno od nas samih. Tako se včasih ob skrbi dobronamernih kolegov zaradi naporov pri triatlonu, malo zamislim nad sabo, a misli mi neubogljivo preskočijo na zakajene prostore v zdravstvenih ustanovah, kjer vzrok dima niso pacienti, ampak kadilsko osebje. Moje razmišljanje postane še bolj neboljeno ob nelagodju v naših dušah zaradi človeških, strokovnih in organizacijskih zapletov v našem zdravstvu. To vsakdanje sproščanje katabolnih hormonov, ali stres po domače, si povzročamo sami. S tem se razgrajujemo in smo tako kot ljudje in zdravniki bolj ranljivi. Naše delo je zato težje in navsezadnje za pacienta manj koristno.

Zato je na nas, da si uredimo življenje in delo. Šport nam je pri tem lahko v veliko oporo. Najprej nam daje možnost, da smo sami



s sabo. Ko tečemo po gozdu, kolesarimo na Jezersko ali plavamo po Bohinjskem jezeru, pred sabo ne moremo uiti. Med gibanjem se lažje soočimo z lastnimi mislimi, velikokrat se med globokim dihanjem porodijo dobre ideje, včasih celo rešitev kakšnega problema. Triatlon ponuja vse to. Vadba je zanimiva, zlasti ker je raznovrstna. Nekaj teka, nekaj kolesarskih tur, lahko tudi v zavetrju. Medtem ugotovite, da je temelj dobrega plavanja pravilna tehnika in ne surova fizična moč. To zelo spominja na vsakdanje življenje. Ob tem odkrivanju gibalnih užitkov si mimogrede nabere več telesne zmogljivosti, kot si bi jo samo z enim športom. Ta pride zelo prav po petih urah nepretrganega dela v ambulanti. Poleg tega potrebujemo veliko zraka in možnost poškodbe med raznovrstnim gibanjem je veliko manjša. V praksi bi lahko dejali, da je triatlon tudi preprečevanje.

Poseben čar triatlona je logistika. Ne gre samo za to, kako hitro boste prispeli od starta do cilja. Pot je potrebno načrtovati, začrtati tempo, saj le tako lahko izkoristite svoje močnejše discipline in čim manj izgubite pri svoji najslabši. Tekmo lahko izgubite tudi zaradi tega, ker na menjavah "štrikate". Triatlon je šola razporejanja moči in učinkovitosti.

Na voljo imate različne razdalje. Zato se triatlona lahko loti prav vsak, od tistega, ki

bi se rad preizkusil kako povezati vse tri športe, do tistih, ki v športu iščejo preizkušnjo za telo in duha.

Ravno zaradi vsega tega, je med triatlonci mnogo zdravnikov. Ko sem lani na havajskem triatlonu brala profesionalno statistiko udeležencev, nisem bila presenečena nad podatkom, da so zdravniki zastopani v izjemno velikem številu. Del te številke smo tudi slovenski zdravniki. Letos smo se zbrali na dveh triatlonih, in sicer spomladanskem na Ptuj in državnem prvenstvu na Bledu. Tekma na Bledu je ustrezala kriterijem za lepoto: lepota okolja, množica tekmovalcev, ki naredi preizkušnjo živahno in te včasih malo ponesse (mene je ena tekmovalka v žaru tekme "zanesla" v nadštevilen krog), veliko tekmovalk, tudi medicink. Edino kar je medicinskemu karakterju tekme škodilo, je bila težavnost kolesarske proge. Iskrene čestitke veteranki, zobozdravnici Marti Škapinovi! Šestkrat v tisti klanec iz Zake proti železniški postaji ni bilo enostavno. Lahko se preizkusite, čisto zasebno, pa boste videli. Medse smo letos, po zgledu sosednjih držav, povabili tudi druge medicinske profile. Tako so si pri moških razdelili prva tri mesta zdravnik, farmacevt in veterinar. Še posebej smo zdravniki lahko ponosni na dejstvo, da sta bila na letošnjem zdravniškem prvenstvu tudi udeleženca pr-

vega triatlona v Sloveniji, ki je bil pred 15 leti na Bledu. To sta Rudi Škapin in Bojan Knap. Mimogrede tudi zmagovalec tistega triatlona je bil zdravnik, kirurg iz Slovenj Gradca, Brane Breznikar. Zdravniki spadajo torej med pionirje te športne zvrsti pri nas.

Naslednje leto vas ponovno vabim na Bled. Najprej športno, nato pa si lahko mirno privoščite tri kremne rezine, če si želite. Šle bodo naravnost v mišice, tudi klirens maščob je po športu veliko hitrejši.

Ne smete se ustrašiti klanca, saj bo kolesarska proga naslednje leto malo poravnana.

Nada Rotovnik Kozjek

Rezultati:

Veteranke

		čas
1. Jožica Šiftar	Triatlonski klub MB	1:23:19
2. Marta Škapin	Medicus	1:48:27

Članice

1. Nada Rotovnik	Medicus	
Kozjek		1:20:06
2. Pia Golob	Ljubljana	1:27:29
3. Marta Tome	Celje	1:47:15

Člani

1. Gregor Kravos	Medicus	1:10:40
2. Tomaž Kovač	Brezovica	1:16:14
3. Srdjan Petrovič	Muring	1:16:16

4. Nikola Ladič	Medicus	1:16:40
5. Rok Zupančič	Ljubljana	1:20:04
6. Gregor Hočevnar	Ljubljana	1:26:09
7. Tadej Avčin	Medicus	1:29:16
8. Bojan Knap	Medicus	1:30:46
9. Jožef Magdič	Lendava	1:32:14

Veterani 1

1. Igor Pirc	Medicus	1:21:48
2. Mihael Lužnik	Medicus	1:30:16

Veterani 2

1. Rudi Škapin	Medicus	1:34:20
2. Milivoj Veličkovič	Triglav Kranj	1:47:15

Spletna stran Zdravniške zbornice Slovenije

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

RAK NA DOJKAH ZARADI HORMONSKIH PREPARATOV

Posebno nevarna je kombinacija estrogen-gestagen. Ugotovitev izhaja iz več študij, ki jih je objavil center za raziskovanje raka v Oxfordu. Raziskovalci so od leta 1996 do 2001 zbiral podatke, katere je podalo več kot milijon britanskih žensk, ki so bile stare od 50 do 64 let. Hormonski terapiji lahko pripišemo 20000 dodatnih rakavih obolenj na dojkah. Vodja oddelka za ginekološko endokrinologijo Univerzitetne klinike v Hamburgu je razložil, da je tveganost terapije, ki so jo potrdile študije, že dolgo znana. Novo je, da kombinacija estrogen-gestagen nevarnost evidentno kontinuirano povečuje po enem letu. V nasprotju s prejšnjimi raziskavami je sedaj izrazitejša domneva, da je temu treba pripisati večjo umrljivost, je izrazil vodja prof. Brande. Po njegovih podatkih dobi približno 25 do 30 odstotkov žensk preparate za lajšanje težav v menopavzi. Polovica teh žensk je v starosti med 50 in 55 leti. Gestageni se predpisujejo dodatno k estrogenom, če imajo še maternico, da bi obvarovali maternično sluznico pred rakavimi tvorbami.

Rudi Škapin

Vir: APM Journal

10. OKTOBER - SVETOVNI DAN DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Nacionalno združenje za kakovost življenja Ozara je z veseljem pozdravilo odločitev Ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje, ki sta zdravila za duševne bolezni izločila s seznama zamenljivih zdravil, tako da tudi po novem zanje doplačilo ne bo potrebno.

Organizacija, ki se že deset let ukvarja z rehabilitacijo duševnih bolnikov, se zaveda, da je prost dostop do vseh zdravil s tega področja zelo pomemben del zdravljenja, prispeva k vključevanju bolnikov v družbo in k zmanjšanju števila samomorov, saj so v tej skupini prebivalstva eden najpogostejših vzrokov smrti.

Nedavne odločitve Ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje so bili veseli, saj je bila ta skupina bolnikov dolga leta prezrta v nacionalnih zdravstvenih prioritetah. Odločitev razumemo kot prispevek k odstiranju stigme in upamo, da bodo še kakšni naši predlogi in projekti našli podobno razumevanje.

ŠE ENA O SMRTI ZARADI ZDRAVIL

Po navedbah vodstva inštituta za klinično farmakologijo na Visoki medicinski šoli v Hannoveru, so na leto izračunali 58000 smrti samo na internističnih oddelkih nemških bolnišnic, ker so bila ordinirana zdravila, ki bi se jim potencialno lahko izognili. Tako je na nemških klinikah umrlo mnogo več ljudi zaradi nezaželenih vzporednih učinkov zdravil, kot so mislili do sedaj.

Rudi Škapin

Vir: APM Journal



TOBAK IN ZDRAVJE

Skupina strokovnjakov Evropske unije se je vprašala, ali in kako vpliva cena tobaka in tobačnih izdelkov na zdravstveno blaginjo ter na psihofizičnosocialno blaginjo (zdravje) prebivalstva. V ta namen so strokovnjaki Eurostat-a vzeli pod drobnogled cene tobaka in tobačnih izdelkov v posameznih državah Evropske unije in ugotovili, da je med enajstimi državami, ki so sodelovale v raziskavi (Slovenije ni bilo med njimi), tobak najdražji na Norveškem, najcenejši pa na Poljskem. Najnovejša razvrstitevna lestvica držav EU glede na ceno tobaka (škatlice cigaret) je sledeča: na vrhu je Norveška, kjer je za zavoček 20 cigaret potrebno odšteti največ, kar 8,30 evrov. Sledi ji Velika Britanija, kjer stane škatlica cigaret 7,18 evrov, Danska 4,03 evre, Francija 3,9 evrov, Nemčija 3,36 (leta 2004 4,36) evrov, Belgija 2,8 evra, Avstrija 2,68 evra, Grčija 2,34 evra, Luksemburg 2,08 evra, Španija 1,95 evra in Poljska 1,6 evra. Razlike med državami so očitne. V posebno skupino, kjer je kajenje pravo finančno razkošje (ali potrata) sodita Norveška in Velika Britanija. Med prvim in zadnjim mestom na lestvici je petsto odstotna razlika, kar pomeni, da za ceno ene škatlice (20 cigaret) na Norveškem dobi kupec na Poljskem pet škatlic oziroma 100 cigaret.

Kaj pa davki? Ker gre del tobačnega davka v zdravstvene namene, je strokovnjake Evropske unije zanimalo, kolikšen del tobačnega zaslužka se znajde v davčni vreči. Na davčni lestvici, ki ni identična "cenovni", se na vrhu nahaja Danska, kjer davek na tobak doseže 81,7 odstotkov, sledi ji Belgija z 79,9 odstotki tobačnih davščin in Norveška z 79,0 odstotki. Na četrtem mestu je Belgija s 76,5 odstotki, peto mesto si delita sosedji Nemčija in Avstrija s 74,6 odstotki, na šestem je Grčija z 72,2 odstotki, na sedmem je Španija z 71,8 odstotki, pred zadnji je Luksemburg z 69 odstotki, na zadnjem mestu pa se nahaja Poljska, ki ne velja samo za najcenejšo ponudnico tobaka, temveč ima tudi najnižjo stopnjo obdavčitve cigaret, ki znaša 26 odstotkov. Naslednji korak predstavlja kavzalna študija med ceno, davkom in zdravstvenim stanjem prebivalstva.

Priredila in prevedla: Nina Mazi

Vir: Eurostat

STO NAMESTO SZO

Politiko večje dostopnosti zdravil, zlasti v času nevarnih epidemij in pandemij, katastrof in drugih izrednih razmer, ki jo je že desetletja zagovarjala, priporočala, svetovala in predlagala SZO, je na pragu septembra obudila v življenje in ustoličila s posebnim dokumentom neka druga globalna organizacija, ki ni pristojna za zdravstvo, temveč za trgovino in gospodarstvo, to je Svetovna trgovinska organizacija (STO). Zahvaljujoč najnovejši strategiji in politiki SZO, bodo države v razvoju, v katerih se spopadajo z epidemijami nevarnih, smrtonosnih bolezni, odslej imele lažji dostop do nujno potrebnih zdravil. Dva tedna pred začetkom ministrske konference Svetovne trgovinske organizacije (WTO) v Cancunu (10. 9. 2003), je generalni svet te pomembne globalne organizacije, s sedežem v Ženevi, s posebnim dokumentom potrdil dogovor o proizvodnji, prodaji in distribuciji (trgovini) z generičnimi zdravili, ki so ga članice SZO sprejele lansko leto, vendar so ga ZDA doslej bojkotirale. Dobrih osem mesecev po sprejemu so Američani umaknili svoj veto in se odpovedali prekinitvi tudi zaradi grožnje držav v razvoju, ki so že na zadnji ministrski konferenci v Dohi dale vedeti, da se brez spoštovanja dogovora o zdravilih niso pripravljene pogovarjati o nadaljnji liberalizaciji in globalizaciji svetovne trgovine. Najnovejši dokument SZO o prisilni licenci, ki so ga v začetku septembra podpisali v Ženevi, bo državam v razvoju omogočil lažji dostop do nujno potrebnih zdravil v primeru epidemij in drugih katastrof. Pred podpisom dokumenta, ki natančno navaja vrste bolezni, za katere naj bi veljal novi sistem lažjega dostopa do generičnih zdravil, države, ki so do njega upravičene in čas trajanja olajšanega dostopa. Države v razvoju, kandidatke za novo uvedene farmacevtske ugodnosti, so obljubile, da bodo upoštevale pravila in načrtno preprečevale vse poskuse morebitnih zlorab na tem področju.

Priredila in prevedla: Nina Mazi

Vir: CNN

ZASKRBLJUJOČI PODATKI

Tuji opazovalci in poznavalci razmer v ZDA napovedujejo, da po poskusu ureditve razmer na občutljivem trgu z zdravili oziroma podpisu pogodbe z Medicare, bo "Drug-Benefits Plan" po vojni v Iraku naslednji preizkusni kamen Busheve vladavine in ameriške zvezne administracije. Sprejem in potrditev novega načrta oziroma regulacije financiranja zdravil, predpisanih na zdravniški recept, Georgu W. Bushu ne bo zagotovila ponovne izvolitve za predsednika ZDA v naslednjem mandatu, lahko pa mu bo v prihodnje olajšala pot med zmagovalce. Bush, ki se je odločil, da bo vlada subvencionirala zdravila za paciente, starejše od 75 let (ravno nasprotno, kot v Nemčiji, kjer temu segmentu prebivalstva nameravajo vedno bolj krčiti pravice iz zdravstvenega zavarovanja), bo po nasvetu svojih strokovnjakov izvedel pomembno potezo: zmanjšal davčne dajatve na področju vzgoje in izobraževanja. S tem želi predsednik svetovne velesile na drugi strani Atlantika domačemu prebivalstvu dokazati, da ga ne zanimajo le Irak, Evropa in prvo mesto na svetu, temveč tudi in predvsem Amerika. Zato je začel izpolnjevati svoje ključne volilne obljube, med katerimi sta prva na vrsti dva nepogrešljiva in perspektivna sektorja: zdravstvo in šolstvo. Upoštevač dejstvo, da Medicare (zdravstvo) in Social Security (sociala) že sedaj predstavljata 38 odstotkov vseh izdatkov na zvezni ravni, zahteve na tem področju se še povečujejo, predvsem zaradi visokih stroškov upokojevanja in staranja številčne "baby boom" generacije. Bolj kot zdravila, bi moralo ameriškega predsednika in njegove sodelavce v zvezni vladi vznemirjati dejstvo, da je v ZDA več kot 75 milijonov (okrog tretjine) prebivalstva brez kakršnega koli zdravstvenega zavarovanja. Po najnovejših podatkih iz začetka leta 2003, je stanje v ZDA sledeče: v starostni skupini 0 do 17 let (otroci so zavarovani pri starših, rejnikih ali skrbnikih) je zavarovanih 27 odstotkov, med 18 in 24 letom je delež posameznikov z zdravstvenim zavarovanjem 24 odstotni, v skupini od 25 do 44 leta 36,5 odstotkov (najvišji), med 45 do 54 letom pade na 11 odstotkov, v starostni skupini od 55 do 64 leta je zavarovanih le skromnih sedem odstotkov prebivalstva. So Američani, v nasprotju z dokazanimi dejstvi, prepričani, da potreba po zdravstvenih storitvah s starostjo upada?!?

Priredila in prevedla: Nina Mazi

Vir: CNN

POKLIC PRIHODNOSTI

Zdravstveni menedžer. Vodenje zdravstvenih ustanov in institucij, ki je (podobno kot pri nas) doslej marsikje potekalo dvotirno, in sicer z generalnim (običajno zdravnik) in strokovnim direktorjem (praviloma zdravnik), bodo kmalu prevzeli strokovnjaki novega profila, ki se bodo izobrazili za zdravstvene menedžerje na različnih ravneh. Pri izbiri zaposlitve bodo imeli široko paleto poklicnih možnosti in izzivov. Lahko se bodo odločili za sodelovanje s klinikami, bolnišnicami, zdravstvenimi domovi in ostalimi zdravstvenimi ustanovami, domovi za ostarele, mentalno ali telesno hendikepirane, z zdravstvenimi in življenjskimi zavarovalnicami in z oblastjo (ministrstva oziroma vlada) ter nevladnimi organizacijami. Njihova naloga bo predvsem organizacija in zagotavljanje optimalne zdravstvene oskrbe in nege, ne glede na rastoče stroške in zahteve, oblikovanje in uvažanje učinkovitih strategij ter konceptov preventivne, kurativne in negovalne dejavnosti, racionalno in ustrezno upravljanje z razpoložljivimi sredstvi (materialne in nematerialne narave), zdravstveni ekonom, pa tudi dejavno sodelovanje pri pripravi, oblikovanju, uveljavljanju in uresničevanju sprememb in reform v zdravstvu. V izobraževanju za profil zdravstvenega menedžerja, ki naj bi poleg svoje osnovne stroke dobro poznal in obvladal tudi ekonomijo in menedžment in ga bodo države Evropske unije izvajale v obliki podiplomskega specialističnega ali/in magistrskega študija, naj bi bili najbolj dobrodošli diplomanti medicinske fakultete (splošna medicina in stomatologija), fakultete za farmacijo, ekonomije in visokih sol, na primer za zdravstvo ali socialno pedagogiko. Menedžerji v Evropski uniji, ki že opravljajo vodilne funkcije v zdravstvenih institucijah, se bodo za zdravstvenega menedžerja lahko izpopolnjevali v okviru posebej prirejenega študija, ki bo potekal v več moduli. ■

Priredila in prevedla: Nina Mazi

Vir: Wirtschafts Woche

SODOBNA KOMUNIKACIJA

Čepprav sodi zdravstvena administracija (v nasprotju z eksplozivnim razvojem medicinske znanosti) med dokaj tradicionalno usmerjena področja zdravstva, se kljub vsemu privaja na novosti, značilne za utrip sodobnega življenja. Medtem ko bi danes v razvitem svetu zaman iskali zdravstveno ustanovo, ki se še ni odločila za uvedbo računalnikov (elektronsko delovanje in poslovanje) ter priključitev na svetovni splet, skušajo v zdravstvu razvitega sveta vse bolj uporabljati in izkoriščati prednosti, ki jim jih ponujata računalništvo in virtualizacija. To velja tudi za stike in komunikacijo s pacienti. Po ocenah ameriških strokovnjakov se danes najmanj tretjina komunikacije med zdravnikom in njegovimi pacienti ter ostalim zdravstvenim osebjem odvija posredno, preko elektronske pošte. Tovrstna komunikacija je hitrejša, cenejša, pogosto bolj sproščena in učinkovita. Njena velika prednost je tudi v tem, da ni vezana na točno določen ordinacijski čas, zato sta oba, zdravnik in pacient, manj obremenjena. S pomočjo računalnika vse bolj pogosto komunicirajo s pacienti in uporabniki zdravstvenih storitev tudi ostali zdravstveni delavci, vključno z administracijo, ki po elektronski pošti pošilja vabila, opozorila, navodila, račune, vprašalnike ipd. Administrativne zadeve se tako odvijajo hitreje, ceneje in bolj učinkovito. To predstavlja prednost za uporabnike, izvajalce in ponudnike zdravstvenih storitev. Poleg računalnika postajajo vse pomembnejši tudi GSM aparati, saj so številni pacienti (in zdravniki) na njih večinoma stalno dosegljivi. To učinkovito komunikacijo na vseh ravneh zdravstva že nekaj časa koristno izkoriščajo v ZDA, na Japonskem in v Avstraliji, pred kratkim se je omenjeni trojici pridružila še Velika Britanija. Zdravstvene ustanove v severnem delu Londona so se pred letom dni odločile uvesti posebno SMS storitev (linijo) za obveščanje pacientov in opozarjanje na zdravniški pregled (kontrolno) - prva tovrstna storitev na stari celini. S tem želi britanska zdravstvena služba pomagati številnim pacientom, ki vedno znova pozabljajo na (redne, obdobjne, preventivne, kontrolne in ostale) zdravniške preglede. Tovrstna ravnodušnost in pozabljivost sta zdravstveni blagajni v Veliki Britaniji vsako leto povzročili dodatnih 400 milijonov funtov (nepotrebnih) stroškov. Vendar os-

taja SMS komunikacija s pacienti stvar osebne odločitve vsakega posameznika. Zdravstvene ustanove si bodo zato morale najprej pridobiti telefonsko številko in soglasje pacientov, ki so zainteresirani za tovrstno obveščanje in komunikacijo preko GSM aparata. Za začetek so paciente, ki soglašajo z novo prakso, dan pred zdravniškim pregledom (posegom) s SMS sporočilom opozorili oziroma spomnili na dogovorjeni obisk pri zdravniku. Ker se je poskus v severnem Londonu dobro obnesel in SMS komunikacija med pacienti in zdravstvenim osebjem dobro deluje, so se britanske zdravstvene oblasti odločile, da bodo tovrstno storitev, prakso "mobilnega obveščanja", uvedle v štirih drugih delih države. To so: Coventry, Manchester, Portsmouth in severozahodni London. Britanski pacienti, uporabniki in izvajalci so nad opisano potezo navdušeni, saj predstavlja učinkovito, pacientom in zdravnikom prijazno obliko varčevanja, obenem je izredno uporabna, skoraj povsod, saj ima v Veliki Britaniji GSM aparate tri četrtine prebivalstva (podobne razmere vladajo v ostalem delu zahodne poloble). ■

Priredila in prevedla: Nina Mazi

Vir: The Guardian



GENETSKA BANKA

Na pragu tretjega tisočletja se svetu obeta uvedba nove medicinske institucije, z izrazito praktičnim poslanstvom. Genetska banka naj bi vsebovala in posredovala podatke, za katere bolezn je človek bolj dovzeten in h katerim motnjam je nagnjen po naravi (zahvaljujoč svoji genetski dediščini).

Temelje omenjene institucije, ki napoveduje novo ero na področju genetike (raziskave, preventiva, terapija), je v teh dneh postavil konzorcij, sestavljen iz priznanih mednarodnih centrov za genetske raziskave in desetih vodilnih farmacevtskih koncernov (med njimi tudi nemška Hoechst in Bayer), ki nameravajo identificirati in dešifrirati okrog 0,1 odstotka dedne mase, po kateri se ljudje razlikujemo med seboj.

S pomočjo tako zbranih genetskih podatkov, bodo znanstveniki poskusili skonstruirati doslej relativno neznan in zapleten prototip, imenovan zemljevid humanega genoma. Z njegovo pomočjo bo v prihodnosti mogoče pri vsakem posamezniku veliko bolj enostavno in uspešno odkriti (razbrati in identificirati, pa tudi napovedati) njegove osebne (individualne) lastnosti, kot so: barva oči, las in kože, telesna teža in postava, spolno nagnjenje, pomanjkljivosti (slabosti) in genialne lastnosti (prednosti). Poleg tega bodo v genetski banki na voljo informacije o nagnjenosti in dovzetnosti posameznika za najrazličnejše motnje in obolenja, kot so rak, sladkorna bolezen, multipla skleroza, srčno-žilni zapleti (infarkt, možganska kap), senilna demenca (vključno z Alzheimerjem) ipd. Slednje bo omogočilo maksimalno učinkovito preventivo in odprlo ljudem tretjega tisočletja možnost, da dejansko doživijo in preživijo 120 ali celo 150 let kakovostnega življenja, za katerega naj bi bil človeški organizem ustvarjen in programiran.

Medtem ko genetiki raziskujejo dedne substance, se zdravniki, humanisti, moralisti, pravniki, teologi in vsi, ki jih skrbi moralno-etična plat omenjenih raziskav, odkritij in novitet, pospešeno ukvarjajo s snovanjem in oblikovanjem pravil, okoliščin in učinkovitih mehanizmov, ki bodo onemogočila zlorabo omenjenega podviga (genetskih informacij o posamezniku).

Priredila in prevedla: Nina Mazi

Vir: Science et Vie

ALI JE ŽENSKO SRCE DRUGAČNO?

Vsako leto je zadnja nedelja v septembru obeležena kot svetovni dan srca. Letošnja pozornost je bila usmerjena predvsem k boleznim srca in ožilja pri ženskah. Kot vsako leto, je slovensko Društvo za zdravje srca in ožilja po vsej Sloveniji tudi letos pripravilo vrsto spremljajočih dejavnosti v vsej drugi polovici septembra, saj si želijo, da bi se čim več ljudi zavedalo pomembnosti skrbi za svoje zdravje. V evropski družini društev za zdravje srca in ožilja je prav slovensko poznano po svoji izjemni prizadevnosti in razvejanih dejavnostih, ki iz leta v leto krepijo njegov ugled tako doma kot v tujini.

Tudi že tradicionalna je razstava, s katero običajno uvedejo verižico družabnega druženja na temo bolj zdravega življenja. V ljubljanski galeriji Kresija so si obiskovalci ob pregledni razstavi "Ali je žensko srce drugačno?" poleg kulturne lahko nudili tudi preventivno-zdravstveno kakovost življenja. Vse dni razstave so imeli namreč možnost, da so jim izmerili krvni tlak, holesterol in sladkor v krvi.

Na osrednjo prireditev je Društvo za zdravje srca in ožilja letos povabilo v Tivoli. Pred in po dobrem kilometru sprehoda so udeležencem merili krvni tlak in srčni utrip, jim vrednost vpisali v posebne kartončke, ter jih opozorili na pomembnost rednega merjenja predvsem vrednosti krvnega tlaka. Kako pomembno je pravilno zdravljenje kažejo podatki, ki jih društvo zbere vsako leto na podlagi okoli 20.000 opravljenih pregledov, ki jih v različnih akcijah in v stalnih posvetovalnicah v vseh večjih slovenskih mestih, kjer ima društvo organizirano merjenje krvnega tlaka, holesterola in sladkorja v krvi, opravijo prebivalci Slovenije. Le 15 odstotkov ljudi, ki imajo previsok krvni tlak, se tudi pravilno zdravi. Razlogi, ki jih navajajo, so preslabba osveščenost pacientov, ki zdravil ne jemljejo redno, zaskrbljujoče pa je tudi upadanje merjenja krvnega tlaka v ambulantah splošnih zdravnikov.

Druga najbolj množična prireditev je potekala prav na zadnjo nedeljo v septembru, ko so organizirali pohod na Šmarno goro. Ponovno z vsemi merjenji na vrhu, omogočen je bil posvet z zdravnikom, organizirali so tudi predstavitev tematike o ženskem srcu.



Veliko prireditev so organizirale podružnice društva po vsej Sloveniji. Podružnica za Dolenjsko in Belo krajino je organizirala pohod po Štukljevi in Andrijaničevi poti, ki ga je prehodilo ali preteklo več kot 1000 udeležencev. Tekli so v Novi Gorici, na Obali so organizirali prireditev "Obalna srčna pot". Prireditve so potekale tudi drugje po Sloveniji.

Dan srca zaokrožuje knjižica, v kateri je avtor prim. Boris Cibič zbral opozorila in napotke, namenjene predvsem ženskam, saj zaradi srčno-žilnih bolezni umre trikrat več žensk, kot za vsemi rakavimi boleznimi skupaj.

Elizabeta Bobnar Najžer

PREOBREMENJENI ZDRAVNIKI

V Nemčiji so se pred leti soočali s preobremenjenostjo tamkajšnjih zdravnikov. Tako so leta 2000 mnogi zdravniki protestirali proti predolgemu, prenapornemu in nepretrganemu šestintrideset urnem delavniku. Specialisti na tamkajšnjih klinikah so bili prisiljeni v takšno napore in dolgotrajno delo zaradi pomanjkanja zdravnikov. Slednji se zaradi preslabih dohodkov niso odločali za delo v bolnišnicah in na klinikah, temveč so se raje bolj posvečali zasebni praksi in so na kliniki de-

lali le kolikor je bilo nujno potrebno. Zato so se številni poznavalci zaskrbljeno spraševali, kdo v operacijski dvorani bolj trdno spi, operater ali operiranec. Zadeve so se od takrat izboljšale, vendar je še vedno zdravstveni sektor v Nemčiji tisti, ki ponuja prosta delovna mesta za izobražen in usposobljen kader. Po najnovejših podatkih je v času visoke brezposelnosti in drastičnem zmanjšanju zaposlovanja, v prvi tretjini letošnjega leta (od 1. januarja do 30. aprila 2003) za 44 odstotkov, so v javnem sektorju medicinski

strokovnjaki še vedno med najbolj iskani. Tako je bilo v tem času iskalcem zaposlitve na področju zdravstva na voljo 1963 mest za strokovnjake s področja naravoslovja, 3101 za zdravstvene asistente, fizio- in ostale terapevte, 3946 za medicinske sestre, negovalno in ostalo pomožno osebje v zdravstvu.

Priredila in prevedla: Nina Mazi

Vir: Wirtschafts Woche

Prva obletnica članske kartice zdravnika, dodajamo nove izdatne ugodnosti

Brane Dobnikar

Minilo je eno leto, odkar smo pri Zdravniški zbornici Slovenije začeli izdajati članske kartice zdravnikom in zobozdravnikom. Kakor vam je znano, izdajamo dve vrsti kartic - članske in kombinirane članske in plačilno kreditne zlate VISA ZZS kartice.

Najprej lahko ugotovimo, da je ta projekt Zbornice naletel na zelo dober odziv pri članih, saj se je skupaj kar 2524 članov v tem letu odločilo za imetništvo kartic. Od teh je kar 1528 kartic, ki imajo poleg članske hkrati lastnost plačilno kreditne kartice, to je zlata VISA ZZS kartica. Poleg teh kartic je bilo ožjim družinskim članom izdanih še 216 dodatnih zlatih VISA ZZS kartic. Naj poudarimo še enkrat, da ima taka kombinirana kartica številne prednosti, o katerih smo v tem glasilu že večkrat pisali.

Po začetku izdaje kartic smo se takoj začeli ukvarjati z idejo, kako skupni kartici dati novo dodano vrednost in odločili smo se, da z našim partnerjem SKB banko poiščemo ponudnike tistega blaga in storitev na slovenskem trgu, ki bi bili pripravljeni imetnikom kartic omogočiti dodatne ugodnosti. Tako je prišlo pred nekaj dnevi do dogovora med Zbornico, SKB banko in Kompasom, na podlagi katerega boste imeli imetniki zlate VISA ZZS kartice pri koriščenju Kompasovih storitev pomembne dodatne ugodnosti, zlasti individualni pristop pri ponudbi storitev ter izdaten popust. Zato je Kompas za imetnike odprl posebni naslov elektronske pošte **zsz@kompas.si**, preko katerega dobite dodatne informacije in se lahko prijavite za turistične aranžmaje. Na telefonski številki rezervacijskega centra Kompasa **01/2006-111** lahko dobite vse informacije in opravite rezervacijo. Odprta je tudi brezplačna telefonska linija na številki **080 15 66** za stranke partnerjev - za informacije o turistični ponudbi, prav tako tudi za prijavo.

Na naslovu domače strani KOMPASA **www.kompas.si** je prav tako možen nakup storitve, ki se izvede varno s šifrirnim ključem - certifikatom.

Kompas nudi storitve na naslednjih področjih:

Posredovanje pri nakupu letalskih vozovnic. Kompas po opravljenem nakupu in prejemu plačila poskrbi za dostavo letalskih vozovnic do stranke ali pa stranka opravi nakup v eni izmed omenjenih Kompasovih poslovalnic.

Posredovanje pri rezervacijah hotelov in drugih namestitev v Sloveniji in tujini.

Posredovanje pri rezervacijah avtobusov in drugih prevoznih sredstev ter storitev (rent-a-car).

Pripravo obiskov kongresov in drugih poslovnih, študijskih in strokovnih potovanj. Kompasova razvejana poslovna mreža obsega 22 lastnih podjetij in podružnic ter 47 pogodbenih poslovnih partnerjev, ki opravljajo turistične storitve po celem svetu.

Posredovanje pri urejanju vizumov.

Pripravo počitniških paketov.

Posredovanje pri najemu jadrnic.

Posredovanje pri urejanju dodatnega

zdravstvenega zavarovanja z asistenco v tujini.

Posredovanje pri urejanju namestitev in izvajanju storitev v Sloveniji za goste upravičencev, ki prihajajo iz tujine.

Možnost rezervacije mest na katamaranu Prince of Venice, ki je v lasti KOMPASA in nudi možnost poslovnih srečanj partnerjev upravičencev.

Imetniki zlate VISA ZZS kartice imate POPUST pri nakupu turističnih storitev iz kataloške produkcije KOMPAS Holidays za sebe in za vaše družinske člane.

Popusti se koristijo na podlagi osnovnih cen aranžmajev, pri čemer naj bo vsaj 50 odstotkov plačila opravljeno z uporabo zlate VISA ZZS kartice.

Ob tej priložnosti lahko napovemo skrajšnji dogovor z enim od operaterjev mobilne telefonije, po katerem boste imeli imetniki zlate VISA ZZS kartice pomemben popust na vse storitve tega operaterja.

Vse, ki še niste imetniki kartice, vabimo, da se vključite v sistem zlata VISA ZZS, ki je prva in še vedno edina tovrstna kartica v Sloveniji. Prav tako se lahko odločite tudi le za izključno člansko izkaznico. ■

Za vas smo izposlovali naslednjo višino popustov:

POLETJE HRVAŠKA	POPUST 8% (popust velja za namestitev)
POLETJE MEDITERAN	POPUST 8% (popust velja na osnovno ceno aranžmaja)
PREDSEZONA IN POSEZONA	POPUST 8% (popust velja na osnovno ceno aranžmaja)
KOMPASOVI KLUBI	POPUST 8% (popust velja na osnovno ceno aranžmaja)
POTOVANJA PO EVROPI	POPUST 5% (popust velja na osnovno ceno aranžmaja)
PRVOMAJSKA POTOVANJA	POPUST 3% (popust velja na osnovno ceno aranžmaja)
TEČAJI TUJIH JEZIKOV	POPUST 5% (popust velja za tečaj)
MEDCELINSKA POTOVANJA	POPUST 4% (popust velja na osnovno ceno aranžmaja)

NAPREDNA NIZOZEMSKA

Nizozemska, ki je pred časom dvignila nemalo prahu, ko se je uradno zavzela za evtanazijo in ji namenila dovolj prostora v svoji zakonodaji, je med državami članicami Evropske unije, pa tudi v svetovnem merilu prva, ki se je odločila za uradno "farmakoiziacijo" indijske konoplje. Tako je v nizozemskih lekarnah od prvega septembra letos mogoče na zdravniški recept dobiti tudi marihuano (dve vrsti le-te) v zavojčkih po pet gramov, za ceno 40 do 50 evrov. Po izjavah pristojnih je pričujoča substanca na voljo predvsem množici (več kot

7000 trenutno registriranih) bolnikov z rakom, aidsom, multiplo sklerozo, kroničnim bolečinskim sindromom, Tourettovim sindromom in podobnimi, resnimi obolenji. Nizozemska, ki sicer prepoveduje uživanje lahkih drog, v svojih kavarnah že nekaj časa dovoljuje prodajo manjših količin marihuane. Za prodajo in distribucijo indijske konoplje v lekarnah bo skrbelo posebno strokovno telo, to je Nizozemski urad za uporabo marihuane v medicinske namene, ki sodi pod okrilje haaškega ministrstva za zdravje. Lahko drogo, ki naj bi lajšala težave bolni-

kom s hudimi kroničnimi zapleti, danes lahko predpisujejo le zdravniki na Nizozemskem. Za tovrsten ukrep "farmakoizacije" mariuhane si prizadevajo tudi druge države, med njimi zlasti Kanada, Nemčija in Avstralija, kjer trenutno veljavna zakonodaja dovoljuje omejeno in strogo nadzorovano uporabo indijske konoplje v medicinske namene.

Priredila in prevedla: Nina Mazi

Vir: DPA

Z umetnostjo nad bolezen

V začetku junija 2003 je Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete v razstavišču Kliničnega centra odprlo razstavo članov Likovne sekcije, Henrika Krnca in Ladislava Ulčakarja. Spremljajoči koncert za bolnike so pripravili Beneški fantje. Program je s prijetno svežino in globokimi mislimi povezovala predsednica KUD-a, doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec. V sproščenem pogovoru z obema slikarjema in Beneškimi fanti je obiskovalcem uspela privabiti na ustnice nasmeh in iz sogovornikov izvabiti marsikatero podrobnost umetniškega ustvarjanja, ki je bila vredna občudovanja in je dajala življenjski polet v tistih sivih dneh.

Likovna sekcija KUD-a je nastala leta 1980 in je združila ljubljanske za slikarsko in kiparsko dejavnost navdušene zdravnike ter drugo osebje Kliničnega centra in Medicinske fakultete. Z leti je številčno rasla in dosegla sedanjih 50 članov. Umetnosti predanim članom so se postopoma pridružili še slikarji amaterji in nekaj akademsko izobraženih likovnih ustvarjalcev, ki so postali mentorji ostalim in učitelji v tečajih risanja in slikanja, ki jih Sekcija občasno prireja. Iz delovne vneme članov Sekcije je nastala lepa zbirka slik, ki so na ogled na skupinskih ali individualnih razstavah v lastnih razstavnih prostorih avle Kliničnega centra. Nastala dela so dobrodošla poživitev bolniških prostorov, saj preganjajo splošno znano bolnišnično sterilnost, vnašajo domačnost, barvitost in z njo življenje, optimizem in upanje na ozdravljenje. Ravno predstavljena umetnika sta številna svoja dela skozi desetletja delovanja poklanjala predvsem matični hiši in jih pogosto srečujemo po vsej bolnišnici. Z umetniškim vodjem akademskim slikarjem Leonom Koporcem sta ustanovitelja člana Sekcije in kot taka nepogrešljiva pri vseh pomembnejših odločitvah in razvojnih korakih v Likovni sekciji.

Henrik Krnec iz Zaloga pri Ljubljani je bil do upokojitve zaposlen v Kliničnem centru v Medico inženiringu. S slikarstvom se ukvarja od mladosti. Izpopolnjeval se je v klubih **Klas in Tine Rožanc**. Razstavljal je na številnih skupinskih razstavah v Ljubljani, Celju, Trbovljah, Novem mestu, na Jesenicah, v



Razstavljavca iz Kliničnega centra: Henrik Krnec (levo) in Lado Ulčakar ob slikah slednjega.

Beogradu, Sarajevu, Parizu in drugje.

Mirna in nevsiljiva uglašenost Henrika Krneca, pozornega in vselej osredotočenega na temeljno, že vseskozi določa njegovim slikam vsebinsko in oblikovno intonacijo. Koncept njegovega slikarstva je oprt na monumentalno videnje sveta. Krajina, ki je osrednja tema njegovega slikarstva, je grajena tako, da opazovalca vodi v samo središče slike. Čeprav predstavlja motiv širok panoramski pogled v naravo, je izraz izbran tako, da se vse dogajanje oziroma predmet slike začena, razvija in zaključuje v središču. Kljub temu, da je motiv slikarsko predelan in poenostavljen, je lahko hitro prepoznaven ali celo krajevno določljiv. Vsekakor je vedno vsebinsko močno simboličen in poln zadržanega dogajanja. Kontrasti svetlega in temnega v obliki senc na praznih jasih, vodi ali nebu ustvarjajo magično prostornost narave, kjer vlada le navidezni mir. Vse je podvrženo nadvladi skrivnostne sile, ki oblikuje oblake, jih različno osvetljuje, s sencami prepreda zlato rumene poljane, daje obliko drevju in uravnava mirni tok vode.

Praznina okrog središčnega lika ustvarja vtis njegove pomembnosti, mogočnosti in vsebinske zanimivosti. Slikarski svet Henrika Krnca je vzet iz našega vsakdana, a je rad nekoliko odmaknjen, zato ostaja blizu tišini in zasebnosti, v kateri je nastajal.

Stopnja zrelosti Krnčevih slikarskih del se kaže v nevsiljivem, diskretnem predstavljanju lastnih doživetij. V likovnem jeziku povedane misli in čustva, ki se porodijo ob doživljanju nekega prizora, so brez patetike in brez zelo poudarjenih akcentov. Prizor, naj gre za figuraliko, krajino ali kaj drugega, se odvija umirjeno, na svoj način strogo in tako ga moramo tudi sprejeti. Avtor zahteva pozornost in analitično branje svojih likov. Zato so temeljne kakovosti njegovih podob na nek način skrite pod ostro, čeprav na očarljiv način strukturirano površino. Mehki žametni ton pastelnih barv prinaša samosvojo razlago slovenske krajine, tihe in lepe ter hkrati simbolično usodne. Razstavo je umetnik posvetil nedavno preminuli ženi Bredi.

Ladislav Ulčakar je prav tako iz Zaloga pri



Galerijski prostor med prireditvijo, ki je bil, kot vedno, dobro obiskan. Posebno dobrodošli so bolniki, katerim razstave krajšajo čas sedem dni v tednu in štiriindvajset ur na dan. Galerija Kliničnega centra je po statistikah najbolj obiskana ljubljanska likovna galerija.



Edi Bukovec je srce in duša Beneških fantov že pol stoletja.

Ljubljani. Likovno se je izraževal kot ljubiteljski slikar na tečajih risanja in slikanja v Ljubljani. Opravil je tudi diplomu iz uporabne grafike pri dopisni šoli v Hamburgu - **Famous Artists Schools**. Več kot dvajset let je član Likovne sekcije KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher. Na vseh skupinskih razstavah se predstavlja s slikami, ki nastajajo v kolonijah v Savudriji ali na Krki. Sodeluje tudi na Podgrajskih likovnih tednih. Imel je nekaj samostojnih razstav, med drugim v galeriji Kliničnega centra, Papirnici Vevče, Psihiatrični bolnišnici v Polju in v knjižnici Osnovne šole Zalog.

Večina njegovih krajin je nastala v okolici Ljubljane, v znanem domačem ambiantu. Hkrati ga kažejo v značilni in zanimivi luči tudi slikoviti motivi iz mediteranskega okolja. Sodi med samorastnike, ki si ambiciozno prizadevajo, da bi svoje znanje čim bolj izpopolnili in izbrusili. Ker hoče najprej doseči tehnično dovršenost, se je odločil za realistični pristop, in sicer za odslikavanje zanimivih delov krajine. Ne gre le za registracijo nekega lepega pogleda, temveč za upo-

dobitev, likovno interpretacijo doživetega in hkrati za delo, ki nakazuje odpiranje barvnih problemov.

Za Ulčakarja je barva nosilka vzdušja in obenem vrednota sama po sebi. Zato si vedno izbere motiv, ki ga lahko predstavi z močnim barvnim poudarkom. Po drugi strani išče v odnosih med glavnimi in podrejenimi barvnimi poudarki tudi zanimivejše prelive in prehode. Kreativno se spoprijema z barvnimi odnosi in kontrasti v naravi, ki so pogosto taki, da nas že majhna nepazljivost pripelje do roba dobrega okusa. Prav tu se pokaže slikarjev smisel za mero in za estetsko gradnjo podobe. Z drobnimi intervencijami in pritrjenimi barvnimi lisami ter ploskvami omili in nevtralizira spoj kontrastnih vrednosti, jih prevrednoti in podredi slikarski pripovedi. Ta raste v njegovem odnosu do krajinskega inventarja, v ljubezni do starih arhitektur in do krajinskih akcentov, ki pričajo o minulih časih. Slikarstvo pojmuje kot sredstvo za kultiviranje odnosa do vsega, kar je v našem okolju lepega in pristnega.

Prof. dr. Mirko Juteršek je v svoji kritiki

med drugim zapisal: "Ulčakar je kot slikar doslej pokazal nekaj vidnih sprememb v smislu rasti svojega likovnega razvoja. Slikarskemu podajanju realnosti ustreza izbor motivov, ki so romantično zazrti v staro. Kot da se je čas ustavil. Spretnost, s katero posega slikar v spomine, je vse večja in je ena glavnih zanimivosti in draži njegovih barvno poetičnih slik."

Lepota in harmonija oblik in barv razstavljenih del sta polno zaživeli ob množici obiskovalcev, ki so prireditve doživeli tudi zaradi glasbene prepoznavnosti Beneških fantov in njihovih narodno-zabavnih skladb, ki že pol stoletja spremljajo Slovence na zahodni strani slovenskih meja, kjer s kulturo bogatijo globoke korenine naroda, ki se vse bolj asimilira s sosednjimi Italijani. Med melodijami so bolniki s srcem pritegnili napevu o dekletu, ki je v laseh nosila "rožo rudečo" in jo je fant povabil na hrib Cadore. Saj se je spomnite tudi vi, mar ne?

Prireditve za bolnike so podprli: Vzajemna, zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Bonifer grafika in Fotokopirnica Flamingo's.

Marjeta Oblak

Vrhunski angleški oftalmologi v Portorožu

Marko Hawlina

V kongresnem centru Hotelov Morje v Portorožu se je med 11. in 13. septembrom 2003 v organizaciji Združenja oftalmologov Slovenije odvijal Moorfields Macular Course - moorfieldski tečaj o boleznih makule. Moorfields Eye Hospital je največja in najuglednejša britanska očesna klinika, ki jo vsako leto obiščejo številni oftalmologi z vsega sveta. Raziskovalnemu in pedagoškemu delu je v tej bolnišnici namenjena več kot tretjina delovnega časa in to se odraža v številnih objavah in tečajih, s katerimi ustvarjajo tudi pomemben del prihodka. Na tej kliniki se je doslej krajši čas izobraževalo tudi deset oftalmologov iz Slovenije v okviru programa štipendij Evropskega oftalmološkega združenja (SOE). Postopek pridobivanja teh štipendij vodi generalni sekretar SOE, gospod Zdenek Gregor, eden od predavateljev, ki je makularni tečaj pred leti tudi zasnoval.

Moorfields Eye Hospital vsako leto organizira številne kakovostne tečaje in izobraževanje. Od teh je prav Macular course najbolj znan. Čeprav znaša šolnina zanj 665 bri-

tanskih funtov, je vsako leto razprodan. Tečaja v Portorožu se je zaradi dostopnejše kotizacije lahko udeležilo preko 150 slušateljev iz Slovenije, Hrvaške, Avstrije, Madžarske, Nemčije in Italije, dva gosta sta prišla celo iz Švedske. Ker predavatelji niso želeli honorarja, je bila šolnina (100 evrov za udeležence mlajše od 40 let in 150 evrov za starejše) namenjena le pokritju stroškov. Doslej je bil tečaj organiziran le dvakrat zunaj Londona. Leta 1999 ga je Zdenek Gregor, po rodu Čeh, s petimi predavatelji, v skrajšani obliki organiziral, v Pragi. Pobudo za tečaj pri nas so sprejeli zaradi našega dolgoletnega sodelovanja z dr. Grahamom Holderjem, vodjem elektrofiziološke diagnostike. Velika čast in prijetno presenečenje za nas je bilo, da je naše vabilo sprejelo enajst najuglednejših predavateljev. Predavali so: prof. Alan Bird, o starostni degeneraciji rumene pege, prof. Fred Fitzke o najnovejših preiskavah z vrstičnim laserskim oftalmoskopom, prof. John Marshall o anatomskih posebnostih makule in o mehanizmih laserskega zdravljenja, prof. Susan Lightman in Carlos Pavesio o uveiti-

sih, Philip Hykin o fotodinamični terapiji, Jonathan Dowler o fluoresceinski angiografiji in diabetični retinopatiji, dr. Graham Holder o elektrofizioloških preiskavah, Zdenek Gregor o centralni serozni retinopatiji in operativni makularne luknje, Bill Aylward o operativni terapiji subretinalnih fibrovaskularnih membran ter Andrew Webster o prirojenih distrofijah mrežnice. Predavanja so bila izjemno zgoščena in vsebinsko bogata. Predavatelji so podajali svoje dragocene izkušnje in prikazali številne klinične posebnosti, ki sodijo ob kompleksnost obolenj mrežnice. Dvorana kongresnega centra je bila od prvega do zadnjega predavanja praktično polna. Nad tem so bili predavatelji prijetno presenečeni in so temu namenili posebno pohvalo.

Prijave in obveščanje smo organizirali neposredno preko W: www.moorfields-in-slovenia.info, kjer je bilo mogoče najti program tečaja in biografijo predavateljev. Hoteli Morje so se izkazali kot odlični in prijazni gostitelji. V petek, 12. 9. 2003, je bil na terasi Hotela Riviera sprejem, ki ga je pri-



Dvorana prijetnega kongresnega centra v Hotelih Morje je bila vse tri dni tečaja praktično polna, kar so opazili in pobvalili vsi predavatelji. Čeprav imajo prav vsi predavatelji impresivno bibliografijo in strokovno znanje, je najbolj karizmatičen profesor Alan Bird, ki velja za pravi leksikon znanja o obolenjih mrežnice.



Prof. Birdu (levo) je z zanimanjem prisluhnul tudi britanski veleposlanik, gospod Hugh Mortimer (v sredini), ki je pozdravil srečanje. Desno prof. dr. Marko Hawlina, organizator tečaja v Sloveniji.



Andrew Webster, organizator tečaja, med nagovorom udeležencev: desno ob njem je Bill Aylward, vitreoretinalni kirurg in strokovni direktor Moorfields Eye Hospital-a, ki je v svojem nagovoru prijazno pojasnil razloge za tri dnevni "dopust" enajstih svojih najvidnejših strokovnjakov.



Plakat z grbom Moorfields Eye Hospital in podpisi predavateljev.



Zdenek Gregor, vodja oddelka za bolezni mrežnice na Moorfieldsu in začetnik makularnega tečaja. Gospod Gregor je tudi generalni sekretar Evropskega oftalmološkega združenja (SOE). Prihodnje leto bo sestanek sveta SOE v Ljubljani, ob petem slovenskem oftalmološkem kongresu, ki bo od 3. do 5. junija 2004, in ob tej priložnosti bo izvoljen tudi nov predsednik SOE.



Na pogovoru med kosilom v zanimivi Magellanovi sobi Hotela Slovenija. Levo sedijo prof. dr. Fred Fitzke, ga. Louise Halfhide, vodja urada Moorfields Eye Hospital za podiplomsko izobraževanje, mag. Davorin Sevšek, prof. dr. Alan Bird in prof. dr. Marko Hawlina. Desno sedijo dr. Graham Holder, doc. dr. Branka Stirn Kranjc, Phil Hykin, prim. dr. Aleksandra Kraut, mag. Katrina Novak Andrejčič ter Andrew Webster.

pravila družba Alcon SA, Slovenija. Tu nas je s svojim obiskom počastil britanski veleposlanik, Hugh Mortimer, ki je v nagovoru pozdravil sodelovanje med britansko in slovensko oftalmološko stroko, ter orisal vlogo Slovenije v procesu skorajšnjega vključevanja v Evropsko unijo. V tem smislu so se

v teh dneh navezali številni strokovni stiki s kolegi iz tujine, ki jih je v Pečaričevi galeriji v Piranu prijazno pozdravil in pogostil tudi piranski podžupan, gospod Drago Žerjal.

Gostje so imeli priložnost obiskati Ljubljano in našo očesno kliniko. Pohvalili so smotrnost razporeditve posameznih dejav-

nosti in izbora opreme kot tudi sodobno znanje naših oftalmologov. Ob obisku smo jim predstavili nekaj težjih bolnikov ter dobili potrditev naših razmisljanj in pristopov. Predlagane so bile možnosti za razširitev sodelovanja, tako pri obdelavi zahtevnih diagnoz kot tudi v načrtovanju nadaljnjih skupnih projektov.

Združenje oftalmologov Slovenije je svojim članom kotizacijo krilo iz sredstev združenja, namenjenih izobraževanju. Učinki tečaja se bodo nedvomno odražali v boljši obdelavi bolnikov, prav tako gre za dolgoročno investicijo v znanje, saj je moorfieldski tečaj formativna izkušnja, ki je lahko za vzgled, še posebej mlajšim oftalmologom in specializantom. Vsekakor je bil to prijeten in vsebinsko bogat strokovni dogodek. Gostje so izrazili pripravljenost, da bi v prihodnje v Sloveniji organizirali še kakšnega od znanih Moorfieldskih tečajev. S tem bi še naprej skupno prispevali k širitvi znanja in prispevali k poenotenju pristopov in standardov v bodoči Evropski uniji, kar je tudi eden od prednostnih ciljev našega Združenja. Vsi udeleženci so si bili enotni v oceni, da so taki dogodki v ta namen še posebej dragoceni.

Foto: Barbara Klemenc

Zdravniki in glasba

Nevsakdanja mednarodno odmevna kulturna dogodka med zdravniki

Ob rob 13. evropskega kongresa patologov, Ljubljana, 6. do 11. september 2003

Pavle Kornhauser

Vedno poudarjam, da smo zdravniki med razumniki v privilegiranem poklicu, tudi zato, ker v nobenem drugem ni tako velikega števila ljudi, ki bi se v prostem času posvetili umetnosti - kot ustvarjalci in poustvarjalci, ali morda le kot navdušeni ljubitelji glasbe, literature, likovnih zvrsti, najdemo jih celo med plesalci. Ta nagnjenost h kulturni dejavnosti prihaja do izraza ne samo v bolj zaprtem družinskem ali družabnem okolju, kot so bili npr. značilni "umetniški saloni" v prestolnicah zahodne Evrope, temveč tudi na javnih prireditvah. To pestro in uspešno udejstvovanje velja predvsem za področje glasbe, in sicer v solističnih nastopih ali instrumentalnih komornih zasedbah, v zborovskem petju ali celo v orkestralnih ansamblih. (Naj na tem mestu omenim le simfonični orkester pediatrov z nemškega govornega področja, ki se v poletnem času zberejo za več dni in skupaj vadijo za nastope, kamor jih vabijo!). Da bi se posamezniki, zlasti skupine, lahko uve-

ljavile v novem okolju, je potrebno določeno "krično število" zdravnikov, ki se ukvarjajo z umetnostjo. Ljubiteljska nagnjenost do muz ne sme biti le navdih, mora biti strokovno in tehnično dognana. Merila za javno izvedbo veljajo tako za profesionalce kot za amaterje. Pomembna ugotovitev pri tem je, da dobra volja in želja po muziciranju ne zadoščata, potrebne so številne vaje, žrtvovanja "prostega časa" ter podrejanje skupinskim interesom. Uspešnost bo zagotovljena ob predanem in umetniško razgledanem učitelju ali mentorju ter če je "na voljo" oseba, ki ima vizijo in organizacijske sposobnosti, da se umetniške dejavnosti med zdravniki združujejo, nadaljujejo in razvijajo.

Nekoliko daljši uvod naj bi pojasnil, zakaj imamo zdravniki prednost pri popestritvi in poglobljeni vsebini naših strokovnih srečanj kot so kongresi. Kulturni dogodek, ki ga obvezno vključujemo ne le v uvodni ceremonial, temveč v obvezni spored, je pra-

viloma celovečerna prireditev, prispeva k dobremu vzdušju, zlasti če so udeleženci tudi iz tujine, daje jim poseben mik in govori o kulturni razgledanosti prireditev. Iz lastnih izkušenj lahko navedem, da gredo hitreje v pozabo predavanja, ki sem jih poslušal, zanesljivo pa mi bo ostal v spominu npr. orgelski koncert v katedrali v Leipzigu, na instrumentu, na katerem je igral J. S. Bach...

Menim, da je na zdravniških kongresih idealna priložnost, da spored izvajajo zdravniki! Ljubljana še "iz časov", ko je profesor histologije na Medicinski fakulteti Ivan Lenart dal pobudo, da se po zaključku strokovnega srečanja predkliničnih inštitutov (imenovali so ga Plečnikov memorial), priredi javni zdravniški koncert (dolga leta v veliki dvorani Narodne galerije), je pokazala, kaj lahko neko medicinsko središče stori med zdravniki na področju umetnosti.

Spodbujena z uspešnostjo in odmevnostjo teh zdravniških koncertov, sva s profesorjem Antonom Dolencem, sicer znanim lju-



Ljubezen ljubljanskega zmaja in županje Danice Simšič



Zadovoljni častni gostje in organizatorji ob odprtju kongresa



Doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec predstavlja znanstveno in kulturno podobo Ljubljane, "papa Haydn" pa se kot častni član Filharmoničnega društva Ljubljana zabvaljuje za vabilo.



Profesor Ferluga na odru



Odlični napovedovalec "gala koncerta zdravnikov" profesor Jan Vincents Johannessen

biteljskim slikarjem, ustanovila Kulturno umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher, ki je omogočilo enkratni razvoj kulturne dejavnosti med zaposlenimi v našima osrednjima medicinskima ustanovama. Glasbeniki v tem društvu so se združili v različne instrumentalne skupine in v pevske zборе. Na raz-

polago so bili tudi solisti, ki so bili sposobni, da se predstavijo na odru. Tako je bila podana odlična možnost, da naši zdravniki lahko sami pripravijo kulturni spored ob strokovnih srečanjih. Ti koncerti so bili precej bolj neposredni in pristrčni, spremljalo jih je več priznanj kot drago plačani nastopi poklicnih umetnikov. Marsikateri organizator



Klavirski duo študentov medicine: Polona Maver in Andraž Cerar



Trio Pro medico (Pavle Kornhauser, Marko Zupan, Zvonimir Rudolf) v oblekah, brez perik, iz časov, ko je bil Joseph Haydn kapelnik na dvorcu grofa Esterhazija.



Profesor patologije Robin Cooke iz Avstralije pleše "step" ob spremljavi skupine Folk etc.

kongresov se počuti poklican (čeprav je brez izkušenj), da pripravi kulturni spored in potem "udari mimo". Na odprtje kongresa na primer povabi sočasno več pevskih zborov, ali ob dolgoveznih govornikih simfonični orkester in še soliste povrhu. Duhamorne, dolge prireditve, ki ne morejo zadovoljiti pričakovanja udeležencev, obenem finančno izčrpajo sklicatelja.

S profesorjem Dušanom Ferlugo uspešno sodelujeva že vrsto let v pripravah na zdravniške koncerte ob Plečnikovem memorialu. Zato me je, kot predsednik 13. kongresa evropskih patologov v Ljubljani, povabil, naj oblikujem umetniški spored za omenjeno mednarodno srečanje. Sodelovanje z njim je prijetno, saj je izredno natančen v organizacijskih pripravih, zelo dobro in brez užaljenosti sprejema nasvete, široko je razgledan tudi na kulturnem področju. Profesor Ferluga je imel "vizijo", da bi na "njegovem" kongresu imeli trojni umetniški spored: na otvoritveni svečanosti, na posebnem celovečernem koncertu in celo zadnji dan kongresa, ob njegovem zaključku. Načrt mu je uspelo uresničiti! V prvem obvestilu na kongres je bilo povabilo bodočim udeležencem, ki obvladajo neko zvrst glasbe in bi želeli nastopati. Prijavilo se je presenetljivo visoko število patologov, vendar se je ob pripravah pokazalo, da bi le štirje ali pet med njimi lahko sodelovali z ustreznim sporedom primerne kakovosti.

Naj bolj na kratko predstavim vsebino in potek teh treh kulturnih prireditev. V soboto, 6. oktobra zvečer, je bilo v skoraj polni

veliki Gallusovi dvorani Cankarjevega doma odprtje kongresa. Profesor Ferluga je želel imeti ob tem dogodku lažji glasbeni spored, ki naj bi razvedril udeležence, zlasti tujim pa naj bi predstavil Ljubljano in hkrati Slovenijo. Povabil je znane pevke zabavne glasbe: Alenko Godec, Nušo Derenda in Darjo Švajger skupaj s skupino Pepel in kri, ob spremljavi instrumentalnega kvarteta The session band. Na sporedu so bile evrovizijske in slovenske popevke. Po pozdravnih besedah uradnega predstavnika Slovenije na tem kongresu, predsednika SAZU, profesorja Boštjana Žekša, je kongres odprl profesor Dušan Ferluga. (O pomenu in poteku strokovnega dela kongresa naj bi poročal drug pisec!). Našo kulturno zgodovino je ob projekciji skrbno izbranih fotografij in slik odlično podala docentka Zvonka Zupanič Slavec. Omenila je tudi kostno piščal neanderthalca iz jame pri Idriji (ob tem smo zaslišali zvok tega "instrumenta"), predstavila je Plečnikovo Ljubljano in naše slavne zdravnike v zadnjih stoletjih. Ko je prišel na vrsto Joseph Haydn kot častni član ljubljanskega Filharmoničnega društva, smo se na odru pojavili trije zdravniki - glasbeniki (Kornhauser, Zupan, Rudolf) v oblekah iz časov rokokoja, z belimi lasuljami (kostime nam je posodila Opera, lasulje Ljubljansko mestno gledališče). Dr. Ferluga mi je predlagal, da bi se na odru zvil v lik Haydna in spregovoril kot "papa Haydn", ki je pravkar prišel iz Londona po naročilu njegovega patrona grofa Esterhazija. Tako sem kot Joseph Haydn prisrčno pozdravil udeležence v

nemškem, madžarskem in angleškem jeziku, pojasnil, zakaj sem se odzval vabilu in najavil, da bo trio glasbenikov v čast udeležencev kongresa in Ljubljane zaigral stavek in "gypsy style" iz ene izmed njegovih skladb. Domiselno in obenem razvedrilno je ob zaključku predavanja docentke Slavec deloval nastop "ljublanskega zmaja", simbola naše prestolnice, v izvedbi Lutkovnega gledališča. Na oder je prišla županja Danica Simšič, objela je maskoto in mu dala poljubček...

"Gala koncert patologov in njihovih kolegov" je pisalo na vabilu, obenem obširnem koncertnem listu za naslednji večer, ponovno v skoraj polni Gallusovi dvorani Cankarjevega doma. Čeprav so trajala predavanja do poznega popoldneva in se je strokovni del začel naslednji dan zgodaj zjutraj, so udeleženci vztrajali do konca skoraj triurnega sporeda. Priznam, da je bil koncert predolg, vendar tudi če bi ga ponovili, bi težko izpustili katero koli točko, saj je bil enkratni dogodek, da so na mednarodnem kongresu v kulturnem sporedu med izvajalci prevladovali patologi, tudi med skladatelji so bili zdravniki.

Sporeda ni mojstrsko povezoval drago plačani igravec ali ljubka napovedovalka, temveč mednarodno znan patolog prof. Jan Vincents Johannessen, Norvežan, ki se je uveljavil v svoji domovini tudi kot slikar, romanopisec in glasbenik. Na odru ni le ustrezno predstavil vsakega izvajalca, duhovito in široko razgledano je ocenjeval avtorje skladb in njihovo vlogo v razvoju glasbe.

V uvodu je nemški patolog dr. Helmut



Dr. Barbara Čokl in dr. Hotimir Lešničar na odru Gospodarskega razstavišča

Sandeck, ki od leta 1998 dela na Norveškem, zaigral na orglah mogočno Tokato in Fugo v d-molu J. S. Bacha. Mladostna irska patologinja dr. Anya Milne, ki se izpopolnjuje v Amsterdamu, je mojstrsko izvedla na violi prvi stavek sonate, ki ga je F. Schubert prvotno napisal za danes že pozabljeni instrument "arpeggione". (Mimogrede še pripomba, in sicer je gospodična Anya prejela na kongresu priznanje za najboljši strokovni prispevek!). Pri klavirju jo je spremljal Japonec dr. Koichi Honma z univerze v Sendaiju, ki je odličen pianist in se je v drugem delu sporeda predstavil kot skladatelj z lastno skladbo. Imenoval jo je "Vtisi iz Ljubljane"! Prikupna sta bila na odru študenta tretjega letnika medicine, Polona Maver in Andraž Cerar, ki sta z žarom in tehnično brezhibno izvedla stavke iz Suite Peer Gynt Edvarda Griega, prirejeni za dva klavirja. Za udeležence kongresa je moralo biti presenečenje, ko sva z dr. Markom Zupanom izvedla spevno skladbico profesorja Johannessena za violino in klavir, ki jo je imenoval "Vrtnica v snegu". Pred odmorom so navdušili še "irski folkloristi" pod vodstvom profesorja Antona Cerarja, tudi patologa. V zadnji točki se je skupini priključil osiveli dr. Robin A. Cooke, bodoči organizator naslednjega mednarodnega kongresa patologov, ki bo v Avstraliji, ne kot instrumentalist, temveč kot plesalec "stepta". Seveda je moral svoj ples ponoviti!

Tudi drugi del sporeda je bil zelo pester. Prevladovali so izvajalci iz Ljubljane. Vox Medicorum je pod vodstvom njihovega novega zborovodja Tomaža Faganela doživel zapel tri pesmi: eno hrvaško, angleško in

špansko, ki je bila ritmično zelo zahtevna. Klavirski kvintet Pro medico (P. Kornhauser, M. Zupan, M. Benedik, V. Demšar in kot gostja violončelistka Tanja Šoštarič) je zaigral zadnji stavek iz kvinteta ruskega skladatelja Aleksandra Borodina (V mladih letih je bil vojaški zdravnik, pozneje se je posvetil kemiji in skladanju. Kot glasbenik je postal mednarodno znan zlasti z opero Knez Igor.). Sledil je krajši solistični nastop Japonca dr. K. Honme. Dodal je pianistično virtuosno skladbo Aleksandra Skrjabina. Na mednarodnem kongresu smo želeli predstaviti tudi bisere naše narodne glasbe. Izbrali smo tri koroške pesmi. Pela sta Vlasta Rožman, študentka medicine in kot gost, odlični mladi basist Jan-ko Volčanšek, ob spremljavi godalnega orkestra, sestavljenega z glasbeniki Pro medico in Camerata medica. Z naslednjo, sklepno točko koncerta, smo želeli poudariti "interdisciplinarno" naravnano dejavnost ljubiteljev kulturne dejavnosti med zdravniki v Ljubljani, in sicer smo predstavili štiri krajše odlomke iz pantomime Možiček, šentjurskega zdravnika Josipa Ipavca. Plesale so učenke Srednje baletne šole iz Ljubljane, ob koreografiji našega kolega dr. Henrika Neubauerja ("premiera" baleta je bila na našem tradicionalnem zdravniškem koncertu Pro medico junija v cerkvi sv. Florijana). Glasbeno spremljavo je prevzel omenjeni povečani orkester KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete. Kljub pozni uri so poslušalci z aplavzom terjali ponovitev zadnjega prizora!

Naj omenim še "kulturni vložek" ob zaprtju kongresa. Dogodek je bil v veliki dvorani Gospodarskega razstavišča v Ljubljani. Sodelovala sta pevka dr. Barbara Čokl, specialista za plastično kirurgijo, in pri klavirju onkolog doc. dr. Hotimir Lešničar. Uspešno in simpatično sta predstavila, tujcem neznane, zimzelene skladbe o Ljubljani.

Ko sedaj z daljšim časovnim odmikom ugotavljamo uspešnost kulturnega sporeda ob mednarodnem kongresu patologov, lah-

ko upravičeno rečemo, da so organizatorji, zlasti njen idejni vodja, akademik profesor dr. Dušan Ferluga, ponosni, da se je Ljubljana predstavila ne samo znanstveno, temveč tudi kot kulturno središče. Udeleženci kongresa bodo tako dogodke v Sloveniji lahko dolgo ohranili v trajnem spominu. ■

P.S.

V pričujoči fotokroniki koncerta so žal odpadle nekatere fotografije, ker tehnično niso bile ustrezne za objavo.

Pismo dr. Milne

Patologi z vsega sveta smo se septembra 2003 zbrali na 19. evropskem kongresu za patologijo v prekrasnem mestu Ljubljani. Kongres se je odlikoval ne samo po odličnem znanstvenem programu, ampak je tudi občinstvu patologov in njihovih prijateljev ponudil edinstveno kulturno doživetje na Gala koncertu patologov glasbenikov.

Za mene osebno kot patologinjo na specializaciji in violistko je bil to edinstven dogodek. Glasba in medicina si v mojem življenju nenehno konkurirata, vendar pogosto ostajata ločeni med seboj. V Ljubljani, v Gallusovi dvorani Cankarjevega doma pa sta se zlili, ko sem ob spremljavi pianista, pulmopatologa Koichi Honme z Japonske izvajala Schubertovo sonato "Arpeggione". Muziciranje v prepolni koncertni dvorani s 1650 sedeži so sanje vsakega glasbenika, ki jih le redki uspe uresničiti. Za mene je bil to eden od viškov moje glasbene kariere, ki mi bo gotovo ostal v trajnem spominu. Prepričana sem, da enako čutijo tudi vsi ostali, ki so nastopili na tem koncertu.

Glasba je brezmejna in gane ljudi na poseben način. Kot zdravniki se zavedamo, da je pri boleznih možno oboje, gotovost in negotovost. V glasbi sta takšna protislovnost in kompleksnost vedno prisotni in nas spodbujata na zelo različne načine. Najsi jo poslušamo ali igramo, glasba je vedno pomembna obogatitev naših misli v preobremenjenem vsakdanjiku.

Za konec bi se želela posebej zahvaliti organizatorjem 19. evropskega kongresa za patologijo za ves njihov trud, ki so ga vložili v pripravo tega koncerta in za to, da so napravili ta kongres za nepozaben dogodek.

*Dr. A.N.A. Milne
Academic Medical Centre
Amsterdam*

Zdravstveni cilji Hrvaške do leta 2008

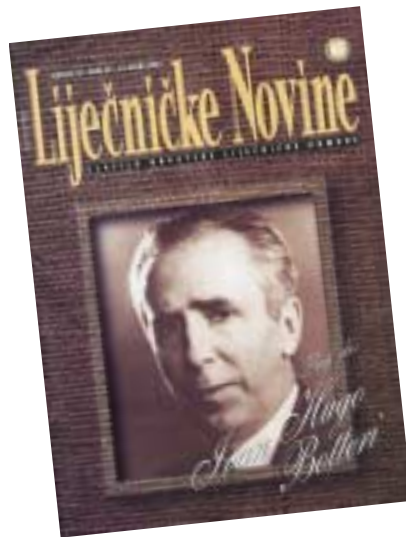
V zadnjih dvanajstih letih ni imela zdravstva v svojem programu nobena hrvaška politična stranka. V prvih letih po vojni so bila prednostna vprašanja vojna škoda in meje, kasneje pa gospodarstvo. Zato je zdravstvo ne samo nazadovalo, temveč je v primerjavi z Evropo, ki jo Hrvaška vidi kot svoj cilj, v zelo slabem položaju.

Minister za zdravstvo, dr. Andro Vlahušić, je imel sestanek s predstavniki vseh treh Zbornic (zdravniške, stomatološke in lekarniške) in je predstavil predlog načrta zdravstvenih ciljev za obdobje 2004 do 2008.

V ospredju je pet točk, za katere je predstavnike Zbornic prosil naj jih podprejo in skušajo uvrstiti v programe svojih strank.

Pravice pacientov se ne bodo zmanjševale. Posebna skrb bo posvečena upokojenecem, bolnikom in siromašnim. Odstotek sredstev za zdravstvo bo ostal nespremenjen,

čeprav bo to ob naraščanju bruto nacionalnega prihodka težavno, je pa izvedljivo. Rast plač bo večja kot rast bruto nacionalnega pri-



hodka, toda ne množično, temveč posamezno. Nadaljevale se bodo investicije v informatiko in infrastrukturo, ker ne bi bilo gospodarno, če bi se prenehala dela na gradnji novih bolnišnic, predvsem Univerzitetne bolnišnice v Zagrebu. Število brezposelnih se ne bo spreminjalo in naj bi ostalo pod dvema odstotkoma.

V zdravstvu je odprtih 1700 delovnih mest in od septembra dalje so zagotovljena sredstva za plače 750 zdravnikov - pripravnikov. Tako naj bi vsi, ki imajo končano fakulteto ali višjo zdravstveno šolo, dobili zaposlitev. Objavljen je razpis za 150 specializacij za izvenbolnišnično zdravstvo in 360 za bolnišnice. Kljub precejšnjemu številu nezaposlenih zdravnikov jih manjka 400, toda le v bolj oddaljenih krajih.

Minister je zagotovil, da rebalans proračuna ne bo ogrozil teh ciljev.

Boris Klun

Vir: Liječničke Novine, št. 22, september 2003.

“Zdravniki na cesti”

V iskanju novih virov varčevanja so zdravniki, ki specializirajo v manjših, zlasti deželnih bolnišnicah, v vse težjem položaju. Zdravnik, ki je končal specializacijo, pogosto ne dobi mesta, čeprav je delal vrsto let na isti ustanovi in se je izkazal. Na njegovo mesto najamejo mladega specializanta, ker je cenejši. Zdravnik se v tem primeru znajde na cesti, saj so možnosti pogodbe z eno od zavarovalnic skoraj nične, zasebna (samoplačniška) praksa pa je za začetnika skoraj brezizgledna. V zadnjem času vodstva bolnišnic uvajajo celo pogodbe za nedoločen čas. Te delodajalci omogočajo odpusčanje po končani specializaciji (kar je možno tudi pri pogodbi za nedoločen čas), ni pa jim treba plačati odpravnine. Dogaja se, da zdravniku podaljšujejo pogodbo, vendar ostane brez odpravnine, tudi če je bil na primer v službi petnajst let. Večina si v tem času ustvari družino, kljub neprestani skrbi, da ne bodo dobili podaljšane pogodbe.

V zadnjem času poskušajo nekateri menedžerji nastavljeni specializante za krajši čas kot traja specializacija, kar ponovno prinaša prihranek.

Avtorja članka opozarjata na kratkovidnost takšne politike, ki ne zmanjšuje samo motivacijo, temveč se mora v perspektivi pokazati kot zelo kratkovidna. Članek na dru-



gem mestu povzema študijo dveh kanadskih internistov in zajema 38 milijonov moških in žensk, ki so se zdravili v osemdesetih in devetdesetih letih v 26000 ameriških bolnišnicah. Članek jasno kaže, da imajo bolnišnice, ki so orientirane na dobiček in imajo zato premajhno število osebja vseh vrst, višjo umrljivost, kljub temu da majhne bolnišnice navadno nerade sprejemajo težke bolnike, kjer bi bilo pričakovati višjo umrljivost. Bolniki, ki so na dializi, imajo deset odstotkov krajšo življenjsko dobo kot tisti, ki se zdravijo v ustanovah z dovoljšnjim številom osebja.

Navedena je Nemčija, kjer se število zasebnih klinik povečuje zelo hitro. Leta 1997 jih je bilo 380, tri leta kasneje skoraj 450. Hkrati se je število javnih bolnišnic zmanjšalo z 820 na 740. Če bi se trend nadaljeval, je mogoče za bližnjo bodočnost izračunati, kdaj bo število zasebnih preseglo javne. Po drugi strani Nemško združenje bolnišnic (Deutsche Krankenhausgesellschaft) napoveduje v tem letu odpusčanje 27.000 zdravstvenih delavcev.

Boris Klun

Vir: Kärntner Ärztezeitung, št. 9, september 2003.

AKTUALNO

Nacionalna strategija prehranske politike

Promocijska kampanja uživanja zelenjave in sadja ter vsaj pol ure gibanja na dan kot del akcijskega načrta celovite prehranske politike

Jožica Maučec Zakotnik

Uvod

Med bolezni, ki so povezane z neustrezno prehrano, spadajo predvsem civilizacijske bolezni (koronarna, cerebrovaskularna in sladkorna bolezen, rak, debelost, ciroza jeter, bolezni kosti in sklepov, itd.), klasične deficitarne bolezni in bolezni zaradi kontaminirane hrane. Podatki raziskav kažejo, da imajo dejavniki tveganja, ki so povezani z nezdravo prehrano in nezdravim načinom življenja (motene maščobe v krvi, povišan krvni sladkor, zvišan krvni tlak, debelost) pri prebivalcih Slovenije velik vpliv na pojavljanje kroničnih nenalezljivih bolezni. Tri četrtnine Slovencev oboleva in umira zaradi kroničnih bolezni. Slovenci obolevamo zaradi njih prej in pogostejše kot v državah Evropske unije. Imamo velike regijske razlike v zdravju, visoko raven dejavnikov tveganja za kronične bolezni, nezdrave prehranske navade, velike regijske raz-

like v prehranskih navadah in velike razlike v prehranskih navadah socialnih, poklicnih, starostnih skupin in spola ter neuravnoteženo pridelavo živil s prehranskimi smernicami.

Raziskave CINDI (1990/91, 1996/97, 2001) in raziskava prehranskih navad Slovencev (Koch, 97) kažejo nezdravo prehranjevanje in nezdrav življenjski slog Slovencev. Dve tretjini Slovencev ne zajtrkuje redno, uživa premalo obrokov, premalo zelenjave in sadja, preveč živalskih in nasičenih maščob, preveč rdečega mesa, polnomastnega mleka in mlečnih izdelkov ter soli. Bolj nezdravo se prehranjujejo moški, socialno šibki, nižji družbeni sloji, nižje izobraženi ljudje, kmetje, vaško prebivalstvo, težki fizični delavci v industriji, mlajši (25-35 let) in nezaposleni. Prebivalci Slovenije pojedjo za polovico preveč skupnih maščob (44 odstotkov dnevnega energijskega vnosa), še enkrat več nasičenih maščob (14,8 odstotkov dnevnega ener-



gijskega vnosa), za tretjino premalo sestavljenih ogljikovih hidratov (39,3 odstotkov dnevnega energijskega vnosa) ter premalo balastnih snovi (v povprečju 20 g/dan). Namesto priporočenih 400 gramov zelenjave in sadja na dan, zaužije povprečni Slovenec 300 gramov zelenjave in sadja na dan. Ob tako nezadostnem uživanju zelenjave in sadja v slovenskem kmetijstvu pridelamo le 50 do 60 odstotkov obstoječih potreb. Ob sedanjem pomanjkljivem pokrivanju slovenskega trga z domačo pridelavo zelenjave in sadja ter ob morebitnem bodočem povečanem uživanju (400 gramov na dan na prebivalca) bi se, da bi slovenski trg v večini pokrili z doma pridelano zelenjavo in sadjem, morala povečati za 100 odstotkov.

Pogoji za zdravo prehranjevanje niso vedno ustrezni. Prehranski standardi v šolah in vrtcih ter drugih obratih javne prehrane so zastareli ali jih sploh ni. V redkih srednjih šolah obstaja možnost prehranjevanja, vendar ne govorimo o zdravem prehranjevanju. Mnoge izobraževalne programe poklicev, ki izobražujejo o prehrani ali so vključeni v načrtovanje, pripravo in ponudbo hrane, je potrebno prenoviti. Razviti in vzpostaviti je potrebno poklic prehranskega svetovca. Obstoječe izobraževalne programe povezane z zdravim prehranjevanjem je potrebno dopolniti ali vzpostaviti v osnovnih in srednjih šolah. Odraslo prebivalstvo je potrebno neprekinjeno informirati, izobraževati o zdravem prehranjevanju in pomenu zdrave prehrane za zdravje v vseh okoljih, posebno tiste, ki so bolj ogroženi, to so socialno šibki in moški.

Glede na velika neskladja med pridelavo in predelavo ter ponudbo hrane, kot tudi prehranskimi navadami prebivalcev Slovenije na eni strani in prehranskimi smernicami, ki ohranjajo in krepijo zdravje in kakovost življenja ljudi na drugi strani, je potrebna v Republiki Sloveniji medresorsko načrtovana in usklajena strategija prehranske politike. Potrebno bo osvestiti potrošnike, da se bodo zdravo prehranjevali v skladu s prehranskimi smernicami in s tem zahtevali na trgu zdravju koristna živila (več zelenjave in sadja, živila z manj soli, sladkorja, z manj maščobami, predvsem nasičenih in trans maščobnih kislin, živila z več esencialnimi maščobnimi kislinami), kot tudi pridelovalce in predelovalce hrane in živil, da bodo svojo proizvodnjo oziroma pridelavo hrane uskladili s povpraševanjem oziroma prehranskimi smernicami.

Izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalcev Slovenije bo z implementacije prehranske politike zmanjšalo družbeno breme zaradi bolezni, povezanih s hrano in načinom prehranjevanja ter stroške zdravljenja, kot tudi stroške dela, ki nastajajo zaradi prezgodnje obolevnosti zaradi teh bolezni, odsotnosti z dela in invalidnosti, ki v tem

kontekstu bremenijo družbo in gospodarski razvoj države.

Za učinkovito izvajanje prehranske politike je potreben medresorni in multidisciplinarni pristop s koordiniranim delovanjem različnih ministrstev, ki vključujejo celotno agroživilsko verigo ter področje izobraževanja, osveščanja in usposabljanja porabnikov in strokovnjakov.

Temeljni cilj prehranske politike je izboljšati, varovati in ohranjati zdravje ter kakovost življenja prebivalcev Republike Slovenije, ki ga bo država dosegla z naslednjima dvema strateškima ciljema:

1. izboljšati prehranske navade prebivalstva,
2. usmeriti v ponudbo zadostnih količin varne, kakovostne in zdravju koristne hrane, dostopne vsem socialno-ekonomskim skupinam prebivalcev.

Strategijo prehranske politike sestavljajo trije med seboj povezani stebri:

1. **Steber varne hrane oziroma živil** (preprečevanje biološkega, kemičnega in fizikalnega onesnaževanja hrane oziroma živil na vseh stopnjah agroživilske verige - pridelave, predelave in trgovine z živilom).
2. **Steber uravnoteženega in varovalnega prehranjevanja** (zagotavljanje optimalnega zdravja s pomočjo zdravju koristnega prehranjevanja, posebej socialno-ekonomsko ogroženih skupin prebivalstva in posameznih zdravstveno ogroženih skupin, kot so otroci, nosečnice, doječe matere, starostniki in dejavno moško prebivalstvo).
3. **Steber zagotavljanja trajnostne oskrbe z živilom** (zagotavljanje zadostnih količin kakovostne hrane, usklajene s prehranskimi smernicami, ki upošteva kulturno-specifične načine prehranjevanja prebivalcev Republike Slovenije, ter uresničuje razvijanje trajnostnih kmetijskih, okoljsko-varstvenih in živilsko-predelovalnih politik).

Za vse tri stebre bodo po posameznih nalogah, ki so našteje v okvirih za strategijo v nadaljevanju besedila, pripravljeni akcijski načrti, ki se bodo sprejemali za obdobje pet let, na podlagi teh pa izvedbeni načrti.

Definicija prehranske politike

SZO določa, da mora vsaka država oblikovati lastno prehransko politiko zaradi različnih političnih, kulturnih, socialnih in ekonomskih okoliščin, zaradi različnih zdravstvenih problemov, vezanih na hrano, prehrano in karakteristik ogroženih ciljnih skupin prebivalcev ter različnih možnosti domače pridelave, predelave ali uvoza hrane.

Slovenija pripravlja nacionalno prehransko politiko v skladu s smernicami Strategije gospodarskega razvoja, Državnega razvojnega programa in nacionalnih programov resornih ministrstev ter na podlagi programov Evropske unije ter smernic Svetovne zdravstvene organizacije in FAO. Strategijo pripravlja Ministrstvo za zdravje v sodelovanju z ostalimi ministrstvi, stroko in nevladnimi organizacijami.

Prehranska politika je usklajeno načrtovanje dejavnosti pristojnih ministrstev, ob sodelovanju stroke in javnosti, ter izvajanje celovitih ukrepov za zagotavljanje zadostnih količin varne in prehransko ustrezne hrane ter za ohranjanje in izboljšanje zdravih prehranskih navad različnih skupin prebivalstva, s ciljem varovanja in krepitev zdravja ljudi in kakovosti življenja ljudi.

Vzporedno s pripravo in spreminjanjem dokumenta se v letu 2003 in 2004 izvajajo nekateri akcijski načrti z namenom izboljšanja pre-

hrane Slovencev ter s tem zmanjšanje tveganja nekaterih kroničnih bolezni.

1. Strategija varnosti hrane oziroma živil

V okviru prednostih nalog strategije varnosti hrane oziroma živil bo Republika Slovenija zagotovila:

1. osveščanje prebivalstva za higiensko in pravilno ravnanje s hrano oziroma živili, ob upoštevanju navodil proizvajalca;
2. sistem učinkovitega in pravočasnega pretoka informacij po načelu sledenja o varnosti hrane oziroma živil in tveganjih, ki jih lahko predstavljajo, med uradnimi institucijami, nosilci dejavnosti proizvodnje in prometa hrane oziroma živil, izvajalci nadzora nad živili in porabniki;
3. vzpostavitev učinkovitega nadzora nad živili vzdolž celotne agro-živilske verige in sprotno prilagajanje zakonodaje na področju varnosti in zdravstvene ustreznosti živil z novimi dognanji, s posebnim poudarkom na uporabi previdnostnega načela;
4. sledenje novim znanstvenim dosežkom na osnovi ocene tveganja;
5. spremljanje svetovnega trenda vse večjega integrativnega povezovanja pridelave in predelave hrane, tržnih pristopov in porabniških navad.

2. Strategija uravnotežene in varovalne prehrane

V okviru prednostih nalog strategije uravnotežene in varovalne prehrane, hrane oziroma živil bo Republika Slovenija zagotovila:

1. osveščanje, izobraževanje in usposabljanje vseh starostnih skupin prebivalcev, s posebnim poudarkom na starostno, socialno-ekonomsko in zdravstveno ogroženih skupinah, o načelih zdrave, uravnotežene prehrane in varovalne prehrane ter uveljavljanju zdravih prehranskih navad;
2. pripravo prehranskih smernic za različne skupine prebivalcev ter ustvarjanje pogojev za zdravo prehranjevanje za posebej ogrožene skupine prebivalcev (nosečnice, doječe matere, dojenčki, otroci in mladostniki, dejavne skupine ljudi s posebnim poudarkom na prehrani moških, zdravstveno ogroženih);
3. ureditev in dopolnitev sistema izobraževanja in usposabljanja prehranskih strokovnjakov zaposlenih v živilsko-predelovalni verigi, v vzgoji in izobraževanju, zdravstvu ter sredstvih javnega obveščanja;
4. medijsko pokrita promocija zdrave prehrane v okviru zdravega življenjskega sloga s ciljem zniževanja incidence in prevalence kronično nenalezljivih bolezni, deficitarnih stanj, kariesa in preprečevanje zavajajočega oglaševanja nezdrave hrane oziroma živil;
5. spodbujanje dojenja kot najustrežnejšega in zadostnega načina prehranjevanja dojenčkov ter skrb za nosečnice in doječe matere;
6. spremljanje prehranskih navad različnih skupin prebivalstva glede na kazalnike zdravja in prehranskih vzorcev slovenskih porabnikov.

3. Strategija zagotavljanja trajnostne oskrbe s hrano oziroma živili

V okviru prednostih nalog strategije zagotavljanja trajnostne oskrbe s hrano oziroma živili bo Republika Slovenija zagotovila:

1. Osveščanje, izobraževanje in usposabljanje pridelovalcev in predelovalcev ter svetovalcev v proizvodnjo hrane, usklajeno s prehranskimi smernicami, kot tudi trgovcev v zagotavljanje ponudbe hrane, usklajeno s prehranskimi smernicami.
2. Podporo usklajevanju pridelave, predelave in ponudbe hrane oziroma živil na tržišču, smernicam zdrave, zdravju koristne prehrane (dostopnost do varne, kakovostne in zdravju koristne hrane za vse socialno-ekonomske skupine prebivalstva).

3. Pospeševanje razvoja kmetijsko-predelovalne dejavnosti, ki temelji na trajnem zagotavljanju varne, prehransko ustrezne in družbeno sprejemljive hrane ob sočasnem zagotavljanju zahtev za varovanje okolja. To pomeni, da sledi načelom trajnostnega razvoja, ki zagotavljajo zadovoljevanje potreb sedanjih generacij, ne da bi ogrožale potrebe bodočih.
4. Povečanje proizvodnje in promocije posebnih kmetijskih pridelkov oziroma živil z večjim dodanim delom: registriranih kmetijskih pridelkov oziroma živil višje kakovosti, ekoloških in integriranih kmetijskih pridelkov oziroma živil, kmetijskih pridelkov oziroma živil tradicionalnega ugleda ter kmetijskih pridelkov oziroma živil z geografskim poimenovanjem (z geografskim poreklom ali geografsko označbo, s posebnim poudarkom na hrani oziroma živilih, ki so usklajena s prehranskimi smernicami.
5. Urejanje in dopolnjevanje sistema kakovosti in zagotavljanje nadzora nad kmetijskimi pridelki in živili.
6. Pospeševanje in povečevanje lokalne pridelave hrane ter povečanje dostopnosti do lokalno pridelane hrane.
7. Zagotavljanje oskrbe prebivalcev s hrano in pitno vodo v primeru izrednih razmer.

Nekaj konkretnih dejavnosti akcijskih načrtov prehranske politike od leta 2003 do 2005

- Izdelava prehranskih priporočil za prehranske strokovnjake in implementacija standardov zdrave prehrane v vrtce, šole, dijaške domove, bolnišnice, domove starejših občanov

V okviru tega akcijskega načrta je Svet za živila in prehrano sprejel priporočila, ki veljajo za Nemčijo, Avstrijo, Švico in druge države centralne Evrope. Priporočila so prevedena in v tisku. Potrebna bo implementacija priporočil v prakso, kar pomeni, da se bodo v vrtcih, šolah, dijaških domovih pripravljali obroki hrane v skladu s standardi. Izvajali bi se tudi nadzori nad pripravljenimi obroki.

- Izdelava in promocija prehranskih priporočil za splošno prebivalstvo v vseh okoljih

Enostavna, vsem ljudem razumljiva prehranska priporočila, ki temeljijo na zdravem prehranskem vzorcu, bodo ljudi usmerjale v ključne potrebne spremembe prehranskih navad. Predstavljale bodo koristen pripomoček različnim strokovnjakom pri promociji zdrave prehrane za različne skupine ljudi in za različna okolja (vrtce, šole, zdravstvene domove, delovne organizacije, medijske kampanje).

- Nacionalna promocija gibanja za zdravje in uživanja zelenjave in sadja za prebivalstvo v vseh okoljih in na vseh ravneh ter preko vseh pomembnih partnerjev stroke in nevladnih organizacij

Prehranske navade Slovencev so nezdrave, vse starostne skupine pojedjo za tretjino premalo zelenjave in sadja, primerno telesno dejavnih je tretjina Slovencev. Promocijska kampanja bo potekala na nacionalni in lokalni ravni. Vse dejavnosti bodo podprte z enotno promocijsko medijsko podobo, kjer bodo uporabljeni vsi promocijski medijski kanali (plakati, zloženke, televizijski spoti, televizijska in radijska podpora, jumbo plakati).

- Nacionalna promocija uživanja manj mastnega mleka in manj mastnih mlečnih izdelkov v vseh okoljih in na vseh ravneh

Zaradi prilagajanja slovenske zakonodaje zakonodaji Evropske unije se je že na slovenskem tržišču pojavilo mleko s 3,5 odstotki maščob, ki bo zamenjalo konzumno mleko s 3,2 odstotki maščob. Ker v Sloveniji še vedno 70 odstotkov ljudi uživa mleko s 3,2 odstot-

ki, obstaja nevarnost, da bo večina ljudi pričela uživati mleko s 3,5 odstotki, kar bi pomenilo na nacionalni ravni povečano količino zaužitih živalskih maščob, ki bo povečalo tveganje za porast krvnega holesterola, srčno-žilnih bolezni in debelosti. Cilj omenjenega akcijskega načrta je vzpodbuditi ljudi k uživanju manj mastnih živil, vključno z manj mastnim mlekom, manj mastnimi mlečnimi izdelki in tako zmanjšati vnos živalskih maščob.

- Sodelovanje z živilsko-predelovalno industrijo za predelavo živil z manjšo vsebnostjo soli in promocijska akcija uživanja manj soli in manj slanih živil v sodelovanju z drugimi ministrstvi, strokovnimi institucijami, strokovnjaki in nevladnimi organizacijami

V Sloveniji za 120 odstotkov presegamo priporočeno količino dnevno zaužite soli. Sol je pomemben dejavnik tveganja za zvišan krvni tlak, ta pa za možgansko kap, ki je v Sloveniji daleč nad povprečjem Evropske unije. Predelana in pol pripravljena ter pripravljena živila (kruh, mesni izdelki, pite, pice, "konzerve") so poleg dosoljevanja glavni vir soli v prehrani. Cilj omenjene akcije je seznaniti prebivalstvo o pomenu manjšega uživanja soli v povezavi z ohranjanjem, krepitvijo zdravja in preprečevanjem bolezni. Poleg tega akcija želi vplivati na živilsko-predelovalno industrijo in jo usmerjati k izdelavi živil z zmanjšano vsebnostjo natrija.

- Vzpodbujanje ponudbe zdravih jedi in obrokov v gostinskih in turističnih obratih ter drugih obratih javne prehrane, vključno z uvedbo licenciranja in vzpostavitve registra zdrave ponudbe

Po raziskavah se vedno več ljudi prehranjuje zunaj doma, v gostinskih obratih, v ali zunaj delovnih organizacij. Vzpostavitev zdrave ponudbe je poleg izobraževanja prebivalstva za zdravo prehrano ključnega pomena za zdravo prehranjevanje prebivalcev Slovenije in za izboljšanje zdravja. Po analizi obstaja interes za vodeno vzpostavitev zdrave ponudbe pri gostinskih in turističnih ponudnikih. Cilj akcijskega načrta je vzpodbuditi, razviti in omogočiti ponudbo zdravega prehranjevanja.

- Prilagajanje vsebin zdrave prehrane in gibanja v šolskih programih

Analiza učnih programov in učbenikov je pokazala neustrezne vsebine in potrebo po dopolnitvi programov in učbenikov na različnih ravneh in programih izobraževanja, osnovnih, srednjih, poklicnih šolah in fakultetah. Uvesti bo potrebno ustrezne prehranske vsebine na vseh stopnjah vzgoje in izobraževanja, ki bodo seznanile otroke in mladostnike ter študente o načinu zdrave prehrane in vplivu zdrave prehrane na zdravje ter dopolniti in popraviti programe in učbenike, ki obravnavajo ali bi morali obravnavati prehranske vsebine.

- Izobraževanje kuharjev za zdravo pripravo in ponudbo hrane v vrtcih, šolah, domovih, bolnišnicah, zdraviliščih, gostinskih obratih in drugih obratih javne prehrane (certifikatni program)

Cilj akcijskega načrta je izobraziti kuharje, kako pripraviti zdrave, okusne in gastronomsko sprejemljive jedi ob upoštevanju priporočil za zdravo, uravnoteženo prehrano za posamezne ciljne skupine.

- Izobraževanje promotorjev zdrave prehrane preko vseživljenjskega izobraževanja

Cilj akcijskega načrta je razviti certifikatni program in izobraziti promotorje zdrave prehrane, ki bodo v okviru načrtov izvajali promocijo zdravega prehranjevanja na različnih lokacijah.

- Pilotski projekt prehranske obravnave bolnikov

Cilj akcijskega načrta je uvesti prehransko obravnavo in podporo bolnikov za zdravljenje v bolnišnici, s ciljem preprečevanja pod-

hranjenosti in neustrezne prehranjenosti, izboljševanja kakovosti, postaviti standarde prehranske obravnave in podpore, izobraziti zdravstveno in prehransko osebje, vzpostaviti strokovne osnove in podporo v praksi za prehrano ljudi s posebnimi prehranskimi potrebami.

- Vzpostavitev strokovne mreže za implementacijo programov prehranske politike, koordinacijo implementacije in spremljanje učinkovitosti na nacionalni in lokalni ravni vključno s programi promocije gibanja za zdravje

Za učinkovito implementacijo prehranske politike in promocije telesne dejavnosti za zdravje je nujno minimalno regijsko pokritje z enim strokovnjakom, ki bo koordiniral delo medresorne dejavnosti, programe in vodil medresorni regijski svet za prehransko politiko ter spremljal učinkovitost implementacije prehranske politike na regijski ravni. Prav tako je potrebna institucionalna strokovna okrepitev na nacionalni ravni.

Nacionalna promocija gibanja za zdravje in uživanja zelenjave in sadja ter vsaj pol urnega gibanja na dan za splošno prebivalstvo v vseh okoljih in na vseh ravneh

Svetovni dan hrane, 16. oktober 2003, je začetek izvajanja dejavnosti promocije zelenjave, sadja in gibanja za zdravje. Vse dejavnosti so podprte z enotno promocijsko medijsko podobo, kjer so uporabljeni vsi promocijski medijski kanali (plakati, zloženke, televizijski spoti, televizijske in radijske podpore, "jumbo plakati"). Naslednje leto se predvideva v promocijsko kampanjo posebej vključiti tudi mladostnike.

Zakaj smo v nizu dejavnosti začeli s promocijo večjega uživanja zelenjave in sadja ter gibanja za zdravje

Rezultati raziskav (Koch 1997; IVZ RS, 2001) kažejo, da prebivalci Slovenije pojemo premalo zelenjave in sadja. Samo 7,4 odstotkov odraslih prebivalcev Ljubljane s širšo okolico uživa trikrat na dan sadje in 5,2 odstotkov uživa trikrat na dan zelenjavo. Le 3,7 odstotkov mladostnikov v Ljubljani s širšo okolico uživa trikrat na dan zelenjavo in 9,5 odstotkov uživa trikrat na dan sadje (IVZ RS, 2001).

Po podatkih CINDI Slovenija (1991/92 in 1996/7) je le dobra tretjina ljudi primerno telesno dejavnih, 40 odstotkov je mejno telesno dejavnih in četrtina je telesno nedejavnih.

Uživanje zelenjave in sadja pri uravnoteženi prehrani ima velik pomen na optimalno delovanje organizma. Po podatkih World Health Report 2002 naj bi nezadostno uživanje zelenjave in sadja povzročilo 19 odstotkov raka na prebavilih, 31 odstotkov ishemične bolezni srca in 2,7 milijonov smrti na leto. Strokovnjaki Evropske unije pripisujejo kar 4,3 odstotkom skupnih bolezni pri moških in 3,4 odstotkom pri ženskah nezadostnemu uživanju zelenjave in sadja. Povprečno zaužita količina zelenjave in sadja v Sloveniji znaša približno 304 g na dan, po nekaterih podatkih še manj. Minimalno priporočeni dnevni vnos zelenjave in sadja je skupaj 400 g, od tega 250 g zelenjave in 150 g sadja. Po izračunih naj bi v Sloveniji povečano uživanje zelenjave in sadja za 100 g na dan potencialno zmanjšalo tveganje za srčno-žilne bolezni za deset odstotkov, možgansko kap za šest odstotkov in nekatere vrste raka za šest odstotkov.

Zelenjava in sadje vsebujeta zaščitne snovi (vitamine, minerale, karotenoide, flavonoide, fenole, indole, fitosterole, elagično kislino, folno kislino, likopene, terpeno), ki varujejo pred nastankom

kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so posledica dejavnikov tveganja v našem okolju. Zaščitne snovi v omenjenih živilih lahko zmanjšajo posamezne dejavnike tveganja za pregodnjo obolevnost in umrljivost. Prehrana z veliko zelenjave in/ali sadja ima zaradi nižje energijske gostote tudi vpliv na regulacijo normalne telesne teže in preprečevanje debelosti, ki je velik dejavnik tveganja za nastanek nekaterih bolezni (hipertenzije, dislipidemije, diabetesa mellitusa tipa II, koronarne bolezni).

Prehranski dejavniki imajo tudi pomembno vlogo pri preprečevanju raka. Vitamin C, E, β -karoten in selen so antioksidanti, ki zmanjšujejo nastanek prostih radikalov in s tem preprečujejo mutagenozo. Zelenjava in sadje vsebujeta veliko topnih (pektinske substance, β -glukane, gume) in netopnih vlaknin (celuloze, hemiceluloze, lignina), ki vplivajo na pravilno delovanje gastrointestinalnega trakta, metabolizem lipidov in glukoze ter preprečevanje kolorektalnega raka. V zelenjavi se nahajajo še hlapne žveplove spojine (vodikov sulfid, mandaniol, dimetilsulfid, ogljikov disulfid in še druge), ki naj bi imele zaščitno funkcijo, vendar raziskave v tej smeri še potekajo.

Številne raziskave so pokazale, da je telesna dejavnost pomemben dejavnik pri ohranjanju in krepitvi zdravja ter preprečevanju bolezni. Telesna dejavnost vpliva na energijsko bilanco in regulacijo normalne telesne teže ter na preprečevanje debelosti, ki je velik dejavnik tveganja za nastanek nekaterih bolezni. Nezadostna telesna dejavnost vpliva na nastanek ateroskleroze, hipertenzije, možganske kapi, osteoporoze, diabetesa mellitusa tipa II, nekaterih vrst raka in tudi na pomanjkanje samozavesti. Epidemiološki podatki kažejo, da telesna nedejavnost dvakrat poveča ogroženost za nastanek in napredovanje koronarne bolezni, podobno kot drugi dejavniki tveganja za aterosklerozo (kajenje, zvišan holesterol v krvi, hipertenzija).

Dnevna telesna dejavnost povečuje duševno blagostanje, zmanjšuje stres in možnost nastanka depresije ter vpliva na videz človeka. Redna telesna dejavnost in uravnotežena prehrana z veliko zelenjave in sadja pomagata ohranяти zdrav in mladosten videz ter vitko telo. Tak človek je poln energije in ima dobre telesne sposobnosti.

K izboljšanju našega zdravja in daljšemu ter kakovostnejšemu življenju pripomorejo vse oblike gibanja in telesne vadbe, ki jih vzdržujemo daljše obdobje. Priporočeno je skupaj pol ure telesne dejavnosti na dan in vsaj pet dni v tednu, pri kateri se nam poveča srčni utrip. Med zdravju koristne telesne dejavnosti štejeemo naslednje discipline: športna rekreacija (hoja, tek, tek na smučeh, plavanje, kolesarjenje, ples, nogomet), transportne oblike gibanja (pot v šolo, v službo, po nakupih bodisi peš, s kolesom ali rokami) in delovno rekreativne dejavnosti (vrtnarjenje, odmetavanje snega, pomivanje avtomobila, oken). V način življenja vključujemo tiste oblike dejavnosti, ki ustrezajo telesnim zmogljivostim, starosti in zdravstvenemu stanju. Pomembno je, da se giblujemo vsaj pol ure skupaj, se med tem ogrejemo, globlje dihamo in se nam dovolj dvigne srčni utrip.

Program za izvajanje promocije

Svetovni dan hrane, 16. oktober, predstavlja začetek promocije uživanja zelenjave, sadja in gibanja, ki poteka preko različnih medijev in preko vseh strokovnih ustanov. Promocijska kampanja poteka na nacionalni in lokalni ravni in vključuje tudi medsektorske in interdisciplinarne dejavnosti Ministrstva za šolstvo, znanost in šport, Ministrstva za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano, Ministrstva za delo, Kmetijsko gozdarske zbornice, Kmetijsko svetovalne službe, strokovnjakov Inštituta za varovanje zdravja, CINDI Slovenija, območnih Za-

vodov za zdravstveno varstvo in zdravstvenih delavcev v zdravstvenih domovih in bolnišnicah. Vse dejavnosti so podprte z enotno promocijsko medijsko razpoznavno podobo, ki se pojavlja preko komunikacijskih ozadij in kateri ima pozitiven pristop, poziva k uživanju zelenjave, sadja in zadostnega gibanja, skratka "uživanja"! V okviru promocije se na Ministrstvu za zdravje pripravlja spletna stran, kjer bodo dostopni vsi podatki vezani na prehrano in zdravje.

Promocija uživanja zelenjave, sadja in gibanja se izvaja na različnih ravneh, v različnih okoljih, in sicer preko:

- nacionalnih in lokalnih medijev;
- nacionalne in lokalne dejavnosti v šolah, vrtcih in dijaških domovih;
- zdravstvenih delavcev, zavodov za zdravstveno varstvo, zdravstvenih domov in bolnišnic;
- lekarn;
- sindikatov;
- kmetijskosvetovalne službe, aktivov kmečkih žena, združenja sadjarjev in zelenjadarjev;
- nevladnih organizacij.

V promociji je potrebno upoštevati vzroke nezdravega življenjskega sloga ljudi, predvsem nezadostnega uživanja zelenjave, sadja in gibanja. Ljudi je potrebno seznaniti o povezanosti med prehrano, življenjskim slogom, zdravjem in z načini spreminjanja nezdravega življenjskega sloga. Vzroki nezdravega načina prehranjevanja so lahko pomanjkanje denarja in časa, neosveščenost, neupoštevanje strokovnih nasvetov zaradi neujemanja s praktičnimi izkušnjami ljudi ali zaradi nezaupanja v strokovna priporočila.

V okviru omenjene promocije so se vsem ravnateljem šol in vodenim kadrom poslali dopisi za centralno usmerjene dejavnosti, kjer bi učencem in otrokom približali pomen te tematike na različne načine, in sicer v šolah v okviru naravoslovnih in športnih dni, delavnic, razpravljalnih krožkov, promocij v šolah in dijaških domovih ter drugih metod podajanja snovi. V vrtcih, šolah in dijaških domovih se izvajajo predavanja strokovnjakov o zdravem načinu prehranjevanja. Ponudba prehrane naj se približa prehranskim smernicam.

Predstavniki območnih zavodov za zdravstveno varstvo so ustanovili regionalne medresorske interdisciplinarne svete in pripravili regionalne akcijske načrte za izvajanje promocije uživanja zelenjave, sadja in gibanja za zdravje.

Promocijska kampanja povečanega uživanja zelenjave in sadja se organizirano izvaja tudi v trgovinah in veletrgovinah z organiziranimi zdravimi kotički in skupnimi stojnicami za potrošnike ter po možnosti ponudbe zelenjava in sadje po akcijskih cenah.

Zdravstveni domovi in bolnišnice so pomembno mesto za promocijo zdravja in zdravstvene vzgoje. V te ustanove zahajajo ljudje, ki so s svojim obiskom pri zdravniku zainteresirani za zdravstvene nasvete. To so tudi ljudje, katerih zdravje je že načeto in predstavlja zdravo življenje ter zdrava prehrana del zdravljenja kroničnih bolezni. V zdravstvene domove zahaja tudi prebivalstvo (otroci, mladostniki, nosečnice, mlade mamice), ki potrebujejo vzpodbudo za zdravo življenje in, kjer se dober nasvet lahko najbolj učinkovito unovči. Zato je potrebno, da sta zdravstvena vzgoja in svetovanje za zdravo življenje vsakdanje delo zdravstvenih delavcev. Ob priliki nacionalne promocijske kampanje zelenjave, sadja in gibanja, posebej pozivamo vse zdravstvene delavce, da se dejavneje vključijo v nacionalno kampanjo, sistematično svetovanje za povečanje uživanja zelenjave in sadja, gibanja za zdravje tako pri svojem vsakdanjem delu,

kot pri dodatnih dejavnostih. Pozivamo vas, da v vašem zdravstvenem domu, bolnišnici, v okolju, kjer živite in delate, organizirate vidne in slišne akcije, ki bodo podpirale nacionalno promocijo, načrtujete medijske dejavnosti v nacionalnih in lokalnih medijih (televizija, radio, časopisi), organizirate okrogle mize, predavanja za ljudi, za zdravje, katerih skrbite.

Prepričani smo, da sta vaša pripravljenost in ustvarjalnost na tem področju veliki in da lahko s svojim delovanjem veliko prispevate k uspešnosti promocije, ki ima za cilj izboljšati informiranost, znanje, vzgojenost za zdravo prehrano in zdrav življenjski slog. Naša skup-

na prizadevanja bodo dolgoročno pripomogla k zmanjšanju bremena bolezni in verjetni razbremenitvi vašega dela. Želimo, da je ta medijska podpora, ki bo trajala od 15. oktobra 2003 do 15. januarja 2004, dodatna vzpodbuda strokovnjakom za kontinuirano promocijo zdravja, zdravega prehranjevanja ljudi in pomoč ljudem za učinkovito spreminjanje prehranskih navad.

Vse dodatne informacije in promocijski materiali so dosegljivi na Ministrstvu za zdravje, Uradu za živila in prehrano, CINDI Slovenija, IVZ, območnih enotah Zavoda za zdravstveno varstvo in pri predstavnikih služb za socialno medicino. ■

Vloga ginekologa na osnovni ravni

Upravni odbor Združenja za ambulantno ginekologijo

*Če komu želiš res slabo, mu zaželi, da bi živel v času sprememb.
Kitajski pregovor*

Pred nekaj meseci smo bili na Problemski konferenci slovenske ginekologije od predlagateljev Smernic razvoja slovenske ginekologije seznanjeni, da smo ginekologi na osnovni ravni strokovno šibki, zato nismo sposobni sodelovati pri sooblikovanju doktrine in izboljšanju kakovosti našega dela. Po drugi izjavi istega dne naj bi bili ginekologi na osnovni ravni tako visoko strokovno usposobljeni, da je prava škoda naše znanje uporabljati zgolj za delo v preventivnih dispanzerjih za ženske in ginekoloških ambulantah, ker svojega znanja ne moremo v celoti izkoristiti.

So torej ginekologi na osnovni ravni res tako zelo slabi, da jih je bolje zamenjati z drugimi izvajalci? Smo ženskam v tej državi leta in leta ponujali le napol izučene, nesposobne in malomarne ambulantne ginekologe in je zdaj končno napočil čas, da jih ukinkemo?

Osnova problema je druga. Utemeljitev za predlagane rešitve sta **cena** dela specialista ginekologa na osnovni ravni, ki je za našo državo očitno predrag, ter "**napačna**" organiziranost. Cena dela zdravnika ginekologa v posebej organiziranem zdravstvenem varstvu žensk je za državo dražja, kot če ženske, nosečnice in mladostnice pregleduje družinski zdravnik v isti ordinaciji skupaj s starostniki, kronično in akutno bolnimi, pri čemer ni jasno, kaj se zgodi z vsebinami posameznih preventivnih programov, ki jih družinski zdravniki strokovno niso usposobljeni izvajati. Že delitev dela na področju pregledovanja zdravih nosečnic z diplomirano babico, kar so uvedla Navodila v lanskem letu, lahko v nekaterih primerih privede do podvajanja dela. Babica v strahu pred odgovornostjo zaradi morebitnih spregledanih primerov, pošilja h ginekologu vsako nosečnico, zato, da si bosta odgovornost zanj razdelila oba. Bombastični članki o zdravniških napakah (še preden je ugotovljena krivda) in podkupljivosti v zdravstvu ter moralno-etična diskreditacija zdravstvenega osebja, so pomagali napraviti vtis, da je v sistemu zdravstvenega varstva nekaj hudo narobe. To seje med ljudi globoko nezaupanje v naš zdravstveni sistem in reformatorji zdravstvenega sistema to s pridom izkoriščajo. Glede predloga, da bi brise materničnega vratu jemala medicinska sestra ali družinski zdravnik, pa bi morali vprašati

večino žensk - civilno družbo. Pregled pri ginekologu je zelo zaupno-intimne narave in nekatere ženske moti prisotnost medicinske sestre ob pregledu. Tudi prepričevanje strokovne in laične javnosti, da bo brise bolje jemala medicinska sestra kot ginekolog, ni strokovno utemeljeno in korektno. Ženske bodo takšen prenos pristojnosti z ginekologa na medicinsko sestro razumele kot koreniti poseg v njihove pravice in omejevanje dostopnosti do ginekologa - kot "šparanje". Res je, da je do leta 1999 naraščala incidenca raka materničnega vratu, vendar se je z uvedbo organiziranega programa ZORA incidenca že umirila. Kazalcev reproduktivnega zdravja žensk ne bomo izboljšali z zamenjavo ali ukinitvijo ginekologov na osnovni ravni, ampak z večanjem kakovosti dela ginekologov na vseh ravneh, natančno in jasno doktrino, medsebojnim povezovanjem in povezovanjem s sekundarnimi in terciarnimi centri, s sodelovanjem z družinskimi zdravniki in patronažnimi sestrami, s hitrim pretokom informacij in še bolj dejavnim pristopom do žensk ter preventivnih programov zanje. Tipičen primer takšnega dejavnega pristopa je zajet v Državnem programu zgodnjega odkrivanja raka materničnega vratu ZORA.

Želja nekaterih, da bi ukinkili ginekologa, ki dela izključno na osnovni ravni, pa ni povezana samo s ceno storitve, ampak tudi z akutnim pomanjkanjem ginekologov na sekundarni in predvsem na terciarni ravni, to pa naj bi bila tudi temeljna utemeljitev za "napačno organiziranost ginekologije". Strinjamo se, da so ginekologi v bolnišnicah na terciarni ravni preobremenjeni, saj opravljajo visoko strokovno oziroma subspecialistično dejavnost, operirajo, pedagoško in znanstveno-raziskovalno delujejo in dežurajo. Težko razumemo, da ob vsej njihovi preobremenjenosti še vedno želijo opravljati osnovno zdravstveno varstvo žensk, izvajati preventivne programe, ki prinašajo glavarino (denar), čeprav je to dejavnost, ki sodi na osnovno raven. Strinjamo se, da imajo ženske pravico, da si svobodno izbirajo ginekologa, ne glede na kateri ravni dela. Vendar se ženske odločajo za ginekologa na terciarni ravni, ki je težje dostopen, ne samo zaradi prestiža, ampak iz strahu ali vzpodbujanja prepričanja, da jim bo takšen ginekolog omogočil hitrejši dostop do morebitne operacije, prijaznejši odnos osebja na oddelku, boljše obravnavo pri porodu, boljše in dražje zdravila. Takšno razlikovanje postavlja v

neenak položaj tiste ženske, ki imajo svojega ginekologa na osnovni ravni. Včasih ženske prinesejo informacije o posmehljivem, podcenjujočem in nekolegialnem odnosu nekaterih ginekologov na terciarni ravni do ginekologov na osnovni ravni, kar nehote daje ženskam vtis, da so "pravi" ginekologi, ki obvladajo stroko, le v bolnišnicah. Ginekolog, ki dela izključno na osnovni ravni, samo v neki dislocirani ginekološki ambulanti, mora imeti široko znanje ginekologije, porodništva in medicine. Nima možnosti takojšnjega laboratorijskega izvida, nima vedno na voljo ultrazvoka in posveta z izkušenim in starejšim (nadzornim) ginekologom. Zanašati se mora na svoje znanje in izkušnost. Ker je glavni problem mladih specialistov, ki delajo samostojno na osnovni ravni, pomanjkanje izkušenj, je prav, da se jih na njihovo željo, vključi tudi v bolnišnično dejavnost prvih pet let po specializaciji, kot "part-time" zaposlitev.

Naj zaključimo s citatom prof. Lidije Andolšek Jeras (Kongres porodničarjev in ginekologov na Rogli septembra 2003): "Ukinitv ginekologa, ki bi deloval izključno na osnovni ravni, presega organiziranost ginekološke dejavnosti, ker posega v organizacijo javnega zdravstva in reproduktivne pravice žensk".

Letos mineva 80 let od ustanovitve prvega dispanzerja za ženske in otroke v Ljubljani. Zakaj so jih pričeli ustanavljati, obstajajo pisni dokazi. Dolga desetletja so velikani slovenske medicine in ginekologije gradili sistem boljše dostopnosti reproduktivnega zdravstvenega varstva za ženske ter približevali ženskam tiste posege, ki so zmanjšale njihovo obolevnost in invalidnost ter manjšale obremenitve bolnišnic, kar je bilo gotovo ceneje. Če so trenutno nekateri kazalci reproduktivnega zdravja žensk nekoliko slabši, še ne pomeni, da je sistem slab, ampak, da so znotraj sistema potrebne določene izboljšave. Ali pustimo morda porušiti dobro in trdno hišo samo zato, ker nam škriplje parket v spalnici?

Ginekologi na osnovni ravni se čutimo strokovno dovolj usposobljeni, da sooblikujemo strokovno in organizacijsko podobo osnovnega zdravstvenega varstva žensk. Ker s polno odgovornostjo skrbimo za naše ženske, se zavedamo, da lahko z reformo predlagane spremembe v sistemu zdravstvenega varstva žensk močno poslabšajo zdravje žensk v državi, zato so predlagane spremembe, z namenom izboljšati zdravje žensk, upravičeno dvomljive in neracionalne. ■

Črna prihodnost slovenske psihiatrije

Miloš Židanik

Deјstvo: število naročenih pregledov v psihiatričnih ambulantah (vsaj v našem Dispanzerju za psihohigieno v Zdravstvenem domu v Mariboru, vendar sklepam, da je situacija drugod podobna, saj ni razloga, da ne bi bila) se je zelo povečalo. Pred desetimi leti je bilo povprečno število naročenih oseb v delovnem času na psihiatra 10,1, danes 16. V točkovnem smislu so psihiatri takrat komaj dosegali z Zavarovalnico dogovorjeni načrt. Tudi danes ga komaj dosegamo. To pomeni, da se obračun opravljenih storitev očitno spreminja v našo škodo.

Deјstvo: vedno več pacientov prihaja zaradi urgentnih pregledov, ki jih moramo opraviti poleg redno naročenih. Očitno so minili časi, ko so se psihiatrije držali izključno negativni predznaki. "Zdravniki za norce", ki jih od pacientov loči le diploma, se v socialnih predstavah očitno približujemo dostopnejšim ljudem. Tako še neobjavljena raziskava splošnega prebivalstva na mariborskem področju (n = 1655) kaže, da je bilo 20,2 odstotkov (!) polnoletnih oseb pregledanih pri psihiatru.

Deјstvo: veliko socialnih stisk se urejuje preko psihiatrične službe, kot na primer brezposelnost in revščina, s posledičnimi reaktivnimi anksiozno-depresivnimi stanji. Ljudje z dokončano osnovno šolo in s petindvajsetimi leti delovne dobe so predaleč do pokojnine. S 40 leti starosti in več. Težave pri prilagajanju. Nizka kognitivna raven. Nova zaposlitev je zanje čista iluzija. Na Zavodu za zaposlovanje jih svetovalka za pomoč pri ponovni zaposlitvi povpraša o zdravstvenih težavah in "svetuje" invalidsko upokoјitev. Potem gre pacient na pot iskanja primernih diagnoz za invalidsko upokoјitev k različnim specialistom. Pogosto ortopedi odkrijejo zmerne (beri fiziološke za določeno starost in anamnezo dolgoletnih telesnih obre-

menitev ob fizičnem delu) obrabe hrbtenice. Ni dovolj za predstavitve IK. Pregled pri internistu je praviloma brez večjih posebnosti. Ostane še pregled pri meni. Seveda je človek v stiski in depresiven, kako ne bi bil! Na Zavodu za zaposlovanje od njega zahtevajo pisanje prošenj za delo, česar ni sposoben. Vseposvoda doživlja zavrnitve. Prisotne so izgube na polju ega (delovne učinkovitosti in sposobnosti), reaktivne motnje selfa (zaradi izgube socialne vloge, vloge v družini, zaradi stalnih zavračanj s strani potencialnih delodajalcev). Značilna pritožba: "Dvajset let sem bil dober za njih, ko sem še lahko delal, sedaj so me dali za višek!" Preveč bolan za novega delodajalca, premalo za IK in dodelitev statusa invalida. Napišem mnenje za IK. Pesnim o omenjenih izgubah na polju ega in o reaktivnih motnjah selfa, v osnovi pa sporočam, da so spremembe pričakovane. Človek je v dejanski stiski, vendar ni duševni invalid. "Z moje strani je sposoben za enostavna fizična opravila pod vodenjem in brez potrebe po avtonomni motivaciji", saj za kaj več samo z dokončano osnovno šolo ni sposoben. Ko bolnika odpošljem, se včasih vrne nazaj s sporočilom od kolega, ki je bolnikov izbrani osební zdravnik, da "mnenje ni dovolj dobro". Seveda ni, ker ne zadošča za dodelitev katere od kategorij invalidnosti. Vendar je to moje mnenje. Do naslednje vloge za oceno trajne nezmožnosti za delo čez pol leta. Ko bom lahko napisal, da se moje mnenje glede sposobnosti za delo ni spremenilo. Kdor misli, da pretiravam, spominjam na deјstvo, na katero sem opozoril pred nekaj meseci v Izidi, in sicer najpogostejši vzrok prihoda za osebe s problematičnim odnosom do uživanja alkoholnih pijač, je želja po mnenju za IK. Ne zdravljenje odvisnosti. Da je stvar lepša, zahteva Pravilnik za pripravo medicinske dokumentacije za postopek ocene trajne nezmožnosti za delo (1)

avtomatično tudi psihodiagnostični pregled. Tako bodo lahko naši kolegi specialisti klinične psihologije (ker jih je tako malo) opravljali samo te preglede, ki so pogosto sami sebi namen in psihiatrični pregledi po naročilu IK, ker se je bolnik na zasedanju IK pred komisijo zjokal ter zavrnil s strani IK z dikcijo: "Zdravljenje še ni zaključeno." Seveda ni in ne bo, dokler ne bo bolnik dobil minimalne socialne varnosti. Začarani krog. Terapevtska uspešnost je nična. Bolniki simptome potrebujejo, ker so jim edino upanje za dodelitev statusa invalida.

Dejstvo: pritiski na delovnem mestu. Dobro jutro, kapitalizem! Večanje proizvodnje z manj ljudmi, ki bodo delali za manj denarja, da bo podjetje uspešnejše. Reaktivna anksiozno-depresivna stanja. Izgorevanje. Stalež. Paranoidna pozicija, ko v podjetju namestijo kamere za nadzor zaposlenih. Stalež. Želja po izrednih pregledih zaradi tega, ker je bolnik v staležu. Ker se je skregal s svojim šefom na delovnem mestu in zaradi akutne stresne reakcije potrebuje pregled pri psihiatru pod "nujno". Ker potrebuje stalež, da ne izgubi službe. Stalež za človeka, ki je že izgubil službo in je prijavljen na Zavodu za zaposlovanje, ker se mu s tem za čas staleža podaljša pravica do finančnega nadomestila. Ni antidepresiva, ki bi lahko učinkoval v tem primeru!

Dejstvo: (pre-)zgodnji odpust iz psihiatrične bolnišnice. Bolnik, zdravjen zaradi depresije s suicidalnostjo. Kolegi krajšajo ležalne dobe, da bodo zadovoljili direktive predpostavljenih, v končni fazi našega "delodajalca", Zavarovalnice. Zato po nekajdnevem zdravljenju v bolnišnici, ko antidepresiv še ne prime, bolnik pa kaže prve znake, da želi domov, kolegi na odpustnici naročijo kontrolo pri izbranem psihiatru v roku enega tedna ali deset dni, kar pri čakalni dobi, ki pri nas znaša približno mesec in pol, ne predstavlja nobene razlike. In stalež do kontrole. Bolnik izbere mene. Prvi pregled, bolnik dobi datum. Izbrani osebni zdravnik pošlje predlog za stalež do dobljenega datuma za prvi pregled pri meni imenovanemu zdravniku ZZZS. Ta odloči, da ga moram pregledati, a "v zakonsko predpisanim roku", kar pomeni v treh dneh. Ko sem enkrat tak pregled odklonil (ker ni šlo ne za suicidalnost, ne za psihotično stanje, ampak le za urejevanje staleža, kar nisem razumel kot upravičeni urgentni pregled, ki je opravljen na račun časa že naročenih bolnikov), me je takoj poklicala kolegica iz ZZZS in mi zagrozila z denarno kaznijo.

Dejstvo: kar se dogaja v Ameriki prej ali slej, če slej pa toliko bolj zanesljivo, pride k nam. Pred nekaj leti sem na seminarju v Salzburgu poslušal Američane, kako so njihovi psihiatri le še predpisovalci zdravil. S psihoterapijo se ukvarjajo nižje izobraženi kadri, ker so cenejši. Povprečna ležalna doba v njihovih psihiatričnih bolnišnicah je bila tri dni. Menda obstajajo študije, ki zagotavljajo, da izid zdravljenja tudi pri tako kratkem zdravljenju v bolnišnici ni nič slabši. Vendar imajo dobro poboljšniško oskrbo in za psihiatrične bolnike ni čakalnih dob za domove upokojencev. Prva naloga sprejemnega psihiatra oziroma njegovega mlajšega kolega je, da pokliče Zavarovalnico in prosi za dovoljenje, da akutno psihotičnega bolnika sprejme. Uradnika s srednjo izobrazbo na drugi strani telefonske žice zanima, če so že poskusili s Prozacom. Ne, vendar zdravnik kljub temu prosi za sprejem. Ta je v končni fazi odobren za tri dni, potem morajo slediti nova pogajanja. Takrat, ko sem to zgodbo poslušal, se mi je zdela ta prihodnost oziroma možnost prihodnosti, še zelo daleč. Danes nič več. Pred meseci sem poslušal zelo inteligentnega in

sposobnega, a žal ozkogledanega kolega na Lundbeckovem seminarju iz depresije. Glede na njegovo prodornost se lahko zgodi, da bo kmalu postavljaval slovensko doktrino psihiatrične obravnave. Njegova vizija prvega psihiatričnega pregleda depresivnega bolnika je 20 minut za jemanje anamneze in 30 minut za prepričevanje bolnika, da mora jemati zdravila. Na vprašanje kolegice glede strukturne diagnoze, prepoznavanja osebnostnih motenj, je odvrnil, da gre tu tako ali tako za dedne, biološke organsko-strukturne fenomene in je to prepoznavanje pravzaprav odveč. Tako rekoč zapravljanje časa, kot lahko to razumem.

Pogovor med kolegi: "V Ljubljani je situacija podobna." Nevzdržno povečevanje urgentnih pregledov. Dežurstva na psihiatričnem oddelku Splošne bolnišnice Maribor menda že spominjajo na psihiatrično ambulanto, kjer se vrstijo sami prvi pregledi.

Dejstvo: psihiatrična mreža se ne more širiti. Se res ne more? Je to posledica splošnega pomanjkanja zdravnikov? Ali kratkovidnosti zdravstvene politike, ki ne opazi staranja prebivalstva in naraščanja duševnih in vedenjskih motenj, ki že zavzemajo epidemične razsežnosti?

Moj strah? Cilj zdravstvene politike je nedvomno zmanjšati čakalne dobe in omogočiti vsem bolnikom, da opravijo nujne preglede (čeprav za urejanje staleža). O tem že vsakodnevno poslušamo. Z zniževanjem točkovnega vrednotenja storitev smo primorani opravljati vedno več pregledov. Častna izjema so pedopsihiatri, ki so uspeli svoj položaj glede vrednotenja storitev izboljšati, a so se znašli v nezavidljivem položaju: tudi oni ne smejo širiti svoje mreže, prekoračitev plana gre na njihov račun (več storitev Zavarovalnica enostavno ne bo plačala) in čakalne dobe se bodo daljšale. Razen tega smo lani dobili v tiskani obliki Priporočila za ocenjevanje začasne zmožnosti za delo (2) oziroma priporočeno dolžino bolniškega staleža za posamezno diagnozo. Ta knjiga ne vidi bolnika, ampak le diagnozo in bojim se, da to postaja trend: videti diagnozo in uporabljati priporočene terapevtske smernice. Samo to in pomeni, da za psihiatrično obravnavo na primer depresije, zadošča prvi pregled s prepričevanjem bolnika, da mora jemati antidepresiv. Zatem sledi kontrola čez mesec dni, ko so vidni prvi učinki in če je učinek dosežen, usmeritev bolnika k njegovemu osebnemu zdravniku splošne/družinske medicine, da mu bo zdravila pisal naprej "po priporočenih terapevtskih smernicah". To pomeni, da se bo naenkrat sprostito dovolj prostora za vse redne in izredne preglede, za vsa mnenja za IK in upravičenosti do bolniškega staleža. Imeli bomo zadovoljnega ministra za zdravje, ki se bo trkal po prsih, kako mu je uspelo znižati čakalne dobe in zadovoljno Zavarovalnico, ki je uspela stroškovno učinkovito urediti še eno področje v medicini. Bolniki? Koga pa še sploh zanimajo? ■

Literatura:

1. Seznam obvezne medicinske dokumentacije za uveljavljanje pravic na podlagi invalidnosti in preostale delovne zmožnosti po 20. členu pravilnika o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov zavoda. Uradni list Republike Slovenije 2002, (113).
2. Priporočila za ocenjevanje začasne delanezmožnosti. Ljubljana: Zavod za zdravstveno varovanje Slovenije, 2002.

Izjava OE Varstvo žensk, otrok in mladine, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor

Iz obsežnega gradiva, ki je namenjeno javni razpravi in obravnavi predlog reforme zdravstvenega varstva, smo specialisti ginekologi, pediatri in šolski zdravniki, ki izvajamo kompletno zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine na osnovni ravni, sprejeli naslednjo **izjavo**:

■ Zdravstvena reforma predvideva, da bo v prihodnosti na osnovni ravni izključno zdravnik splošne medicine, specialist splošne medicine in družinski zdravnik. Po sedemindesetih letih obstoja šolske medicine, osemdesetih letih obstoja socialne pediatrije in dispanzerjev za otroke v Sloveniji in več kot petdesetih letih obstoja dispanzerjev za ženske moramo biti specialisti na osnovni ravni enakovredno in enakopravno obravnavani, vključno s specialisti medicine dela, prometa in športa ter drugimi (pedopsihiatri, specialisti v protituberkolozičnih dispanzerjih, dispanzerjih za starostnike, zobozdravniki, pedontologi, fiziatri, itd.). Splošni zdravniki si v tem času niso ustrezno pridobivali strokovnega znanja za obravnavo žensk, otrok in mladostnikov. Načrtovalec reforme je zavestno in namenoma izpustil obravnavo osnovnega zdravstvenega varstva in specialistične dejavnosti na osnovni ravni. Brez sodelovanja vseh specialistov na osnovni ravni zdravstvenega varstva ne bi nikoli dosegli evropsko in svetovno primerljivih pokazateljev zdravstvenega stanja naših ljudi. Popolnoma smo prepričani, da je edino pediater strokovno usposobljen, da kompletno in kompleksno obravnava otroka v obdobju rasti in razvoja, tako v okviru preventivnih sistematičnih pregledov, kot tudi zdravljenja akutnih in kroničnih bolezni. Ginekolog je ustrezno izobražen in odgovoren za reproduktivno zdravstveno varstvo mladostnic, preventivno obravnavo žensk v rodnem obdobju, predvsem v nosečnosti in za zdravljenje njihovih bolezni v pred in postmenopavzalnem obdobju, ki ne potrebujejo bolnišničnega zdravljenja. Specialist šolske medicine kompleksno obravnava šolskega otroka od vstopa v šolo do zaključnega izobraževanja, z vsemi težavami pubertete in adolescence.

■ Zdravstvena politika v Sloveniji ni nikoli realizirala zastavljenih nalog na področju osnovnega zdravstvenega varstva. Na osnovni zdravstveni ravni ni bilo nikoli dovolj specialistov ginekologov, pediatrov in specialistov šolske medicine. V strokovnem pogledu smo takšna področja imenovali sive cone, na katere nismo ponosni. Neugodna starostna struktura specialistov, ki je zopet posledica neprestanih restriktivnih ukrepov zdravstvene politike ter zasedenost delovnih mest s pretežno ženskim kadrom, ki ima večje število izostankov z dela zaradi porodnih dopustov, bolniških staležev in skrbi za družino, nam nakazuje, da jih bo v petih oziroma desetih letih hudo primanjkovalo. Specialisti osnovne ravni so poleg tega že sedaj preobremenjeni zaradi nadomeščanja odsotnih kolegic in kolegov, tudi zaradi dolge specializacije, ki zahteva bivanje izven domačega kraja in ločenost od družine.

■ Zdravniki splošne medicine, specialisti splošne medicine in družinski zdravniki v času specializacije ali z dosedanjim obsegom

podiplomskega izobraževanja nimajo dovolj strokovnega znanja, da bi v skladu s sodobno doktrino samostojno obravnavali in prevzeli v kompletno zdravstveno oskrbo ženske, otroke in mladostnike. Nihče v predlogih reforme ni napisal, koliko časa se bodo morali dokvalificirati in kakšne licence si bodo te kolegice in kolegi v luči predlaganih reform morali pridobiti. Evropski standardi so na teh področjih zelo rigorozni, zahtevni in resnično dvomimo v to, da jih bodo kolegi, splošni zdravniki, specialisti splošne medicine in družinski zdravniki sprejeli z veseljem. Brez dodatnih znanj, potrjenih z licenco, upamo, da nikomur ne pride na misel, da bi tolikšno breme strokovnega dela preložil na ramena že sedaj preobremenjenih splošnih zdravnikov, specialistov splošne medicine in družinskih zdravnikov.

■ Snovalci reforme ne poznajo osnovnega zdravstvenega sistema v naši državi. Žal so pri pisanju vsebine sodelovali pisci, ki ne izvajajo zdravstvenega varstva na osnovni ravni in k sodelovanju niso bila povabljeni strokovna združenja (Združenje za pediatrijo s Sekcijo za šolsko medicino, Združenje za ginekologijo s Sekcijo za ambulantno ginekologijo, Razširjeni strokovni kolegiji za pediatrijo, ginekologijo, itd.). Avtorji so se zanašali na to, da bodo z izkrivljeno podobo splošne medicine, oziroma družinske medicine na Slovenskem, z nizozemskim modelom družinskega zdravnika, avstralskimi svetovalci, itd., zavedli domačo in tujo strokovno ter laično javnost in speljali spremembe osnovnega zdravstvenega varstva, ki bi lahko v prihodnosti imele katastrofalne posledice na zdravje ljudi, kratkoročno pa bi pomenile veliko politično zmago.

■ 80. člen Zakona o izvajanju zdravstvene dejavnosti določa specialiste, ki so zadolženi za obravnavo žensk, otrok in mladostnikov. Slovenija je tudi podpisnica Konvencije o otrokovih pravicah in ne nazadnje Ustava Republike Slovenije določa raven in obseg pravic, ki jih imajo naši državljani. Predlagana vsebina zdravstvene reforme ni v skladu z obstoječimi dokumenti, kar nas vodi v to, da bomo z vsebino naših strokovnih stališč seznanili vse odgovorne forume in organizacije v Sloveniji, Evropi in svetu. Opozorili jih bomo na namene vlade oziroma zdravstvene politike, ki omejuje, krči in zmanjšuje raven ter kakovost zdravstvenega varstva najbolj občutljivi skupini prebivalstva, kot so ženske, otroci in mladina.

■ Ugledna evropska združenja priporočajo in svetujejo vsem vladam evropskih držav, da uvedejo v svojih zdravstvenih sistemih možnost, da otrok in mladostnik dobita neposredni stik s pediatrom (14. kongres Evropskega združenja specialistov ambulantne pediatrije - Milano, 2003). Ni res, kot trdijo predlagatelji reforme, da je družinski zdravnik edini model osnovnega zdravstva v Evropi. Tudi za evropske države velja, da obstajajo različni modeli in so z njimi vsi bolj ali manj zadovoljni, noben pa ni tako univerzalen, da bi ga lahko enostavno proglasili za vzgled vsem ostalim državam.

- Maribor, 23. september 2003

november 2003 • ISIS

Zdravstvena reforma in zdravniki v primežu predvolilnega časa

Davorin Dajčman

Reforma zdravstvenega sistema neke države je predvsem spreminjanje odnosa med pacientom in delavci zdravstvenih zavodov, ki skušajo zadovoljiti pacientove zahteve po zdravju. V širšem smislu gre za odnos med zdravstvenimi delavci in vsemi državljani ter tako za najširše možno vzpostavljeno razmerje med dvema medsebojno odvisnima skupinama družbe. Subjekta stopata v odnos enosmerno, v katerem obojeli državljani iščejo pomoč, zdravstveni delavci jim nudijo s svojimi sredstvi iskano pomoč. Grobo rečeno, gre za navidežno tržno razmerje, ki se od klasičnih tržnih odnosov razlikuje v samem temelju, saj je sistem organizacije in plačevanja nujenja zdravstvene pomoči v primeru zdravstvenega sistema podružbljen oziroma podržavljen, za katerega ni in ne more biti značilno zgolj "več daš, več dobiš". Vsaka moderna država mora strmeti k izboljševanju tega odnosa, saj kot ključni dejavnik na ta način skrbi za zdravje svojih državljanov. S tega stališča lahko zdravstveni delavci pozdravljamo namen pristojnega ministrstva, da poskuša izboljšati razmere v zdravstvu in odpraviti ključne šibkosti. Vendar smo zdravniki upravičeni do tehtnih in zrelih razprav znotraj strokovnih forumov, medtem ko državljani do zrele in splošne razprave v državnih organih. Kakšen učinek imajo trendne oddaje s soočenjem na nasprotnih bregovih zasidranih državnih akterjev reforme na eni strani in obeh skupin udeleženih v medsebojnem odnosu na drugi strani, verjetno ne rabim posebej komentirati. Ko nas, zdravnike, nekateri ekonomisti, ki so sodelovali v razvoju reforme, javno označijo kot najmočnejši lobi v državi Sloveniji, pa je kriza med državo in zdravniki verjetno na višku. Spomnimo se, da so lobiji skupine ljudi, ki z različnimi sredstvi iščejo mehanizme za izboljšanje svojega gmotnega in političnega položaja, medtem ko zdravniki v javnih razpravah o zdravstvenem sistemu želimo isto kot država, in sicer izboljšati pogoje zdravljenja državljanov Slovenije oziroma pacientov in ne nas zdravnikov. Če smo se v preteklosti odločili za izboljšanje svojih pravic pri delu in pravičnejše vrednotenje svojega dela, še ne pomeni, da smo državi nevaren lobi, z namenom vsiljevanja svoje resnice, ki bi lahko ogrozila "socialno pravičnejšo" zdravstveno reformo. V tem kontekstu smo pravzaprav dolžni bližje spoznati pričujočo belo knjigo, kajti interesna ali kar politična subjektivizacija mnenj o reformi iz medijev in iz ust različnih odgovornih je strahotno nerazumljiva, celo zavajajoča. Tako sem se tudi sam podal na dokaj zahtevno pot skozi zajetno vsebino bele knjige gospoda ministra. Ne bom se spuščal v njen opis, saj si jo lahko vsak ogleda sam. Duh, ki se dvigne iz njene vsebine, je slikovito opisan že v uvodu!

Iz poglavja Reformi na pot: "Slovenska zdravstvena reforma, ki je pred nami, ni plod kompromisov, je plod znanja, izkušenosti, zmoglosti, vizij in želje, da bi bile stvari boljše. Za vsakega posameznika in za nas vse skupaj. Pred očmi ima človeka, državljana, uporabnika zdravstvenih storitev, bolnika. Zanj je bila napisana. Zato, da bo zdravstveni sistem bolj dostopen, kakovosten in pra-

vičen... Reforma bo zagotovila, da bodo tisti, ki zdravstveno varstvo potrebujejo, lažje prišli do njega, vzpostavila bo prave vzpodbude za povečanje kakovosti zdravstvenih storitev, zagotovila bo pravičnejše zbiranje sredstev in njihovo razporejanje med izvajalce po potrebah državljanov, vzpodbudila bo pošteno strokovno in poslovno tekmovalnost in učinkovitost in zagotovila podporo področjem javnega zdravja, tako da se skrb za zdravje ne bo začela šele z nastopom bolezni, temveč bo cilj podaljševanje življenja brez bolezni. To pa je temeljni pogoj za življenje v blagostanju."

Ali lahko kot državljani ob tem sploh kaj dodamo. Ali ne želimo zdravniki enako? Ritmičnost socialno vzpodbudnih misli spominja na preživete čase. Kot zmeraj, ob pozitivnih čustvih polnih mislih se običajno vsi strinjamo, toda...

Najnovejši intelektualni spopadi med različnimi pogledi na pričujočo zdravstveno reformo so v svojem jedru prav prozorno politični, še posebej, če poznamo preteklost posameznih razpravljalcev. Razprava v državnem zboru je obarvana s političnimi razmerji in odvisna od pozicijskih ali opozicijskih interesov, javnomnenjske oddaje žal potrjujejo podobno. Tako "pro" kot "contra" tabor imata svoje strokovnjake, ki razmišljajo o istem problemu, drug drugemu pa javno očitajo napake ali nerazumevanje. Povsem jasno postane, da predhodno ni bilo širše strokovne in analitične razprave, kajti tako bi lahko nekateri spregledali in morda priznali svojo zmotu, drugi pa bolje razumeli namen posameznih sprememb. Ker sem tudi sam negotov do prihajajočih sprememb, sem se odločil za pogled v njihovo drobovje. Še danes lahko priznam, da si nisem mogel oblikovati povsem jasne slike o tem, kar nas lahko doleti. Jasno je, da zdravstveni sistem in njegova organiziranost postajata pomembna točka različnih političnih programov, saj kot državni (beri javni) sistem vključuje vse ljudi oziroma volivce. Reforma temeljno spreminja odnos državljana do zdravstvenega sistema in mu s svojo socializacijo vliva več upanja. Bojim se, da bodo že tako zahtevni pacienti, pričakovali od nas še več. Vendar v pričujoči reformi ne vidim kadra in sredstev za izpolnitev njihovih zahtev. Poleg tega se reforma ne dotika konkretnih pomanjkljivosti, ki jih zdravstveni sistem tudi s korenito spremenjenim sistemom financiranja ne bo mogel spremeniti. V mislim imam število opravljenih ur in storitev oziroma zmogljivost delavcev in delovnih sredstev v odnosu do zahtev državljanov. Reforma nam ne prinaša novih idej v reševanju problema razvrščanja pacientov glede na nujnost zdravljenja, tako bo naš konflikt z državljani oziroma pacienti o vrstnem redu njihovega zdravljenja ostal nespremenjen. Pacienti bodo postali še zahtevnejši, saj se bodo povečale njihove načelne socialne pravice. Kot kaže bodo razprave o zdravstvu zorele z dozorevanjem političnih razmerij v Sloveniji, čemur se bodo morale prilagoditi tudi stanovske organizacije in stroka. Je sploh lahko drugače? Presodite sami! ■

Bela knjiga - zasebno zdravstvo odveč?

Marko Demšar

Zdravnika z več desetletnim delovnim stažem, v katerem je doživel kar nekaj "stabilizacij" v zdravstvu, niti najava, niti izdaja bele knjige ne preseneča ali pretresa; in to kljub temu, da je njena vsebina najavljena kot korenita zdravstvena reforma. Da so se in se še dogajanja prilagajajo potrebam ali spremembam, je razumljivo, in prav tako, da je na daljše obdobje potreben temeljitejši poseg.

Že davno je prof. dr. Draško Vilfan prvi v nekaj nadaljevanjih dnevnega časopisa odprl razpravljanje o zdravstvu in od takrat tovrstna tematika ni zaobšla nikogar, ki so mu razmere na tem področju vredne pozornosti. Sledili smo željam po dobrem, varnem, prijaznem in učinkovitem sistemu, pa so tehtne misli nemalokrat ostale le zapisane, "mogočna ladja zdravstva" je stežka sledila tudi majhnim zasukom krmila.

Kakšna bo usoda bele knjige? Čeprav je pripravljena kot osnutek, dajejo dosedanja razmišljanja o njeni vsebini (F. Cukjati, D. Petrič, M. Toth, da izpostavim samo nekatere, ki jih ne gre prezreti) slutiti o vrzelih, ki so v njej in napovedujejo potrebo po boljših rešitvah, kot se nudijo sedaj.

Karkoli bo na koncu zapisano v njej, bo ostalo večini Slovencev neznano ali nerazumljivo. Pomembno je le, kaj bo zaradi nje drugače in boljše. Vsaki spremembi ni potrebno prilepiti oznake "reforma" in ker v nadaljevanju zapisanih misli ne ocenjujem tako, me je skoraj popolna odsotnost umestitve kakovostnejše obravnave zasebnega dela napeljala k sledečim pripombam.

1. Socialna pravičnost in dostopnost do zdravstvenih storitev se z uvajanjem zasebnega dela nista zmanjšali. V nekaterih, z zdravstveno oskrbo deficitarnih krajih, sta se s podelitvami koncesij celo povečali. Študije in raziskave javnega mnenja so pokazale za 17,6 odstotkov večje zadovoljstvo pacientov pri zasebnih izvajalcih, raven storitev se je z zasebniki po mnenju zavarovancev izboljšala za 36 odstotkov. Izkoriščenost zmogljivosti pri zasebnikih je 120 odstotkov.

Predlog: Ministrstvo za zdravje naj jasno pove in utemelji, kje in kdo v osnovnem zdravstvu mora biti (ostati) državni uslužbenec. Vsem ostalim zaposlenim nosilcem osnovnega zdravstva, ki zaprosijo za podelitev koncesije, izpolnjujejo strokovne in druge pogoje za zasebno dejavnost, so pripravljeni svoje dotedanje delo nadaljevati in prevzeti vse obveznosti ter odgovornosti, ki izhajajo iz koncesijske pogodbe in pogodbe z ZZZS, naj se podeli koncesija.

2. Za razliko od države, ki v različnih oblikah vlaga proračunska sredstva v zdravstvene institucije, mora zasebnik to storiti sam. S tem razbremenjuje proračune (investicije v prostore, njihovo vzdrževanje) in z nakupom sodobne opreme dviga kakovost zdravstvene oskrbe. Zdravstvena zakonodaja določa enakopraven položaj vseh izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki tu ni uveljavljen.

Predlog: Zagotoviti enakomerna vlaganja v dejavnost državnih in zasebnih izvajalcev.

3. Odkar ima zasebno delo v zdravstvu svojo zakonsko podlago, ni nobenega razloga za delo "na črno". Vendar se kažeta dve obliki zasebnega dela. Na eni strani je zasebnik, ki ima koncesijo ali pa dela brez nje, prevzema nase vsa ekonomska, pravna in druga tveganja, na drugi strani pa je "zasebnik", ki ima svojo socialno varnost zagotovljeno v državni službi in iz nje le v popoldanskem času deluje kot honorarni delavec bodisi v svoji lastni režiji bodisi sodelavec drugega zasebnika. Govorimo predvsem o specialistih, pri katerih je samoplačniški pregled lahko vstopnica za hitrejši dostop do zahtevnejšega posega v državni instituciji. (To je verjetno edina oblika korupcije v zasebnem zdravstvu, ki z njo ni obremenjeno). Potrebno je postaviti jasna pravila igre. Zdravniku, ki je državni uslužbenec, morajo biti odprta vsa pota strokovnega in akademskega napredovanja (asistent, docent, profesor, zdravstveni svetnik, višji zdravstveni svetnik, akademik) in dane možnosti raziskovalnega dela (večinoma tudi ni neplačano), zasebnemu delu v kakršni koli obliki pa bi se moral odreči. To bi bilo lojalno do delodajalca (države), ki bi imel vse umske potencialne takšnih intelektualcev na razpolago, v skladu s prizadevanji zdravniškega sindikata Fides, ki je manjšo časovno obremenitev zdravnikov imel tudi kot svojo stavkovno zahtevo. V prizadevanjih za ustrezno nagrajevanje zdravnikov je bila dosežena izenačitev plač s sodniškimi. Ker pri slednjih ni izvedljivo, da bi sodnik Vrhovnega sodišča popoldne uradoval pri kolegu-odvetniku, bi moralo biti enako nedopustno, da bi npr. predstojnik klinike ali instituta zaposloval sebe kot "zasebnika".

Predlog: Država mora s konkurenčno klavzulo jasno izraziti svoj pogled na prepletanja dela v državnih in zasebnih zdravstvenih institucijah.

4. Sedanja zakonska določila o enakopravnosti vseh izvajalcev naj bi veljala tudi za plačilo opravljenega dela. Kakšni so bili "obvozi", da se to ni spoštovalo, ne vem. Zelo natančno pa vem, da je ZZZV Slovenije ambulantni specialistični pregled, opravljen pri zasebniku, plačal po vrednosti točke 468,26 tolarjev, UKC pa je imel za enako preiskavo priznано vrednost točke 1109,89 tolarjev (podatek september 2003). Zasebnik lahko ohranja svojo dejavnost na strokovni višini le z veliko finančno disciplino, z dnevnim obvladovanjem stroškov, ki jih mora poznati do zadnje podrobnosti. Za posodabljanje opreme mora zbrati dovolj sredstev in se pri nakupu obnašati skrajno racionalno. Tu ni razmetavanja tujega (državnega) denarja, ni posrednikov s provizijami. Vsak tolar, ki gre za investicije, je trdo prislužen.

Predlog: Razlik v plačevanju zdravstvenih storitev med izvajalci ne sme biti. V kolikor do njih prihaja, morajo biti javno utemeljene.

5. Bela knjiga na strani 207 podaja predlog vzpodbujanja notranjega podjetništva v državnih zdravstvenih ustanovah. Uvedba svobodnih zdravnikov specialistov ne spada v to področje, ker v svojem temelju predstavlja prehod specialista med prave zasebnike. Dodatni tržni programi, vsaj za vrhunske ustanove, pomenijo

nevarnost, da bi osnovna funkcija institucije (obravnavna zapletenih bolezenskih stanj, skrb za medicinsko doktrino, itd.) postala nezanimiva, ker jo finančno tako ali tako pokriva država. Ta naj svojim vrhunskih strokovnjakom zagotovi ustrezen materialni položaj, namesto da jih pošilja v boj vsakega z vsakim za svoj delež v "tržnem programu". Dovolj bodo imeli dela s skrbjo za pravega bolnika, s pravočasnim pisanjem odpustnic po zaključku zdravljenja, s pedagoškim delom itd.

Predlog: Notranje podjetništvo ne sme biti vir dodatnega nagradjevanja v državnih zdravstvenih institucijah.

6. Da je država slab gospodar, je primerov dovolj. Njene nadzorne funkcije so največkrat le formalne in ne zagotavljajo preprečevanja škode. Kljub temu pa zdravstvo, kot sistem v zadnjem desetletju, ni doživelo niti približno toliko kritičnih stanj kot nekatere druge dejavnosti. Odpuščanja zaposlenih ni, "tržišče" je zagotovljeno in zahteva vedno več in več. Odpori na spremembe znotraj njega (delovni čas!) so učinkoviti, kakovost opravljenega dela daleč od realnih možnosti primerjave. Z vstopom zasebnega kapitala bi se znale razmere temeljito spremeniti. Odpadlo bi marsikatero "uradniško" ali vodstveno delovno mesto, realno stimulirano nagrajevanje bi bilo vzpodbuda za učinkovitost zdravniškega dela. Bolnikovim potrebam prilagojena organiziranost postaja samoumevna. (Primer: naročanje bolnikov na določeno

uro je bilo pri zasebnikih od samega začetka nujnost, ker nihče nima čakalnice za dvajset ljudi in več. V državnih ambulantah to postaja od bolnikov pričakovana ali zahtevana sprememba).

Bela knjiga se zasebništvu izogne v širokem loku in premalo upošteva njegove dobre strani. Ne pokaže ga kot upoštevanja vrednega (zasebnikov je že okrog 21 odstotkov). Če so imeli pri tem glavno besedo tuji svetovalci, bi bilo zanimivo vedeti, komu so hoteli biti dopadljivi (in koliko so nas stali!). Ekonomisti so nekoč znali zavrniti "dobronamerne" predloge finančnega strokovnjaka Saxa, in tudi med Slovenci je dovolj bistrih glav. Potrebno jim je zaupati, ne pa jih na vsak način onemogočiti. (Brez tistega, ki ga imam v mislih, je naše zavarovalništvo prav gotovo bolj siromašno!).

Predlog: Značilnosti zasebnitva v zdravstvu naj bodo opisane in postanejo sestavni del bele knjige. Delna privatizacija določenih državnih zdravstvenih ustanov naj bo možna in prevzame pomembno vlogo nadzora.

Kljub pomembnim ugotovitvam, ki se bodo zapisale v beli knjigi, naj se pred njo, ob njej in za njo ne pozablja na pacienta ter na njegove drobne potrebe, ki jim je mogoče zadostiti brez učenih analiz. Z njim se bomo namreč še vedno dnevno srečavali, z belo knjigo ali brez nje!

ZANIMIVO

Digitalna medicina

Programska oprema za vodenje medicinske dokumentacije

Peter Kadunc, Krištof Zevnik

Elektronsko arhiviranje podatkov v zadnjih letih nezadržno prodira tudi v medicinsko stroko. Nekaj podatkov v elektronski obliki že nastaja (npr. MRI, CT, itd.), ostali so za potrebe hitrega prenosa do lečečega zdravnika vneseni v računalnik (predvsem laboratorijski izvidi).

V Sloveniji za hranjenje tovrstne dokumentacije še ni ustrezne programske opreme, zato se podatki največkrat hranijo v tradicionalnih oblikah, to je na filmu, papirju itd. Lastnost takšnih arhivov je dolg dostopni čas, predvsem kadar je od vložitve do poizvedbe preteklo več let.

Elektronski arhiv je hitro dostopen, zanesljiv, podatki so zapisani v takšni obliki, da jih je mogoče v trenutku prenesti tja, kjer je potrebna po željeni informaciji.

Kljub dobrim lastnostim, se pri uvajanju elektronskih arhivov pojavljajo različna vprašanja glede njihove varnosti.

Pod varnostjo razumemo več različnih stvari:

- varnost pred nepooblaščenim dostopom,
- varnost pred izgubo podatkov ob nesrečah (prekinitev električnega toka, okvarah strojne opreme itd.),
- varnost pred spreminjanjem podatkov po vnosu.

Predvsem tretji vidik varnosti je v medicinskih programih redkost, medtem ko ga v računovodskih programih poznajo že dolgo časa.

Država je postavila osnovna merila za lastnosti programske opreme, ki hrani medicinsko dokumentacijo. Splošno vodenje zdravstvene dokumentacije ureja zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva in zakon o varstvu osebnih podatkov. Mnoge zahteve postavlja tudi zakon o elektronskem poslovanju.

V svetu so zahteve za programe z medicinsko dokumentacijo že dolgo znane. Vsak program za spremljanje in vodenje medicinske

dokumentacije mora ustrezati osnovnim zahtevam za varnost podatkov, ki jih hrani v svojem elektronskem arhivu. Varnost podatkov tudi določa, v kakšni meri moramo vzporedno voditi papirno dokumentacijo. Ob dobro premišljenem sistemu ter izvajanju vseh potrebnih preventivnih ukrepov pred izgubo in nepooblaščenim dostopom je elektronski zapis lahko edina oblika hranjenja dela ali celotne dokumentacije.

Zakaj torej medicinske dokumentacije ne hranimo v računalnikih?

K problemu verjetno precej prispeva javno mnenje, ki ni naklonjeno računalnikom. Še vedno obstaja strah pred računalniškimi navdušenci, t. i. hekerji, ki naj bi bili sposobni vdreti v vsako elektronsko zbirko in zlorabiti podatke.

Pri tem se je potrebno vprašati, kako je medicinska dokumentacija hranjena sedaj. Vsekakor obstajajo tudi sedaj teoretične možnosti, da se do občutljivih osebnih podatkov dokoplje nepooblaščen oseba. Vendar je ta možnost majhna in draga. Literatura o elektronski varnosti predpostavlja, da je uspešna tista stopnja zaščite, kjer stroški kraje podatkov presegajo dejansko vrednost. To načelo drži za tradicionalne in elektronske zbirke podatkov.

Na koncu naj omenimo nekaj osnovnih zahtev, ki jih mora izpolnjevati program za vodenje medicinske dokumentacije.

Upamo, da bo ta seznam odpravil vsaj nekaj pomislekov pri uvažanju elektronskih arhivov in spodbudil programerje k ustrezni programski opremini.

1. Zahteve za strojno opremo in navodila za namestitev programa.
2. Tiskana navodila za uporabo programa, ki morajo vsebovati podatke o vsebini posameznih modulov.
3. Prodajalec mora poskrbeti za ustrezna izobraževanje (seminarji, medmrežno izobraževanje, video izobraževanje itd.).
4. Odziv prodajalca v štiriindvajsetih urah po prijavi napake.
5. Organizirana podpora uporabnikom programa, ki je zagotovljena v prevladujočem delovnem terminu zdravnika.
6. Zagotovljena možnost tiskanja podatkov in izdelave varnostnih kopij.
7. Navodila za izdelavo varnostnih kopij.
8. Modularna zasnova programa, ki omogoča nakup po delih, prilagajanje sistema dejanskim potrebam in postopne nadgradnje.
9. V primeru menjave ali propada programske hiše mora biti zagotovljen dostop programerjem in osebu v uporabniški podpori, ki bo naprej oskrbovala program.

10. Proizvajalec mora uporabnike obveščati o stanju "hroščev", ali obstaja popravek, navodila za izogibanje napaki, bo napaka odpravljena v novejši različici, ali pa gre za omejitev programa.
11. Zagotovljene nadgradnje programa (preko medmrežja) z dodatnimi navodili.
12. Podpisana pogodba o dostopnosti sistema.
13. Zaščita pred nepooblaščenim vstopom z ustreznimi gesli (ali drugim načinom preverjanja identitete) na različnih ravneh programa.
14. Dodajanje, brisanje ali spreminjanje omogočeno z ustrezno zaščito in dostopom.
15. Avtomatska registracija vstopov v program.
16. Zapisovanje spreminjanja, dodajanja in brisanja podatkov z informacijo o osebi, ki je opravila spremembo, ter datumu spremembe.
17. Sistemi za odkrivanje in popravljanje napak (najbolj osnovni so zavračanje vnosa neveljavnih poštних števil, nesmiselnih laboratorijske vrednosti itd.).
18. Pregledna vizualna podoba v skladu z uveljavljenimi lastnostmi posameznih elementov (npr. desno orientirana številčna polja, levo orientirana črkovna polja).
19. Možnost dodatnih zaznamkov in opazanj (vzdevki, različna opozorila, itd.).
20. Vneseni podatki se morajo v realnem času zapisovati v bazo.
21. Preprečitev podvajanja podatkov v posameznih datotekah.
22. Sprememba kartona na eni delovni postaji mora biti (v realnem času) vidna na vseh delovnih postajah.
23. Možnost statističnih obdelav in izdelava različnih poročil.
24. Podatki morajo biti dostopni v obliki, ki omogoča izmenjavo podatkov z drugimi programi.
25. Možnost povezovanja programa v mrežo.
26. Komunikacija preko medmrežja.
27. Beleženje komunikacije preko različnih medijev (diskete, CD-ji, mreža, itd.). ■

Viri:

Shortliffe, E. H., Perreault, L. E. *Medical informatics : computer applications in health care*, Addison-Wesley Publishing Company, 1990

Description of basic features and optional features categories from ADA technical report 1004; 2000 ADA

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva /ZZPPZ/ (št. 052-04/97-1/3)

Zakon o varstvu osebnih podatkov (št. 210-01/89-3/20)

Zakon o elektronskem poslovanju in elektronskem podpisu (št. 043-03/00-2/1)

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

Nekdanja zdravniška dilema

Vida Košmelj Beravs

VIzidi, številka 5/XI, leto 2002, je prof. dr. Jože Trontelj razpravljal o problemih, s katerimi se srečujejo zdravniki kirurških strok v zvezi z operacijami Jehovih prič. Letos je izšla knjiga predavanj devetega spominskega srečanja na akademika Janeza Miličinskega: Medicinska etika - deontološka vprašanja pri delu zdravnika. Ob obsežni literaturi, ki je danes v pomoč zdravnikom pri razjasnjevanju težavnih forenzičnih problemov, sem se spomnila na nekaj primerov, ko sem bila kot mlada zdravnica postavljena pred izbiro ali upoštevati željo oziroma prošnjo pacientke ali mojo osebno odgovornost za njeno življenje. Danes je zelo veliko razglabljanj in osveščenosti pacientov o dolžnostih in odgovornostih zdravnika ter o njegovih pravicah. V tistih časih smo vedeli o določenih problemih malo ali celo nič. Zlasti dva primera v zvezi s transfuzijo krvi sta mi ostala v neizbrisnem spominu.

V zgodnji pomladi leta 1985 proti večeru je divje odzvanjal vežni bolnišnični zvonec. Sestre so tekle k vhodu. Mislile so, da je pred vrati ženska tik pred porodom. Na pragu je bila prislonjena na ograjo žena, ki je bila stara okrog 45 let, in je stala v mlaki krvi. (Reševalna postaja v Kranju je takrat imela samo dva rešilna avtomobila - veliki nerodni škatli predpotopne izdelave, menda neke donacije mednarodnega Rdečega križa. Prvotna kranjska porodnišnica, odprta 7. novembra 1995 v predvojni privatni enodružinski vili, je imela skupno z nekaj zasilnimi posteljami iz tedanjih primitivnih šotorov samo 36 postelj. Če so bile postelje zasedene, so morali reševalci nadaljevati vožnjo na Ginekološko kliniko v Ljubljano. Tega so se zelo otepali. Žene so odložili kar na pragu, pozvonili in izginili. V nabitih sobah ni bilo niti toliko prostora, da bi postavili nosila. Dogodilo se je celo, da smo odvečno pacientko položili na edini razmajani kavč dežurnega zdravnika ali sestre). Sestre so dvignile in prinesle nemočno krvavo ženo v ambulanto na preiskovalno mizo. Bila sem sama dežurna več kot štirinajst dni, specializantka in edina zdravnica v zavodu. V speculih sem odstranila iz vagine ogromno koagulov. Po odstranitvi le-teh, je zijalo pred očmi široko odprto maternično ustje s koaguli. Tudi te sem odstranila iz povečanega uterusa. Oba starejša kolega dr. Veter in dr. Rajner sta bila odsotna, krvavitev pa sem morala zaustaviti. Za telefonski klic na kliniko v Ljubljani ni bilo časa. Zaradi nemogočih zvez je včasih trajalo telefoniranje tudi do pol ure. Sama sem se morala odločiti. Ženo smo prenesli v operacijsko sobo, kjer sem ji hitro naredila abrazijo. Krvavitev je sicer prenehala, toda moj strah je naraščal. Tedaj še nismo imeli anesteziologa in je operater moral sam poleg operiranja nadzorovati še dežurno sestro, ki je dajala anestezijo na Schimmelburschevo masko s kapljanjem etra. Vse se je srečno končalo, le pacientka je bila smrtno bleđa. Prišla je brez napotnice. Zaradi šoka nismo imeli nobenih njenih podatkov, kaj šele anamneze. Uterotonikov tedaj še nismo poznali oziroma jih imeli. Udrli smo v kuhinjo, kjer je bil edini hladilnik v hiši. Pobrli smo led, kolikor ga je bilo. Vso noč smo ji menjali hladne obkladke. Dežurna sestra je sedela pri njej, jaz pa sem jo nenehno nadzorovala. Krvavitve ni bilo, pač pa je bila bolnica zelo nemirna. Zjutraj se je nekoliko umirila, dala podatke in delno anam-

nezo. Bila je popolnoma nemočna, tako da niti sedeti ni mogla. Določili smo ji krvno skupino in Hb. Slednji je pokazal 4,2 g %. Dvakrat smo ga ji izmerili, ker nisem mogla razumeti, da pacient pri takšni "višini" še živi. Po posvetu z Ginekološko kliniko in Transfuzijo sem naročila tri steklenice krvi. Vsa vesela sem prišla ženi sporočiti, da bo dobila kri. V majhni sobi, kjer je ležala, je bilo sedem postelj, od teh dve zasilni. Žena je pričela divje jokati. Ostale bolnice in jaz smo jo začudeno gledale, čemu joče. Čimbolj sem jo tolažila in ji razlagala, da je kri edina možnost za preživetje, je neutolažljivo jokala. Zmedena sem odšla iz sobe in premišljevala, kaj sem naredila narobe oziroma s čim sem jo prizadela. Čez nekaj časa je prišla za menoj sestra, ki jo je pazila. Bolnica ji je potihoma zaupala, da je Jehova priča. Tudi to mi ni moglo ničesar razjasniti. Po ponovnem klicu na Transfuzijo so mi pojasnili, da Jehovci zavračajo vsakršno tujo kri, ker verujejo, da z njo pride duša darovalca v njihovo telo in temu sledi po smrti večno pogubljenje. Nato sem ženi predlagala, da jo premestimo na Ginekološko kliniko v Ljubljano. Bolnica se je kljub nemoči silovito uprla premestitvi. Tedaj in tudi vsa leta kasneje je bilo znano med bolnicami, da tiste, ki so premeščene na Kliniko ali Onkologijo, imajo raka, ki je težko ozdravljiv. Kljub ponovnemu prepričevanju, da je pri njej vzrok izkrvavitev, ni pomagalo. Rajši podpiše in gre takoj domov. Torej je ostala pri nas. V tem času smo jo zelo hranili z beljakovinsko hrano in železovimi preparati. V bolnišnici je ležala skoraj mesec dni, da je Hb narastel na 8 g %. Hematokrita tedaj še nismo delali. Po skoraj dveh tednih je prišel tudi histološki izvid prof. Hribarja: Hyperplasia glan. endometrii, kar me je vsaj nekoliko potolažilo.

Razburjala me je skrivnostnost okoli Jehove vere. Iskala sem literaturo o njej, ki je, razen njihovega glasila, ni bilo. Zaradi preganjanja te vere, so pripadniki skrivali svoje prepričanje. Odkrili so jo šele po potrebi v bolnišnicah in v vojski. Mladenci niso smeli prevzeti orožja in s tem služiti vojaški rok. Raje so trpeli kot kaznjenci do dveh let v zaporu. Bolj sem bila kasneje pozorna, ko so se žene v primeru krvavitve oziroma predlaganih operacij pričele obotavljati z vprašanji o morebitni transfuziji. Naravnost sem jih nato vprašala, kateri veri pripadajo. Ker se je že razvedelo, da jih ne ovajam, so mi zaupale.

Drugi primer, ki ga tudi ne bom pozabila, se je zgodil v novi stavbi bolnišnice v sedemdesetih letih preteklega stoletja. Dalj časa je prihajala v ginekološko ambulanto mlajša žena zaradi osnovne sterilnosti. Naredili smo ji vse preiskave, ki smo jih tedaj znali, vključno s pregledom moža. Vse je bilo bp, nikjer znakov kakršnegakoli obolenja. Ko sem ji po dveh letih predlagala nadaljnje zdravljenje sterilnosti v Ljubljani, je odločno odklonila, češ da se zanese na naš zavod, da je doma v okolici Kranja in nam povsem zaupa. Če ne bo otrok, jih pač ne bo! Po nekaj letih so se pričele krvavitve, najprej manjše, dolgo trajajoče, nato krajše, močnejše. Dvakrat je bila narejena abrazija z istim histološkim izvidom kot v prvem primeru. Razlika je bila le v tem, da je bila žena premlada za pre-menopavzo. Končno je pričel rasti uterus in za žensko pest velika cista desnega ovarija.

Ker je bila potrebna vsaj diagnostična probatorna laparatomija, sem ji ponovno predlagala nadaljnje zdravljenje na Ginekološki kliniki. (Laparoskopa ali UZ še nismo imeli). Predlog je ponovno odklonila. Pojasnila sem ji pregled trebušne votline oziroma možno nadaljnjo operacijo. Ko me je vprašala, če bo potrebna transfuzija, sem pritrčila. Ker se je pričela obotavljati, sem jo naravnost vprašala, da ni mogoče Jehova priča. Po premolku mi je potrdila in prosila, če se lahko pogovorim z njenim možem. Ta me je vprašal, če se dobijo kakšni nadomestki za kri, ki jih pri nas nimamo ali ne poznamo. Vseeno je, če so tudi iz Amerike, da jih bodo poizkusili dobiti. Moža sem povezala z našim anesteziologom dr. Ažmanom, ki je do takrat preštudiral vso možno literaturo in napisal nekaj preparatov, ki bi morebiti prišli v poštev. Ni minilo štirinajst dni, ko me je obiskal pacientkin mož. Prinesel je ogromno škatlo s steklenicami preparatov, ki jih je napisal anesteziolog. Poleg so bili moderni infuzijski sistemi, ki so bili v Evropi neznani. Zraven je bilo priloženo izčrpno pojasnilo. Ker je bilo zdravljen za precej operativnih posegov, sem ga vprašala, če naj mu preostalo vrnemo. Odvrnil je, naj drugo ostane zavodu, ki mu je hvaležen za zdravljenje žene. Dr. Ažman je bil navdušen nad nepričakovanim darilom. Večkrat me je vprašal, če imam "na zalogi" še kakšno takšno pacientko. Ker med operacijo krvavitve skoraj ni bilo, nismo porabili niti enega od podarjenih zdravil. Odstraniti je bilo potrebno povečan zadebeljen uterus z desnimi adneksi. Levega smo pustili, ker je bil bp.

Kasneje sem izvedela, da je bil pacientkin ljubeznivi mož jehovski škof in je po svojih zvezah takoj dobil paket iz Amerike z vsemi izvoznimi oziroma uvoznimi dovoljenji. Vse kasneje znane jehov-

ske pacientke so imele v glavnem nižjo izobrazbo, bile pa so izredno prijetne, razumevajoče in hvaležne. Med jehovci se je hitro razširil glas, da je naša bolnišnica do njih zelo tolerantna in jih ne ovajamo. V okolici Kranja je bilo tedaj veliko pripadnikov te vere in nam takšnih pacientk ni primanjkovalo nikoli.

Lansko leto me je ustavil pred hišo urejen moški srednjih let. V rokah je imel literaturo, ki jo sedaj poznam, Stražni stolp. Govorica ga je izdajala za Neslovenca. Povedal mi je, da je Bosanec, službeno v Kranju. Ponujene literature nisem hotela vzeti. Zapletla sva se v pogovor, da kot zdravnica ne odobravam transfuzije. Pričel mi je razlagati njihovo vero in me je kot intelektualec želel pridobiti zanj. Končno me je vprašal, če mi lahko pošlje njihovo literaturo, kar zadeva transfuzije. Res sem v kratkem dobila zajeten paket knjižic v angleščini in nekaj v zelo lepi slovenščini. Poudarek je na tem, da vsaka Jehova priča vedno nosi s seboj kartico z napisom Medicinski dokument! Ta se vsako leto obnovi, podpisan pa je njen nosilec in dve priči, običajno najbližja sorodnika. V knjižicah navajajo več ameriških medicinskih fakultet z imeni zdravnikov internistov, anesteziologov in kirurgov, ki ne priporočajo transfuzij in jih opozarjajo pred nevarnostmi in tveganju le-teh.

Priporočajo, da se zdravniki in bolnišnice strinjajo s podpisom priloženega obrazca, ki ga prinese s seboj pacient in z njegovimi načeli. To je opozorilo zdravniku, da odklanjajo krvne produkte, s katerimi naj bi bili zdravniki obvarovani vseh pravnih in etičnih posledic. Od evropskih bolnišnic je kot zgleden primer omenjena samo bolnišnica v Freiburgu, ki ima na sprejemnem obrazcu prostor, v katerega zdravnik lahko vpiše določene informacije in opazke. ■

Moje izkušnje pri urednikovanju

Razmišljanja o internem glasilu Kliničnega centra (ki ga ni)

Pavle Kornhauser

Sodelovanje v tisku me je privlačilo še iz časov, ko sem bil v uredništvu strokovnega študentskega časopisa Medicinar. Obenem sem pisal tudi za študentski tednik, predvsem glasbene kritike. Spominjam se, da so mi objavili daljša razmišljanja z naslovom: Idejnost v glasbi. "Razživel" sem se šele, ko sem kot mlad zdravnik prepričal odgovorne v tovarni zdravil LEK, da bi izdajali medicinsko revijo, tako kot sta bila npr. Triangel švicarskega Sandoza, ali Saopćenja zagrebske Plive. Imenoval sem jo Pro medico (tako kot pozneje, brez večje fantazije, našo glasbeno komorno skupino), ki je za avtorje prispevkov zaprosila vodilne klinične zdravnike, farmakologe in zgodovinarje medicine iz bivše države. Vsaka številka je bila monotematska. Grafično je bila glede oblikovanja, kakovosti papirja in barvnega tiska lahko za vzor, ne le za medicinske publikacije v bivši državi. Naklada je bila "sanjska", in sicer 25000 v srbsčini ali hrvaščini (glede na narodnost avtorja), 5000 v slovenščini. V takratni Triglavski tiskarni (bila je v vogalni stavbi v Dalmatinovi ulici) so

me osnove grafične umetnosti učili stavci, ki so še ulivali svinčene črke in so odlično obvladali zakonitosti tiska. (Računalniške strokovnjake, ki oblikujejo časopise danes, šolsko tega žal nihče več ne uči!). Za sodelavca sem pridobil dr. Rudija Pavlina (pozneje predstojnika Inštituta za patofiziologijo Medicinske fakultete), ki mi je še danes, po petdesetih letih, odličen svetovalec glede lepega slovenskega jezika in pri strokovnih dvomih. Revija je bila po nekajletnem izhajanju leta 1971 ukinjena, v času po padcu Kavčičeve vlade, ker so nekateri v lokalnem partijskem komiteju ocenili, da smo ideološko zgrešili pot, ker smo v uvodniku objavili podobe iz makedonskih samostanov, čeprav zaradi medicinske vsebine. (Obenem je romalo na odpad 30000 Lekovih koledarjev s kužnimi znamenji!) Urejeval sem še naprej Lekove občasne novice Iz prakse za prakso. Skupnost zdravstvenih zavodov me je povabila, da posodobim in vodim njihovo glasilo Novis, kar sem tudi za nekaj let prevzel, dokler ta naloga ni postala rutinska in brez izzivov. Petindvajset let, do upokoji-

tve, pa sem, čeprav pediater, urejeval Zbornike podiplomskih predavanj kirurgije, ki so bili namenjeni predvsem zdravnikom družinske medicine. Za številne mlade kirurge je bilo sodelovanje, tako za predavatelje kot za pisanje prispevkov, odlična šola, zlasti, ker je lektorstvo od vsega začetka prevzel profesor Pavlin. Od avtorjev smo terjali preprost, razumljiv jezik, dosledno domače strokovne izraze, brez navajanja tujega slovstva, saj v zborniku nismo objavljali znanstvenih člankov. Na "okroglih mizah" smo interdisciplinarno predstavili kakšno kirurško področje. Z uvodnim razmišljanjem je vedno sodeloval zdravnik splošne medicine.

Počaščen sem bil z vabilom prvega ministra za znanost v slovenski vladi, profesorja Petra Tanciga, da naj bi oblikoval in vodil revijo ministrstva Raziskovalec. Pridobil sem za avtorje naše vodilne znanstvenike, ki so pisali ne samo o lastnem ožjem področju raziskovanja, temveč tudi o sebi, o razvoju inštituta, kjer delajo, o pomenu sodelovanja v znanosti doma in v tujini. Revija je uspešno izpolnila vrzel na tem področju naše publicistične dejavnosti, dokler naslednji minister, očitno ni bil več zadovoljen z mojim uredniškim delom in vizijo ter je terjal, da usmerim prispevke v "znanstveno politiko". Tega nisem hotel in tudi ne zmoget, zato sem se zahvalil ministrstvu za dosedanje zaupanje. Naj še priпомним, da je časopis pod novim urednikom kmalu nehal izhajati. Sedaj, že več kot desetletje, sourejam slovensko izdajo Glasnik Unesco. Revija je obogatena s prispevki domačih avtorjev, vodilnih politikov, umetnikov in znanstvenikov.

V ta bežni pregled moje publicistične dejavnosti nisem zajel uredniškovanja pri številnih strokovnih objavah, zlasti s področja pediatrije in intenzivne medicine. Prav tako ne navajam objave ter oceno pomena sodelovanja v dnevnem in revijalnem tisku, kar je za zdravnike zelo hvaležna naloga. Morda drugič, če me bo uredništvo Izide spodbudilo naj nadaljujem s svojimi razmišljanji!

Upam, da pričujoče navajanje mojih izkušenj s področja publicistične dejavnosti, ki naj bi pojasnile, zakaj sem se lotil teme o internem glasilu Kliničnega centra, ne bo zmanjšalo pozornosti bralca, ki bo nadaljeval branje. Zgodilo se je, da mi je spomladi leta 1989 profesorica Andreja Kocijancič, ki je bila takrat namestnica direktorja Kliničnega centra, ponudila, naj prevzamem naloge glavnega urednika Biltena, internega časopisa naše osrednje bolnišnice, ki je izhajal redno vsak mesec. Glasilo je imelo praviloma obseg 16 strani in je prinašalo uradne novice, predvsem iz življenja klinik in inštitutov, kadrovske spremembe in nove pridobitve, gradbene ter v opremi. Nekaj prostora je bilo dodeljeno dopisom bralcev in tudi literarnim poskusom zaposlenih. Pogosto so vodilni delavci pojasnjevali stališča o razvoju zavoda. Grafično je bil časopis sprva bolj neugleden, tiskan na slabšem papirju in s slabimi reprodukcijami slik in fotografij. Bilten je osnoval že leta 1968 legendarni, resnično prvi direktor Kliničnega centra, Janez Zemljarič, ko ga je vlada "kazensko" postavila na ta položaj, ko so zdravniki in medicinske sestre, ker več kot dva meseca ni bilo plač, iz protesta za nekaj ur zaprli Zaloško cesto. V uredništvu sta poklicno skoraj od vsega začetka delovali zelo požrtvovalno in uspešno viš. med. sestra Mara Hostnik ter Smilja Juras, sicer občasno med se-



boj sprti, kar pa sem hitro uredil z delitvijo nalog. Vodstvo Kliničnega centra se ni vtikalo v vsebinske in grafične spremembe glasila. Ko sem prevzel uredništvo, smo kmalu podvojili številu strani, tiskan je bil odslej na kakovostnejšem papirju in tudi, glede na vsebino prispevka, z barvnimi slikami.

Kritično smo obravnavali ne le finančno stanje (kdaj bolnišnica nima izgube?), temveč tudi kakovost sožitja in sodelovanja med delavci zavoda, organizacijo družbene skrbi za zaposlene, zlasti stanovanjske politike, družbene prehrane ipd. V Kliničnem centru je danes to področje že desetletje popolnoma zanemarjeno, odrinjeno na stranski tir, saj naj bi to bile pridobitve "realsocialističnega sistema". Kakšna zmota! V zadnjem času večkrat beremo izjave vodilnih v našem zdravstvu, da je lahko "le zadovoljen zdravnik dober zdravnik do svojega bolnika".

Za primer naj navedem, da sem med ogledom osrednje bolnišnice v Gradcu in v Trstu (v novi bolnišnici na hribu nad mestom), poiskal podatke o prehrani zaposlenih. Avstrijo, zlasti Italijo, ocenjujemo za državi, kjer je v ekonomskem sistemu v ospredju goli profit. Presenetilo me je, da v Italiji država predpisuje, od Sicilije do Trsta, število kalorij in kakovost hrane, ki jo dobijo po predpisani subvencionirani ceni zaposleni v bolnišnicah. Tudi v Gradcu bolnišnica subvencionira topli obrok po maksimirani ceni. O tem sem napisal obširni prispevek za Bilten. Pri nas v Kliničnem centru (KC) je prevzel "menzo" zasebnik (s tem je vodstvo javno lahko pokazalo, koliko manj zaposlenih ima, kar zlasti velja npr. za ukinitve pralnice!), njegova skrb seveda ni, kako si bodo zagotovili prehrano med delom ljudje z nizkimi osebnimi dohodki. Ali je lačen delavec varen v delovnem procesu v bolnišnici? Na to retorično vprašanje mi ne bosta odgovorila ne vodstvo ne Svet zavoda. Očitno so v Kliničnem centru tudi sindikati zaposleni le s tarifnimi pogodbami in so žal pozabili na vsa druga področja skrbi za zaposlene.

V obnovljenem razširjenem internem časopisu KC (ohranilo se je ime Bilten) smo začeli, v vsaki številki, s predstavitev ene od slovenskih bolnišnic, s tem smo želeli poudariti povezanost KC z regionalnimi bolnišnicami. Še ko sem opravljal naloge medicinskega direktorja KC (v času odličnega direktorstva Franca Šifkoviča se je ta funkcija imenovala "namestnik", kar mi je bilo vedno tuje, saj administrativne vodilne naloge v bolnišnici bolje opravlja nezdravnik!), sem želel obiskati in spoznati ne le vse klinične oddelke KC, temveč tudi regionalne bolnišnice. Vodstva bolnišnic so z zadovoljstvom sodelovala v časopisu KC. Osebnosti so pri tem nenadomestljivi! V rubriki, ki smo jo imenovali "Črna pika", so nam bralci pisali o pomanjkljivostih na oddelkih v KC, o nedosledni organizaciji, pa tudi o neustreznem odnosu do bolnika. Spodbudili smo medicinske sestre, da so pisale o novih pristopih v organizaciji sestrskes službe, o kadrovskih težavah, o "stopenjski negi" in o novih pridobitvah na tem področju.

Konec leta 1991 sem se upokojil in zapustil klinični oddelek, ki sem ga ustvaril s svojimi sodelavci, znan tudi v tujini kot "ljublanski model otroške kirurgije". Obenem, ne da bi dobil kakšno pisno obvestilo, je usahnilo tudi moje uredniškovanje, saj je novo vodstvo KC

interni časopis ukinilo. Še danes se sprašujem (ne le jaz!), zakaj se je to zgodilo? Saj "politično" časopis ni bil usmerjen ne na "levo", ne na "desno", političnih člankov nismo objavljali. Morda iz finančnih razlogov? Če upoštevamo letni proračun KC, je izdatek za Bilten zane-marljiv. Prav v obdobju "tranzicije" bi lahko časopis imel pomembno vlogo v seznanjanju novih organizacijskih ukrepov. Po nekajletnem molku je sicer začelo izhajati neko interno glasilo, urejevanje je prevzela agencija PRISTOP. Ko sem vprašal novo urednico, koliko se spozna na zdravstvo in na razmere v KC, mi je od-kritosrčno izjavila, da bolnišnic "od znotraj" še ni videla. Poskus se je izjalovil in ponovno je bil KC nekaj let brez kakršnegakoli interne-glasila. Sedaj izhaja nek novi Bilten, skromen po vsebini in vi-dezu, ne prinaša ničesar iz življenja in razvoja naše osrednje bolniš-nice, le izvlečke iz dnevnega tiska s področja zdravstva. Za povprečno razgledanega bralca dnevnika DELO že znano. Kakšen namen ima ob sicer zastarelih dnevnih novicah še objavljane aforizmov, četudi niso v povezavi z zdravstvom, nam lahko pojasni le urednica.

Butalsko se mi zdi prastrah nekaterih vodilnih, da bi z internim glasilom obujali Kardeljevo samoupravljanje. V zadnjem času se množijo objave v ekonomskem strokovnem tisku, s tega področja je narejenih pri nas tudi več diplomskih in magistrskih nalog, kako po-membno je "interno komuniciranje" za uspešnost poslovanja pod-jetij, za gojitev pristnih medsebojnih odnosov med zaposlenimi, za odnose partnerstva z zaposlenimi. Tako Z. Jancič v prispevku v me-sečniku Industrijska demokracija, 8/1998, analizira odnos vodstva uspešnih slovenskih podjetij do "internomarketinških" ukrepov. V anketi vprašani visoko ocenjujejo pomen internega glasila, čeprav manj, kot so se v podobni anketi izrekli leta 1988. V istem časopisu (2-3/2000) Mojca Černigoj poudarja, da so "hišni" časopisi najhva-ležnejša orodja komuniciranja z in med zaposlenimi. Zadovoljstvo zaposlenih je pogojeno tudi z obveščenostjo o dogajanju v njihovi organizaciji. Obveščenost spodbuja kreativnost in pripadnost zapo-slenih. Takšno glasilo mora biti že na prvi pogled privlačno, vsebin-sko zanimivo in na tekočem z dogajanji. Zlasti za zdravstveno usta-novo mora biti v ospredju predvsem stroka, ki ji pripada največje število objav. "Čenče" o rojstnih dnevih in privatnih zadevah morda pritegnejo pozornost, vendar so odveč. Tudi ni dobro, odvrčajo od namena, če so barvno prebogate in podobne reklamni objavi ka-kega supermarketa. Kot urednik sem pri oblikovanju vsake publi-kacije - seveda glede na zvrst, ali gre npr. za knjigo, zbornik, ali za časopis, glasilo - upošteval estetske in grafične zakonitosti, od raz-poreditve besedila do oblike in velikosti črk. Urednik odgovarja ne le za vsebino, temveč tudi za jezik in grafično podobo.

V časopisu Teorija in praksa (4/1998) Andrej Škerlep razpravlja o pomenu odnosov z javnostjo (public relations). Poudarja, da ne gre le za odnose s široko javnostjo, temveč tudi s "posebno skupino ljudi, ki jih povezuje skupni interes (npr. zdravniška javnost!)". Če razširimo "vpetost organizacije v družbeno okolje" tudi na odnos vodstva z zaposlenimi, področje dejavnosti neke službe, imenovane "stiki z javnostjo", zajema tudi interno komuniciranje, kar nekateri imenujejo upravljanje s človeškimi viri (human resources manage-ment). Na splošno so programi internega komuniciranja usmerjeni na višanje identifikacije zaposlenih z organizacijo, na spodbujanje



njihove lojalnosti, na krepitev motivacije za-dovoljstva z delom.

Da bi temeljito dognali pomen internih gla-sil, je koristno diplomsko delo na Fakulteti za družbene vede Žive Grgič (67 strani, 2003). Av-torica navaja, da je bilo pred letom 1990 v Slo-veniji, seveda glede na število prebivalstva, v primerjavi z Evropom, zelo veliko število in-ternih glasil. Čeprav jih je ostalo v tranziciji manj, danes v organizacijah na novo odkriva-jo njihovo učinkovitost, zlasti ker so po kako-vosti primerljivi s komercialnimi časopisi in re-vijami. Interni časopisi ostajajo, tudi v času mo-

dernih tehnologij, glavno orodje pisnega komuniciranja z zaposle-nimi. Časopis mora zaposlene informirati in izobraževati, če jih pri tem še zabava, je toliko bolj učinkovit.

Glasilo KC se je imenovalo **bilten**, ker pa je izhajalo praviloma le enkrat mesečno, po obsegu, grafični obliki in predvsem po obrav-nanih temah, ki so nudile dovolj tehtne snovi, da bralec o njih tudi razmišlja, bi ga lahko ocenili za revijo. Tako velika organizacija kot je KC, s tisočimi zaposlenimi, po poklicu z različno izobrazbo in visokim intelektualnim potencialom, z razpršenimi delovišči, mora imeti nek pisni vir, ki bo informiral, kaj se v njem dogaja, o uspehih in težavah, o viziji razvoja. V bivšem političnem sistemu z razvito samoupravo je bil kolektiv informiran preko delavskih svetov na raz-ličnih ravneh. Sicer nisem več član kolektiva KC, vendar si težko pred-stavljam, kako so zaposleni seznanjeni z dosežki zunaj matične kli-nike ali inštituta, kdo odloča o prioriteti investicij, o porabi denarja ali o kadrovske politiki. Morda del vseh teh tisočih delavcev naše osrednje bolnišnice niti nima večjega interesa, da bi dobil odgovore na vsa ta vprašanja. Kljub temu je podcenjevalno in napačno, zlasti do zdravnikov in medicinskih sester (saj je KC zdravstvena ustano-va!), da o odločitvah, dosežkih, tekoči politiki vodstva in o načrto-vanju, kolektiv ne zve sproti. Ne morem, se strinjati z domnevo, ki jo slišim: *čim manj ljudstvo ve, toliko ga je lažje voditi*. Če ni internega glasila, ki je dostopno vsakomur na njegovem delovnem mestu, se lahko širijo nepreverjene in lažne informacije, ustvarjata se po ne-potrebnem nezadovoljstvo in nemir.

Še to. Prepričan sem, da do "afer", kot je nakup operacijskih miz, sploh ne bi prišlo, če bi bila predhodno omogočena javna razprava. Časopis KC bi predstavljal ustrezno mesto za in proti. Koliko mo-ralne škode je povzročilo v javnosti blatenje osrednje bolnišnice v državi (podobno smo doživeli z Rdečim križem!), bo pokazala šele bodočnost. Finančno neprimerno hujšo škodo (za operacijske mize ta še niti ni dokazana!), merljivo v milijardah, obenem strokovno polomijo, bi pomenila novogradnjo otroške klinike, po nepremiš-ljenih, megalomanskih prvotnih načrtih. Ne le, da ni bilo v KC o tej, za eno desetletje največji novogradnji, nobene razprave, celo infor-macij o sodobnih merilih za izračun števila bolniških postelj in o povezavi ter o poenotenju z obstoječimi inštituti in klinikami KC, nismo zasledili skoraj nič. Vodstvo KC se je do načrtovanja novo-gradnje otroške bolnišnice obnašalo, kot da se bo zgradila nekje v Prekmurju. Vpliv takratnega podpredsednika vlade Marjana Podob-nika, ki je nekritično podpiral vodilne v skladu za novogradnjo Pe-diatrične klinike, je moral biti zelo močan. Uspelo mu je ukiniti re-publiško komisijo za racionalizacijo načrtovanja novogradnje (bil sem njen predsednik), ki jo je imenoval takratni minister za zdrav-

tvo dr. B. Voljč in je z njenimi predlogi soglašal tudi naslednji minister dr. M. Jereb. Polemika v dnevnem tisku, ki sem jo sprožil, seveda, obenem s pomanjkanjem namenskega denarja za to gradnjo, sta prispevali, da so bili dosednji načrti ovrženi, da je nov minister, profesor Keber, povabil izvedenca iz tujine, tudi z njegovo pomočjo je bil medicinski program temeljno racionaliziran (skoraj identično z našim mnenjem iz leta 1998!) in po novih načrtih se je letos začela gradnja. Tudi pri tej investiciji bi interni časopis lahko imel pomembno vlogo pri razreševanju dvomov in pri odločitvah, katera pot je pravilna.

Danes v Sloveniji izhaja redno 80 internih glasil. KC je leta 1991 ukinil lastno revijo, mariborska bolnišnica pa "v tranziciji" ni zgubila kompasa in je nadaljevala dolgoletno tradicijo tiska lastnega glasila. Naj še poudarim, da tudi regijske bolnišnice tiskajo lastne časopise, tako Novo mesto, Celje ter Slovenj Gradec in občasno še nekatere. Te objave, sicer "z bolj lokalno problematiko", informirajo zdravnike z dogajanjem v našem zdravstvu in tako dopolnjujejo zlasti naše osrednje stanovsko glasilo Isis. (Pregled bolnišničnih časopisov na Slovenskem bi zaslužil posebno pozornost!). Tudi v tujini skorajda ni osrednje bolnišnice brez lastnega časopisa.

Osebo že desetletja dobivam interno glasilo tovarne zdravil Lek (Kolektiv), ki je v vseh teh letih ni bistveno spremenilo ne vsebine, ne grafične oblike. Zmagalo je na tekmovanju leta 2001 za najbolj ambiciozno glasilo slovenskih gospodarskih družb med internimi časopisi. (Skoraj prepričan sem, da bi se za to mesto potegovala tudi revija KC, če je ne bi ukinili!). Poudarjajo, da je njihov časopis imel pomembno vlogo za povezanost med zaposlenimi in za razvoj te naše velike mednarodne tovarne zdravil.

Sklep

Naj sklenem svoja razmišljanja z ugotovitvijo, da ljubljanski Klinični center, kot naša osrednja vrhunska zdravstvena in učna bolnišnica, ki redno zaposluje 6691 ljudi, med njimi 931 zdravnikov in 2798 medicinskih sester, nujno potrebuje lastni interni časopis. Zaposleni imajo pravico biti informirani in s svojimi mnenji, spodbudami in tudi s kritičnimi pripombami sooblikovati politiko zavoda.

DELO ZBORNICE

Zapisniki IO ZZS

Zapisnik 12. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 21. avgusta 2003

Soglasno je bil sprejet sklep št. 221/12/2003:

Sprejme se naslednji, dopolnjeni dnevni red:

1. Potrditev zapisnika 11. seje izvršilnega odbora z dne 17. 7. 2003, poročilo o izvršitvi sklepov
2. Poročilo o finančnem poslovanju Zdravniške zbornice Slovenije v prvem polletju 2003
3. Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti
4. Zloženka MSD
5. Predlog nacionalnega koordinatorja specializacije za področje maksilofacialne kirurgije
6. Predlog odbora za zobozdravstvo o spremembah Pravilnika o specializacijah
7. Predlog za imenovanje glavnih in neposrednih mentorjev za izvajanje stomatoloških specializacij
8. Mnenje Zbornice k podelitvi koncesije U. Š. D., dr. dent. med.
9. Predlog za članstvo v UEMS-u, sekcija za dermatovenerologijo
10. Razno

K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 11. seje izvršilnega odbora z dne 17. 7. 2003, poročilo o izvršitvi sklepov

Popravi se besedilo sklepa št. 193/11/2003 tako, da se beseda "afektivno" nadomesti z besedo "neefektivno" delo.

V zapisu razprave asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., k 8. točki dnevnega reda, se v zadnjem stavku dopolni besedilo tako, da pravilno glasi: "Menila je, da bi bilo prav, da sekundariji ne bi koristili dopusta v času programa krajših delov sekundarijata."

Soglasno je bil sprejet sklep št. 222/12/2003:

Potrdi se zapisnik 11. seje izvršilnega odbora z dne 17. 7. 2003 z zgoraj navedenimi dopolnitvami in popravki ter poročilo o realizaciji sklepov.

K 2. točki dnevnega reda: Poročilo o finančnem poslovanju Zdravniške zbornice Slovenije v prvem polletju 2003

Soglasno je bil sprejet sklep št. 223/12/2003:

Izvršilni odbor se je seznanil s poročilom o finančnem poslovanju Zdravniške zbornice Slovenije v prvem polletju 2003, ga ocenil kot pozitiven rezultat ter ga potrdil.

K 3. točki dnevnega reda: Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti

Ministrstvo za zdravje je Zdravniški zbornici posredovalo predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti ter zaprosilo za mnenje v zelo kratkem roku. Predlagane spremembe se nanašajo na pet področij, in sicer občasno opravljanje zdravstvenih storitev v RS s strani zdravstvenega delavca, držav-

ljana države članice Evropske unije; delovni čas, dežurstvo in stalno pripravljenost zdravstvenih delavcev in sodelavcev, z izjemo zdravnikov; ukinitev pripravnštva za zdravstvene delavce in sodelavce, z izjemo zdravnikov; ureditev statusa farmacevtov, medicinskih sester in babic, ki imajo poklicno kvalifikacijo, pridobljeno v Evropski uniji ter manjše dopolnitve, ki omogočajo večjo jasnost in natančnost zakona.

Zgoraj navedene spremembe in dopolnitve se ne našajo na zdravnike, zato je predsednik Zbornice poudaril, da je pomembno, da navedene spremembe in dopolnitve uredijo ter dogovorijo v dialogu s predstavniki poklicev, na katere se nanašajo. Za tovrstne spremembe mora obstajati socialni dialog, ki bi pripeljal do želenih rezultatov, zato bi bilo značajske predlagati Ministrstvu za zdravje, da uredijo našteje probleme v socialnem dialogu z ostalimi sindikalnimi predstavniki vseh drugih poklicev v zdravstvu.

Dr. Bitenc je poudaril, da moramo biti socialna država, zato naj se tovrstne teme dogovarjajo v socialnem dialogu in dokončno regulirajo s kolektivno pogodbo. Tudi iz evropskega pravnega reda ne izhaja, da bi Slovenija morala sprejemati zakonsko ureditev začasnega dela zdravstvenih delavcev in zdravnikov iz držav članic Evropske unije, še predvsem ne po hitrem postopku.

Glede zaposlitev slovenskih strokovnjakov vsaj v prihodnjih petih letih ne moremo pričakovati popolne liberalizacije pretoka delovne sile v Evropski uniji, temveč bo potrebno najprej skleniti recipročne dogovore o izmenjavah, zato dr. Bitenc meni, da morda ni najbolj smiselno, da Slovenija že vnaprej spreminja zakonodajo s tega področja in uvaja novo kategorijo "občasno opravljanje storitev".

Prof. Pegan je poudaril, da bomo na področju občasnega dela zdravnikov iz držav članic Evropske unije najbrž naleteli na velik pritisk v primerih, ko bo šlo zdravnike, ki so zelo cenjeni v tujini in bo težko zahtevati od njih izpolnjevanje istih pogojev kot veljajo za ostale, s čemer se bo moral ukvarjati Svet za izobraževanje zdravnikov pri Zbornici. Prof. Pegan se ne strinja s tako ureditvijo, saj je potrebno upoštevati načelo reciprocitete med državami.

Igor Praznik, dr. med. je pojasnil, da se pripravlja nova direktiva Evropske unije o priznavanju diplom in reciprocitete zdravniških izmenjav, zato ni smiselno hiteti pri sprejemanju tovrstnih ureditev pri nas, saj jih bo potrebno naknadno usklajevati.

Dr. Kalanova je proti odpiranju našega trga za opravljanje občnih del v Republiki Sloveniji. Posamezni člani so tudi že opredeljeni v Zakonu o zdravniški službi, zato je proti temu, da se tudi ostalim zdravstvenim delavcem z zakonom ureja delovni čas. Naj se to opredeli v kolektivni pogodbi, s čemer se strinja tudi predsednik Zbornice.

Dr. Pinter dopolnjuje razpravo z dejstvom, da razpravljamo o spremembah in dopolnitvah zakona, ki niso v skladu z zakonodajo Evropske unije. Smiselno bi bilo počakati do vstopa in nato usklajevati lastno zakonodajo.

Tudi dr. Dornič dvomi v nujnost sprejemanja tovrstnih sprememb po hitrem postopku, saj se pripravlja nova celovita direktiva Evropske unije, zato ni razloga, da bi hoteli sprejemati nove zakonodaje, saj bo veljala splošna direktiva Evropske unije.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 224/12/2003:

1. ZZS ne vidi razlogov za sprejemanje sprememb in dopolnitev Zakona o zdravstveni dejavnosti po hitrem postopku.
2. ZZS je proti temu, da se v Zakon o zdravstveni dejavnosti prepri-

šejo določbe o delovnem času za zdravstvene delavce iz Zakona o zdravniški službi in menimo, da je to potrebno dogovoriti v socialnem dialogu z ostalimi partnerji na pogajanjih, v katerih sodeluje ZZS na strani delodajalcev.

3. ZZS ne vidi pravih razlogov za uvedbo poglavja o občasnem opravljanju storitev v Zakon o zdravstveni dejavnosti, saj nas v to ne zavezuje harmonizacija z evropskim pravnim redom. Z letom 2004 ne bo uveljavljen prosti pretok delovne sile med državami članicami Evropske unije in smo za take diktacije zakona le v primeru reciprocitete med članicami Evropske unije in Slovenijo. Tudi za tovrstna dela naj velja enak postopek kot pri svobodnem pretoku delovne sile.

K 4. točki dnevnega reda: Zloženka MSD

Urad za zdravila in novinarji so spraševali ZZS za mnenje v zvezi s predmetno zloženko, zato jo bo Zbornica obravnavala. Zloženka naj bi bila namenjena osebam, ki v Republiki Sloveniji predpisujejo zdravila. Vsebina zloženke je etično sporna in žaljiva za zdravnike.

Sporen je način "ankete", saj sprašujejo le po pozitivnih učinkih zdravila in ne tudi po negativnih ali stranskih. Dobrodelno nakazilo naj bi se izvedlo le v primeru pozitivnih izkušenj.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 225/12/2003:

Vsebino zloženke MSD bo obravnaval odbor za pravno-etična vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije na naslednji seji ter seznanil izvršilni odbor s sprejetimi stališči, ki jih bomo posredovali Merck Sharp Dohme IDEA, Inc. ter domačim in tujim proizvajalcem zdravil in v katerih bodo zapisana pričakovanja, kako naj se obnašajo do zdravnikov.

K 5. točki dnevnega reda: Predlog nacionalnega koordinatorja specializacije za področje maksilofacialne kirurgije

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je pojasnil, da je dosedanja koordinatorica prof. dr. Vesna Koželj, dr. dent. med., prišla v določena nesoglasja s kliniko in s sestavljalci programa specializacije za področje maksilofacialne kirurgije, zato so predlagali v imenovanje na njeno mesto doc. dr. Natašo Ihan Hren, dr. med.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 226/12/2003:

Na predlog Sveta za izobraževanje zdravnikov in odbora za zobozdravstvo izvršilni odbor imenuje doc. dr. Natašo Ihan Hren, dr. dent. med., za nacionalno koordinatorico specializacij za področje maksilofacialne kirurgije.

K 6. točki dnevnega reda: Predlog odbora za zobozdravstvo o spremembah Pravilnika o specializacijah

Prof. Franc Farčnik, dr. dent. med., je predstavil predlog odbora za zobozdravstvo za nove kriterije med izbirne kriterije, in sicer starostna omejitev 35 let naj bi bila opravičljiva s zdravstveno ekonomskega vidika, saj naj bi specializant, ki bi pričel s specializacijo kasneje, relativno kratko dobo delal kot specialist.

Prof. Horvat je pojasnil, da so na SIZ večkrat razpravljali o starostni meji za pričetek specializacije, vendar niso nikdar mogli doseči konsenza o tem. Za pogoj znanja najmanj enega tujega jezika se strinja, da je nujen, kriterij povprečne ocene v času študija je že vnešen v sedaj veljavni pravilnik.

Predsednik Zbornice je podal mnenje, da so v trenutno veljavnih aktih že opredeljeni kriteriji, ki so morda bolj uporabni za zdravnike kot zobozdravnike in bo zato potrebno tudi zaradi vstopa v Evrop-

sko unijo sprejeti vzporedne pravilnike za zdravnike in zobozdravnike, saj Evropska unija sicer dopušča enovito organizacijo za zdravnike in zobozdravnike, vendar z jasno ločenimi mesti odločanja na vseh ravneh, zato bo potrebno imeti ločene pravilnike, če že ne ločenih zbornic.

Odbor za zobozdravstvo naj v sodelovanju s pravno službo pripravi spremembe in dopolnitve pravilnika o specializacijah, ki bodo vsebovale različne kriterije za zdravnike in zobozdravnike, ne moremo pa takih kriterijev vpeljati v pravilnik, ki bo veljal za oba poklica.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 227/12/2003:

Odbor za zobozdravstvo pripravi v sodelovanju s pravno službo predlog sprememb in dopolnitev Pravilnika o specializacijah, na ta način, da bo vseboval kriterije, ki bodo veljali samo za zobozdravnike, ne pa za zdravnike.

K 7. točki dnevnega reda: Predlog za imenovanje glavnih in neposrednih mentorjev za izvajanje stomatoloških specializacij

Odbor za zobozdravstvo je na svojih rednih sejah v letu 2002 in 2003 potrdil predloge za glavne in neposredne mentorje za izvajanje stomatoloških specializacij in seznane predložil izvršilnemu odboru v potrditev.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 228/12/2003:

Na predlog odbora za zobozdravstvo izvršilni odbor Zbornice potrdi priloženi seznam glavnih in neposrednih mentorjev za izvajanje stomatoloških specializacij.

K 8. točki dnevnega reda: Mnenje zbornice k podelitvi koncesije U. Š. D., dr. dent. med.

Imenovana zdravnica naproša Zbornico za mnenje k podelitvi koncesije na področju stomatologije v kraju Komenda. Ima veljavno licenco za opravljanje zdravniške službe na področju stomatologije. Zaradi razhajanj v mnenjih regijskega odbora zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov ter ljubljanskega regijskega odbora osnovnega zdravstva je primer predstavljen izvršilnemu odboru. Dr. Praznik in dr. Kalanova menita, da ne gre za širitev javne zdravstvene mreže.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 229/12/2003:

Isvršilni odbor potrdi pozitivno mnenje zbornice k podelitvi koncesije U. Š. D., dr. dent. med., na področju stomatologije, v kraju Komenda.

K 9. točki dnevnega reda: Predlog za članstvo v UEMS-u, sekcija za dermatovenerologijo

Predsednik je pojasnil, da iz celotne dokumentacije izhaja, da v UEMS-u sodelujeta doc. dr. Igor Bartenjev, dr. med., in prim. mag. Marko Potočnik, dr. med., dr. dent. med., zato je potrebno popraviti seznam slovenskih predstavnikov UEMS-a, tako da se črtata doc. dr. Lunder Tomaž, dr. med., in prof. dr. Aleksej Kansky, dr. med.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 230/12/2003:

Isvršilni odbor imenuje za predstavnika v UEMS-u, sekcija za dermatovenerologijo, doc. dr. Igorja Bartenjeva, dr. med. in prim. mag. Marka Potočnika, dr. med., dr. dent. med., ter o tem pisno obvesti Board za dermatologijo in Management Council UEMS-a.

K 10. točki dnevnega reda: Razno

a) Povabilo Državnega sveta Republike Slovenije k sodelovanju

Državni svet RS vabi Zdravniško zbornico Slovenije k sodelovanju pri kreiranju zdravstvene reforme. Člani izvršilnega odbora se strinjajo, da je Zbornica pripravljena sodelovati na načelni ravni.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 232/12/2003:

Zdravniška zbornica Slovenije je pripravljena sodelovati z Državnim svetom Republike Slovenije pri kreiranju zdravstvene reforme na načelni ravni.

b) Imenovanje treh članov v RSK za družinsko medicino

Predsednik Zbornice je predstavil predlog za imenovanje treh članov v devetčlansko sestavo RSK za družinsko medicino, ki ga je posredovala predsednica RSK-ja asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med. Predlogi so usklajeni z odborom za osnovno zdravstvo in z Združenjem zdravnikov družinske medicine SZD.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., in doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., sta uskladila imena in jih posredovala predsednici RSK, ki je s predlogi soglašala. Dr. Gordana Živčec Kalan še dodatno pojasni, da bo potrebno spremeniti pravilnik o RSK-jih, zato so predlogi sprememb že pripravljeni in bodo čimprej posredovani Ministrstvu za zdravje.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 235/12/2003:

Isvršilni odbor soglaša z imenovanjem asist. Tonke Poplas Sušič, dr. med., asist. Deana Klančiča, dr. med. in asist. dr. Štefka Grmca, dr. med., v devetčlansko sestavo RSK za splošno/družinsko medicino.

c) Zdravstvena reforma - gradivo

Predsednik je predlagal, da bi si člani izvršilnega odbora razdelili posamezna poglavja - cilje zdravstvene reforme, in sicer:

1. cilj: Pravičnost pri zagotavljanju sredstev za zdravstveno varstvo, Jani DERNIČ, dr. med.

2. cilj: Razporejanje sredstev po potrebah državljanov, Jani DERNIČ, dr. med.

3. cilj: Boljša dostopnost do zdravstvenega varstva, asist. Gordana ŽIVČEC Kalan, dr. med.

4. cilj: Razvoj sistema celovite kakovosti, mag. Fras ZLATKO, dr. med., prof. Marjan PAJNTAR, dr. med.

5. cilj: Večja učinkovitost upravljanja in regulacije sistema zdravstvenega varstva, asist. mag. Marko BITENC, dr. med.

6. cilj: Krepitev področja javnega zdravja, prim. Anton ŽIDANIK, dr. med.

Dodatki:

■ financiranje: Jani DERNIČ, dr. med.

■ zdravstveno stanje prebivalcev Slovenije: prim. Anton ŽIDANIK, dr. med.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 240/12/2003:

Člani izvršilnega odbora bodo proučili predloženo gradivo in pripravili pisne pripombe, ki jih bodo skupaj s člani skupščinskega sveta obravnavali na dvodnevem posvetu, z začetkom v petek dne 12. septembra ob 16.00 uri in 13. septembra 2003. Posveta se bosta udeležili tudi Elizabeta Bobnar Najžer, prof. in Marija Cimperman. Lokacija posveta bo posredovana naknadno. O sprejetih zaključkih bo pisno obveščeno Ministrstvo za zdravje.

d) Korespondenčna seja skupščine

Prim. Anton ŽIDANIK, dr. med. je podal poročilo o glasovanju na korespondenčni seji skupščine Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala v času od dne 24. 6. 2003 do dne 31. 7. 2003 in iz katerega izhaja, da je bilo poslanih 94 glasovnic, glasovalo je 71 poslancev, od tega 69 poslancev ZA sprejetje sklepa in dva poslanca PROTI.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 241/12/2003:

Navodila za oglaševanje na rumenih straneh:

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

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.

Oddelek za kožne in spolne bolezni Maribor,
Zdravniško društvo Maribor in
Združenje dermatologov Slovenije

organizirajo strokovno izpopolnjevanje iz dermatologije z mednarodno udeležbo

DERMATOLOŠKI DNEVI

Hotel Habakuk, Maribor
7.-8. november 2003

PROGRAM:

Petek, 7. novembra 2003

- 16.00–16.20 Most common face tumors and our experience in their dermatosurgical treatment, prof. M. Šitum, Zagreb
- 16.20–16.40 Neoplastic diseases of the oral mucosa, prof. S. Hödl, Graz
- 16.40–17.00 Clinicopathological correlation in the diagnosis of pigmented lesions, prof. Rainer Hofmann-Wellenhof, Graz
- 17.00–17.20 Expression of OF p53, bcl-2 and growth hormone receptor in actinic keratosis and squamous cell carcinoma of the skin, A. Stanimirović, H. Čupić, B. Bošnjak, B. Kruščin, D. Tomas, M. Belicza, Zagreb
- 17.20–18.00 Odmor
- 18.00–18.20 Kožni melanom v Sloveniji in potreba po preventivi, A. Benedičič Pilih, V. Pompe Kirn, P. Kokol, P. Povalej, J. Arzenšek, Celje
- 18.20–18.40 Možnosti zgodnjega razpoznavanja maligne alteracije pigmentnega nevusa, doc. dr. I. Bartnejev, Ljubljana
- 18.40–19.00 Maligni melanom, prof. Z. Rudolf, Ljubljana
- 19.00–19.20 Škodljivi učinki ultravijoličnih žarkov na kožo – načini in pomen samozaščitnih ukrepov, A. Dugonik, I. Bartnejev, A. Benedičič Pilih, K. Voda
- 19.20–19.40 Izobraževanje javnosti o škodljivih posledicah izpostavljanja soncu in pomembnosti zaščite pred soncem: rezultati projekta "Center preventivne zaščite pred soncem", A. Bakija Konsuo, Z. Bukvić

Mokos, M. Kaštelan, L. Prpić Massari, I. Sjerobabski Masnec, L. Stojanović, K. Voda, B. Žgavec

19.40 Razprava

Sobota, 8. novembra 2003

- 9.00–9.20 Acne vulgaris-novije možnosti liječenja, prof. Basta Juzbašić, Zagreb
- 9.20–9.40 Atopijski dermatitis, doc. T. Lunder, Ljubljana
- 9.40–10.00 Sodobna terapija atopijskega dermatitisa, M. Kalač Pandurović, Maribor
- 10.00–10.20 Epidemiološki pristop k diagnostiki medikamentoznih eksantemov, prof. A. Kansky, Ljubljana
- 10.20–10.40 Diferencialna diagnostika medikamentoznih eksantemov, P. B. Marko, J. Rejc Marko, Maribor
- 10.40–11.00 Odmor
- 11.00–11.20 Luskavica: patogenetski mehanizem in zdravlila bodočnosti, A. Godič, Ljubljana
- 11.20–11.40 Pogostejše glivične infekcije kože, M. Belič, Maribor
- 11.40–12.00 Težave pri diagnostiki izoliranih psoriaziformnih sprememb na dlane in podplatih, J. Miljković, M. Berčič, Maribor
- 12.00 Razprava, Zaključek srečanja

Organizacijski odbor: prim. mag. Jovan Miljković, doc. dr. Igor Bartenjev, prim. Jože Arzenšek, doc. dr. Tomaž Lunder, prim. prof. dr. Ivan Krajnc, prim. Gregor Pivec, Martin Bigec, dr. med.

Strokovni odbor: doc. dr. Tomaž Lunder, doc. dr. Igor Bartenjev, prim. mag. Jovan Miljković, dr. Marija Berčič, prof. dr. Aleksej Kansky

Kotizacija: 10.000,00 SIT (DDV je vključen). Kotizacijo nakažete na račun ZSD NOVA LB KC, Zaloška 7, Ljubljana, št. 02014-0089341717.

Informacije: Pij Bogomir Marko, dr. med., Oddelek za kožne in spolne bolezni, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 321 27 05, faks: 02 331 23 93.

Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani
Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije
Medikohistorična sekcija Slovenskega zdravniškega društva, Maribor
Mestna občina Kranj
Zdravstveni dom Kranj
 prirejajo

6. PINTARJEVE DNEVE

Srečanje zgodovinarjev medicine

Dr. Karel Petrič (1900-1944) in njegov čas
Zdravnik, humanist, direktor Higienkega zavoda v Ljubljani, direktor Zdravstvenega doma Kranj

Velika dvorana Mestne občine Kranj, Kranj
13.–14. november 2003

PROGRAM:

Uvodnik

M. Kocijančič: Dr. Karel Petrič (1900 -1944) – slovenski zdravnik, higienik in humanist v Kranju in Ljubljani

Splošne teme

Zgodovinsko-politično-kulturni oris medvojnega časa

M. Premik: Zdravstvena zakonodaja med obema vojnoma

Ž. Dugac (HAZU, Zagreb): Nova medicina za novu kraljevino: Socialno medicinske promjene u Kraljevini Srba, Hrvata i Slovenaca nakon prvog svjetskog rata

M. Kocijančič, Z. Zupanič Slavec: Zdravje, bolezen in zdravstveno varstvo na Gorenjskem v Petričevem času

V. Košmelj-Beravs: Gorenjski zdravniki, sodobniki dr. Karla Petriča

V. Vulikić: Gorenjski zobozdravniki, sodobniki dr. Karla Petriča

Petričevo delo

Z. Zupanič Slavec: Petričevo strokovno delo, natisnjeno v knjigah

A. Kraker: Petričeva bibliografija, objavljena v strokovnih člankih

Petričevo delovanje na Higienem zavodu v Ljubljani

F. Urlep: Petričevo delovanje v Zdravniški zbornici

Spremljajoči dogodki:

1. Odkritje spominske plošče dr. Petriču v Kranju

2. Predstavitve knjig:

■ F. Urlep: Medicinska fakulteta v Ljubljani 1919-1945

■ B. Pirš: Učbeniki na nepopolni MF za časa dr. Petriča

■ D. Nečak: Veliki prijatelj Gorenjske, znameniti dunajski ginekolog dr. Ernest Wertheim (1864-1920)

Informacije: prim. mag. Mario Kocijančič, dr. med., tel.: 04 202 41 01, doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Inštitut za zgodovino medicine, Zaloška 7 a, 1000 Ljubljana, tel.: 01 439 62 40, faks: 01 439 62 45, E: zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si ali jelka.sever@mf.uni-lj.si

Združenje medicine dela, prometa in športa

prireja strokovno srečanje na temo

VARNO LETO V PROMETU – 2004

Hotel Maestoso, Lipica

14.–15. november 2003

PROGRAM:

Petek, 14. novembra 2003

- 15.00–15.15 Prim. doc. dr. Marjan Bilban, dr. med.: Preventiva poškodb pri delu in prva pomoč
- 15.15–16.00 Mag. Dušan Vlahovič, dr. med.: Novosti na področju reanimacije
- 16.00–16.15 Prim. doc. dr. Marjan Bilban, dr. med.: Predlogi sprememb nove zakonodaje o varnosti cestnega prometa
- 16.15–17.00 Mag. Bojan Člender, univ. dipl. pol.: Prikaz dejavnosti na področju varnosti v cestnem prometu ter pri nastajanju novega zakona in podzakonskih aktov
- 17.00–19.00 Mag. Niko Arnerič, univ. dipl. psih, prof. dr. Argio Sabadin, univ. dipl. psih., Edvard Matvoz, univ. dipl. psih.: Standard psihološkega pregleda za voznike motornih vozil
- 20.00 Svečana večerja

Sobota, 15. novembra 2003

- 9.00–10.45 Okrogla miza o odprtih vprašanih zdravstvene preventive v zvezi z varnostjo v cestnem prometu (vodita prim. doc. dr. Marjan Bilban, dr. med., mag. Niko Arnerič, univ. dipl. psih.)
- 11.00–13.00 Ogled tipičnih delovnih mest in izdelava ocene tveganja v Pršutarni Kras v Šepuljah

Kotizacija: 30.000,00 SIT (DDV je vključen) vključuje predavanja, priročnik prim. doc. dr. M. Bilbana: Prva pomoč v delovnem okolju, ZVD 2003 in svečano večerjo. Račun s položnico bo izstavljen po srečanju.

Rezervacija prenočišč v hotelih Lipica na tel.: 05 73 91 708.

Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije

vabi člane na

11. OBČNI ZBOR

Dvorana Krke, d. d., Dunajska c. 65, Ljubljana

15. november 2003 ob 9.00

Dnevni red:

1. Zasebni zdravstveni zavod – možnost ustrezne pravno formalne organiziranosti zasebne zdravniške dejavnosti,
2. Poročila o delu Združenja,
3. Vprašanja in predlogi članov,
4. Predlog dopolnitve Pravil Združenja in Pravilnika o vzajemnem skladu,
5. Zaključki.

Informacije: Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, tel.: 01 433 85 35, E: zdruzenje.zzzs@s5.net

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani

Katedra za pediatrijo

Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana

Služba za alergologijo in revmatske bolezni

organizirajo

ŠOLO PEDIATRIČNE ALERGOLOGIJE IN KLINIČNE IMUNOLOGIJE

Zdravilišče Debeli rtič

I. del 14.–15. november 2003

II. del 28.–29. november 2003

PROGRAM

Program alergologija, I. del

Petek, 14. novembra 2003

Bazični del I.

- 9.00 Razvrstitev alergijskih bolezni, M. Accetto
- 9.20 Epidemiologija alergijskih bolezni, M. Praprotnik
- 9.40 Delovanje imunskega sistema in mehanizmi preobčutljivosti, A. Ihan
- 10.00 Vloga komplementarnega sistema pri preobčutljivostnih reakcijah, V. Kotnik
- 10.20 Razvoj imunskega sistema pri otroku in alergijski pohod, M. Kuhar
- 10.40 Razprava
- 11.00–11.30 Odmor s kavo

Bazični del II.

- 11.30 Genetika alergijskih bolezni, T. Avčin
- 11.50 Regulacija in biologija IgE protiteles, B. Wraber
- 12.10 Vloga vnetnih celic in njihovih mediatorjev pri alergiji, T. Avčin
- 12.30 Senzibilizacija, akutno in kronično alergijsko vnetje, M. Accetto
- 12.50 Osnove zdravljenja alergijskih bolezni, M. Kuhar
- 13.10 Razprava
- 13.30–13.50 Predstavitev pokrovitelja
- 13.50–15.30 Odmor za kosilo

Alergijske bolezni dihal

- 15.30 Alergijske bolezni dihal – koncept enotne dihalne poti, M. Kuhar
- 15.50 Alergijski rinitis: klinična slika, diagnostika, dif. diagnoza in zdravljenje, J. Podboj
- 16.10 Alergijska astma: klinična slika, diagnostika, dif. diagnoza in zdravljenje, V. Maček
- 16.40 Ekstrinzični alergijski bronhioloalveolitis, E. Mušič
- 17.00 Alergijski konjunktivitis in ostale očesne alergijske bolezni, S. Stirn Kranjc
- 17.20 Razprava
- 17.40–18.00 Predstavitev pokrovitelja
- 19.30 Istrska večerja

Sobota, 15. novembra 2003

Alergijske bolezni kože

- 9.00 Atopijski dermatitis: patogeneza, klinična slika in diagnostika, T. Avčin
- 9.30 Atopijski dermatitis: diferencialna diagnoza in zdravljenje, V. Dragoš
- 10.00 Akutna urtikarija in angioedem, M. Praprotnik
- 10.30 Kronična urtikarija, M. Košnik
- 11.00 Razprava
- 11.20–12.00 Odmor s kavo

Praktična delavnica

Diagnostika alergijskih bolezni

- 12.00 Vprašalnik za jemanje anamneze pri otroku s sumom na alergijo, L. Deisinger
- 12.20 In vivo alergološki testi, M. Hren, M. Kuhar
- 12.40 In vitro alergološki testi, M. Zupančič
- 13.00 Stopenjska obravnava otroka z alergijo, M. Kuhar
- 13.20 Razprava
- 13.30–15.30 Delo v skupinah:
 - alergološka ambulantna
 - alergološko-imunološki laboratorij

Program alergologija, II. del

Petek, 28. novembra 2003

Alergija na hrano

- 9.00 Imunski sistem prebavnega trakta in razvoj oralne tolerance, T. Avčin
- 9.20 Prehrambeni alergeni in navzkrižne alergije, V. Glavnik
- 9.50 Alergijske reakcije v prebavnem traktu (eozinofilni ezofagitis, gastroenteritis, kolitis), V. Glavnik
- 10.10 Alergija na hrano pri atopijskih boleznih in anafilaksiji, V. Glavnik
- 10.30 Nealergijske reakcije preobčutljivosti na hrano, M. Accetto
- 10.50 Razprava
- 11.10–11.40 Odmor s kavo

Alergija na zdravila in anafilaksija

- 11.40 Alergija na zdravila, M. Accetto
- 12.00 Alergija na lateks in lokalne anestetike, M. Praprotnik
- 12.20 Alergija na cepivo, V. Glavnik
- 12.40 Alergija na strupe žužokrilcev, M. Kuhar
- 13.00 Anafilaktični šok, T. Avčin
- 13.20 Razprava
- 13.40–14.00 Predstavitev pokrovitelja
- 14.00–15.30 Odmor za kosilo

Praktična delavnica

Vodenje otroka z alergijo I.

- 15.30 Vodenje otroka z atopijskim dermatitisom, S. E. Žitnik
- 15.50 Zdravstvena nega otroka z atopijskim dermatitisom (video predstavitev), T. Piskač, L. Peterca, S. Retelj
- 16.10 Diete pri otrocih z alergijo, A. Širca Čampa, V. Glavnik
- 16.30 Razprava
- 16.50–17.10 Predstavitev pokrovitelja

17.10–17.30 Odmor s kavo

- 17.30–19.00 Delo v skupinah:
- nega otroka z atopijskim dermatitisom
 - priprava dietne prehrane za otroka z alergijo

Sobota, 29. novembra 2003

Vodenje otroka z alergijo II.

- 9.00 Vodenje otroka z alergijsko astmo, S. Kopriva
 9.20 Pravilna uporaba pršilnikov, M. Slivnik
 9.40 Vodenje otroka z alergijskim rinitisom, A. Brunčko
 10.00 Vodenje otroka z alergijskim konjunktivitisom, A. Kraut
 10.20 Alergeni notranjega okolja, R. Bizjak
 10.40 Alergeni zunanega okolja in koledar cvetenja, A. Kofol Seliger
 11.00 Razprava
 11.20–11.40 Odmor s kavo

- 11.40 Specifična imunoterapija, M. Accetto
 12.00 Psihični dejavniki pri alergijskih boleznih, L. Vrba
 12.20 Alergijske bolezni in izbira poklica, M. Grom Mandeljč
 12.40 Osnovna, sekundarna in terciarna preventiva alergijskih bolezni - S. E. Žitnik
 13.00 Razprava in zaključek
 13.30–14.30 Pisni test

Organizacijski odbor: Marijana Kuhar, Tadej Avčin, Vesna Glavnik, Meta Accetto, Marina Praprotnik, Simona Žitnik, Mihela Jurčec, Mateja Hren

Tečaj je namenjen zdravnikom, ki imajo med svojimi bolniki otroke z akutnimi ali kroničnimi alergijskimi boleznimi. V ceno tečaja je vključen zbornik predavanj, učna delavnica in izpit. Po opravljenem izpitu dobijo udeleženci potrdilo o uspešno opravljenem tečaju.

Število udeležencev je omejeno.

Kotizacija za vsa predavanja znaša 58.800,00 SIT(z DDV). Nakazilo izvršite na transakcijski račun Medicinske fakultete št. 01100-6030708380, sklic na številko 230-6, z navedbo priimka in imena udeleženca (Šola pediatrične alergologije). Na tečaj prinesite potrdilo o plačilu (fotokopijo položnice, virmana ali zbirnega sporočila o obremenitvi APP) oziroma potrdilo plačnika, da bo poravnal stroške kotizacije.

Prijave, ki naj bodo natančno izpolnjene, sprejemamo po faksu na št. 01 522 93 57 ali pisno v Tajništvo Pediatrične klinike, ga. Mihela Jurčec, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana.

Za dodatne informacije je na voljo ga. Mihela Jurčec, tel.: 01 522 92 24, E: mihaela.jurcec@kclj.si

Za prenočišče lahko pokličete Mladinsko klimatsko zdravilišče Debeli rtič, Jadran-ska 73, 6280 Ankaran, tel: 05 669 21 30, vsak dan od 8.00 do 20.00.

SZD - Slovensko nefrološko društvo in

Center za peritonealno dializo, KO za nefrologijo, KC Ljubljana

organizirata strokovno srečanje

PERITONEALNA DIALIZA 2003

Srečanje ob 20 - letnici CAPD v Sloveniji

Hotel Kokra, Brdo pri Kranju

21.–22. november 2003

PROGRAM:

Petek, 21. novembra 2003

- 14.00–14.30 Guček Andrej, Bren F. Andrej: Dvajset let PD v Sloveniji, Ljubljani
 14.30–15.00 Lameire Norbert: Role of PD as replacement therapy in ERDS patients
 15.00–15.15 Lešnik Marjeta, Dovč Reina: PD v Celju
 15.15–15.30 Saksida Silvan, Šinigoj Martin: PD v Novi Gorici
 15.30–15.45 Lopert Simona, Franc Štivan: PD v Murski Soboti
 15.45–16.00 Kosmina Polona, Globokar Mateja: PD v Novem mestu
 16.00–16.30 Odmor

- 16.30–16.45 Plešivčnik Zala, Vujkovic Bojan: PD v Slovenj Gradcu
 16.45–17.00 Novljan Grega, Rus Rina: PD pri otrocih
 17.00–17.15 Rus Igor: PD na Jesenicah
 17.15–17.30 Balon Breda: PD v Mariboru
 17.30–18.30 Okrogla miza: Mesto PD v nadomestnem zdravljenju končne odpovedi ledvic
 19.30 Skupna večerja

Sobota, 22. novembra 2003

- 9.00–9.15 Lindič Jelka: Histologija peritoneja
 9.15–9.45 Katzarski Krassimir: Sodium and fluid volume control in PD
 9.45–10.00 Premru Vlado: Arterijski tlak na PD
 10.00–10.15 Pajek Jernej: Arterijski tlak pri bolnikih na PD zdravljenih z EPO
 10.15–10.30 Knap Bojan: Srčna prizadetost na PD
 10.30–11.00 Odmor
 11.00–11.15 Bren F. Andrej: Novosti v zdravljenju peritonitisa
 11.15–11.30 Varl Janez: Zdravljenje anemije na PD
 11.30–11.45 Benedik Miha: Kostne spremembe bolnikov na PD
 11.45–12.00 Arnot Miha: Transplantacija ledvic bolnikov na PD
 12.00–12.15 Šinigoj Martin: Ekonomika PD
 12.15–12.30 Mlinšek Dragica: Novejše peritonealne dializne raztopine
 12.30 Zaključek srečanja

Posvet ob dvajsetletnici peritonealne dialize (CAPD) v Sloveniji je namenjen zdravnikom in medicinskim sestram, ki zdravijo bolnike z odpovedjo ledvic.

Kotizacije ni.

Uradna jezika: slovenski in angleški.

Informacije in prijave: ga. Mida Kandus, KO za nefrologijo, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 522 31 21, faks: 01 52 22 282, E: andrej.gucek@kclj.si

Splošna bolnišnica Maribor
Klinični oddelek za interno medicino
Oddelek za gastroenterologijo
 organizira

SLOVENSKI SIMPOZIJ O ENDOSKOPSKEM ULTRAZVOKU V GASTROENTEROLOGIJ

Velika predavalnica, Rektorat Univerze v Mariboru, Slomškov trg 15, Maribor

21. november 2003

PROGRAM:

- 10.00–10.30 Skalicky M.: Pozdravni nagovor. Pogostnost in kakovost endoskopskega ultrazvoka pri odkrivanju bolezni zgornjih prebavil. (Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor - SLO)
- 10.30–11.15 Brand B, Soehendra N.: Današnja vloga EUZ v diagnostiki in terapiji prebavnega trakta; predstavitev dela klinike. Today's role of EUS in diagnostic and therapeutical work of Gastrointestinal Tract; our clinical experiences. (Klinik für Interdisziplinäre Endoskopie, Universitätsklinik Eppendorf, Hamburg – GER)
- 11.15–11.45 Štepec S, Gruden: Pregled dejavnosti endoskopskega ultrazvoka na Kliničnem oddelku za gastroenterologijo Kliničnega centra v Ljubljani. (Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, Klinični center Ljubljana - SLO)
- 11.45–12.15 Rustemović N.: Intervencijski endoskopski ultrazvok prebavil (Centar za intervencijsku gastroenterologijo, Zavod za gastroenterologijo, Klinika za unutrašnje bolezni Rebro, Klinički bolnišnični center Zagreb - CRO)
- 12.15–12.45 Opačić M.: Uporaba doplerskega efekta v endosonografiji prebavil (Centar za intervencijsku gastroenterologijo, Zavod za gastroenterologijo, Klinika za unutrašnje bolezni Rebro, Klinički bolnišnični center Zagreb - CRO)
- 12.45–13.15 Ivaniš N., Rubinić M., Šukle R., Pević R.: Endoskopski ultrazvok in mukozni rak požiralnika (Odjel za gastroenterologiju, Klinički bolnišnični center Rijeka - CRO)
- 13.15–13.35 Čeranić D.: Endoskopski ultrazvok in bolezni požiralnika (Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor - SLO)
- 13.35–14.00 Hekić B., Štraus M., Lorber D., Forstnerić E., Borak M., Gavrić M., Lovšin T.: Vloga endoskopske sestre med preiskavo z endoskopskim ultrazvokom in vzdrževanju aparata (Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor in Olympus Slovenija, predstavništvo v Ljubljani - SLO)
- 14.00–15.00 Odmor z demonstracijo novih aparatov firme Olympus
- 15.00–15.30 Skok P.: Endoskopski ultrazvok in bolezni želodca (Oddelek za

- gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor - SLO)
- 15.00–16.00 Potrč S., Skalicky M.: Vloga endoskopskega ultrazvoka v zamejitvi raka želodca (Oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo, Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor - SLO)
- 16.00–16.30 Duvnjak M., Hrabar D.: Vloga EUZ v diagnostiki bolnikov z zaporno zlatenico – naše prve izkušnje (Bolnica sestre milosrdnice, Zavod za gastroenterologijo i hepatologiju, Zagreb - CRO)
- 16.30–17.00 Pernat C. Endoskopski ultrazvok in bolezni žolčnih poti (Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor - SLO)
- 17.00–17.30 Štepec S., Gruden: Endoskopski ultrazvok in akutni biliarni pankreatitis (Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, Klinični center Ljubljana - SLO)
- 17.30–17.40 Mesihović R., Gribajčević M., Vanis N., Smajlović F.: Endoskopski ultrazvok pri odkrivanju holecistolitijeze v primerjavi s standardnimi ultrazvočnimi preiskavami (Klinika za gastroenterohepatologijo, Institut za radiologiju, Klinički center univerziteta Sarajevo)
- 17.40–18.00 Tošović Z.: Endoskopski ultrazvok in bolezni trebušne slinavke
- 18.10–18.40 Ivaniš N., Rubinić M., Šukle R., Pević R.: Vloga endoskopskega ultrazvoka pri oceni razširjenosti raka debelega črevesa (Odjel za gastroenterologiju, Klinički bolnišnični center Rijeka - CRO)
- 18.40–19.10 Brvar M., Ivanec A.: Endoluminalni ultrazvok v predoperativni zamejitvi raka danke (Oddelek za radiologijo, Oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo, Splošna bolnišnica Maribor - SLO)
- 19.10–19.40 Dajčman D., Pocajt M., Urlep D.: Endoskopski ultrazvok in portalna hipertenzija (Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor - SLO)
- 19.40 Zaključek in prigrizek

Organizacijski odbor: prim. doc. dr. Marjan Skalicky, dr. med., doc. dr. Pavel Skok, dr. med., Davorin Dajčman, dr. med., prof. dr. Ivan Krajnc, dr. med.

Strokovni odbor: prim. doc. dr. Marjan Skalicky, dr. med., doc. dr. Pavel Skok, dr. med., Davorin Dajčman, dr. med., prim. Cvetka Pernat, dr. med., asist. Stojan Potrč, dr. med., Davorin Čeranić, dr. med., Maksimilijan Pocajt, dr. med., prof. dr. Radovan Hojs, dr. med., Dejan Urlep, dr. med.

Častni odbor: prof. dr. Saša Marković, dr. med., predstojnica Kliničnega oddelka za gastroenterologijo Kliničnega centra v Ljubljani, prof. dr. Eldar Gadžijev, dr. med., predstojnik oddelka za splošno in abdominalno kirurgijo Splošne bolnišnice Maribor, prim. Igor Japelj, dr. med., prim. spec. ak. st. Rudi Turk, dr. med., prim. Gregor Pivec, dr. med., generalni direktor Splošne bolnišnice Maribor

Strokovni recenzenti: prim. doc. dr. Marjan Skalicky, dr. med., doc. dr. Pavel Skok, dr. med., Davorin Dajčman, dr. med., prof. dr. Marko Duvnjak, dr. med., prof. dr. Radovan Hojs, dr. med.

Strokovni simpozij z mednarodno udeležbo ob 10. obletnici endoskopskega ultrazvoka v Sloveniji namenjen vsem zdravnikom, ki se ukvarjajo z boleznimi prebavil (internisti, kirurgi, splošni zdravniki, onkologi, radiologi, pediatri).

Število udeležencev: ni omejeno.

Kotizacije ni, vendar je priporočena predhodna prijava.

Publikacija: predavanja bodo objavljena v posebnem zborniku, ki ga bodo prejeli vsi udeleženci.

Prijava: ga. Zdenka Kodrin, tajništvo Kliničnega oddelka za interno medicino, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 321 28 71, 02 321 23 59, faks: 02 331 23 93, E: koimed@sb-mb.si

Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo**Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana in****Slovensko združenje za urgentno medicino - Svet za reanimacijo**

prirejajo VII. izobraževalni seminar za zdravnike

»KRITIČNO BOLAN IN POŠKODOVAN OTROK – RAZPOZNAVA, ZDRAVLJENJE IN PREVOZ«**S tečajem pediatrične reanimacije po načelih Evropskega sveta za reanimacijo****1. predavalnica Kliničnega centra, Ljubljana****21.-22. november 2003****PROGRAM:****Petek, 21. novembra 2003**

- | | |
|-------------|--|
| 8.00–9.00 | Registracija |
| 9.00–9.10 | Janez Primožič: Uvodne besede |
| 9.10–9.35 | Janez Primožič: Analgetiki v pediatriji |
| 9.35–9.50 | Inka Lazar: Vnete obstrukcije zgornjih dihal |
| 9.50–10.15 | Vasilija Maček: Algoritem pri astmatičnem napadu |
| 10.15–10.45 | Odmor |
| 10.45–11.10 | Martin Edlinger: ECG in Paediatric Rescue |
| 11.10–11.30 | Ivan Vidmar: Mesto avtomatskega zunanje defibrilatorja v pediatriji |
| 11.30–11.45 | Razprava |
| 11.45–13.00 | Kosilo |
| 13.00–13.30 | Janez Primožič: Razpoznavna kritično bolnega otroka |
| 13.30–14.00 | Štefan Grosek: Oskrba dihalnih poti |
| 14.00–14.30 | Gorazd Kalan: Prikaz temeljnih postopkov oživljanja in odstranitve tujka |
| 14.30–15.00 | Odmor |
| 15.00–17.00 | Enourne vaje (dva krat) |
| 17.00–17.30 | Odmor |
| 17.30–19.30 | Enourne vaje (dva krat) |

Vaje

1. Temeljni postopki oživljanja (TPO) – dojenček
2. TPO – otrok in prevoz
3. Sprostitev dihalnih poti, enostavni pripomočki, nadihanje z dihalnim balonom
4. Dovajanje kisika, intubacija, laringealna maska

Sobota, 22. novembra 2003

- | | |
|-------------|---|
| 8.30–9.15 | Ivan Vidmar: Aritmije |
| 9.15–9.45 | Brane Gaber: Pristop k poškodovanemu otroku |
| 9.45–10.15 | Odmor |
| 10.15–12.15 | Enourne vaje (dva krat) |
| 12.15–12.45 | Janez Babnik: Oživljanje novorojenčka |
| 12.45–14.00 | Kosilo |

- | | |
|-------------|--|
| 14.00–16.00 | Enourne vaje (dva krat) |
| 16.00–16.30 | Andreja Škofljanec: Oskrba po oživljanju |
| 16.30–16.45 | Janez Primožič: Etika |
| 16.45–17.00 | Odmor |

- | | |
|-------------|------------------------------------|
| 17.00–17.30 | Preizkus znanja (testna vprašanja) |
|-------------|------------------------------------|

Vaje

1. Defibrilacija
2. Venske poti
3. Scenarij – Bolan otrok
4. Scenarij – Poškodovan otrok

Število udeležencev je omejeno na 65.

Kotizacija: 42.000,00 SIT (DDV je vključen). Kotizacijo nakažite na Klinični center Ljubljana, Zaloška c. 2, 1000 Ljubljana. Podračun EZR, št.: 01100-6030277894, sklic 2993032 z oznako »Kritično bolan otrok«.

Informacije: doc. dr. Janez Primožič, dr. med., ga. Karmen Boh, Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 522 33 49, 522 34 30, E: karmen.boh@kclj.si

SZD – Slovensko nefrološko društvo

organizira

XIV. STROKOVNI SESTANEK SLOVENSKEGA NEFROLOŠKEGA DRUŠTVA**Hotel Lek, Kranjska Gora****28.–29. novembra 2003****Vsebina sestanka:**

- traneksamična kislina pri dializnih bolnikih,
- Fabryjeva bolezen,
- infekcije žilnih pristopov pri dializnih bolnikih,
- imunosupresija pri transplantirnih bolnikih,
- novosti pri zdravljenju renalne osteodistrofije,
- drugo,
- letna skupščina,
- zaključno letno srečanje.

Sestanek je namenjen vsem zdravnikom, ki jih zanima področje nefrologije, dialize in transplantacije, internistom in splošnim zdravnikom.

Kotizacija ni predvidena.

Dodatne informacije: prim. doc. dr. Marko Malovrh, dr. med., Center za hemodializo, Leonišče KON, Klinični center Ljubljana, Zaloška 13, Ljubljana, tel.: 01 522 24 60, faks: 01 522 24 60, E: marko.malovrh@kclj.si.

Rezervacije sob: Hotel Lek, Kranjska Gora, tel.: 04 588 15 20, za sestanek nefrologov.

Oddelek za očne bolezni
Splošna bolnišnica Maribor
 organizira

STROKOVNI SIMPOZIJ Z MEDNARODNO UDELEŽBO

Ob 60. obletnici Oddelka za očne bolezni Splošne bolnišnice Maribor

Kongresno prireditveni center, hotel Habakuk, Maribor
 28. november 2003

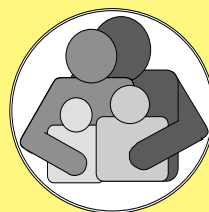
PROGRAM

Petek, 28. novembra 2003

- 11.00–12.00 Registracija
- 12.00–13.15 D. Pahor: Otvoritev srečanja s kulturnim programom (M. Perhavec, klavir) in medmrežno predstavitev oddelka (S. Trpin)
- 13.15–13.30 R. Grewe (Münster): Ophthalmology in the European Union and its opening towards New-Europe
- 13.30–14.00 B. Gračner: Zgodovina Oddelka za očne bolezni
- 14.00–16.00 Ogled novega Oddelka za očne bolezni (organiziran prevoz)
- 16.30–16.45 Alcon (glavni pokrovitelj srečanja): Rezervirana tema
- 16.45–17.00 G. E. Lang (Ulm): Diagnosis and therapy of diabetic retinopathy
- 17.00–17.15 G. K. Lang (Ulm): Clinical application of arteficial diamond knives
- 17.15–17.30 D. Pahor: Transplantacija roženice od leta 1984 do danes
- 17.30–17.45 B. Jovović, N. Špička: Delo v Očesni ambulanti za diabetike
- 17.45–18.00 M. Perhavec: Konziliarna služba na Oddelku za očne bolezni
- 18.00–18.15 N. Budimlič, S. Trpin: Kratek pregled dela v Kabinetu za ortoptiko in pleoptiko
- 18.15–18.30 M. Jarc: Razvoj zdravstvene nege očesnega bolnika od ustanovitve do danes
- 18.30–18.45 T. Gračner: Dejavnost Kabineta za glavkom
- 18.45–19.00 M. Falež: Dejavnost Kabineta za lasersko fotokoagulacijo
- 19.00 Zaključek srečanja
- 19.30 Svečana večerja

Kotizacije ni.

Informacije: doc. dr. Dušica Pahor, dr. med., Oddelek za očne bolezni, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 321 16 30, faks: 02 331 23 93.



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

V. FAJDIGOVI DNEVI: GERB, ASTMA, MIGRENA, HIPERLIPIDEMIJA, ALERGIJA

Hotel Kompas, Borovška 100, Kranjska Gora
28.–29. november 2003

Generalni pokrovitelj: Lek

PROGRAM:

Petek, 28. novembra 2003

- 12.00 Prihod in registracija
- 13.00 Otvoritev
- 13.05 Gledališče Kolenc
 Vrače o boleznih tega seminarja
1. sklop - Astma (moderatorica Katarina Planinec)
- 13.30 Katarina Planinec: Bolnik z astmo v družinski medicini
- 13.50 Rade Ilijaž, Tone Gradišek: Sodelovanje bolnika pri zdravljenju (video)
- 14.10 Mitja Košnik: Astma
- 14.30 Perdija: Diagnostika astme
- 14.50 Razprava
- 15.00 Odmor
- 2. sklop - Gastroezofagealna refluksna bolezen (moderatorica Danica Rotar Pavlič)**
- 15.30 Danica Rotar Pavlič: Gastroezofagealna refluksna bolezen v družinski medicini
- 16.00 Miran Drenovec: Priprava bolnika na gastrokopski pregled in video prikaz gastrokopskega pregleda
- 16.20 Matjaž Koželj: Indikacije za gastrokopski pregled bolnika z dispepsijo
- 16.40 Matjaž Koželj: Zdravljenje gastroezofagealne refluksne bolezni z zdravili
- 17.00 Marko Bitenc: Operativno zdravljenje gastroezofagealne refluksne bolezni
- 17.20 Razprava
- 17.30 Zaključek prvega dne
- 20.00 Svečana večerja

Sobota, 29. novembra 2003**3. sklop - Alergični dermatitisi (moderatorica Nena Kopčavar Guček)**

- 9.00 Nena Kopčavar Guček: Kontaktni dermatitis in urtikarija v družinski medicini
- 9.20 Aleksandar Godič: Diferencialna diagnoza ekcemov: diseboroičnega, atopičnega, kontaktnega in iritativnega
- 9.50 Metoda Košiček: Zdravljenje ekcemov in urtikarije
- 10.10 Tjaša Kordiš Apih: Slovenske izkušnje pri zdravljenju atopijskega dermatitisa in urtikarije s cetirizinom
- 10.20 Razprava
- 10.30 Odmor

4. sklop - Migrena (moderatorica Mihaela Strgar Hladnik)

- 11.00 Mihaela Strgar Hladnik, Simona Repar Bornšek: Načela obravnave bolnika z migrenskim glavobolom v družinski medicini
- 11.20 Bojana Žvan: Izбира ustreznega zdravila za zdravljenje migrene
- 11.40 Tomaž Pogačnik, Bojana Žvan, Marjan Zaletel: Klinični primer: Zdravljenje adolescenta z migreno
- 12.00 Tomaž Pogačnik, Bojana Žvan, Marjan Zaletel: Klinični primer: Pretirano jemanje analgetikov pri bolniku z migreno
- 12.20 Tomaž Pogačnik, Bojana Žvan, Marjan Zaletel: Klinični primer: Bolnik s transformirano obliko migrenskega glavobola
- 12.40 Razprava
- 13.00 Odmor s prigrizkom

5. sklop - Osnovna preventiva (moderatorica Mateja Bulc)

- 14.00 Mateja Bulc: Osnovna preventiva srčno-žilnih bolezni
- 14.20 Andreja Backovič Juričan: Telesna dejavnost v osnovni preventivi srčno-žilnih bolezni
- 14.40 Bernd Wagner: Uporaba antipemikov v osnovni preventivi
- 15.00 Bernd Wagner: Predstavitel ALP programa raziskav o atorvastatinu
- 15.20 Damir Lolić: Odnos Romov do kajenja
- 15.40 Razprava
- 16.00 Zaključek drugega dne

Srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom v osnovnem zdravstvu ter študentom pri predmetu družinska medicina, sekundarijem, specializantom družinske medicine, upokojenim in drugim zdravnikom, ki jih omenjene teme zanimajo.

Kotizacija 35.000,00 SIT vključuje udeležbo na srečanju, torbo s kongresnim gradivom, zbornik (po 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 prenočišč. Enodnevna kotizacija je 20.000,00 SIT. 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, sekundarijev, specializantov družinske medicine in upokojenih zdravnikov bo oproščenih kotizacije. Svetujemo zgodnjo prijavo, ker so mesta omejena.

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: janko.kersnik@s5.net, W: www.drmed.org.

Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije
prireja**5. STROKOVNI SEMINAR –
OBRAVNAVA PATOLOŠKIH
SPREMENB USTNE SLUZNICE**

Kongresno prireditveni center Grand hotela Union, Ljubljana
29. november 2003

PROGRAM:**Sobota, 29. novembra 2003**

- 8.45 **Klinični pogled na bolezni ustne sluznice**
Moderatorja: prof. dr. N. Gale, asist. dr. A. A. Kansky
- 9.00–9.15 Otvoritev in pozdravni govor
- 9.15–9.25 Zidar N., Ljubljana: Morfologija ustne sluznice
- 9.25–9.45 Ihan Hren N., Ljubljana: Bele spremembe na ustni sluznici
- 9.45–10.05 Gorjanc M., Ljubljana: Rdeče in pigmentirane spremembe na ustni sluznici
- 10.05–10.35 Eberlinc A., Zidar N., Ljubljana: Erozije in ulkusi na ustni sluznici
- 10.35–10.55 Kočar M., Šiler T., Ljubljana: Otekline in zatrdline na ustni sluznici
- 10.55–11.00 Razprava
Odmor za kavo
- 11.30 **Predrakave in rakave spremembe ustne sluznice**
Moderatorja: doc. dr. N. Ihan Hren, doc. dr. N. Zidar
- 11.30–11.50 Volavšek M., Ljubljana: Odvzem, prenos in priprava materiala za patohistološko preiskavo
- 11.50–12.10 Gale N., Ljubljana: Predrakave spremembe ustne sluznice
- 12.10–12.30 Kansky A. A., Ljubljana: Etiopatogeneza ploščatoceličnega karcinoma ustne votline
- 12.30–12.50 Dovšak D., Ljubljana: Kirurško zdravljenje karcinomov ustne sluznice
- 12.50–13.10 Virag M., Zagreb: Obnovitvene tehnike po resekcijah malignih tumorjev ustne votline
- 13.10–13.30 Vesnaver A., Ljubljana: Sodobne kirurške tehnike pri zdravljenju patoloških sprememb ustne sluznice
- 13.30–13.40 Razprava
Odmor za kosilo
- 15.00 **Področni in celostni pristop pri boleznih ustne sluznice**
Moderatorja: prof. dr. M. Virag, asist. D. Dovšak
- 15.00–15.20 Strojan P., Ljubljana: Zdravljenje malignih tumorjev ustne votline z obsevanjem
- 15.20–15.40 Konstantinović V. S., Beograd: Pomen ovrednotenja kakovosti življenja in rehabilitacije bolnikov operiranih zaradi malignih tumorjev jezika in ustnega dna
- 15.40–16.00 Sotošek B., Ljubljana: Bolezni ustnic
- 16.00–16.20 Čizmarevič B., Maribor: Bolezni malih žlez slinavk
- 16.20–16.30 Razprava
Odmor za kavo
- 17.00–17.20 Grošelj D., Ljubljana: Bolezni obzobnih tkiv
- 17.20–17.40 Tomažič J., Ljubljana: Infekcijske bolezni, ki se odražajo v ustni votlini
- 17.40–18.00 Mrzlikar I., Novo mesto: Benigne novotvorbe na ustni sluznici v oralnokirurški ambulanti Novo mesto

18.00–18.15 Razprava
18.15 Zaključek seminarja
Večerja

Število udeležencev je omejeno. Vrstni red prijavljenih bo oblikovan po zaporedju vplačil.

Kotizacija:

- do 9. 11. 2003 je 36.000,00 SIT (z vključenim DDV),
 - po 9. 11. 2003 ali na recepciji seminarja je 39.000,00 SIT (z vključenim DDV).
- Kotizacija vključuje: zbornik predavanj in druge uradne materiale simpozija, kosilo, prigrizke in napitke med odmori, večerjo, udeležbo na spremljevalni prireditvi v petek (28. 11. 2003).

Kotizacijo nakažite na POR Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo pri Novi Ljubljanski banki, d. d.,: 02014-0087754603.

Registracija udeležencev bo potekala v predverju Kongresno prireditvenega centra Grand hotela Union (vhod z Nazorjeve ulice) 29. 11. 2003 od osme ure naprej. Prosimo, da zaradi hitrejšega postopka s seboj prinesete potrdilo o vplačilu.

Prijave in informacije: ga. Milena Žajdela, Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, GSM: 041 573 791, E: maxfac.oral@kclj.si, prijavnico in aktualne informacije lahko najdete na W: www.kclj.si/maxfacoral

Udeležencem seminarja in spremljevalnih prireditev je v času od 28. 11. do 30. 11. 2003 omogočeno bivanje v Grand hotelu Union, Miklošičeva 2, Ljubljana, po posebni, za 20 odstotkov, znižani ceni. Prosimo, da sobo rezervirate na tel.: 01 308 19 57 ali na faks: 01 308 19 08. Pri rezervaciji navedite rezervacijsko kodo »5. strokovni seminar ZMOKS«, število in tip sobe, datum prihoda/odhoda ter način plačila.

Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD

organizira strokovno srečanje

ZLOM KOLKA – ZDRAVLJENJE IN REHABILITACIJA

Kongresna dvorana Zdravilišča Laško, Laško

29. november 2003

Jesenski interdisciplinarni strokovni sestanek Združenja za fizikalno in rehabilitacijsko medicino je namenjen vsem članom rehabilitacijskih skupin, fiziotrom, kirurgom, družinskim zdravnikom, sekundarijem, študentom medicine.

Program je objavljen na spletnih straneh Združenja: <http://www.zfrm.szd.si>

Pripravljamo zbornik predavanj. V okviru srečanja bo potekal redni občni zbor ZFRM. Hkrati ste vabljeni tudi na predstavitev slovenskega učbenika za fizikalno in rehabilitacijsko medicino avtorja prof. dr. Martina Štefanciča.

Kotizacija: 15.000,00 SIT (DDV je vključen), člani ZFRM in študentje so oproščeni kotizacije.

Predstavniki: prim. asist. Hermina Damjan, dr. med. IRSR, Linhartova 51, 1000 Ljubljana. E: hermina.damjan@mail.ir-rs.si

Prijave in informacije: asist. mag. Klemen Grabljevec, tajnik ZFRM, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: klemen.grabljevec@mail.ir-rs.si. Rok za prijavo je **14. november 2003**.

Prosimo uporabite prijavnico za strokovne prireditve objavljeno v Izidi.

Stomatološka sekcija SZD

organizira strokovno srečanje

DENTAL PROGRESS 2003 **Glavna tema: Estetika**

Grand hotel Union, Ljubljana

28. november 2003

PROGRAM

Petek, 28. novembra 2003

- 9.00 Uvodne besede (M. Rode, M. Della Volpe)
- 9.15 Dental Progress – trendi v sodobni stomatologiji (P. Butscher)
- 9.45 Paint-on beljenje zob: poročilo o kliničnem testu (K. Glockner)
- 10.00 Estetske restavracije interkanininih zob (L. Perinka)
- 10.15 Rekonstrukcija frakturiranih in endodontsko oskrbljenih zob v interkaninim sektorju (J. Šutalo)
- 10.30 Kako se izogniti in kako razložiti napake v restavrativni stomatologiji :materiali, tehnike, pacienti (G. Unterbrink)
- 11.00 Razpravljanje
- 11.15 Ogled posterjev in odmor
- 11.45 Pooperativna občutljivost (I. Potočnik)
- 12.00 Kako doseči najboljše estetske rezultate z uporabo standardnih in novih materialov (M. Lenhard)
- 12.30 Uporaba "self-etching" adhezivov pri zdravljenju cervikalnih poškodb (A. El-Lababidi)
- 12.45 Estetske kompozitne restavracije – klinični primer (A. Kovačič)
- 13.00 Pomen kvalitetnega endodontskega zdravljenja (I. Anič)
- 13.15 Razpravljanje
- 13.30 Kosilo
- 14.45 FRC Postec, klinični primer (D. Beloica)
- 15.00 Brezkovinska keramika – klinična ocena možnosti in omejitev (S. Ries)
- 15.25 BPS proteza z imediatnimi implantati (W. Jez)
- 15.45 Načrtovana implantologija (O. Rodigier)
- 16.05 Razpravljanje
- 16.20 Ogled posterjev in odmor
- 16.50 Bodočnost preventive in profilakse v R Češki (A. Laurent)
- 17.05 Adhezivne tehnike in materiali (Z. Tarle)
- 17.20 Fizikalne značilnosti uspešnih odtisov (A. Volom)
- 17.35–18.00 Zaključno razpravljanje

Informacije: Stomatološka sekcija SZD, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, tel.: 01 434 25 82.

Slovensko združenje za intenzivno medicino

organizira

**ŠOLO INTENZIVNE MEDICINE
- TRETJI LETNIK****Hotel Krka, Novo mesto****4.–7. december 2003****PROGRAM:****Četrtek, 4. decembra 2003 od 15.00 do 19.00****1. Modul: Bolnišnične okužbe**

Vodja modula: I. Muzlovič

1.1. Predavanja:

Epidemiologija (T. Lužnik Bufon)

Bolnišnična pljučnica (M. Jereb)

Katetrške okužbe (M. Derganc)

Antibiotiki in rezistenca (I. Muzlovič)

Obravnava bolnišničnih okužb v tujini (A. Trampuž)

1.2. Okrogla miza: moderator I. Muzlovič

Od MRSA do GISA

Epidemiologija MRSA

Iskanje nosilcev

Preprečevanje prenosa

Dekolonizacija

Rezistentne klice kot vzrok za sepso

1.3. Predstavitve primerov**Petek, 5. decembra 2003 od 9.00 do 13.00****2. Modul: Sepsa – etiopatogeneza in klinična slika**

Vodja modula: I. Muzlovič

2.1. Predavanja:

Definicije (SIRS, sepsa, težka sepsa, septični šok, PIRO) (Z. Borovšak)

Sepsa pri kirurškem bolniku (L. Kompan)

Sepsa pri imunsko kompromitiranih bolnikih (M. Tomažič)

Sepsa pri otrocih in novorojenčkih (T. Babnik)

2.2. Okrogla miza: moderator B. Kremžar

Odpovedi organskih sistemov

ARDS

Srčna odpoved

Akutna ledvična odpoved

Gastrointestinalni trakt pri sepsi

Septična encefalopatija

2.3. Predstavitve primerov**Petek, 5. decembra 2003 od 15.00 do 19.00****3. Modul: Sepsa – diagnostika in zdravljenje**

Vodja modula: I. Muzlovič

3.1. Predavanja:

Mikrobiološka diagnostika sepse (K. Seme)

Laboratorijski in potencialni markerji (M. Jereb)

Antibiotično in antiglivično zdravljenje (I. Muzlovič)

Novejši načini zdravljenja (I. Muzlovič)

3.2. Okrogla miza: moderator G. Voga

Hemodinamska stabilizacija

Monitoring pri sepsi (neinvazivni, PAC, PICCO)

Nadomeščanje tekočin – odrasli

Nadomeščanje tekočin – otroci

Vazoaktivna/inotropna zdravila

3.3. Predstavitve primerov**Sobota, 6. decembra 2003 od 9.00 do 13.00****4. Modul: Akutna ledvična odpoved**

Vodja modula: B. Kremžar

4.1. Predavanja:

Patofiziologija ALO-ja (R. Ponikvar)

ALO in intenzivni bolnik (R. Kapš)

Hepatorenalni sindrom (M. Hafner)

Posebnosti ALO pri otrocih (A. Gostiša - Kornhauser)

4.2. Okrogla miza: moderator P. Hribar

Nadomestno zdravljenje ALO

4.3. Predstavitve primerov**Sobota, 6. decembra 2003 od 15.00 do 19.00****5. Modul: Bolezni prebavil**

Vodja modula: B. Kremžar

5.1. Predavanja:

Preprečevanje in zdravljenje krvavitev iz GIT (S. Markovič)

Akutni pankreatitis (B. Kremžar)

Akutna jetrna odpoved (S. Markovič)

Akutni abdomen (S. Repše)

Bolezni prebavil pri otrocih (I. Lazar)

5.2. Okrogla miza: moderator B. Kremžar

Diagnostika bolezni prebavil

5.3. Predstavitve primerov**Nedelja, 7. decembra 2003 od 8.30 do 12.30****6. Modul: Prehrana**

Vodja modula: B. Kremžar

6.1. Predavanja:

Enteralna prehrana (L. Kompan)

Posebnosti prehrane pri bolnikih s sladkorno boleznijo, KOPB, ledvičnimi in jetrnimi boleznimi (H. Možina)

Posebnosti pri prehrani kritično bolnega otroka (M. Derganc)

Novosti pri parenteralnem hranjenju (N. Kozjek)

Zapleti pri prehrani kritično bolnih (O. Cerovič)

6.2. Okrogla miza: moderator B. Krivec

Ocena stanja prehranjenosti

6.3. Predstavitve primerov**Kotizacija**

Šolnina za tretji letnik je 55.000,00 SIT. Vplačilo šolnine je možno le na podlagi predračuna, ki ga izda SZIM po prejemu izpolnjene prijavnice. Plačilo je pogoj za obisk šole in prejem tiskovnega materiala. Plačilo mora biti izvršeno najkasneje do 25. 11. 2003. Na mestu šole plačilo ne bo mogoče.

Število udeležencev je omejeno na 40.

Pri vpisu imajo prednost kandidati, ki so že opravili prvi in drugi letnik v tem ciklusu. Rok za prijavo je 15. 11. 2003. Preostala prosta mesta bomo zapolnili z drugimi zainteresiranimi kandidati, ki se morajo prijaviti najpozneje do 20. 11. 2003. V primeru prevelikega števila prijav si izvršilni odbor Slovenskega združenja za intenzivno medicino pridruži pravico izbire med kandidati. Kandidati bodo o izbiri pisno obveščeni. Obrazci za prijavo so dosegljivi na spodnjem naslovu.

Pisne prijave pošljite na naslov: ga. Lidija Grčar, Klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za intenzivno interno medicino, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Prijavo lahko pošljete tudi po faksu št.: 01 522 22 96 ali po E: szim@mf.uni-lj.si

Dodatna obvestila: za dodatna obvestila prosimo, da pokličete naslednjo številko: 01 522 48 36 (ga. Lidija Grčar).

Namestitve: hotel "Krka", Novo mesto. Stroški namestitve niso zajeti v kotizaciji. Rezervacija sob je možna le pri organizatorju Šole. Število enoposteljnih sob je omejeno. Udeleženci sami poravnajo račun na recepciji hotela.



TEDEN UNIVERZE

Kulturno-umetniško društvo

Kliničnega centra in Medicinske fakultete

dr. Lojz Kraigher

Inštitut za anatomijo

Inštitut za histologijo in embriologijo

Inštitut za patologijo

Inštitut za sodno medicino

Medicinske fakultete v Ljubljani

vabijo na

34. KONCERT ZDRAVNIKOV ob XXXIV. MEMORIALNEM SESTANKU PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

s podelitvijo

Spominske diplome profesorja Janeza Plečnika

Priznanja profesorja Franceta Hribarja

petek 5. decembra 2003 ob 19. uri

Velika dvorana Slovenske filharmonije, Kongresni trg 10, Ljubljana

SPORED

J. Držečnik: Votum Hippocratis

B. Ipavec: Vse mine

D. Jenko: Struna

Zbor študentov medicinske fakultete COR

Zborovodkinja Katja Jarm

Podelitev Spominskih diplom profesorja Janeza Plečnika za najboljši študijski uspeh na Medicinski fakulteti v Ljubljani pri predmetih anatomija, histologija z embriologijo in patologija

Priznanj profesorja Franceta Hribarja za vrhunske dosežke v stroki in znanosti ter za pomemben prispevek k razvoju patologije v Sloveniji.

Priznanja podelita dekan Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani prof. dr. Miha Žargi ter častni predsednik Memorialnega sestanka akademik prof. dr. Dušan Ferluga

J. Brahms: Madžarski ples št. 5

D. Milhaud: Scaramouche za 2 klavirja

Brasiliera

Polona Maver, klavir

Andraž Cerar, klavir

A. Corelli: Sonate da Chiesa op. 3 št. 1

Grave

Allegro

Vivace

Allegro

Andreja Černe, flavta

Jure Volk, oboa

Alenka Okorn, kitara

S. Rahmaninov: Elegija op. 3 št. 1

J. Ungar: Slovo vojaka (Ashokan Farewell)

Izvaja trio *Pro medico*

Marko Zupan, violina

Zvonimir Rudolf, violončelo

Pavle Kornhauser, klavir

G. Gershwin: Porgy and Bess (odlomki iz opere)

Vlasta Rožman, sopran

Janja Hvala, sopran

Samo Ivačič, bariton

Janko Volčanšek, bas

Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč

Zborovodja Venčeslav Zadravec

Pevski zbor študentov Medicinske fakultete COR

Zborovodkinja Katja Jarm

Zdravniška glasbena komorna skupina *Pro medico* s sodelavci

Vstop prost!

**Gorenjsko društvo za boj proti raku in
Zveza slovenskih društev za boj proti raku**

prirejata seminar

VEČ ZNANJA O RAKU, MANJ SMRTI

**Hotel Lek, Vršička 38, Kranjska Gora
6. december 2003**

PROGRAM:

Sobota, 6. decembra 2003

- 9.30–10.00 Uvodni pozdrav
- 10.00–10.10 Incidenca raka na Gorenjskem v obdobju od leta 1990 - 1999, Alenka Hafner, dr. med.
- 10.10–10.20 Umrljivost zaradi raka na Gorenjskem v obdobju od leta 1991 - 2000, asist. mag. Marjetka Hovnik Keršmanc, dr. med.
- 10.20–10.40 Pljučni rak, asist. dr. Marjeta Terčelj, dr. med.
- 10.40–11.00 Kožni rak, doc. dr. Igor Bartenijev, dr. med.
- 11.00–11.20 Rak materničnega vratu, mag. Vida Stržinar, dr. med.
- 11.20–12.00 Odmor
- 12.00–12.20 Rak prostate, asist. dr. Ciril Oblak, dr. med.
- 12.20–12.40 Rak širokega črevesa, prof. dr. Borut Štabuc, dr. med.
- 12.40–13.00 Pravice bolnikov z rakom, prof. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med.
- 13.00–13.30 Razprava
- 13.30–14.30 Kosilo
- 14.30–14.50 Rak dojke, mag. Janez Žgajnar, dr. med.
- 14.50–15.10 Več znanja – manj raka, Fani Čeh, univ. dipl. org.
- 15.10–15.30 Osebnostna struktura kot dejavnik tveganja za rak, doc. dr. Andrej Marušič, dr. med.
- 15.30–16.00 Zaključek

Seminar je namenjen vsem, ki jih to področje zanima, predvsem zdravnikom in medicinskim sestram iz gorenjske regije.

Moderatorja: Branimir Čeh, dr. med., prof. dr. Borut Štabuc, dr. med.

Organizacijski odbor: Branimir Čeh, dr. med., Alenka Hafner, dr. med., Tanja Torkar, prof. zdr. vzgoje

Kotizacija: 5.000,00 SIT. Kotizacijo nakažete na transakcijski račun: 05100-8010553107, odprt pri Abanki PE Kranj. Prosimo, če na seminar prinesete fotokopijo nakazila.

Prijave pošljite na naslov: Gorenjsko društvo za boj proti raku, Gosposvetska 12, 4000 Kranj, ali na E: Tanja.Torkar@zzv-kr.si

Dodatne informacije: ga. Tanja Torkar, tel.: 04 20 17 196.

Združenje pnevmologov Slovenije

organizira

LETNO KONFERENCO ZDRUŽENJA PNEVMOLOGOV SLOVENIJE

**Hoteli Morje, Portorož
12.–13. december 2003**

PROGRAM:

Petek, 12. decembra 2003

- 15.00/17.50 Simpozij: Ali so vsi vdihovalniki enaki?
- 18.30/19.00 Občni zbor Združenja pnevmologov Slovenije z volilno konferenco
- 20.00 Večerja (vabi Lek)

Sobota, 13. decembra 2003

- 9.00–13.00 Simpozij: Respiratorne okužbe
- 13.00 Zaključek konference
- 14.00 Pogostitev (vabi Medis)

Informacije: prof. dr. Stanislav Šuškovič, KO za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik, Golnik 36, 4204 Golnik, E: stanislav.suskovic@klinika-golnik.si

**Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino in
Gerontološko društvo Slovenije**

organizirata strokovno srečanje

DODAJMO ŽIVLJENJE LETOM ALI KAKO OSTATI DEJAVEN V POZNI STAROSTI

**Predavalnica v IV. nadstropju IRSR, Inštitut RS za rehabilitacijo,
Ljubljana**

19. december 2003

Učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom, fizioterapevtom, delovnim terapevtom in vsem strokovnjakom, ki se ukvarjajo s starostniki.

Program bo objavljen v decembrski številki Izide in na spletnih straneh Združenja: <http://www.zfrm.szd.si>

Kotizacija: 12.000,00 SIT (DDV je vključen). Člani ZFRM in GDS so oproščeni kotizacije.

Informacije: prim. asist. Hermina Damjan, E: hermina.damjan@mail.ir-rs.si in, prim. Tatjana Erjavec, E: tatjana.erjavec@mail.ir-rs.si, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana.

Prijave: ga. Milenka Koselj, Gerontološko društvo Slovenije, Teslova 17, 1000 Ljubljana, E: gds@siol.net. Rok za prijavo je **12. december 2003**.

Psihiatrična klinika Ljubljana**Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola**

Organizira peto slovensko konferenco o medicini odvisnosti z naslovom

VARNO PREDPISOVANJE IN UŽIVANJE ZDRAVIL, KI LAHKO POVZROČAJO ZASVOJENOSTI (II)

**Predavalnica Enote za zdravljenje odvisnosti od alkohola in podobnih motenj,
Psihiatrična klinika, Poljanski nasip 58, Ljubljana**

6. februar 2004

Vabimo vas na peto slovensko konferenco o medicini odvisnosti z delovnim naslovom Varo predpisovanje in uživanje zdravil, ki lahko povzročajo zasvojenosti (II). Že na prejšnji konferenci medicine odvisnosti smo osvetlili nekaj področij te tako aktualne teme – kako naj za zdravljenje in za lajšanje trpljenja psihosomatskih težav predpisujemo in uživamo zdravila, da bi nam predvsem koristila. Program srečanja je zasnovan interdisciplinarno. Namenjen ni samo zdravstvenim delavcem s področja psihiatrije, splošne oziroma družinske medicine in profesionalcem, ki delujejo na področju bolezni odvisnosti od psihodejavnih snovi, ampak so toplo vabljeni tudi vsi kolegi in kolegice z drugih področij, ki se jih dotika ta tematika.

PROGRAM:**Petek, 6. februarja 2003**

- 8.15–9.00 Registracija udeležencev
- 9.00–10.30 Odgovornost zdravnika pri ugotavljanju in zdravljenju neželenih učinkov zdravil, prim. asist. Martin Možina, dr. med, Center za zastupitve, KC Ljubljana
Odvisnost od uspaval, asist. dr. Lea Dolenc Grošelj, dr. med., Inštitut za nevrofiziologijo, Klinični oddelek za nevrologijo, KC Ljubljana
Glavobol ob prekomernem uživanju analgetikov, asist. mag. Marjan Zaletel, dr. med., Klinični oddelek za nevrologijo, KC Ljubljana
- 10.30–11.05 Odmor (s prigrizkom)
- 11.10–12.40 »Samo tablete prosim!«, Zlatka Kralj, dr. med., Zasebna splošna ordinacija dr. Zlatka Kralj, Ljubljana
Alternativne možnosti zdravljenja vertebrogene bolečine, prim. Vilibald Vengust, dr. med., Oddelek za ortopedijo in športne poškodbe, SB Celje
Intervence v zdravstveni negi, ki pomagajo pacientu obvladovati zasvojenost z zdravili Marinka Odlazek, dipl. med. ses., Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola, PK Ljubljana
Varo predpisovanje antidepresivov tistim pacientom, ki so odvisni od alkohola in/ali tablet, Vida Furman Bajc, dr. med., Petra Jelenko Roth, dr. med., Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola, PK Ljubljana
- 12.40–13.10 Odmor (s prigrizkom)
- 13.10–14.20 Varo predpisovanje psihotropnih zdravil v adolescenci, Irma Kuhar, dr. med., Enota za adolescentno psihiatrijo, PK Ljubljana

Varna uporaba psihotropnih zdravil pri starejših, asist. mag. Aleš Kogoj, dr. med., Enota za gerontopsihiatrijo, PK Ljubljana

Nemedicinska raba psihotropnih zdravil pri zdravstvenih delavcih, Mirjana Radovanovič, dr. med., Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola, PK Ljubljana

Kotizacija za srečanje je 15.000,00 SIT. Plačilo na transakcijski račun št.: 01100-6030277991, sklic na št.: 299386 Psihiatrične klinike Ljubljana, Studenec 48, davčna št. 82546193 (za peto konferenco medicine odvisnosti). Prosimo, da potrdilo prinese s seboj. V kolikor bi želeli, da vam izstavimo račun za udeležbo na strokovnem srečanju, imejte prosimo s seboj davčno številko vaše ustanove. Udeleženci, ki bodo plačali polno kotizacijo, bodo naknadno prejeli tudi knjigo s predavanji.

Prijave: ga. Alenka Vajda, Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola, Psihiatrična klinika Ljubljana, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 300 34 60, 300 34 50, faks: 01 300 34 57, E: maja.rus-makovec@guest.arnes.si

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

organizirata

INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2004

1. predavalnica Kliničnega Centra, Ljubljana**12.–13. marec 2004**

Temе:

- Čižman M.: Poraba protibakterijskih učinkovin v Sloveniji in Evropi. Kje smo in kaj moramo storiti?
- Kolman J., Gubina M. in slovenska skupina sodelavcev pri projektu EARSS: Trendi občutljivosti invazivnih sevov *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *E. coli* in *E. faecium/faecalis* v Sloveniji in Evropi. Rezultati EARSS projekta
- Primožič S., Čižman M.: Naloge Ministrstva za zdravje in Urada za zdravila na področju smiselne porabe antibiotikov v Sloveniji
- Fürst J.: Vloga zavarovalnice pri smiselni ambulantni porabi antibiotikov
- Drinovec J.: Vloga farmacevtske industrije in smiselna poraba antibiotikov
- Müller Premru M., Seme K. in sod.: Trendi občutljivosti bakterij v KC. Ali je vzrok za visoko odpornost nekaterih bakterij širjenje odpornih klonov?
- Lešničar G., Šibanc B., Žohar Čretnik T., Štorman A.: Vpliv racionalnega predpisovanja protimikrobnih zdravil na odpornost bolnišničnih bakterij v SB Celje
- Gorišek Reberšek J., Lorenčič Robnik S.: Pogostnost in občutljivost sevov *Acinetobacter* sp. v SB Maribor
- Beovič B.: Mesto novih fluorokinolonov v zdravljenju okužb
- Beovič B., Lejko Zupanc: Novosti v zdravljenju glivičnih bolezni
- Arnez M.: Okužbe s *Streptococcus agalactiae*, pogostnost, diagnostika in možnosti preprečevanja
- Mole H. in sod.: Okužbe s *Streptococcus agalactiae* pri novorojenci
- Lejko Zupanc T.: Okužbe s *Streptococcus agalactiae* pri odraslih
- Bufon Lužnik T., Poljšak Prijatelj M.: Okužbe prebavil z enteričnimi virusi
- Mrvič T., Marin J.: Okužbe z metapneumovirusi
- Strle F.: SARS

Kotizacija: 19.000,00 SIT (DDV je vključen).

Informacije: ga. Andreja Sorman, ga. Simona Rojs, Tajništvo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, tel.: 01 522 21 10, faks: 01 522 24 56.

Zdravilišče Rogaška – Zdravstvo, d. o. o.,

objavlja prosti delovni mesti za

dva zdravnika specialista interne medicine – kardiologa

za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljena specializacija iz interne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno znanje tujih jezikov,
- poskusno delo v skladu s splošnimi akti družbe.

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

Splošna bolnišnica Jesenice

sodi med srednje velike bolnišnice v slovenskem prostoru. Opravljamo zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni, ki obsega zlasti področja kirurgije, internistike, ginekologije s porodništvom in pediatrije. Stavimo na strokovni in osebni razvoj kadrov ter skupinske delovno vzdušje. Pričakujemo, da boste sprejeli naš izziv in poslali vaše cenjene ponudbe za zasedbo naslednjih delovnih mest:

- zdravnik specialist iz anesteziologije z reanimatologijo,**- zdravnik specialist iz pediatrije,****- zdravnik specialist iz radiologije,****- zdravnik specialist iz ginekologije in porodništva.**

Pogoji za zasedbo delovnih mest:

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

Delovno razmerje s posameznim kandidatom bomo sklenili za nedoločen čas s štiri mesečnim poskusnim delom in polnim delovnim časom.

Nudimo vam možnost strokovnega in osebnega razvoja, stimulativen zaslužek in po potrebi najem stanovanja.

Vaše ponudbe pričakujemo v roku 15 dni po objavi na naslov: Splošna bolnišnica Jesenice, C. M. Tita 112, 4270 Jesenice.

Zdravstveni dom Logatec

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika ali zdravnika specialista splošne medicine

Pogoji za zasedbo delovnega mesta:

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit oziroma končana specializacija iz splošne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit kategorije B.

Delovno razmerje bomo sklenili za določen čas. Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v osmih dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Logatec, Notranjska c. 2, 1370 Logatec.

K sodelovanju vabim

zobozdravnico-ka

za občasno pomoč v zasebni ordinaciji v Ljubljani.

Pogoji:

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

Dodatne informacije na tel.: 041 653 602

Splošna bolnišnica Izola

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista interne medicine

za nedoločen čas.

Pogoji za zasedbo delovnega mesta:

- zdravnik/zdravnica specialist/ka interne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje interne medicine,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- znanje angleškega ali nemškega jezika,
- zaželeno znanje italijanskega jezika.

Poskusno delo traja štiri mesece.

Kandidati pošljejo prijavo z dokazili o izpolnjevanju pogojev najkasneje do 21. 11. 2003 na naslov: Splošna bolnišnica Izola, Polje 35, 6310 Izola.

O izbiri bodo kandidati obveščeni v 15 dneh po zaključeni objavi prostega delovnega mesta.

Dodatne informacije lahko kandidati pridobijo pri predstojniku oddelka za interno medicino Janiju DERNIČU, dr. med., tel.: 05 660 65 07.

Zdravstveni dom Medvode

razpisuje prosto delovno mesto

zdravnika specialista oftalmologije

za krajši delovni čas 13 ur na teden, za nedoločen čas, z nastopom dela po dogovoru. Delo je dvoizmensko.

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljena specializacija iz oftalmologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 14 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Medvode, Ostrovrharjeva 6, 1215 Medvode.

**Zasebna zobna ordinacija
Mojca Potokar, dr. dent. med.,**

za določen čas zaposli

zobozdravnika-co.

Pogoji:

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

Prijave z dokazili pošljite na naslov: Zobna ordinacija Mojca Potokar, dr. dent. med., Ježa 90, 1231 Ljubljana Črnuče.

Zdravstveni dom Radlje ob Dravi

takoj zaposli

dva zdravnika splošne medicine

Pogoji:

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

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

Ponujamo družinsko stanovanje.

Ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov: Zdravstveni dom Radlje ob Dravi, Mari-borska 37, 2360 Radlje ob Dravi.

Zdravstveni dom Domžale

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika

s polnim delovnim časom, za določen čas (1 leto),
z možnostjo zaposlitve za nedoločen čas, za delo v
ambulantni splošne medicine in urgentni
ambulanti.

Pogoji:

- končan študij na Medicinski fakulteti - smer medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo RS,
- voziški izpit B kategorije,
- poskusno delo 4 mesece,
- usposobitev za delo urgentne medicine.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev
sprejemamo 8 dni po objavi na naslov: Zdravstveni
dom Domžale, Mestni trg 2, 1230 Domžale.

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.

***Zdravstveni dom Medvode
nudi možnost
najema ultrazvočnega
aparata***

***za izvajanje različnih preiskav-
razen ginekoloških.***

***Dogovor za informacije
na tel.: 01/ 361 99 62
od ponedeljka do petka
od 7.00-14.00 ure.***

***Zobozdravstveno ordinacijo
in zobotehnični laboratorij
v Ljubljani, delno opremljeno,
že vpeljano,
oddamo.***

Informacije: 041/ 639 274.

Izvršilni odbor se je seznanil s poročilom o glasovanju na korespondenčni seji skupščine Zdravniške zbornice Slovenije.

e) UEMC, Management Council, Ljubljana 16.-18. oktober 2003
Soglasno je bil sprejet sklep št. 242/12/2003:

Vsi člani Izvršilnega odbora prejmejo vabila za udeležbo na UEMO - Management Council, ki bo v Ljubljani, od 16. do 18. oktobra 2003, in je zaželeno, da se v čim večjem številu udeležijo vsaj družabnih dogodkov, organiziranih v času srečanja.

Glavni in neposredni mentorji za izvajanje stomatoloških specializacij po posameznih stomatoloških področjih so:

A. Glavni mentorji (ki so hkrati tudi neposredni mentorji)

Čeljustna in zobna ortopedija	Ustanova:
1. Prof. dr. Franc Farčnik, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika, Zavod Orthos
2. Prim. Majda Korpar, dr. dent. med.	ZD dr. Adolfa Drolca Maribor
3. Prim. Janez Vrbošek, dr. dent. med.	ZD Ljubljana
4. Asist. dr. Maja Ovsenik Bitenc, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
5. Prim. mag. Metoda Rejc Novak, dr. dent. med.	Zavod Orthos
Oralna kirurgija	Ustanova:
1. Asist. mag. Andrej Kansky, dr. dent. med.	KC SPS Kirurška klinika
2. Doc. dr. Nataša Ihan Hren, dr. med.	KC SPS Kirurška klinika
3. Asist. mag. M. Snežna Fludernik, dr. dent. med.	SB Celje
4. Doc. dr. Danijel Žerdoner, dr. dent. med.	SB Celje
Otroško in preventivno zobozdravstvo	Ustanova:
1. Doc. dr. Narcisa Košir, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
2. Prim. Tomislav Mokorel, dr. dent. med.	ZD Ljubljana
Parodontologija	Ustanova:
1. Prof. dr. Uroš Skalerič, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
2. Doc. dr. Dušan Grošelj, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
3. Doc. dr. Milan Petelin, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
4. Prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med.	ZD Ljubljana
Stomatološka protetika	Ustanova:
1. Prof. dr. Nenad Funduk, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
2. Prof. dr. Ljubo Marion, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
3. Doc. dr. Igor Kopač, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
Zobne bolezni in endodontija	Ustanova:
1. Prof. dr. Dominik Gašperšič, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
2. Doc. dr. Mirela Rode, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
3. Doc. dr. Janja Jan, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika (če bo podala soglasje)

B. Neposredni mentorji:

Čeljustna in zobna ortopedija	Ustanova:
1. Asist. mag. Martina Drevenšek, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
2. Prim. mag. Metoda Rejc Novak, dr. dent. med.	Zavod Orthos
3. Asist. Gabrijela Vremec, dr. dent. med.	Zavod Orthos

4. Diana Pavšič, dr. dent. med.	ZD Ljubljana
5. Prim. Krista Sever Cimerman, dr. dent. med.	ZD dr. Adolfa Drolca Maribor
6. Evgenij Komljanec, dr. dent. med.	Zavod Orthos
7. Asist. Mojca Velikonja Vagner, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
8. Prim. Oton Herman, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
Oralna kirurgija	Ustanova:
1. Asist. Matija Gorjanc, dr. dent. med.	KC SPS Kirurška klinika
2. Asist. David Aleksander Dovšak, dr. dent. med.	KC SPS Kirurška klinika
3. Asist. Andreja Eberlinc, dr. med.	KC SPS Kirurška klinika
4. Asist. mag. Aleš Vesnaver, dr. med.	KC SPS Kirurška klinika
5. Asist. dr. Tomaž Šiler, dr. dent. med.	KC SPS Kirurška klinika
Otroško in preventivno zobozdravstvo	Ustanova:
1. Asist. mag. Alenka Pavlič, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
2. Asist. Jelisava Jožef, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
3. Asist. Rok Kosem, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
4. Prim. Josephine Jožica Ladič, dr. dent. med.	ZD Dravograd
5. Prim. Jožica Reberc, dr. dent. med.	ZD Ptuj
6. Darinka Borovšak Bela, dr. dent. med.	ZD dr. Adolfa Drolca Maribor
7. Ivana Jevšek, dr. dent. med.	ZD Velenje
8. Vilma Cvikl, dr. dent. med.	ZD Celje
9. prim. Marta Škapin, dr. dent. med., svet.	ZD Celje
Parodontologija	Ustanova:
1. Asist. mag. Marija Kovač Kavčič, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
2. Asist. mag. Rok Schara, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
3. Asist. mag. Boris Gašpirc, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
4. Mag. Dragac Popovič, dr. dent. med.	ZD Ljubljana
5. Prim. doc. mag. Marjan Zlatko Frangež, dr. dent. med.	ZD dr. Adolfa Drolca Maribor
6. Dr. Boris Simončič, dr. dent. med.	SIMED zobozdravstvo d.o.o.
7. Alenka Mlinar, dr. dent. med.	A. MLINAR d.o.o.
8. Prim. Franc Fidler, dr. dent. med.	Ambulanta Fidler
9. Prim. Berta Završnik, dr. dent. med.	Ambulanta Završnik
Stomatološka protetika	Ustanova:
1. Asist. dr. Milan Kuhar, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
2. Asist. mag. Čedomir Oblak, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
3. Prim. Aleksander Sterger, dr. dent. med.	ZD dr. Adolfa Drolca Maribor
4. Manja Pavlič, dr. dent. med.	ZD dr. Adolfa Drolca Maribor
5. Gregor Završnik, dr. dent. med.	ZD dr. Adolfa Drolca Maribor
6. Prim. doc. dr. Bogdan Pavlin, dr. dent. med.	Ambulanta Pavlin
Zobne bolezni in endodontija	Ustanova:
1. Asist. mag. Igor Potočnik, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
2. Asist. dr. Janja Jan, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
3. Asist. mag. Nataša Jevnikar, dr. dent. med.	KC SPS Stomatološka klinika
4. Prim. doc. mag. Marjan Zlatko Frangež, dr. dent. med.	ZD dr. Adolfa Drolca Maribor
5. Dr. Boris Simončič, dr. dent. med.	SIMED zobozdravstvo d.o.o.
6. Prim. Franc Fidler, dr. dent. med.	Ambulanta Fidler

Prof. dr. Franc Farčnik, dr. dent. med.
Predsednik Odbora za zobozdravstvo

Zapisala: Vesna Habe Pranjčič

Zapisnik 13. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 4. septembra 2003

Soglasno je bil sprejet sklep št. 244/13/2003:

Sprejme se naslednji dnevni red:

1. Potrditev zapisnika 12. seje izvršilnega odbora z dne 21. 8. 2003, poročilo o izvršitvi sklepov
2. Priprave na sejo skupščine Zdravniške zbornice Slovenije
3. Razno

K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 12. seje izvršilnega odbora z dne 21. 8. 2003, poročilo o izvršitvi sklepov

Soglasno je bil sprejet sklep št. 245/13/2003:

Izvršilni odbor potrdi zapisnik 12. seje izvršilnega odbora z dne 21. 8. 2003 in poročilo o realizaciji sklepov.

K 2. točki dnevnega reda: Priprave na sejo skupščine Zdravniške zbornice Slovenije

Prim. Andrej Možina, dr. med., je predlagal, da določijo datum in dnevni red za 40. sejo skupščine Zbornice ter se opredelijo do določenih pobud, ki so prispele v zvezi s poslovníkom in statutom Zbornice.

Prim. Anton Židanik, dr. med., je povedal, da je pred sejo govoril s predsednikom Zbornice. Predsednik ga je seznanil, da je razprava v zvezi s pobudami in pripombami predvidena za naslednjo sejo. Glede na to, da bo 12. in 13. septembra skupna seja skupščinskega sveta in izvršilnega odbora, na kateri se bo razpravljalo o zdravstveni reformi, je predsedniku Zbornice predlagal, da bi se na tej seji razpravljalo tudi o pobudah in pripombah. Predsednik je ocenil, da bo razprava v zvezi z reformo obsežna, tako da ne bo možno razpravljati tudi o tem.

Člani izvršilnega odbora so določili datum skupne seje skupščinskega sveta in izvršilnega odbora, na kateri se bo razpravljalo o zgoraj navedenih pobudah in pripombah. Seja bo 25. septembra 2003. Predlagali so sledeči dnevni red:

1. Predlog amandmajev za Statut Zdravniške zbornice Slovenije
2. Obravnava predlogov za Poslovnik o delu skupščine in izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije
3. Spremembe in dopolnitve Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij
4. Spremembe Pravilnika o vsebini in poteku sekundarijata
5. Spremembe Pravilnika o zdravniških tarifah (v kolikor bo pripravljeno gradivo)
6. Stališča Zdravniške zbornice Slovenije do zdravstvene reforme

Jani Dergič, dr. med., je razložil, da gre pri spremembi Pravilnika o zdravniških tarifah za tri stvari. Ena je, da je Zbornica junija letos v Portorožu na skupnem sestanku na temo "svobodni zdravnik specialist" sprejela nalogo, da bo med pomembnimi pobudniki, če ne celo nosilec pilotnega projekta o svobodnem poklicu zdravnika v sekundarni zdravstveni mreži. Za ocenjevanje in nagrajevanje tega dela potrebujemo izdelano metodologijo vrednotenja zdravnikovega dela. Projekt zdravniške tarife kot element cene zdravstvene storitve je bil predstavljen članom izvršilnega odbora v mesecu maju. Odbor za socialno-ekonomska vprašanja je v okviru tega projekta pripravil klasifikacijo na osnovi slovenske klasifikacije. Potrebno je napraviti navzkrižno povezovanje z novo SI-Au klasifikacijo storitev. Gre za

2.600 storitev. Dvomi, da bodo uspeli do 25. septembra pripraviti delovni predlog. Druga zadeva se nanaša na problem neomejavnja oziroma odprtosti cen storitev navzgor. Mediji so izpostavili problem, da Zbornica nima nadzora nad cenami zdravniških oziroma zdravstvenih storitev. Med temi storitvami so bile tudi storitve z naziva Pravilnika o zdravniških tarifah za tiste storitve, ki jih danes zdravniki delajo po administrativni strani. Sestavni del pravilnika so tudi zobozdravniške storitve pri katerih nimamo definiranega limita. Imamo tako imenovan "open end" in to je bilo tisto, kar je bilo v javnosti predstavljeno kot sporno. Tretja zadeva se nanaša na dopolnitev pravilnika z nekaterimi dodatnimi administrativnimi storitvami, ki jih danes opravljajo zdravniki in še niso zajete v pravilniku. Predlagal je, da se o tem dogovori s predsednikom Zbornice.

Prim. Andrej Možina, dr. med., je pojasnil, da je bil v časopisu Delo objavljen članek, v katerem so bili intervjuvani nekateri zdravniki, med drugimi tudi predsednik Zbornice, ki je izjavil, da bo v mesecu oktobru sprememba pravilnika o zdravniških tarifah z omejitvami navzgor. To smo imeli že v načrtu šest do sedem let nazaj. Takrat je bilo stališče Zbornice, da cene v sistemu javnega zdravstva ostajajo pod nadzorom zavarovalnice. Menil je, da se je potrebno dogovoriti o spremembi pravilnika. Zanimalo ga je, če je bil že kakšen uradni predlog s strani izvršilnega odbora v zvezi s to spremembo pravilnika o zdravniških tarifah.

Jani Dergič, dr. med., je pojasnil, da uradnega predloga ni bilo, je pa javno objavljeni predlog. Izvršilni odbor o tem ni razpravjal.

Živo Bobič, dr. dent. med., je poudaril, da so bili dogovori, da se morajo zobozdravniki dogovoriti, da bodo obstajale neke najnižje cene, ki jih je treba limitirati. Pod to ceno naj ne bi v Sloveniji delal noben zdravnik. Za cene navzgor danes prvič sliši in se mu zdi čudno, da se pogovarjajo sploh o tem. Obstaja določen trg za cene in storitve in bo to določal.

Prim. Andrej Možina, dr. med., je predlagal, da se o tem razpravlja na naslednji seji izvršilnega odbora glede na to, da je predsednik danes odsoten. Predlagal je, da se sprememba pravilnika o zdravniških tarifah ne da na dnevni red seje skupščinskega sveta, temveč se naknadno uvrsti na dnevni red v kolikor bo gradivo pripravljeno.

Člani izvršilnega odbora so določili datum seje skupščine, in sicer 6. november 2003.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 246/13/2003:

Izvršilni odbor je odločil, da bo seja skupščinskega sveta Zbornice dne 25. 9. 2003. Gradivo za 40. sejo skupščine Zbornice bo poslancem posredovano dne 29. 9. 2003. Seja skupščine Zbornice bo 6. 11. 2003.

Izvršilni odbor je sprejel sledeči dnevni red za sejo skupščinskega sveta Zbornice:

1. Spremembe in dopolnitve Statuta Zdravniške zbornice Slovenije
2. Spremembe in dopolnitve Poslovnika o delu skupščine in izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije
3. Spremembe in dopolnitve Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij
4. Spremembe in dopolnitve Pravilnika o vsebini in poteku sekundarijata
5. Spremembe in dopolnitve Pravilnika o zdravniških tarifah (v ko-

likor bo pripravljeno gradivo)

6. Stališče Zdravniške zbornice Slovenije do reforme zdravstvenega varstva

K 3. točki dnevnega reda: Razno

- a) UEMS, Management Council, Ljubljana od 16. do 18. oktobra 2003

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je povedal, da je to sestanek upravnega odbora oziroma upravnega sveta evropske zveze zdravnikov specialistov. Smo prva država izven Evropske unije, ki je dobila organizacijo tega srečanja. Imamo tudi določene konkretne zadolžitve v tej organizaciji in ne zgolj prisotnost. Predlagal je, da kot uradna delegacija nastopa delegacija kot je do sedaj na teh upravnih odborih oziroma svetih. Glede na to, da je to v Sloveniji, je možno, v kolikor obstaja interes, da se razširi prisotnost na teh sestankih za člane upravnega odbora. Sam se je na teh srečanjih seznanil z načinom razmišljanja in sprejemnaja odločitev v Evropi, kot na primer iskanje konsenza pri stvareh za katere misliš, da soglasje ni mogoče doseči ter umetnost taga, da določene stvari odložiš. Člani izvršilnega odbora se lahko udeležijo srečanja le, če jih zanima kako se stvari sprejemajo, v razpravo se ne morejo vključiti. Srečanje se bo pričelo v četrtek 16. oktobra s sejo izvršilnega odbora, ki bo na Zbornici. Popoldne se bodo pričeli sestanki delovnih skupin, ki jih je pet. Pričakujejo 75 udeležencev.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je vprašala, kako je s sponzorskimi sredstvi za organizacijo UEMS-a skladno s predhodnimi zapisniki, v katerih je zapisano, da smo se odločili za varianto, za katero smo se odločili z zagotovilom predsednika Zbornice, da bomo določena sredstva dobili tudi izven Zbornice. Pripomnila je, da se lahko preveri kako je bila finančno organizirana konferenca UEMS-a, ki je bila tudi v Sloveniji.

- b) Sodelovanje med oftalmološkim centrom Helmholtz ter oftalmološkimi centri v Republiki Sloveniji

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je menila, da je ta odbor razpravljal pred nekaj leti o financiranju oziroma plačilu specializantskih delovnih mest. Ravno kolega Popovič je takrat sprožil razpravo o tem koliko plačujejo tujci za izobraževanje pri nas, koliko pa plačujejo domači specializanti. Pametno bi bilo pregledati kakšne sklepe so že sprejeli na to temo. Tu je razlika med tujimi in domačimi specializanti. Zbornica mora na to opozoriti.

Jani DERNIČ, dr. med., je dejal, da Zbornica ne dela razlike za tuje in domače specializante. Tarifa za specializacijo je enotna.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je vprašal, če bi morala tudi Zbornica imeti različni tarifi za tuje in domače specializante ali to pomeni, da njim predlagamo, da imajo enotno tarifo.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je menila, da mora biti Zbornica konsistentna v svojih predlogih. Če smo se opredelili do stališča, da je tarifa za specializacijo enotna ne glede na to od kje specializant prihaja, moramo to stališče zastopati tudi navzven. Če se bo Ministrstvo za zdravje odločilo za sodelovanje s tem okulističnim centrom, je treba našim specializantom zagotoviti enake pogoje kot ruskim, sicer nismo konsistentni.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je predlagal, da stališče pripravi koordinator specializacij oziroma strokovni sodelavec, ker je zadeva neposredno vezana na usposabljanje in pregled samega programa specializacije. Dokler nimamo strokovno obarvanega organizacijskega mnenja, ki se nanaša na kakovost usposabljanja v tem centru, se tež-

ko opredelimo ali kot Zbornica stojimo za tem. Iz dopisa namreč ni razvidno kaj naj bi to usposabljanje zagotavljalo.

Prim. Anton ŽIDANIK, dr. med., je menil, da je potrebno preveriti v kolikšni meri je program, ki se na tem inštitutu izvaja kompetabilen z našimi zahtevami in našim programom.

Prim. Andrej MOZINA, dr. med., je predlagal, da stališče do tega pripravijo predsednik RSK za oftalmologijo, koordinator specializacije ter mag. Zlatko Fras, dr. med.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je menil, da sta RSK za oftalmologijo in Slovensko zdravniško društvo, ki je načeloma odgovorno za vsebine specializacij, tudi dobila ta dopis. Zbornica naj se odzove na dopis s pomočjo koordinatorja specializacij.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 248/13/2003:

Izvršilni odbor je odločil, da koordinator za specializacije in svet za izobraževanje zdravnikov pripravita odgovor. Odgovor se do 9. 9. 2003 posreduje na Ministrstvo za zdravje.

- c) Znižanje kotizacij za strokovna srečanja zdravnikov in zobozdravnikov

Jani DERNIČ, dr. med., je povedal, da je bil glede na sklep 11. seje izvršilnega odbora Zbornice z dne 17. 7. 2003 v zvezi s pismom predsednice obalno-kraške regije zadolžen, da pripravi kolegici Tuljakovi odgovor v zvezi z višinami kotizacij. O tej problematiki je Zbornica že razpravljala leta 1997 in 1998. Takrat je bilo ugotovljeno, da je glavni organizator vseh strokovnih srečanj Slovensko zdravniško društvo, tako da Zbornica ne more več kot toliko vplivati na to. Zbornica je dala pobudo Slovenskemu zdravniškemu društvu. Do danes Zbornica še ni dobila odgovora. Zbornica je sprejela sklep, da so organizatorji, ki nimajo kotizacije, oproščeni zbiranja namenskih sredstev za delno kritje stroškov izdaje pooblastila organizatorja in dodelitev kreditnih točk.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 255/13/2003:

Izvršilni odbor potrdi odgovor predsednika odbora za socialno-ekonomska vprašanja v zvezi z višinami kotizacij. Odgovor bo predstavljen na seji skupščine.

Zapisala: Darja Klančar



Predlogi za standarde in kazalce kakovosti pri kolposkopiji, zdravljenju in nadzoru bolnic s predrakavimi spremembami materničnega vratu

Marjetka Uršič Vrščaj, Andrej Možina, Stelio Rakar

Po Priporočilih za odkrivanje, zdravljenje in nadzor bolnic s predrakavimi spremembami materničnega vratu (Uradni list RS št. 33/02) je kolposkopija osnovna diagnostična metoda, ki jo uporabljamo pri PAP II (dvakrat PAP II, brez vnetja) ali PAP III-V. S kolposkopijo moramo odkriti prisotne patološke spremembe materničnega vratu, ugotoviti obsežnost lezije in določiti eno ali več najprimernejših mest za biopsijo. Kolposkopija omogoča odločitve o obsegu in najprimernejšem zdravljenju (destruktiva ali ekscizijska konzervativna metoda) ter je nepogrešljiva preiskava pri nadzorih pregledih po zdravljenju patoloških sprememb materničnega vratu ali pri odloženem zdravljenju.

Pred zdravljenjem mora biti iz vseh kolposkopsko sumljivih mest odvzeta ciljana biosija, izključen mora biti invazivni karcinom. V primeru patoloških citoloških brisov in negativne kolposkopije mora biti vedno izvršena diagnostična konizacija z eno od ekscizijskih konzervativnih metod.

V okviru odkrivanja, zdravljenja in nadzora pacientk s predrakavimi spremembami materničnega vratu ima kolposkopija osrednji pomen. Zato moramo s kolposkopijo in dejavnostmi povezanih z njo pacientkam zagotoviti čim bolj kakovostno oskrbo, kar je eden od osnovnih ciljev državnega programa za organizirano odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu ZORA.

Že danes delujejo po posameznih slovenskih bolnišnicah številne ambulate, v katerih opravljajo ginekologi tudi kolposkopijo. S strokovnega stališča je utemeljeno zbiranje pacientk v eni sami ambulanti znotraj posamezne bolnišnice, saj je tako mogoče najbolj uspešno zagotavljati ustrezno kakovost vseh postopkov in standardov. Zaradi sodobnih kirurških metod, ki omogočajo večinski delež ambulantno opravljenih kirurških posegov in zaradi predrakavih sprememb materničnega vratu, je delovanje centrov za celostno obravnavo teh pacientk (kolposkopijo, zdravljenje in nadzor neposredno po zdravljenju) toliko bolj upravičen.

Za čim bolj kakovostno kolposkopijo in dejavnosti povezanih z njo morajo biti, po predhodnem obdobju, v Centrih za kolposkopijo, zdravljenje in nadzor neposredno po zdravljenju ali na kratko Centri za kolposkopijo, izpolnjeni naslednji standardi in kazalci kakovosti:

1. Natančna in pravilna informiranost žensk

- Osební ginekolog mora zagotoviti ustno in pisno informacijo o namenu in poteku pregleda v Centru za kolposkopijo in najpogostejših posegih (dokument v pripravi).
- V Centru za kolposkopijo (ginekolog - kolposkopist) mora biti podana ustna in pisna informacija o načinih zdravljenja, posledicah in morebitnih zapletih. Pridobljena mora biti pisna privolitev v poseg (dokument v pripravi).

- V Centru za kolposkopijo (ginekolog - kolposkopist) mora biti podana ustna in pisna informacija o izvidih opravljenih preiskav, priporočila za morebitno zdravljenje in/ali nadzorne preglede (dokument v pripravi).

2. Ustrezno delovno okolje

- Zagotovljena mora biti opremljenost kolposkopske ambulante, kot jih zahtevajo standardi kolposkopske dejavnosti (dokument v pripravi).
- Zagotovljena možnost izvajanja vsaj ene od metod konzervativnega zdravljenja predrakavih sprememb materničnega vratu.
- Zagotovljena mora biti oprema za reanimacijo in pismena navodila v primeru nujnih stanj, ki jih osebje pozna, kar mora biti preverjeno, in se je sposobno po njih ravhati.
- Zagotovljeno mora biti primerno okolje za garderobo in ustrezni toaletni prostori.

3. Ustrezno strokovno znanje, redno izobraževanje s preverjanjem usposobljenosti in ustreznosti postopkov

- V Centru za kolposkopijo predrakavih sprememb MV dela ginekolog - kolposkopist s strokovno preverjenim znanjem iz kolposkopije in odobritvijo za delo v kolposkopski ambulanti.
- Zagotovljena mora biti pomoč strokovno ustrezno izobražene in usposobljene medicinske sestre, polno zaposlene v času kolposkopske dejavnosti le v kolposkopski ambulanti (brez vzporednih obveznosti v drugih ambulantnih dejavnostih).
- Ženska mora privoliti v prisotnost drugega medicinskega osebja.
- Zagotovljeno mora biti intervalno izobraževanje celotne skupine v Centru za kolposkopijo.
- Omogočeno mora biti sprotne preverjanje dela skupine v Centru za kolposkopijo in nadzor.
- Doseženo mora biti ustrezno število opravljenih kolposkopij: število kolposkopij pri novih primerih/ leto: 60-100.

4. Redno zbiranje, spremljanje in posredovanje podatkov

- Omogočeno mora biti redno zbiranje, spremljanje in posredovanje podatkov z ustreznim informacijskim sistemom, ki zagotavlja stalno kontrolo kakovosti Centra za kolposkopijo, kar omogoča čim bolj učinkovito delovanje celotnega državnega programa ZORA.
- Centri za kolposkopijo morajo biti opremljeni z ustreznimi pismeni protokoli: na primer za kolposkopski pregled, zdravljenje in kontrolne preglede.

5. Standardi kakovosti na področju kolposkopske diagnostike

- Čakalna doba za prvi pregled v Centru za kolposkopijo za vse ženske: = 90 odstotkov žensk < osem tednov.
- Čakalna doba za prvi pregled v Centru za kolposkopijo za ženske s PAP III ali več: = 90 odstotkov žensk < štiri tedne.

- c) Odstotek žensk, ki ne pride na prvi pregled: < 15 odstotkov.
- d) Kakovostna biopsija za patohistološko preiskavo (= 90 odstotkov).
- e) CIN cerviko-intraepitelijska neoplazija v patohistološkem izvidu biopsije: 80-85 odstotkov.
- f) Zanesljivost kolposkopista pri napovedi visoko tveganih displazij: = 70 odstotkov.
- g) Odstotek žensk s PAP III-V, ki ne pride na prvi pregled v Center za kolposkopijo, kot ji je bilo svetovano v šestih mesecih: < pet odstotkov.
- h) Odstotek žensk s PAP II (brez vnetja), ki ne pride na prvi pregled v Center za kolposkopijo, kot ji je bilo svetovano v dvanajstih mesecih: < pet odstotkov.

6. Standardi kakovosti na področju zdravljenja predrakavih sprememb materničnega vratu

- a) Odstotek žensk zdravljenih v Center za kolposkopijo ambulantno in v lokalni anesteziji: 50-80 odstotov.
- b) Odstotek žensk, pri katerih je zaradi krvavitve potrebno namestiti hemostatske šive: = dva odstotka.
- c) Odstotek žensk, pri katerih je, zaradi zapletov po ambulantnem zdravljenju, potrebno zdravljenje v bolnišnici: < dva odstotka.
- d) Odstotek žensk, ki po zdravljenju ne pride na prvi pregled, kot ji je bilo svetovano: < 15 odstotkov.
- e) Odstotek žensk, pri katerih šest mesecev po zdravljenju zaradi CIN, ugotovimo normalen citološki bris (PAP I): = 90 odstotkov.
- f) Delež žensk, pri katerih v prvem letu po zdravljenju zaradi CIN z destruktivnimi metodami, ugotovimo invazivni planocelularni karcinom materničnega vratu: 3-5/ 1000.
- g) Odstotek žensk, ki po zdravljenju ne pridejo na prvi pregled, kot jim je bilo svetovano: v dvanajstih mesecih: < pet odstotkov.

Priporočena literatura:

NHS Cervical Cancer Screening Publications. Standards and quality

in colposcopy, 1996.

NHS Cervical Cancer Screening Publications. Guidance notes on the safe use of diathermy loop excision for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia, 1997.

Kitchener H. Quality Standards in Colposcopy and Cervical Pathology. Training in Colposcopy. Management of Abnormal Smears. State of the Art. 4th International Multidisciplinary Congress, Paris, 2000.

Walker P. Counseling of patients referred for colposcopy. Management of Abnormal Smears. State of the Art. 4th International Multidisciplinary Congress, Paris, 2000.

NHS Cervical Cancer Screening Publications. The role of genitourinary medicine cytology and colposcopy in cervical screening, 1994.

NHS Cervical Cancer Screening Publications. NCN workshop on information and colposcopy, 1996.

■ RSK potrdi pripravljeno in revidirano gradivo s predlogi za izboljšanje standardov in kazalcev kakovosti na področju odkrivanja in zdravljenja prekancerov materničnega vratu v Sloveniji, ki so ga pripravili doc. dr. Marjetka Uršič Vrščaj, dr. med., prof. dr. Stelio Rakar, dr. med., viš. sv., in prim. Andrej Možina, dr. med.

■ RSK priporoča dveletno do triletno obdobje za postopno uvajanje strokovnega dela po priporočenih standardih in sprotno sprejemanje morebitnih popravkov določenih standardov po obravnavi na RSK. Razširjeni strokovni kolegij bo sprotno spremljal izvajanje priporočenih navodil. Člani RSK tudi priporočajo uvedbo dveh do treh let neprekinjenega strokovnega izobraževanja za zdravnike, ki delujejo na področju odkrivanja in zdravljenja prekancerov materničnega vratu, namesto uvedbe licenciranja z opravljanjem izpita.

■ Pripravljen dokument je potrebno posredovati v potrditev Ministrstvu za zdravje. Morebitne organizacijske in finančne probleme v zvezi z uvajanjem standardov je potrebno reševati skupaj z Ministrstvom za zdravje in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

RSK za ginekologijo in porodništvo, maj 2003.

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

Osnovno reprodukativno zdravstveno varstvo žensk z vidika ambulantnega ginekologa

Milena Igličar, Irena Kirar Fazarinc, Dunja Obersnel Kveder,
Helena Istenič Pikel, Marija Ilijaš Koželj, Mojca Jemec

Članek je bil predstavljen na kongresu porodničarjev in ginekologov Slovenije septembra na Rogli. Navezoval se je na uvodni članek prof. dr. Lidijske Andolšek Jeras, ki je podrobno in zelo jasno predstavila razvoj, pozitivne rezultate in možnosti nadaljnjega razvoja osnovnega zdravstvenega varstva žensk. Njen prispevek je bil objavljen v posebni izdaji Zdravstvenega vestnika.

Reprodukativno zdravje žensk je prednostna naloga sodobne družbe, kar potrjujejo novejša priporočila Svetovne zdravstvene organizacije kot tudi Sveta Evrope. V Sloveniji se je na osnovni ravni razvila dispanzerska metoda dela, ki jo opravljamo specialisti ginekologije in porodništva. Tak način dela prinaša dobre rezultate.

Pozitivni kazalci reprodukativnega zdravja žensk, ki so plod predvsem ali tudi dobrega dela ginekologov na osnovni ravni.

1. Večina nosečnosti je načrtovanih v optimalnem obdobju med 20. in 35. letom.
2. Tri četrtine nosečnic pride na prvi obisk do 14. tedna.
3. Povečalo se je povprečno število obiskov nosečnic v posvetovalnici (šest leta 1990, deset leta 2001).
4. Število udeležencev v šolah za starše se je več kot podvojilo (26,1 odstotkov leta 1990, 58,3 odstotke leta 2001).
5. Delež očetov pri porodu se je močno povečal (6,7 odstotkov leta 1990, 55,9 odstotkov leta 2001).
6. Nižja obrojstna umrljivost je plod dobrega dela ginekologov in porodničarjev na vseh ravneh ter neonatologov.
7. Število splavov se je močno zmanjšalo (leta 1982 41 splavov na 1000 žensk v rodni dobi, leta 2001 15,2).
8. Povečana opredeljenost (povprečno 75 odstotkov) in pregledanost žensk za raka materničnega vratu.
9. Vse vrste raka rodil odkrivamo v zgodnejši fazi bolezni. To vpliva na krajše, boljše zdravljenje in nižjo umrljivost.
10. Delež ponovnih kurativnih pregledov je v ginekoloških ambulantah na osnovni ravni zelo nizek. Samo petini kurativnih pregledov sledi ponovni kurativni pregled.
11. Stopnja napotitev na sekundarno in terciarno raven je od enega do tri odstotke. Velik delež teh napotitev so preventivne mamografije. Delež napotitev v bolnišnico je 3,3 odstotke. To vključuje tudi napotitve zaradi porodov in splavov. Te številke so zelo nizke v primerjavi z družinskimi zdravniki (15 odstotkov) in pediatri (5,6 odstotkov), (vir podatkov Zdravstveni statistični letopisi). Vse to kaže na zelo uspešno delo in dobro opremljenost ginekologov na osnovni ravni. Ženskam nudimo dobro strokovno obravnavo ob prvem stiku. Manj usposobljen kader na osnovni

ravni zdravstvenega varstva žensk bi precej poslabšal dosežene rezultate.

Integrirana dispanzerska metoda dela

Na osnovni ravni reprodukativnega zdravstvenega varstva žensk je navedena metoda zelo dobro razvita in vključuje:

1. Celostna obravnava žensk je zelo pomembna. Ženski ob enem obisku damo možnost, da nam razkrije vse težave in vprašanja v zvezi s svojim reprodukativnim zdravjem. Združujemo preventivno in kurativno delo. Trenutno preventivno delo zajema dobro polovico pregledov. Preventivna dejavnost zajema pet sklopov vsebinsko zaključenih preventivnih programov, ki so usmerjeni v ciljne skupine žensk: načrtovanje družine in svetovanje kontracepcije, predporodno zdravstveno varstvo nosečnic, dejavno preseganje na raka materničnega vratu, del preventivnih dejavnosti za zgodnje odkrivanje raka dojk in preventivna obravnava žensk v perimenopavzi in menopavzi.
2. Interdisciplinarna povezava. Ginekologi na osnovni ravni se ne povezujemo samo z ginekologi na osnovni in sekundarni ravni, ampak tudi z družinskimi zdravniki, pediatri, šolskimi zdravniki in patronažnimi sestrami.
3. Dejavnost pristop svoje dokončne razsežnosti dobiva z uveljavljanjem državnega programa ZORA.

Organiziranost osnovne ravni zdravstvenega varstva žensk

Slovenija ima na vseh ravneh zaposlenih 262 ginekologov, od tega dela 160 ginekologov v bolnišnicah, 102 na osnovni ravni (71 v javnem zdravstvu, 31 zasebnikov). Številni ambulantni ginekologi sodelujejo pri delu v bolnišnicah, bolnišnični ginekologi pa pokrivajo 14 odstotkov osnovne ravni. Slovenija ima 11 ginekologov na 100.000 prebivalcev, kar je malo v primerjavi z drugimi evropskimi državami (vir Health for All database Svetovne zdravstvene organizacije, junij 2002). Tu so vštet vsi ginekologi, ne glede na organiziranost in deljenje na ravni zdravstvenega varstva.

Števila ginekologov na osnovni ravni ne moremo primerjati z drugimi državami zaradi različne organiziranosti osnovnega varstva, različnega zbiranja podatkov in financiranja. Obstajajo dokazi, da imajo nekatere države tudi na tak način organizirano službo za ženske (Belgija, Češka, Madžarska in druge).

V minulih letih se je preskrbljenost žensk z ginekologi postopoma izboljševala. Pred desetimi leti je bil določen normativ 10.000 žensk na ginekologa, od lani naj bi en ginekolog skrbel za 7.000 žensk starih nad 13 let. Ob tem obstajajo velike regijske razlike, ki se zmanjšujejo postopoma. Ob znižanem normativu se dejanska obremen-

njenost ginekologov ni zmanjšala, saj se zadnja leta močno povečuje opredeljenost žensk. Trenutno je povprečna opredeljenost 4660 žensk na enega ginekologa. Z večjo možnostjo vključevanja ambulantnih ginekologov na sekundarno raven se obeta večja obremenjenost ginekologov na osnovni ravni.

Kje vidimo rešitve?

1. Nova navodila za statistično in finančno evidentiranje storitev iz leta 2000 omogoča beleženje več storitev hkrati ob enem obisku. To omogoča celostno obravnavo žensk. V dveh do treh letih se je zmanjšalo število obiskov za 22 odstotkov. Ob kompleksni obravnavi ženske rabimo pri vsakem obisku več časa, če jo želimo kakovostno obravnavati, da ima občutek varnosti in se ne vrača zaradi istih težav in vprašanj.
2. Manj preventivnih obiskov pričakujemo ob jemanju brisov zdravim ženskam na tri leta. Ta učinek lahko pričakujemo po izteku treh let, kar je načrtovano v sklopu Programa ZORA kot prvi krog organiziranega presejanja žensk v državi.
3. Nova navodila Ministrstva za zdravje za izvajanje osnovnega reproduktivnega zdravstvenega varstva žensk na osnovni ravni predvidevajo samostojno vključevanje višjih medicinskih sester babic v nekatere preventivne preglede zdravih nosečnic. Trenutno je izvajanje teh navodil močno oteženo zaradi slabe izobrazbene strukture sester v naših ambulantah. V ambulantah osnovne ravni je zaposlenih 162 sester, od tega 56 višjih medicinskih sester, dve diplomirani babici, od 104 srednjih medicinskih sester je 15 babic. Iz šole prihajajo diplomirane babice. Postopno vključevanje ustrezno izobraženih diplomiranih babic je možna oblika posodobitve načina dela v dispanzerjih za ženske. Opo-

zarjamo pa na dovolj veliko usposobljenost z veščinami, da bodo lahko osebno prevzele odgovornost za opravljeno delo. Potrebno bo zastaviti ustrezno epidemiološko raziskavo, ki bo vrednotila rezultate novega načina dela ter vpliva na zdravje žensk.

Rešitve pa ne vidimo pri vključevanju družinskih zdravnikov v naše delo. Njihovo število je v primerjavi z drugimi državami zelo nizko. Na 100.000 prebivalcev imamo v Sloveniji 46 družinskih zdravnikov, v Nemčiji 103, na Finskem 166, v Belgiji 153 in v Avstriji 133. Jemanje brisov materničnega vratu bi jim bilo verjetno dodatno breme in to ne vpliva dobro na kakovost dela.

Evidentiranje storitev in diagnoz

Ginekologi na osnovni ravni smo poleg strokovno dobro opravljenega dela dolžni skrbeti tudi za pravilno beleženje storitev in diagnoz. Metodološka navodila so še vedno premalo jasna, zato bo potrebno dopolniti navodila za beleženje, da bomo za to delo porabili čim manj časa in obenem zbrali primerljive podatke. Uvedba enotnega elektronskega kartona bi omogočila vnašanje tudi tistih podatkov, ki bi bolj služili nam za oceno svoje dejavnosti in kakovosti našega dela. Obenem želimo enotne strokovne smernice, ki bodo usklajene s finančnim limitom.

Za konec citiramo zaključne besede prof. Andolškove: "Vsaka reorganizacija je dinamični proces, ki zahteva temeljite analize, premišljene predloge in primerno dolg časovni rok za pripravo in uveljavitev nameranih sprememb. Z njo morajo soglašati tako uporabniki kot izvajalci in oblikovalci zdravstvene politike. Od vsakih organizacijskih sprememb se pričakujejo izboljšave: boljša dostopnost reproduktivnega zdravstvenega varstva prebivalstvu, ki mu je namenjeno, in ne nazadnje boljši kazalci tega varstva." ■

Uporaba nevronavigacije na Oddelku za nevrokirurgijo Splošne bolnišnice Maribor

Gorazd Bunc, Janez Ravnik

Dobro se spominjamo šaljive anekdote o znamenitem nevrokirurgu na prehodu iz 19. v 20. stoletje, kako je ob pomoči nevrologove in lastne ocene pacientove klinične slike ugotavljal najverjetnejšo lokalizacijo tumorja v pacientovih možganih. To zgodbo nam je pripovedoval naš učitelj in začetnik nevrokirurgije v Mariboru dr. Lipovšek in se nam je močno vtisnila v spomin, posebej kot ilustracija nemoči takratnih nevrokirurgov. Ko sta z nevrologom ugotovila približno lokalizacijo, je nevrokirurg v lokalni anesteziji, to je ob budnem bolniku, odprl bolnikovo lobanjo nad domnevnim področjem, kjer bi moral biti tumor in nato pri odprtju trdi možganski ovojnici s posebno votlo, nekaj milimetrov debelo sondo zabadal v možganovino. To je ob prisotnosti bolnikovih svojcev in svojih pomočnikov nekajkrat ponovil v upanju, da trči ob tumor. Ob tem je vsakokrat, ko ni naletel na nič posebnega, pomenljivo vzklil "no tumour". Ko je to nekajkrat ponovil, je bolnika, ki je vse skupaj dobro slisal in se vsega zavedal, zaskrbelo, da bo dal denar zastoj in je kirurgu zabrusil: "Doctor, no tumour, no cash!"

Kljub tragičnosti je zgodba zelo humorna, predvsem imenitna

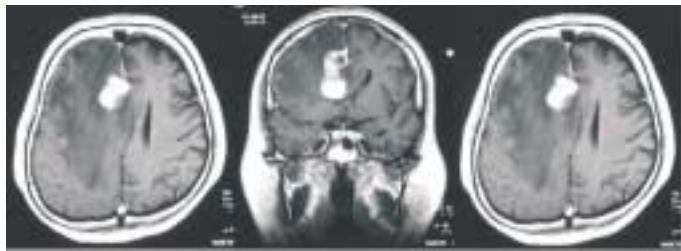
kot ilustracija razmer, v katerih so delali takratni nevrokirurgi. Uporabili smo jo za uvod v poročilo o povsem drugačnem času in okoliščinah, ki smo jim priča v današnjem času v svetu in na srečo tudi pri nas. Spregovorili bomo o nevronavigaciji, posebni nevrokirurški operativni opremljenosti, ki nam z napako največ enega do dveh milimetrov omogoča določitev globoko v možganih skritih tumorjev in drugih bolezenskih okvar. Razmere so se na srečo bolnikov in nas, ki s tako napravo delamo, popolnoma spremenile v smeri matematične in elektronske natančnosti. Stare pionirske romantike žal ali na srečo ni več.

Tehnološki razvoj je v zadnjih desetletjih povzročil pravo revolucijo v diagnostiki intrakranialnih lezij najprej z aparaturjo za računalniško tomografijo (RT) in nato z magnetno resonančno (MR) slikovno diagnostiko. Vendar je s tem razrešena samo ena stran težav, s katerimi se ubadamo nevrokirurgi. Kako priti do lezije, ne da bi po nepotrebnem brskali po možganih, tako kot je v obupnem pomanjkanju diagnostičnih in terapevtskih možnosti počel nevrokirurg iz anekdote, je naslednji problem, s katerim se srečujemo v naši

stroki vsak dan. Vsak nevrokirurg se spomni mučnih situacij, ko je bil po natančnem izračunavanju, kje bi morala biti lezija, pred neprijetnim spoznanjem, da je tam, kjer si je "slepo" izračunal, preprosto ni. Pri nas smo si v zadnjih letih v takšnih primerih pomagali z intraoperativnim UZ, ki tudi ni vedno dal zadovoljivega izvida. Poleg tega je bilo potrebno napraviti večjo kraniotomijo, da smo lahko sektorsko ultrazvočno sondo postavili na površino možganov. Pri tem smo bili lahko zadovoljni, da imamo vsaj tako sondo in si o kakšnih bolj specialnih nismo delali iluzij.

Želeli bi vam predstaviti nevronavigacijski sistem, ki smo ga dobili v mariborski bolnišnici na nevrokirurškem oddelku junija 2002 kot prvi v Sloveniji in na področju nekdanje Jugoslavije ter zelo verjetno tudi na področju Balkana. Navigirati pomeni krmariti in v prenesenem medicinskem pomenu izraz nevronavigacija pomeni metodo, ki nevrokirurgu pomaga najti oziroma določiti mesto tumorja v globini možganovine. Aparatura omogoča, da pri bolniku pred operativnim posegom s podatki iz računalniške tomografije ali magnetne resonance določimo mesto na lobanji, kjer je potrebno napraviti kirurški pristop in nato ob odkriti možganovini mesto, kjer skozi možgansko skorjo, s čim manj škode za bolnika, pridemo v globino do tumorja oziroma druge bolezenske spremembe. Pomaga tudi pri nekoliko natančnejši določitvi obsega tumorske odstranitve, čeprav pri takem delu pride do zmanjšane natančnosti zaradi premikov znotraj lobanjskih struktur.

Za čim bolj nazorno predstavitev delovanja naše nevronavigacijske opreme bomo prikazali primer bolnika s solitarno metastazo pljučnega raka v desni frontalni regiji možganov. Dvainpetdesletnemu levičnemu bolniku so zaradi pljučnega adenokarcinoma pred letom dni napravili lobektomijo desnega zgornjega pljučnega režnja. Pred tremi meseci so se mu pričeli vedno hujši glavoboli v čelnem predelu. Nato se je razvila blaga levostranska hemipareza. Opravil je RT in MR preiskavo glave, ki sta pokazali možganski tumor desno frontalno, najverjetneje metastazo pljučnega raka. Metastaza je ležala dokaj medialno in se z desne strani zarivala v korpus kalozum, po aplikaciji kontrastnega sredstva pa se je na MR in RT posnetkih glave intenzivno barvala (slika 1).

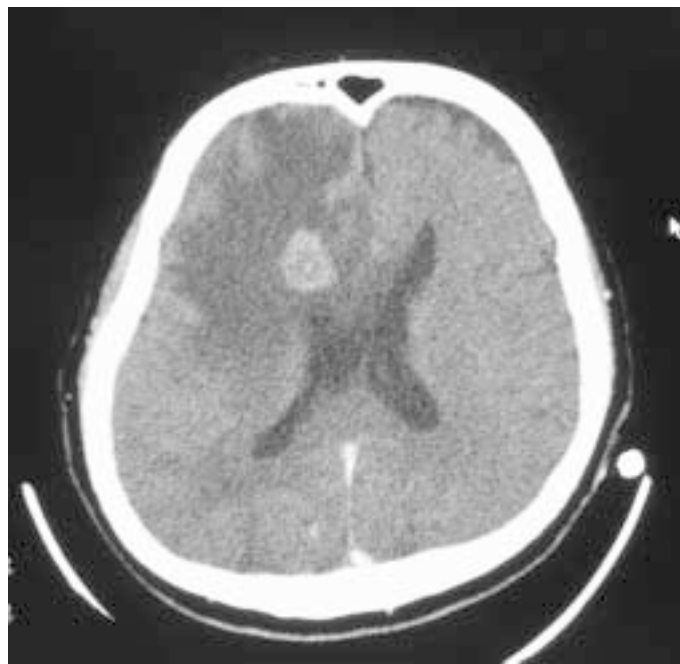


Predoperativne MR slike glave v treh projekcijah s kontrastnim sredstvom.

Bolniku smo na dan operacije zjutraj na glavo pritrdili šest posebnih radioopačnih označevalcev (slika 2), s katerimi je pred operacijo opravil RT slikanje glave (slika 3).



Bolnik, ki ima na glavi pritrjene označevalce, s katerimi opravi RT slikanje glave.



RT glave s kontrastom, ki ga bolnik opravi pred operacijo in ima na glavi pritrjene označevalce.

Slikanju je sledila računalniška rekonstrukcija, ki omogoča prikaz slikovnih rezov v treh ravninah: aksialni, koronarni in sagitalni. V vseh treh ravninah so označevalci dobro vidni in služijo kot referenčne točke. Tako opravljene rekonstrukcije slik smo nato prenesli na disketo ter dostavili v operacijsko dvorano. Podatke smo prenesli na računalnik v operacijski dvorani, ki hkrati nadzoruje ostalo delovanje nevronavigacijskega sistema. Računalnik je povezan z dvema kamerama za detekcijo odboja infrardečih žarkov ter viri infrar-

dečih žarkov, ki so pritrjeni okrog kamer.

Nadaljnji postopek nevronavigacije je potekal naprej, ko je bil bolnik v splošni anesteziji. Glava je bila vpeta v Mayfieldov okvir. Nanj smo pritržili tritočkovno zvezdo, ki je služila kot referenčna točka in je bila ves čas v enakem položaju do vpete glave. Sledila je kalibracija sistema. S posebnim kazalnikom smo se dotaknili na glavi pritrjenih označevalcev, kar so zaznale infrardeče kamere in s tem potrdili njihov položaj. Na kazalnik in na tritočkovno zvezdo so bile pritrjene posebne odbojne kroglice, ki odbijajo infrardečo svetlobo, odboje pa sta zaznavali obe kameri nevronavigacijskega sistema. Računalnik sprejema odboje infrardeče svetlobe s kazalnika in tritočkovne zvezde ter vse skupaj primerja s položajem označevalcev na RT slikah. Kalibracija je bila v bistvu potrditev dejanskega stanja označevalcev na glavi glede na položaj na RT slikah glave (slika 4). Po končani kalibraciji smo odstranili označevalce z glave, pripravili operativno polje, tritočkovno zvezdo in kazalnik, ki smo ga nadomestili z enakima steriliziranima.

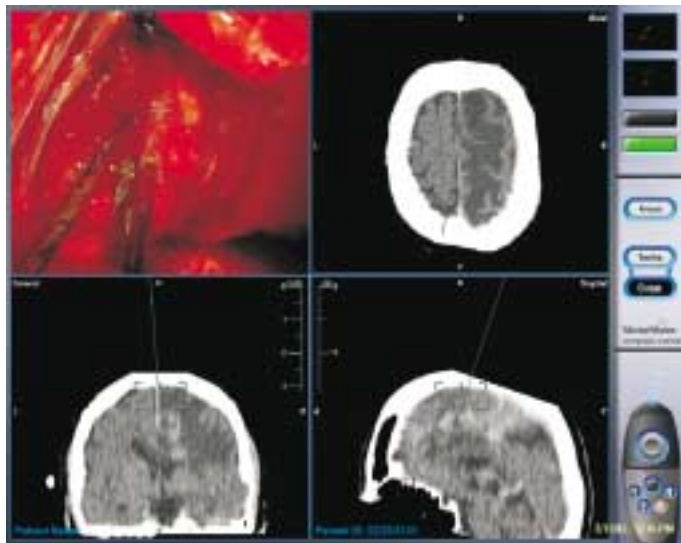
Med operacijo je računalniški sistem glede na odboje infrardeče svetlobe od odbojnih kroglic, pritrjenih na kazalni instrument in tritočkovno zvezdo, izračunaval položaj konice kazalnika, ki je bil prikazan na RT slikah glave na monitorju v treh ravninah (slika 5). Pri premikanju označevalca se je sproti spreminjal prikaz položaja na RT slikah na monitor-



Kalibracija sistema v operacijski dvorani.



Uporaba nevronavigacijskega sistema med operacijo.



Mesto konice kazalnika nad tumorjem je prikazano na RT slikah glave v treh ravninah. Levo zgoraj je prikazana slika, kot jo vidimo skozi kirurški mikroskop.



Odstranjena možganska metestaza

ju (6). S kazalnikom smo najprej na kosti določili mesto, pod katerim je ležala patološka lezija in napravili manjšo medialno frontalno kraniotomijo. Z interhemisferičnim pristopom smo se poglobili vzdolž falksa do globine lezije, pri čemer je bila lezija tudi medialno prekrita s plastjo normalne možganovine. S pomočjo nevronavigacije smo zato natančno določili mesto na korteksu, pod katerim je ležala lezija ter tako z minimalno poškodbo zdrave možganovine prišli do lezije (slika 6), ki smo jo v celoti odstranili (slika 7). Histološki izvid je pokazal, da gre za metastazo adenokarcinoma, kontrolni RT glave pa, da je le-ta v celoti odstranjena (slika 8). Bolnik je



Pooperativni RT glave s kontrastom

po operaciji dobro okrevail, bil je brez novih nevroloških izpadov in sedmi dan smo ga odpustili v domačo oskrbo.

Bistvo nevronavigacije je sprotno določanje položaja instrumentov na RT slikah glave v treh projekcijah. Odbojne kroglice, ki odbijajo infrardečo svetlobo, se lahko v obliki posebne manjše zvezde pritrdijo tudi na ostale kirurške instrumente, ki jih uporabljamo med operacijo (npr. za jemanje biopsijskih vzorcev). Prednosti nevronavigacije so lažje načrtovanje operacije, boljša anatomsko orientacija na/v glavi, dostop do globljih lezij z minimalno poškodbo zdravih struktur, hitrejši in natančnejši potek operacije. To potrjujejo tudi naše enoletne izkušnje pri uporabi tega sistema, s pomočjo katerega smo uspešno operirali dvajset bolnikov. Načrtujemo nekatere izboljšave sistema, in sicer poenostavitev prenosa slikovnih informacij od RT aparature do računalnika v operacijski dvorani ter možnost uporabe MR slik pri nevronavigaciji. Predvsem slednje bi temeljno izboljšalo zmogljivost nevronavigacijskega sistema, saj je MR preiskava diagnostično učinkovitejša za ugotavljanje tumorskih sprememb v možganih v primerjavi z RT preiskavo.

Na osnovi dosedanjih izkušenj lahko zaključimo, da uvedba nevronavigacije na našem oddelku pomeni velik napredek pri zanesljivosti kirurškega zdravljenja manjših in globlje v možganih ležečih tumorjev z manjšo morbiditeto, tako da je nakup nevronavigacijskega sistema upravičil naša pričakovanja. ■

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

Glivične okužbe nohtov - nekateri nasveti za zdravljenje v ambulantni družinskega zdravnika

Igor Bartenjev

Uvod

Z glivicami povzročene okužbe nohtne plošče so zelo pogosto bolezensko stanje. Veliko je dejavnikov, ki prispevajo k razvoju te bolezni: boleznimi periferne cirkulacije, periferne nevropatije, ortopedske nepravilnosti stopala, sladkorna bolezen, hiperhidroza, imunska oslabeledost in ponavljajoče se poškodbe nohta. Ker se ti dejavniki navadno pojavljajo s staranjem, ni presenetljivo, da ima več kot tretjina osemdesetletnikov prizadet vsaj noht nožnega palca. Novejše raziskave, ki so jih izvajali na Finskem oziroma v ZDA, so pokazale sedem do deset odstotno razširjenost onihomikoz med prebivalstvom. Posledica večje osveščenosti, dostopnosti novih in vedno bolj učinkovitih protiglivičnih zdravil se kaže v tem, da se povečuje število bolnikov, ki iščejo pomoč pri zdravnikih v zdravstvenih ustanovah. Terapija je pogosto prepisana brez predhodnih mikoloških preiskav.

Osnovna doktrinarna stališča glede zdravljenja glivičnih obolenj kože in adnekov so bila izdelana pod vodstvom mikologov v okviru Združenja slovenskih dermatovenerologov. Dermatovenerologi jih upoštevamo dosledno.

Zdravljenje onihomikoz je zaradi njihove pogostnosti in omejene dostopnosti bolnika do dermatologa velikokrat prepuščeno družinskemu zdravniku.

Ker je zdravljenje dolgotrajno in povezano z določenimi stranskimi pojavi, je prav, da tudi družinske zdravnike seznanimo z nekaterimi spoznanji s tega področja.

Pričujoča spoznanja za zdravljenje onihomikoz so pripravili dermatologi po naročilu Britanskega združenja dermatologov (Guidelines for treatment of onychomycosis, 2003) in se skladajo s slovenskim mnenjem.

Definicija

Onihomikoza je vnetje nohtnega sistema, ki ga povzročajo glive. Sem sodijo dermatofiti, nedermatofitne spore in kvasovke. V 80-90 odstotkih gre za okužbo z dermatofiti. Med njimi je *Trichophyton rubrum* daleč najpogostejši povzročitelj.

Razlogi za zdravljenje

Čeprav je dermatofitna onihomikoza neizprosno napredujoča, ostaja med nekaterimi zdravniki mnenje, da je to vsakdanji, predvsem kozmetični problem, ki ne zasluži posebnega zdravljenja. Menim, da onihomikoze ne moremo oceniti kot preprosto bolezen in

jo je potrebno zdraviti, saj lahko napreduje v celulitis ali se pojavijo druge bolezenske komplikacije. Prav zaradi tega in pozitivnega mnenja strokovne javnosti ter boljše kakovosti življenja bolnikov je zdravljenje več kot opravičeno.

Zdravljenje

Uvod

Za zdravljenje glivičnih nohtnih infekcij so na voljo lokalna in sistemska zdravila. Odstranitev organizmov iz mikroskopskih vzorcev in negativne kulture je po mnenju strokovnjakov osnovni cilj zdravljenja. Klinično izboljšanje in klinična ozdravitev nohta sta drugotnega pomena in temeljita na strogo določenem sistemu vrednotenja kliničnih nenormalnosti v nohtnem sistemu. Pomembno je vedeti, da uspešna odstranitev glive ne pomeni tudi zdravih nohtov. V večini raziskav je mikološka ozdravitev boljša od klinične ozdravitve za 30-50 odstotkov.

Sistematska terapija je v primeru onihomikoze skoraj vedno uspešnejša od lokalnega zdravljenja, za katerega se odločimo le, kadar je sistemska terapija kontraindicirana (hepatopatija, težja ledvična insuficienca, interakcije z drugimi zdravili, preobčutljivost na antimikotik) in v redkih primerih vnetja distalne nohtne plošče.

Sistemska terapija

Danes uporabljamo za zdravljenje onihomikoze izključno tri preparate

Terbinafin: je alilamin, ki inhibira encim skvalen epoksidazo in pri tem blokira spremembo svalena v skvalen epoksid v biosintetični poti ergosterola, ki je sestavna komponenta stene glivične celice. Deluje fungicidno. Minimalna inhibitorna koncentracija (MIC) terbinafina je zelo nizka, približno 0,004 µg/ml. To je enakovredno minimalni fungicidni koncentraciji (MFC), kar kaže na to, da je zdravilo *in vitro* dejansko fungicidno. Je trenutno najaktivnejši antidermatofitni agens *in vitro*, kar jih je na voljo. Klinične raziskave kažejo na enakovredne rezultate tudi *in vivo*.

Itraconazol: je dejaven proti vrsti glivam, vključujoč kvasovke, dermatofite in nekatere nedermatofitne spore. Proti dermatofitom je manj dejaven kot terbinafin. Minimalne inhibitorne koncentracije so znatno višje.

Flukonazol: V Veliki Britaniji se je uporaba fluconazola omejila predvsem na vaginalno kandidiazo in sistemske kvasnične infekcije. V Sloveniji ga uporabljamo še za infekcije nohtov, predvsem če gre

za okužbe s kvasovkami, čeprav so raziskave pokazale, da je za zdravljenje onihomikoz manj dejaven kot sta terbinafin in itraconazol.

Griseofulvin in ketokonazol uporabimo samo izjemoma.

Zavedati se je potrebno, da je sistemska antimikotična terapija, predvsem kadar zdravimo onihomikozo na nohtih nog lahko povezana z nekaterimi stranskimi učinki. To so predvsem slabost, bruhanje in glavobol. Praviloma gre za redke in blage pojave.

Pri uporabi nekaterih sistemskih antimikotikov je potrebno paziti na interakcije z drugimi zdravili, posvet z dermatologom in/ali internistom je potreben pri predpisovanju zdravil bolnikom z okvarjeno jetrno ali ledvično funkcijo. Izbira pravega antimikotika je zato zelo pomembna.

Obstaja mnogo raziskav dermatofitskih infekcij nohtov, ki primerjajo učinkovitost terbinafina z itraconazolom, kjer se je terbinafin praviloma izkazal za učinkovitejši agens. V islandskem delu velike raziskave, ki je primerjala terbinafin (250 mg, enkrat na dan) in itraconazol (400 mg, pulzno) so 151 bolnikov spremljali daljši čas (pet let). Mikoloških ozdravitev je brez sekundarne terapijske intervencije ostalo 46 odstotkov bolnikov, zdravljenih s terbinafinom, in 13 odstotkov bolnikov, zdravljenih z itraconazolom. Sistematski pregled oralnega zdravljenja onihomikoze na nožnih nohtih je pokazal superiornost terbinafina.

Zaključek

Kljub prizadevanjem dermatovenerologov, da bi večino onihomikoz obravnavali sami, se spričo trenutne situacije v slovenski dermatovenerologiji, v doglednem času le težko nadejamo izpolnitve pred leti zastavljenega cilja.

Družinski zdravniki bodo še nadalje obravnavali te bolnike. Ker gre za zdravljenje, ki je lahko združeno z nekaterimi omejitvami in stranskimi pojavi, je prav, da je terapevt seznanjen z možnostmi zdravljenja in zna izbrati za svojega bolnika najprimernejše zdravilo.

Zavedati se mora, da je za strokovno in pravilno zdravljenje potrebno predhodno dokazati povzročitelja.

Upam in želim, da bo zapisani prispevek vsaj malo prispeval k še boljši obravnavi bolnika z onihomikozo v Sloveniji.

Povzetek in zaključek

1. Bolnikov z onihomikozo je zelo veliko.
2. Zdravljeni so vedno in tako bo še nekaj časa ostalo, tudi v ambulantni izbranega zdravnika.
3. Dermatofiti so daleč najbolj pogosti povzročitelji onihomikoz (80-90 odstotkov vseh onihomikoz).
4. Sistemsko zdravljenje je priporočljivo pričeti pred mikološko identifikacijo povzročitelja.
5. Lokalno zdravljenje je manj uspešno od sistema zdravljenja, razen pri zelo majhnem številu primerov distalne infekcije nohtne plošče.
6. Terbinafin je najučinkovitejši sistemski antimikotik in prvi izbor pri zdravljenju dermatofitne onihomikoze.
7. Uspeh pri zdravljenju je od 80 do 90 odstotkov pri infekcijah nohtov na roki oziroma od 70 do 80 odstotkov pri nohtih na nogah. Mikološki ozdravitvi ne sledi vedno klinična restitucija nohta.



V Benetkah o pljučni arterijski hipertenziji

Barbara Salobir

Od 23. do 25. junija 2003 je v Benetkah pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije potekal tretji svetovni kongres o pljučni arterijski hipertenziji, na katerem so bili sprejeti konsenzi o obravnavi bolnikov s pljučno arterijsko hipertenzijo in dopolnitve k dosedANJI klasifikaciji pljučne hipertenzije. Sklepi simpozija bodo objavljeni konec leta 2003 ali v začetku leta 2004.

Pljučna arterijska hipertenzija je bolezen, o kateri se je pred tridesetimi leti vedelo zelo malo. Veljala je za redko, neozdravljivo bolezen neznane etiologije, ki se sporadično pojavlja pri mladih ženskah z genetsko predispozicijo in skoraj vedno vodi v prezgodnjo smrt. Potem je v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja v laboratorijih za srčno kateterizacijo v Švici, Avstriji in Nemčiji izbruhnila "epidemija" pljučne arterijske hipertenzije. V njej so obolevale in umirale debele, a mlade in zdrave ženske, ki so hujšale s pomočjo aminoreksa in fenfluramina. Ravno zaradi neznanja in nemoči ob takratni "epidemiji" je bil leta 1973 pod pokroviteljstvom Svetovne zdravstvene organizacije v Ženevi sklican prvi svetovni simpozij o osnovni in z zdravili povzročeni pljučni arterijski hipertenziji. Na njem so se odprla številna vprašanja o morfološki in patofiziološki pljučne arterijske hipertenzije in o klinični obravnavi bolnikov z njo.

Znanje o tem je naslednjih petindvajset let, do drugega simpozija, ki je bil organiziran leta 1998 v Evianu v Franciji, raslo počasi. Morda zato, ker se je s to redko boleznijo ukvarjala le peščica znanstvenikov, klinikov in patologov. Vzporedno je v tem obdobju na drugih, za razumevanje pljučne hipertenzije pomembnih področjih, predvsem na področju vaskularne biologije, prišlo do ogromnega napredka. Ravno zato je bil drugi simpozij v Evianu zastavljen širše, multidisciplinarno. Namesto, da bi obravnavali samo osnovno pljučno arterijsko hipertenzijo, so strokovnjaki s področij kardiologije, angiologije, pulmologije, revmatologije, intenzivne interne medicine, vaskularne in torakalne kirurgije v sodelovanju z vasku-

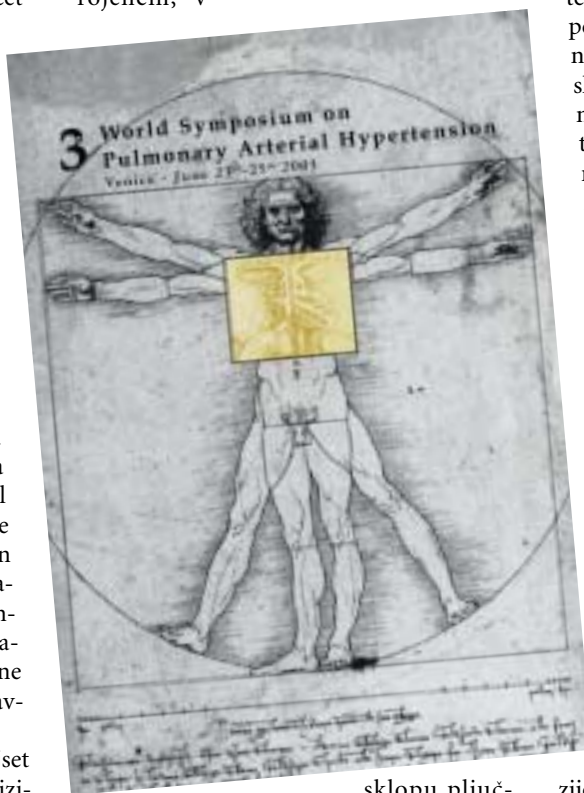
larnimi biologi in patologi obravnavali vse vrste pljučne hipertenzije. Obravnavali so tudi tiste oblike pljučne hipertenzije, ki se pojavljajo v sklopu sistemskih bolezni vezi-va, zaradi portalne hipertenzije, po okužbi z virusom HIV, zaradi prirojenih levo-desnih šantov, bolezni miokarda, prirojenih in pridobljenih bolezni srčnih zaklopk, pri novorojencih, v

ne hipertenzije in do razvoja novih oblik zdravljenja pljučne hipertenzije z zdravili in kirurškimi posegi.

Zato smo se že peto leto, po srečanju v Evianu junija 2003, ponovno zbrali svetovno znani in uveljavljeni strokovnjaki s področja pljučne hipertenzije v Benetkah na tretjem svetovnem simpoziju o pljučni arterijski hipertenziji. Simpozij je ponovno potekal pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije, neodvisno od farmacevtske industrije. Strokovnjaki so obravnavali nova spoznanja o genetiki, patologiji, patobiologiji in epidemiologiji pljučne arterijske hipertenzije. Skupaj z vsemi udeleženci so izoblikovali in popravili prejšnjo nomenklaturu ter izboljšali klasifikacijo. Najpomembnejši del srečanja je bilo izoblikovanje smernic in algoritmov za klinično obravnavo bolnikov s pljučno arterijsko hipertenzijo. V smernice in algoritme so strokovnjaki umestili tudi nove oblike zdravljenja pljučne arterijske hipertenzije od medikamentoznega zdravljenja z različnimi novimi zdravili kot so antagonisti endotelinskih receptorjev, različne vrste intravenskih in inhalacijskih prostaciklinov do operativnega zdravljenja z atrijsko septostomijo in transplantacijo pljuč.

Na tretjem svetovnem simpoziju o pljučni arterijski hipertenziji so bile sprejete smernice in algoritmi z odgovori na vprašanja zakaj, pri kom in kdaj dejavno iskati pljučno hipertenzijo; kako obravnavati bolnika z blago pljučno arterijsko hipertenzijo, katere preiskave narediti in kako pogosto bolnika slediti; kako zdraviti bolnike z napredujočo pljučno arterijsko hipertenzijo in s katerimi preiskavami spremljati odziv na zdravljenje bodo objavljene konec leta 2003 ali v začetku leta 2004.

Naloga, ki nas čaka v Sloveniji, je doseči, da bomo tudi pri nas bolnikom s pljučno arterijsko hipertenzijo omogočili obravnavo in zdravljenje skladno s smernicami, ki jih bo objavila Svetovna zdravstvena organizacija. To nam bo uspelo, če bomo nadaljevali tako kot smo že začeli, z multidisciplinarnim pristopom. ■



sklopu pljučnih bolezni povezanih s hipoksemijo, zaradi tromboembolizmov in drugih vrst embolizmov ter v sklopu drugih vrst bolezni, ki neposredno prizadenejo pljučno žilje, pa niso vključene druge. Izoblikovali so klinično usmerjeno Eviansko klasifikacijo pljučne hipertenzije, ki nam je od takrat v veliko pomoč pri obravnavi bolnikov s pljučno hipertenzijo. Ravno multidisciplinarni pristop je omogočil, da so se na simpoziju v Evianu izkristalizirala temeljna vprašanja o pljučni hipertenziji, organizirale ideje in nato izvedle številne bazične in klinične raziskave. To je vodilo do bliskovitega napredka v poznavanju etiopatogeneze različnih oblik pljuč-

Kako učiti o etiki?

Nena Kopčavar Guček

Tako vprašanje smo sebi in udeležencem zastavili organizatorji vsakoletne mednarodne delavnice EURACT, Evropskega združenja učiteljev v družinski medicini. Letošnja je bila že dvanaajsta po vrsti, sedmič zapored na Bledu. Namenjena je vsem, ki se v družinski medicini ukvarjajo tudi z učenjem (mentorji, asistenti, profesorji). Tema delavnice v prvih septembrskih dneh je ena od mnogih, ki so zanimive, redno obravnavane in pomembne v družinski medicini. Doslej smo govorili o predpisovanju zdravil, hišnih obiskih, napakah v medicini.

Čeprav etični konflikti v družinski medicini niso tako izraziti niti enako dramatični kot situacije v terciarni medicini, pa so prisotni na vsakem koraku, zelo subtilni in obenem zelo zapleteni. Način, na katerega se izražajo, je specifičen in slabše opisan. Izživ, kako učiti o medicinski etiki v okolju družinske medicine je zelo pomemben, je v uvodu zapisal profesor Švab. Na letošnji delavnici smo se odločili, da bomo o tem spregovorili kaj več.

Delo v skupinah

Letošnje delavnice se je udeležilo 36 zdravnikov - učiteljev iz 16 držav, vključno s Slovenijo. Razdeljeni so bili v tri skupine, ki so jih vodili prof. Manfred Maier s Katedre za družinsko medicino na Dunaju, dr. Jaime Correia de Sousa iz Portugalske in doc. Yohnah Yaphe iz Univerze v Tel Avivu, Izrael. Vsakodnevno so se udeleženci srečevali na enem ali dveh plenarnih predavanjih. Znotraj svojih skupin so skušali izoblikovati končni "izdelek": učni modul na temo Etika. Vsaka skupina se je lahko prosto odločila, komu bo namenjen njihov modul. Na lanski delavnici je ena od skupin pripravila delavnico na temo zdravniške napake, namenjene podiplomskemu izobraževanju zdravnikov. Z velikim uspehom so jo predstavili na letošnji konferenci WONCA v Ljubljani. Delo v skupinah je zelo dinamično, od klasičnega iskanja idej ("brainstorming"), do opisovanja lastnih primerov, raziskovanja lastnih stisk in dvomov, skupnega iskanja rešitev, celo glasovanja o posamez-

nih vprašanjih... Zgodi se, da kateri od skupin enostavno "zmanjka" energije. Zdravilo je klasično, in sicer hiter sprehod okoli jezera in nazaj na delo ali ilustrativno igranje vlog (na primer pacientke, ki zdravnika prosi, naj na bolniški list ne označi njene prave diagnoze - v nekaterih deželah je to namreč obvezno; v našem primeru sta se končno pogodila za "krče v trebuhu" namesto umetne prekinitev nosečnosti).

Štirje osnovni stebri

Ne škodovati, delati dobro, spoštovati avtonomijo in zaupnost pacienta so osnovna načela etike v medicini in so skozi stoletja ostala ista. Kako jih vpletamo v svoje vsakdanje delo? Annie, kolegica iz Irske, ki je zadolžena za oblikovanje učnih programov za študente medicine, je bila začudena. Kako je mogoče petdnevno delavnico posvetiti samo etiki? Po osnovni izobrazbi ni zdravnica in njeni pogledi "z druge strani" so nam pri delu prišli zelo prav.

Klasičen primer etične dileme je bil izmišljen primer pacienta, s katerim igrate golf. Pride vas prosit za zdravniško potrdilo, in sicer iz osebnih in zdravstvenih razlogov ni mogel na pot, zdaj pa želi povračilo za letalsko vozovnico. Tu ne gre za nobenega zgoraj naštetih načel, vendar za zdravnikove osebne moralne standarde in za vprašanje resnice ter pravičnosti.

V manjši raziskavi sta Connelly in Dalle Mura ugotovila, da je 21 odstotkov ambulantnih pregledov vsebovalo etične probleme. Lo in Schroeder sta v paralelni raziskavi analizirala etična vprašanja in ugotovila, da je šlo za odrekanje dodatnih preiskav, v 25 odstotkih za informiran pristanek in v 20 odstotkih za vprašanje soočanja z resnico.

Najpogostejši problemi

Pacientova avtonomija je v moderni obravnavi pacienta izpodrinila klasični avtoritativni model. Čeprav sta se izraza informirani pristanek (informed consent) in soodločanje (shared decision making) v literaturi zadnjih dvajset let nekoliko prepletala, postavlja slednji pacienta v še nekoliko dejavnejši položaj. Soodločanje predstavlja

ideal obojestranskega sodelovanja pri sprejemanju odločitev. Zdravnik naj bi spodbudil pacientovo sodelovanje skozi izmenjavo informacij in dialog. Dr. Gianluigi Passerini, ki službuje kot splošni zdravnik v Sondriju, v italijanskih Alpah, je svoje predavanja ilustriral s primeri iz lastne prakse.

Etika kot element pri učenju v splošni ambulanti lahko predstavlja etično dilemo. Prisotnost študenta ali specializanta v splošni ambulanti lahko v pacientu zbuja neprijetno počutje, moti zaupnost odnosa med zdravnikom in pacientom, ali pa omenjeni odnos celo bogati. Pacient mora imeti možnost odkloniti obravnavo v prisotnosti študenta, je poudaril prof. Mailer s katedre za družinsko medicino na dunajski univerzi. Zdravnikov odnos s pacienti služi "učencu" za vzor. V tem odnosu tudi študenta zavezujejo načela etike, čeprav je v svoji vlogi zelo ranljiv in potreben spoštovanja ter spodbude. Tudi pacienta je treba spodbuditi, da v takem odnosu sodeluje dejavno. Manjša raziskava v slovenskih splošnih ambulantah je pokazala, da pacienti ne nasprotujejo prisotnosti študenta, saj v njihovi prisotnosti "več izvedo o svoji bolezni". Etika je pomemben element pravičnosti zdravstvene oskrbe. Iskanje posebnih ugodnosti, neupravičene zahteve za preiskave in posege ter specifične intervencije niso večkrat le nepotrebne, temveč so za pacienta celo škodljive. Zdravnik se takoj znajde v dilemi med dvema etičnima principoma, in sicer po eni strani ne želi pacientu škodovati, po drugi želi spoštovati njegovo avtonomijo. Pri tem pogosto uporabljamo izraze "ni indiciran", kontraindiciran, "nepotreben", itd. Pojmi se medsebojno nepopolno pokrivajo. Vloga vratarja ("gatekeeper") postavlja družinskega/splošnega zdravnika v zelo specifičen položaj. Pacienti svoje pravice v zdravstvenem varstvu pogosto enačijo z ekonomsko ureditvijo: pacient/potrošnik udejanja svoje potrebe pri zdravniku/ponudniku... Neutemeljena pričakovanja in zahteve po antibiotičnem zdravljenju v primeru viroze, so tipičen primer takih situacij. Jaime Correia de Sousa, splošni zdravnik iz Portugalske, je to področje etike predstavil zelo slikovito.



Molčečnost oziroma obluba, da ne bo neopoblaščno širil podatkov o svojem pacientu, je osnova odnosa med pacientom in zdravnikom. Vsak zdravstveni delavec ji je zavezan že med šolanjem, ne samo po diplomi. V pravnih krogih se imenuje pravica do zasebnosti in kot relativno nov koncept vključuje pravico do zasebnosti (v smislu "imeti mir"), telesne integritete in do nadzora nad informacijami osebne narave. Brez zagotovila o molčečnosti bi v številnih situacijah izgubili pacientovo sodelovanje. Podatki, ki so skrajno intimni in v pacientu zbuja občutek sramu oziroma razgaljenosti, so pogosto ključni za klinično oceno in zdravljenje. Zdravniki, na drugi strani, se pogosto znajdejo pred hudimi strokovnimi in etičnimi dilemami prav v zvezi z molčečnostjo. Vsakdo od nas ima osebne izkušnje s tega področja. Poizvedovanje delodajalcev o vzroku odsotnosti svojih delavcev, pa poizvedovanje znancev, prijateljev in družinskih članov o diagnozi pacienta, itd. Čeprav ena od osnovnih postulatov še iz Hipokratovih časov, je prisega pogosto na hudi preizkušnji, zlasti kadar gre za bolnika, nevarnega okolici in drugim ljudem (na primer epileptični vznikan, poročni bolnik z AIDS-om, itd.). Docent Yonah Yaphe iz Izraela je o tej temi predaval s taktom, znanjem in izkušnjami, ki so nujni za obravnavo

tako občutljive teme.

Etična vprašanja na novinarskih konferencah

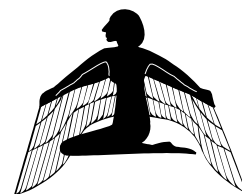
Glede na aktualnost je na novinarski konferenci, organizirani v blejskem hotelu Park med delavnico, prednjačil etični pogled na predpisovanje zdravil. Novinarje so zanimala predvsem mnjenja udeležencev iz drugih dežel in načini, kako so se pri njih lotili istega vprašanja. Zdelo se je, da so se v drugih deželah vprašanja lotili bolj načrtno in argumentirano ter zdravnika dejavno vključili že pri samem pripravljanju ukrepov. Na Portugalskem so, denimo, izdali samo priporočila o predpisovanju cenejših zdravil, brez vsakršnih finančnih sankcij za zdravnika, je ukrep dosegel svoj namen. V Avstriji odstotek zdravstvenega proračuna, ki gre za predpisana zdravila, ni tako znaten, da bi vplival na velike prihodke.

Ali je etično, da pacient ne more prosto izbirati prihranke med zdravili, še posebej, če je finančno omejen? Nekatera vprašanja niso dobila ustreznih odgovorov.

Bled je z okolico in z neutrudnim direktorjem zdravstvenega doma dr. Leopoldom Zonikom predstavljal sijajno okolje za tako srečanje. V spomin se vendar vtisnejo še dru-

ge stvari, ne samo nova znanja. Koncert Komornega zbora Lek v cerkvi na otoku, slikovita vožnja s pletnami v škrlatni svetlobi mladega jesenskega večera, plesni tečaj latinoameriških plesov, tradicionalna pogostitev v blejskem zdravstvenem domu z inspekcijo pred leti skupno zasejane trte, "slow - food" v izbrani slovenski gostilni, vsakoletna vaterpolo tekma "Slovenija proti ostalemu svetu", kjer obvezno zmagamo "mi"...

Gotovo so še razlogi, zaradi katerih se je delavnice na Bledu vredno udeležiti. ■



Odnos med bolnišničnim in zdravnikom družinske medicine

Ksenija Tušek Bunc

V času, ko smo bili zdravniki družinske medicine v Sloveniji na vso moč zaposleni s pripravami na evropski kongres WONCE, so prav tako zdravniki družinske medicine v sosednji Avstriji organizirali tradicionalni 11. kongres v Bad Gleichenbergu, na katerega so prvič v svoji zgodovini povabili zdravnike iz sosednjih dežel. Ta čast je kot prvim pripadla ravno zdravnikom iz Slovenije.

Naši severni sosedje si v nemirnem času, ki pretresa ves svet, želijo ohraniti tradicijo organiziranja kongresov v zdraviliškem centru Bad Gleichenberg, je v uvodniku zapisal predsednik organizacijskega odbora dr. Norbert Jachimowicz. V nadaljevanju je navedel, da si zdravniki družinske medicine kljub vse bolj omejenim sredstvom in vse večjim zahtevam v sistemu zdravstvenega varstva, prizadevajo ohraniti najvišjo raven individualne obravnave pacientov na področju diagnostike in zdravljenja. "Zavedamo se in pripravljeni smo sodelovati s kliničnimi specialisti, bolnišnicami in univerzitetnimi klinikami. Naša prednost pred ostalimi strokami je celostna obravnava bolnikov. Ljudi ne obravnavamo le kot paciente, temveč kot osebnosti, ki poleg bolezenskih težav trpijo tudi zaradi številnih drugih psihosocialnih problemov. Iz te kopice problemov poskušamo izluščiti, kaj je za pacienta pomembno in kaj ne, kaj potrebuje in česa ne. Ob vsem tem skušamo ohraniti najbolj individualni pristop v obravnavi in preventivi za vsakega posameznega človeka. Tako je organizacija takšnih kongresov zelo pomembna. Zavedati se moramo, da bi se stroški v zdravstvu lahko zmanjšali, če bi se lahko izboljšala komunikacija med zdravniki družinske medicine in kliničnimi specialisti in da meje med obravnavo na osnovni in sekundarni ravni ne bi bile tako ostro zastavljene. Celotni kongres s predstavljenimi tematiko in učne delavnice sledijo temu cilju."

Dr. Norbert Jachimowicz je opozoril tudi na druge meje. Opozoril je na meje sosednjih držav, ki bodo z vstopom v Evropsko unijo zabrisane in bi jih bilo treba prestopiti že veliko prej. "Tako smo letošnje leto prvič povabili k sodelovanju kolege iz Slovenije, da bi nam predstavili njihov sistem zdravstvenega varstva, težave, s katerimi se soočajo, predvsem bi želeli spoznati njihovo vizijo razvoja družinske medi-

kovnim in znanstvenoraziskovalnim prizadevanjem, predvsem pa ugleda, ki ga uživajo v Evropi." V želji, da bi bilo to povabilo prvi korak k nadaljnjemu plodnemu sodelovanju med sosednjima državama, je zaočrožil svoje misli v uvodniku in kasneje tudi v pozdravnem nagovoru dr. Jachimowicz.

Avstrijski kolegi so nam namenili celotno popoldne prvega kongresnega dneva. Bili smo deležni tople dobrodošlice in zato je bila prvotna zadrega hitro pozabljena. V imenu prof. dr. Igorja Švaba, predstojnika Katedre za družinsko medicino, ki zaradi neodločljivih obveznosti ni mogel priti v Bad Gleichenberg, je predstavila zgodovino in razvoj družinske medicine v Sloveniji dr. Jožefa Jeraj. V Sloveniji je po osamosvojitvenem letu 1991, tako kot v drugih srednjeevropskih prehodnih državah prišlo do dramatičnih sprememb na političnem in ekonomskem področju ter na področju zdravstvenega sistema, ki je od leta 1992 decentraliziran. Imamo samo eno državno zavarovalniško institucijo, Ministrstvo za zdravje pa ima vlogo koordinatorja med nacionalnim zavarovalniškim inštitutom in nosilci zdravstvenega sistema: javnimi bolnišnicami, zdravstvenimi domovi in zasebniki. Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se pokriva 80 odstotkov stroškov.

V razvoju družinske medicine je bilo pred in po drugi svetovni vojni čutiti vpliv hrvaške šole dr. Andrije Štamparja in vpliv socialistične vladavine. Do leta 1950 je bila politika vlade vlaganje velikih investicij v preventivno delovanje in razvoj polikliničnega sistema ter specializacija celotnega zdravstvenega sistema. Redki so bili zanesenjaki, ki so na začetku šestdesetih verjeli v družinsko medicino, da bo nekoč priznana kot samostojna specialnost. Vendar takrat teoretične in praktične osnove za študij splošne medicine še niso bile pripravljene. Leta 1966 je bila pri Slovenskem zdravniškem društvu



cine v prihodnosti. Vemo, da so zdravniki družinske medicine na zelo dinamičen način v zadnjem desetletju razvili ne samo zdravstveno varstvo, ampak tudi izobraževanje. Toda to ni vse. Slovenski kolegi so izjemno dejavni na področju znanstvenoraziskovalnega dela. Da jim je bila zaupana organizacija kongresa Wonce v Ljubljani, je potrditev in priznanje njihovim stro-



Od leve proti desni: doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., Norbert Jachimowicz, dr. med. (predsednik organizacijskega odbora 11. avstrijskega kongresa), asist. Ksenija Tušek Bunc.

ustanovljena Sekcija za splošno medicino, ki je v letu 1975 odigrala pomembno vlogo pri poskusu ustanovitve Katedre za splošno medicino. Že takrat je postalo jasno, kakšni so naši cilji, in sicer lastni raziskovalni projekti, lastni sistem permanentnega izobraževanja, lastna založniška dejavnost in lasten visokošolski oziroma akademski kader. Novo dobo je predavateljica imenovala obdobje po osamosvojitvi. Po poskusnem letu je bila leta 1995 na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani ustanovljena Katedra za družinsko medicino. Od leta 2000 je specializacija iz družinske medicine pogoj za opravljanje dela v splošnih ambulantah. Skrbno zastavljen sedemtedenski učni načrt obsega najmanj eno uro predavanj na teden, en dan v tednu pa študent v mali skupini pod vodstvom asistenta pripravi poročila o spoznanjih pri praktičnem delu in o projektih. Praktično delo na Katedri obsega tudi video predstavitev in razprave o komunikacijskih izkušnjah. Preostanek tedna dela študent pod vodstvom posebej usposobljenega mentorja - zdravnika družinske medicine v splošni ambulanti, kjer se ocenjujejo znanja o veščinah sporazumevanja, poročanje o primerih iz ambulante in praktična spoznanja. Z mislijo, da slovensko družinsko medicino,

ki ima jasno zastavljene cilje in niza uspeh za uspehom, brez dvoma čakajo še veliki izzivi, je dr. Jerajeva končala svoje predavanje.

Avstrijski kolegi so z velikim zanimanjem sledili prikazu razvoja družinske medicine na Slovenskem, še prav posebej delu o ustanovitvi Katedre za družinsko medicino in pedagoškem delu na njej. Odziv je bil pričakovan, saj avstrijske medicinske fakultete, ki imajo dolgoletno tradicijo, ugled in kjer je pouk družinske medicine zasnovan drugače, kateder za družinsko medicino, vsaj v taki obliki, kot jo imamo mi, nimajo.

V preostanku popoldneva je asist. Dean Klančič predstavil zasebno delo v zdravstvu, sama pa sem predstavila preventivni program preprečevanja srčno-žilnih bolezni, ki v razvitem svetu predstavljajo najpogostejši vzrok obolevnosti in umrljivosti. Gre za bolezni, ki sodijo v veliko skupino kroničnih nenalezljivih bolezni, so ugotovljive, se jih lahko prepreči in pri nastanku le-teh dokazano sodelujejo isti skupni dejavniki tveganja. Le-te je moč razdeliti glede na način delovanja in možnosti vpliva nanje, na dejavnike tveganja, ki so posledica življenjskega sloga in na katere lahko učinkovito vplivamo z nefarmakološkimi ukrepi ter na dejav-

nike, ki so posledica bolezenskih stanj in so popravljivi le do določene mere tako z nefarmakološkimi kot farmakološkimi ukrepi. Na dejavnike, ki so pogojeni z dednostjo in drugimi biološkimi značilnostmi, kot so spol, starost ipd., ni mogoče vplivati. Korak dalje v osnovnem preprečevanju predstavljajo napovedni dejavniki, ki vsak zase ali posebej pogujejo nastanek dejavnikov tveganja. Neizpodbitno dejstvo je, da je v Sloveniji premoč dejavnikov tveganja visoka, zato so preprečevalni programi nujno potrebni. Le s preprečevalnim ukrepanjem je mogoče vplivati na kakovost življenja posameznika in na zmanjševanje obolevanja in umiranja celotnega prebivalstva. Strategija osnovnega preprečevanja je v pristopu do prebivalcev ali v usmerjenih intervencijah. V predavanju sem predstavila še obseg preventivnega pregleda, ki omogoča oceno zdravstvenega stanja posameznika, določitev dejavnikov tveganja ter določitev relativnega in absolutnega tveganja. Preprečevalnim ukrepom nujno sledi intervencija, ki v prvi vrsti pomeni motivacijo ogroženih za spreminjanje življenjskega sloga, opuščanje nezdravih navad in razvad, kakor tudi prilagajanje intenzivnosti ukrepov celotni ogroženosti posameznika. Seveda ni mogoče mimo etičnih dilem, ki se porajajo na področju preprečevalnih programov, s čemer sem zaokrožila svoj prispevek. Doc. dr. Janez Kersnik je za konec pripravil zanimivo predavanje, ki je bilo namenjeno obvladovanju napak v družinski medicini. Vsakemu predavanju so sledila številna vprašanja in živahna razprava, ki ji je vseskozi, na prijeten in pogosto humorističen način, dajal ton doc. dr. Kersnik.

Neznosna vročina in prepotene obleke niso mogle pokvariti dobrega razpoloženja ob zaključku slovenskega popoldneva v Bad Gleichenbergu, ko smo si segli v roke in ugotovili, da meje pravzaprav ne bi smele biti nekaj kar nas ločuje, temveč nekaj kar nas povezuje. Hkrati smo si obljubili, da se čez nekaj dni vidimo v Ljubljani na kongresu WONCE.

Na poti domov nam je v glavi vseskozi odzvanjala misel: "Imamo vse, kar imajo veliki." Morda celo več...

Stroka med mediji in javnostjo - kladivom in nakovalom

Anica Mikuš Kos

Sestanek, ki je potekal 20. junija 2003 v gradu Dobrovo v Goriških Brdih, je organizirala Ambulanta za motnje v razvoju Nova Gorica, ki je tudi lastnica zamisli o vsebini srečanja, kateremu je prisostvovalo 60 mentalno-higienskih strokovnjakov.

Vselej je pozivljajoče in vzpodbudno slišati razpravo o temi, ki je pomembna, a nekako slabo artikulirana in se o njej ne govori veliko. Vzrokov za slabo osvetlitev omenjene teme je več. Področje je kompleksno, v njem se prepletajo različni interesi in nameni, ni dokončnih odgovorov, ti so odvisni od konteksta dogajanja.

Organizatorji sestanka so imeli srečno roko pri izboru sodelavcev okrogle mize. Poleg prof. dr. Martine Žmuc Tomori in spec. klin. psih. Ivana Kodelje, sta sodelovala novinarka Dnevnika gospa Ranka Ivelja in namestnik varuha človekovih pravic za področje sociale in otrokovih pravic, gospod Tone Dolčič.

Otroci in družine, ki jih obravnavamo mentalno-higienski delavci in področja, ki jih pokrivamo, so še posebej zanimivi za medije. Potrebno je veliko občutljivosti in zdrave presoje, da s poročanjem ne bi naredili škode obravnavanim strankam ter koristili posameznikom in stroki. Včasih je na žalost za tisk bolj zanimiva razsežnost deviantnega, zastrašujočega, grozovitega, kot koristnost za otroka in njegovo družino.

Ob stikih z mediji smo mentalno-higienski delavci razpeti med vprašanji, dilemami, interesi različnih strank. Na eni strani je pravica javnosti, da je seznanjena z dogajanjem v družbenem okolju, tudi zato, da nanje reagira. Med pozitivne posledice informiranja široke javnosti o nasilju nad otroki sodijo na primer prevencija skozi socialno kontrolo okolja, pritiski javnega mnenja na odločujoče, osveščanje ljudi o dogajanjih, ki hudo kršijo otrokove pravice. Na drugi strani je spoštovanje zasebnosti otroka in družine, tudi če ime ni izrečeno in če ni formalno kršena obveznost o varovanju tajnosti podatkov. Ena od težav je, da moramo nemalokrat odgovarjati na vprašanja, na katera ni-

mamo enopomenskih odgovorov ali pa nimamo zadovoljivega odgovora. Pod pritiski, da bi obvarovali ugled stroke ali svoj lastni ugled, smo potisnjeni v prezgodnje ali poenostavljene odgovore. Lahko se zgodi, da skozi medije oglašujemo, "prodajamo" stroko, institucijo, projekt, zato da bi pridobili sredstva in boljše možnosti za delovanje v korist otroku.

Res je, da se mnogi, vsaj v začetku svoje poklicne kariere, nismo naučili sodelovati z mediji in bi bilo dobro, da bi nas učil nekdo. Srečanje, o katerem poročam, je korak v tej smeri.

Zanimivo mi je, da smo mi, ki nam je beseda glavno delovno orodje, marsikdaj nerodni in nebogljeni pri izražanju svojih misli, pri izboru označevalcev, kadar smo v stiku z novinarji. Nastopi sto zavor, strah nas je in včasih, od same previdnosti, povemo zelo malo. Karkoli in kakorkoli pa povemo, se pri sprejemu sporočila s strani novinarja in pri oblikovanju novinarskega izdelka še spremeni. Poseben problem je predelava, procesiranje tega, kar smo izrekli, skozi glavo, srce in roko novinarja. Osebnost sem včasih začudena, kako dobro je novinarka ali novinar razbral/a iz mojega dokaj slabo organiziranega in slabo strukturiranega govorjenja, temeljne stvari. Drugič sem jezna, ker je (po mojem mnenju) šlo vse nekako mimo novinarja, ali pa je izbral poudarke, ki izkrivljajo podobo dogajanj in procesov. Preprosto bi to, o čemer govorim, lahko izrazila z "ne vem, kaj in kako bo napisal/a?" ali "kateri izjave bodo potegnjene iz konteksta in zato neustrezne temu, kar sem želela povedati". Toda, če sem poštena, je zame tudi vprašanje, "ali bom znala prav povedati?"

Vendar vprašanje odnosa med stroko in mediji presega raven obravnave individualne stranke ali pacienta. Gre za širšo razsežnost, ki jo lahko spravimo pod oznako Socialna odgovornost strokovnjakov, seveda strokovnjakov mentalno-higienske in novinarske stroke. Mediji so dobro sredstvo za širjenje različnih strokovnih pogledov, razlag o duševnih motnjah, vzrokih teh motenj, škodljivih de-

javnih, možnosti prevencije in ozdravljanju otrok. Vsaka informacija ima svoje spremeljave in stranske učinke. S svojimi pogledi in strokovnim prepričanjem vplivamo na širšo javnost. Ti vplivi niso samo informacijsko-kognitivne narave. Imajo tudi vpliv na čustveno sfero ljudi (na primer povzročajo občutja krivde pri starših) in na individualno vedenje. Na izrečene strokovne trditve in propagirane paradigme se naslanjajo tudi odločevalci, na primer tisti, ki odločajo o razvoju služb, o dodelitvi denarja. O širši socialni odgovornosti v procesu informiranja javnosti bi veljalo več razmišljati in govoriti.

Ker je bila snov okrogle mize obravnavana z zelo različnih zornih kotov, sem si dovolila zaprositi predavatelje za povzetke njihovih prispevkov. Ljubeznivo so se odzvali in citiram iz njihovih zapisov.

Martina Tomori je izpostavila veliko vlogo medijev pri izobraževanju, oblikovanju odnosov in stališč, povečevanju občutljivosti ljudi, usmerjanju načina zaznavanja dogodkov pri temah, ki so povezane z duševnim in socialnim stanjem otrok. Prikazala je velike možnosti, ki jih imajo mediji na oblikovanje vrednot. Pomembno določajo tudi vzgojne vzorce, odnose v družini, kakovost življenja otrok in priložnosti za preventivo. Poudarila je, kako mediji vzdržujejo razne mite, povezane s pojmovanjem otroka (otrok je nemočna žrtev, mladostnik pa nenadoma odgovoren, "kriv", medijsko označen stereotipno itd.). Mediji in psihološka stroka bi morali sodelovati z medsebojnim spoštovanjem strokovnosti, profesionalnosti in etike svojih strok.

Ivan Kodelja, psiholog iz Ambulante za motnje v razvoju Nova Gorica, je govoril o tem, da je v medijih, vključno s televizijo, zaznati več vsebin, ki posegajo v človekovo intimnost oziroma zasebnost, več je razgaljenja in slačenja ter pogledov v spalnico drugih v službi nekakšnega voyerizma in ekshibicionizma. Ko gre za nasilna dejanja, skušajo marsikdaj ozadje prikazati čimbolj šokantno in senzacionalno z manjšo občutljivostjo za udeležene trpeče, z opravičilom, da to javnost za-

nima in ima pravico biti s tem seznanjena. Pred medijskim izpostavljanjem otrok z imenom in priimkom, posebej ko gre za duševno motene ali drugače čustveno prizadete, bi le morali oceniti primernost načina posredovanja medijsko zanimive informacije. Bolj ko je senzacionalno prikazana, večja je odzivnost javnosti, večji je medijsko-tržni izkupiček in večja, včasih nepopravljiva škoda se stori trpečemu. Pisma bralcev, ki so večkrat tarča užaljenih ali drugače čustveno prikrajšanih staršev oziroma drugače vpletenih, zlorabijo otrokovo zasebnost in njegovo integriteto, ko jih iz povsem osebnih, egoističnih interesov želijo objaviti v javnosti. Ker je tržno zanimivo branje, ga nekateri mediji v neokrnjeni obliki objavijo, saj se otroke ne sprašuje za dovoljenje, starši oziroma drugi pa navadno rešujejo "svojo kožo" in so nekritični do njih. Tu so otrokove pravice ponovno zlorabljene. Kako popraviti napako? Katero etiko branimo tukaj? Konvencija Združenih narodov o otrokovih pravicah navaja, da noben otrok ne sme biti izpostavljen samovoljnemu ali nezakonitemu vmešavanju v njegovo zasebno življenje, družino, dom, niti nezakonitimi napadom na njegovo čast in ugled. Otrok ima pravico do zakonitega varstva proti takšnemu vmešavanju ali napadam. Otrok mora biti zavarovan pred informacijami in gradivi, ki škodujejo njegovi blaginji (16., 17. člen). Med posebnimi ukrepi Sveta Evrope glede varovanja otrokovih pravic, odbor ministrov poudarja, da bi morali mediji, šole in druge agencije, ki vplivajo na celotno javnost, spodbujati nesenzenacionalno obveščanje. Tako na primer pisci kolumn in podobnih člankov v službi "zaščite" javnosti in pravice po informiranosti, prevzamejo včasih vlogo razsodnika pri razlagi določenih strokovnih posegov ali prestopkov strokovnjakov oziroma služb in dobesedno zavajajo oziroma povzročajo škodo, pogosto otrokom, ko tolmačijo določene "nepravilnosti" v ravnanju.

Tone Dolčič, namestnik Varuha človekovih pravic, je navzoče seznanil z načinom dela Urada varuha, pri čemer je posebej izpostavil organizacijo in način dela oddelka, ki se ukvarja z otrokovimi pravicami. To področje je relativno novo in zahteva deloma drugačne načine obravnave posameznih kršitev, predvsem zahteva večjo stopnjo zaupnosti. Posameznikom, ki se obrnejo na Varuha človekovih pravic zagotavlja že zakon, da bo njihova pobuda obravnavana z vso potrebno skrbnostjo, saj so po zakonu vsi postopki pri varuhu zaupni. To pomeni, da

nihče iz Urada varuha ne sme brez izrecne privolitve posameznika na kakršenkoli način objaviti podatkov, ki bi omogočali identifikacijo posameznika, obenem pa v praksi pomeni tudi, da posamezniku Urad varuha ne omogoča vpogleda v informacije, ki jih je pridobil od druge strani. Torej velja zaupnost v razmerju do posameznika, organa ali organizacije, ki jo v okviru obravnave zatrjene kršitve varuh pozove k odgovoru oziroma seznanitvi z njenim videnjem dogodka. Večina medijev spoštuje takšen način dela, prav tako tisti, ki jih varuh v okviru zakona nadzira, in tudi pobudniki. Varuh je iz dosedanjih izkušenj ugotovil, da bo treba v bodoče več pozornosti posvetiti povratnim informacijam organom in organizacijam, ki jih nadzira, saj le na ta način lahko pričakujemo izboljšanje določenih pomanjkljivih postopkov in preprečimo nadaljnje kršenje človekovih pravic. Vsekakor bo zaupnost dela še naprej eno od temeljnih načel dela varuha človekovih pravic.

Novinarka časopisa Dnevnik in članica Novinarskega častnega razsodišča, gospa Ranka Ivelja, je na okrogli mizi govorila o dilemah, s katerimi se srečujejo novinarji pri svojem delu. Primeri nasilja, v katerem so udeleženi otroci in mladostniki, kot žrtve ali storilci, v javnosti vedno zelo odmevajo. Zaradi čustvenega naboja so pogosto "hvaležna" tema senzacionalnih medijev. Žrtve nasilja so tako pogosto še enkrat žrtve nasilja, tokrat medijskega. Kot primer, kako se o nasilju, v katerega so vpleteni mladostniki, ne bi smelo pisati, je Ivelja omenila primer, ki se je pred leti zgodil na Osnovni šoli Šmihel in o katerem je pisala tudi sama. Mladolletnega Roma, ki je bil zgolj osumljen posilstva svoje vrstnice (ovadba zaradi mladolletnosti ni bila vložena), so nekateri mediji brez dvoma razglasili za krivega posilstva in zanj zahtevali premestitev na drugo šolo (da ga žrtvi domnevnega posiljevalca ne bilo treba več srečevati). Kasneje se je izkazalo, da so bili dokazi, na podlagi katerih so pristojni (policija, tožilec itd.) osumili mladolletnika, na zelo trhljih nogah. Do objektivnejše slike dogajanja na Osnovni šoli Šmihel je Iveljeva prišla s pomočjo uradnikov na ministrstvu, centru za socialno delo, tožilstvu, učiteljev in strokovnjakov (psihiatrinje, pravnice, kriminologov ...), ki so bili pripravljeni s svojimi ugotovitvami seznaniti tudi medije oziroma javnost.

Ivelja je poudarila, da se večina novinarjev zaveda, da morajo biti v primerih, v ka-

tere so vpleteni otroci in mladostniki, še posebej pazljivi in občutljivi, ne morejo pa pristati na to, da o nečem, kar se je zgodilo in o čemer javnost zahteva informacije (denimo v primeru, ko mladolletnik ubije mater), sploh ne bi pisali, kar včasih od njih pričakujejo zdravniki, socialni delavci in drugi strokovnjaki. Z drugimi besedami, neprimernemu pisanju včasih botruje tudi nezadostna pomoč strokovnjakov oziroma njihova nepripravljenost, da bi ob konkretnih primerih, ki zanimajo medije, ponudili ustrezne informacije. Novinarjem je treba zaupati, navsezadnje jih k spoštovanju profesionalnih in etičnih norm zavezuje tudi oktober 2002 prenovljeni novinarski kodeks. Dvajseti člen govori o tem, da novinar spoštuje pravico posameznika do zasebnosti in se izogiba senzacionalnemu in neupravičenemu razkrivanju njegove zasebnosti v javnosti. Enainvajseti člen novinarja zavezuje, da v primerih, ko poroča s področja pravosodja, upošteva, da nihče ni kriv, dokler ni pravnomočno obsojen, zato mora biti pazljiv pri omembi imen in objavi slik storilcev, žrtev in njihovih svojcev. Dvaindvajseti člen zahteva od novinarja posebno obzirnost pri zbiranju informacij, poročanju in objavi fotografij ter prenašanju izjav o otrocih in mladolletnikih. Novinarsko častno razsodišče je v pravkar zaključenem mandatu obravnavalo nekaj primerov, v katerih so bili novinarji obtoženi kršitve teh členov, in v nekaj primerih dalo prav pritožnikom.

Za konec naj omenim še, da je bil namen okrogle mize izboljšati sodelovanje mentalno higienskih strok z mediji v korist prizadetih otrok in družin, javnosti ter obeh strok. Poleg kritičnih analiz so udeleženci prikazali mnoge primere in izkušnje zelo dobrega in produktivnega sodelovanja z mediji. Vemo, da ni čudežnih rešitev, da je tema, o kateri govorimo, zadeva notranjega dogovarjanja, to je dogovarjanja s samim seboj, obeh partnerjev mentalno-higienskega strokovnjaka in novinarja in vzajemnega dialoga med njima, obenem pa tudi dialoga med njunima strokama.

Kolegom iz Ambulante za motnje v razvoju Nova Gorica pohvala in zahvala za idejo in izvedbo strokovnega dogodka in še posebej za trud, ki so ga vložili v izredno bogat socialni del srečanja, ki je vključeval kosilo na turistični kmetiji Breg in ogled razstave unikatnih glinenih izdelkov Ivana Skubina, da o lepoti pokrajine, ki jo marsikdo med nami še nikoli ni videl, niti ne govorimo. ■

Mednarodna srečanja urgentne medicine 2003 - neprekinjeno izobraževanje

Štefek Grmec, Alina Jelatancev, Katja Lah

13. svetovni kongres urgentne in katastrofne medicine

13. svetovni kongres urgentne in katastrofne medicine je potekal od 6. do 10. maja 2003 v Melbournu v Avstraliji. Glavna organizatorja sta bila Svetovna zdravstvena organizacija in Svetovno združenje za urgentno in katastrofno medicino (WADEM). Srečanje so gostili Univerza Monash iz Melbourn, Avstralsko združenje za urgentno medicino in Avstralska skupina za katastrofno medicino.

Temelj srečanja je bilo opredeliti in predstaviti različna področja urgentne in katastrofne medicine. Največ poudarka je bilo na področju preprečevanja in ukrepanja ob množičnih nesrečah, urgentne medicine, socialnih znanosti, javnega zdravstva, biološkega in kemičnega orožja ter drugih.

Ob številnih predstavitvah posterjev so hkrati potekala predavanja in razprave v sedmih različnih predavalnicah.

Za nas so bila aktualna predvsem predavanja s področja urgentne in predbolnišnične medicine. Med temi so izstopala predavanja dr. H. Oxerja, ki je predstavil uporabo metoksiflurana kot inhalacijskega analgetika na terenu v izrednih razmerah s številnimi poškodovanci. Dr. John Maloney je govoril o problemu crush sindroma pri potresih ter predstavil zdravljenje ledvične odpovedi pri crush sindromu. Dr. Andrew Marsden je predstavil škotski model uporabe trombolize na terenu pri akutnem miokardnem infarktu z uporabo tenecteplase.

Številna predavanja so bila posvečena analizi preteklih dogodkov s številnimi žrtvami, na primer teroristični napadi na Bali leta 2002, v Združenih državah Amerike 11. septembra 2001, potresi v Turčiji in Indiji, vojna v državah bivše Jugoslavije, vojna v Afganistanu in Iraku itd.

Najbolj odmevno je bilo predavanje na temo SARS-a, na katerem smo izvedeli mnogo novega o samem virusu in zdravljenju bolezni. Zdravnik iz Hong Konga je predstavil

težave v bolnišnici ob prvem pojavu bolezni in kasnejšem izbruhu.

Kar nekaj pozornosti so bili deležni otroci v katastrofalnih razmerah, in sicer je prof. Kim Mulholland predstavil probleme otrok v tovrstnih razmerah. Dr. David Markenson je govoril o posebnih strategijah za otroke, ko so podvrženi terorističnim grožnjam.

Dr. Thore Wikstrom je prikazal nekaj modelov izobraževanja zdravstvenega osebja v izrednih razmerah. Na kongresu je naš Center sodeloval s predstavitvijo posterja comparison of mainz emergency evaluation score (MEES) and revised trauma score (RTS) in patients with trauma for prediction of mortality, katerega avtorji smo bili Grmec Š., Jelatancev A., Schaubach T., Stok E., Ferk J.

V slovenskem prostoru se zadeve glede pomembnosti katastrofne medicine prebujajo, kar potrjuje NATO medicinska konferenca. Omenjeni kongres je za nas, ki se trudimo organizirati poleg urgentne službe tudi službo, ki bo pripravljena delovati v izrednih razmerah ali pri masovnih dogodkih, izjemnega pomena. Aktualizacija posameznih tem in prenašanje internacionalnih izkušenj pri SARS-u, terorističnih dogodkih (posebej bioterorizmu), organizaciji oskrbe pri masovnih dogodkih in zdravstvene oskrbe pri obsežnih javnih shodih ali dogodkih, je bila poučna in aplikativna za naš prostor in delo v takšnih razmerah. Kongres je bil v celoti organiziran odlično, teme so bile zanimive in aktualne. Novo pridobljeno znanje bo vsekakor pomagalo pri organizaciji in pripravi dela v predbolnišnični enoti v izrednih razmerah. K dobremu počutju je ob čudovitem vzdušju na samem kongresu vsekakor pripomogla očarljivost mesta Melbourne in prijaznost domačinov.

23. mednarodni simpozij intenzivne in urgentne medicine

Od 18. do 23. marca je v Bruslju potekal 23. mednarodni simpozij intenzivne in ur-

gentne medicine, ki ga organizira Oddelek za intenzivno in urgentno medicino univerze v Bruslju skupaj z belgijskim Združenjem za intenzivno in urgentno medicino. Po besedah organizatorja je simpozij potekal zadnjič v kongresnem centru v središču Bruslja in se prihodnje leto seli na novo lokacijo v kongresno središče, ki je v neposredni bližini mestne znamenitosti atomiuama. Predavanja so potekala vzporedno na petih različnih lokacijah, zato je bilo potrebno skrbno preštudirati knjižico s programom in izbrati najbolj zanimive stvari. Na simpoziju so bile predstavljene raziskave s številnih področij intenzivne in urgentne medicine, najbolj udarne teme so bile s področja sepse, umetne ventilacije in odvajanja z umetne ventilacije, ARDS, antibiotičnega in antitumorskega zdravljenja in novosti v oživiljanju.

Zelo odmevna so bila predavanja o deeskalacijski antibiotični terapiji pri bolnikih s sepsa ter bolnišnično pridobljeno ali na ventilatorju pridobljeno pljučnico. Pri tej terapiji bi naj takoj začeli zdraviti bolnika z antibiotikom širokega spektra, šele ob izboljšanju stanja naj bi oživili spekter. Omenjene so bile dodatne podporne metode zdravljenja pri sepsi: antioksidanti, etilpiruvat, visoko volumska hemofiltracija, statini, PARP inhibitorji.

Za nas kot zdravnike urgentne medicine so bila predvsem zanimiva predavanja z novostmi na področju urgentne medicine. Švicarski, nemški in ameriški raziskovalci so ponovno predstavili prednosti hipotermije, ki naj bi imela svoje mesto pri poškodbah glave, možganski kapi in uspešnem oživiljanju. Zmerno hipotermijo naj bi vzpostavili že na terenu in jo vzdrževali dva dni. Ker smo v naši enoti bolj skromno in občasno začeli uporabljati zunanje metode hlajenja glave in vratu po uspešnem oživiljanju, te novejši informacije predlagajo sistematični pristop, ki bi zajel vse takšne bolnike. Ostaja odprto vprašanje aplikacije zunanjega hlajenja v predbolnišnični oskrbi (na terenu) hude poškodbe glave in pri možganski kapi (us-

klajevanje meril z zdravniki intenzivnih enot, anesteziologi, travmatologi in nevrokirurgi in nevrologi).

Ameriški predavatelj Traber je predstavil raziskavo politravmatiziranih poškodovancev, ki je pokazala slabši izhod za tiste poškodovance s poškodbo glave, ki so bili intubirani. Nemska raziskava je pojasnila, da je to posledica neprimerne predihavanja, predvsem zaradi neuporabe PEEP-a. Svetovali so visoki PEEP, od 10-15 cm H₂O. Prav tako je odprto vprašanje pravilne uporabe hitre sekvečne intubacije v predbolnišničnih pogojih, katera omogoča kakovostno oskrbo dihalnih poti brez dodatnega zvišanja znotraj lobanjskega tlaka in komplikacij same intubacije. Aktualizacija uporabe pravilne terapije z uporabo mišičnih relaksansov (predvsem suksametonij klorida (leptosuccina) v kombinaciji s premedikacijo z lidokainom) je ena od pomembnejših nalog (seveda zraven izobraževanja in kontinuiranega treninga endotrahealne intubacije in kapnometrije/kapnografije) v naši predbolnišnični urgentni službi, predvsem na ravni PHE organiziranosti.

Zelo zanimiva so bila predavanja o srčnem zastoju. Američani (Pepe, Dallas in Becker ter Gazimuri, Chicago) so predstavili nova dognanja o razmerju predihavanja in srčne masaže, ki so v prid masaži; raziskava na živalih je kot najbolj ugodno razmerje pokazala dva vpiha na sto masaž. Ugotovili so tudi, da je zgodnja defibrilacija na mestu znotraj treh minut od začetka srčnega zastoja, kasneje pa je izhod oživljanja mnogo ugodnejši, če se najprej izvajajo temeljni postopki oživljanja do tri minute in nato sledi defibrilacija. Raziskave so potekale na živalih, predstavili so izsledke raziskave iz Seattla, kjer so ugotovili, da imajo slabše rezultate pri oživljanjih, odkar so gasilci in policisti kot prvi pomoč dobili avtomatske defibrilatorje in se manj posvečajo srčni masaži.

Američani skupaj s francoskimi raziskovalci obljublajo novo mešanico zdravil, ki bi naj bila zelo učinkovita za ohranjanje miokarda med oživljanjem in naj bi zmanjšala reperfuzijske poškodbe. Vendar še ni definitivno določena, med drugim bi lahko vsebovala omega tri maščobne kisline, inzulin, adenozin in cariporide.

Goldstein (Francija) je v sklopu predavanj o akutnih koronarnih dogodkih predstavil prednosti zrombolize s tenecteplazo na terenu, saj imajo v Franciji zelo ugodne rezultate, odkar jo uporabljajo, po skrbno iz-

delanem protokolu. Razstavljenih je bilo 260 posterjev. S posterjem, ki je prikazoval primerjavo vrednosti EtCO₂ med srčnim zastojem zaradi zadušitve in med srčnim zastojem zaradi VF/VT, je sodelovala naša PHE. Aktualnost omenjenega prispevka se je pokazala z vabilom, da pošljemo celotni članek za objavo v Critical Care (članek bo objavljen v decembrski številki omenjene revije in na medmrežju).

Annual Meeting of Society for Academic Emergency Medicine

V Bostonu je v času od 29. maja do 1. junija potekal letni mednarodni kongres Society for Academic Emergency Medicine, tokrat pod okriljem harvardske univerze in Univerze mesta Boston. To je največje in najpomembnejše srečanje urgentne medicine v ZDA. Na omenjenem srečanju je bil sprejet naš prispevek (Grmec Š., Klemen P., Mally Š., Čander D. Glasgow Coma Scale and QTc period: can it help us in the prognosis of patients with organophosphate poisoning, Academic Emergency Medicine, 2003;10 (5):451). Prav omenjeni članek je predstavljal za nas vstopnico za udeležitev na kongresu. Poleg vsakodnevnih klasičnih predstavitev načrtovanih predavanj, ustnih predstavitev in predstavitev s posterji, se je bilo možno udeležiti tako imenovanih didactic session, katere so imele namen poudariti posamezna področja ali probleme v urgentni medicini. Na kongresu je bilo predstavljenih 438 originalnih prispevkov v prej omenjenih oblikah, s tem da je bilo zavrnjenih čez 500 člankov. Iz Evrope je bil poleg našega sprejet samo še članek iz Belgije.

Na kongresu se me je "dotaknilo" kar nekaj predavanj, med katerimi bi želel izpostaviti nekaj zanimivih naslovov. Poučna in zanimiva sta bila predavanje in razprava dr. Lewisa o biostatističnih metodah v raziskovalnih študijah v urgentni medicini (posebej zanimivi so bili načini prikaza urejanja dizajna in analize študij). Goldgrank, Hertzberg, Ingall in Louis so v predavanju o uporabi rt-P-a pri oskrbi akutnega možgansko-žilnega dogodka kritično analizirali prednosti in pomanjkljivosti tovrstne terapije. Kot vedno je temelj uspešne terapije poudarjena dobra izbira kandidata za ta postopek, ker se na ta način izognemo usodnim posledicam (predvsem znotraj možganskim krvavitvam). King, Custalow in Price so vodili zanimivo

razpravo o metodah izobraževanja v urgentni medicini, kjer so predstavili različne izobraževalne modele, kateri naj bi v procesu izobraževanja vključevali bolnike prstovoljce, manekene, simulatorje, kadavre, živalske modele in pred kratkim umrle bolnike. Med zanimivejšimi predavanji je bilo predavanje o kliničnem pomenu hipotermije v urgentni medicini, ki so jo duhovito in konstruktivno vodili Straz, Silberbleit, Clifton, Dixon in Kiger. Z meta analizo več novjših kliničnih in laboratorijskih študij so dokazali, da ima hipotermija svoje opravičilo pri oskrbi bolnikov po oživljanju, po akutnem možgansko-žilnem dogodku, akutnem miokardnem infarktu in hudi poškodbi glave. Poudarek razprave je bil ponovno na času, saj je zgodnja hipotermija (torej že na terenu v predbolnišnični oskrbi) ključnega pomena za boljši nevrološki izid po oživljanju in hudi poškodbi glave. Konec razprave je bil pravzaprav javni poziv za doseganje dogovora o splošnem priporočilu uporabe tehnik kontrolirane hipotermije na terenu, na mestu dogodka.

Ena od presenečenj na kongresu je bila multicentrična študija v ZDA in Kanadi, tako imenovana OPALS Study OHASE III. Omenjena študija razkriva, da nadaljevalni postopki oživljanja ne prispevajo k boljšemu razpletu oživljanja pri srčnem zastoju. Primerjalna študija med skupino s temeljnimi postopki oživljanja z defibrilacijo ter skupino z nadaljevalnimi postopki oživljanja (zdravila), ni pokazala statistično značilne razlike v preživetju med skupinama.

Predavanja o uporabnosti tako imenovane bispektralnega enokanalnega EEG-a v urgenci je pokazala primernost te metode za predikcijo razpleta pri travmatski poškodbi možganov, akutni zlorabi mamil (overdose) ter kontrolirani sedaciji bolnikov v urgenci.

Prispevek iz Melbourne, je predstavil kontrolirano klinično študijo in pokazal efikasnost intranazalne aplikacije naloksona pri zastrupitvi z opijati in kompromitacijo dihalne poti. Rezultati raziskave kažejo, da je v vseh primerih aplikacije naloksona po intranazalni poti bila efikasna in hitrejša od intramuskularne aplikacije zdravila.

Ena izmed aktualnih tem kongresa je bil klasični problem premika bolnikov od družinskih zdravnikov v ambulate nujne medicinske pomoči. Več multicentričnih študij ugotavlja hitro naraščanje števila bolnikov v nočnih urah v NMP ambulantah. Re-

zultati študij so pokazali, da je več razlogov za tovrstno dogajanje. Eden ključnih je, da bolniki v akutnih stanjih ali v akutnih poslabšanjih kroničnih bolezni bolj zaupajo urgentnemu kot družinskemu zdravniku in drugi problem je nedosegljivost lečečega zdravnika v času, ko se pojavi problem. Problem predstavljajo tudi nejasno definirane meje nujnih in potencialno nevarnih stanj.

Posebno zanimiva mi je bila študija o različnih oblikah tečajev ACLS. V omenjeni so primerjali učinkovitost enodnevnega tečaja z dvodnevnim standardnim tečajem. Testiranja praktične usposobljenosti in teoretičnega znanja so pokazala boljše rezultate v skupini z enodnevnim tečajem. Raziskovalci so ugotovili, da prav intenzivnost tečaja,

ki je skoncentrirana na en dan, vpliva na dobre rezultate. To ugotovitev bi morali upoštevati pri organiziranju različnih tovrstnih tečajev, kateri trajajo tri ali štiri dni ter so po mnenju te študije časovno in programsko hipertrofirani, s slabim končnim učinkom. Kongres je postregel s številnimi drugimi zanimivimi točkami in prispevki, kateri na žalost presegajo potrpežljivost bralca in prostor za pisanje. Naslednji kongres bo organiziran naslednje leto v Orlando na Floridi.

Če bi povzeli vsa tri srečanja, lahko z zadovoljstvom ugotovimo, da je udeležba našega Centra za nujno medicinsko pomoč in reševalne prevoze Maribor več kot zadovoljiva in da v slovenskem prostoru za tovrstne institucije predstavlja bolj izjemo kot pravilo. V zadovoljstvo nam je, da so vse te ude-

ležbe dejavne z izvirnimi raziskovalnimi prispevki. Tako je na primer naša udeležba na bruseljskem kongresu tradicionalna in zadnjih šest let prispevamo za omenjeni kongres najnovejše prispevke (Critical Care). Slaba dejavna udeležnost ostalih slovenskih predstavnikov predstavlja dodatni motiv za naše sodelovanje in nalogo za dodatno prepoznavnost slovenske urgentne medicine tudi na znanstveno-raziskovalnem področju. Ob tej priložnosti bi se rad zahvalil glavnemu direktorju ZD Maribor, prim. A. Židaniku, ki ima vsa leta izjemno razumevanje za naše delo in nam omogoča razgibano in pestro dejavnost. ■

Slovenske izkušnje pri zdravljenju epilepsije

Jože Grošelj, Nataša Kiker Plavec, Rok Hren

V Helsinke smo od 30. avgusta do 2. septembra 2003 potovali z nalogo seznaniti udeležence 7. kongresa Evropske zveze nevroloških združenj s slovenskimi izkušnjami pri zdravljenju epilepsije z zdravilom topiramat. Raziskavo smo predstavili z dvema posterjema (izkušnje pri odraslih in otrocih), ki so ju vodilni evropski strokovnjaki na področju zdravljenja epilepsije sprejeli z velikim zanimanjem in pobudo, da bi bila prispevka čim prej na voljo tudi v obliki znanstvenega članka.

Kot so pokazale nedavne raziskave je topiramat eno izmed najučinkovitejših protiepileptičnih zdravil, seveda ob upoštevanju striktnih kliničnih indikacij. V Sloveniji ga uporabljamo od leta 1997. Čeprav je zdravilo topiramat v več randomiziranih, kontroliranih raziskavah pokazal odlično učinkovitost in prenosljivost, je pri zdravljenju ljudi z epilepsijo pomembno potrditi rezultate kliničnih raziskav tudi z rezultati iz vsakdanje klinične prakse. V tej raziskavi smo, posebej pri odraslih in posebej pri otrocih, preučili učinkovitost, vpliv na kakovost živ-

ljenja in prenosljivost zdravila topiramat v monoterapiji ali v kombinaciji z drugimi zdravili. V raziskavo, ki je potekala med septembrom 2001 in decembrom 2002, je petnajst nevrologov in sedem nevrologov-pediatrov vključilo skupaj 208 bolnikov s postavljeno diagnozo epilepsije.

V raziskavo odraslih smo prospektivno vključili 137 preiskovancev (78 moških in 59 žensk), s povprečno starostjo 44,5 let (18 do 83 let). Pri večini (82,4 odstotkov) je bila trdovratna epilepsija, od postavitve diagnoze pa je minilo povprečno 12,5 let (0 do 42 let). Žariščne napade je imelo

61 odstotkov bolnikov (22 odstotkov s sekundarno generalizacijo), 35 odstotkov osnovno generalizirane napade, štirje odstotki pa druge vrste napadov. Topiramat je bil



Graf 1

Pogostnost neželenih učinkov v obdobju 7 mesečnega zdravljenja

Neželeni učinek	Št. bolnikov	%
nespečnost	1	0,7
depresivnost	2	1,3
glavobol	2	1,3
motnje koncentracije	4	2,9
izboljšanje, anksioznost, ostalo	1	0,7
motnje razpoloženja	1	0,7
umirjenost, zaspanost	5	3,7
navzea, bruhanje	6	4,4
prebavne težave (zaprtje, driska)	8	4,4
zvišana telesna temperatura	7	5,1
zmanjšanje apetita, hujšanje	7	5,1
kognitivne motnje (očuenje, spomin)	11	8,1
parosizacija	13	8,1

Graf 2



Graf 3

uporabljen v kombinaciji drugih zdravil pri 94 preiskovancih ter kot edino zdravilo pri 43 preiskovancih. Učinkovitost smo ocenili ob začetku zdravljenja s topiramatom ter po sedmih mesecih opazovanja, in sicer glede na delež preiskovancev, ki zadnje tri mesece niso imeli nobenega napada, in delež preiskovancev, pri katerih se je število napadov v istem obdobju zmanjšalo vsaj za polovico. Vpliv na kakovost življenja so na petstopenjski lestvici ocenjevali tako bolniki kot zdravniki. Prenašanje smo ocenjevali na osnovi poročil o neželenih učinkih. Po sedmih mesecih zdravljenja s topiramatom je bilo brez

napadov 40 odstotkov odraslih preiskovancev, pri 80 odstotkih preiskovancev pa se je število napadov zmanjšalo vsaj za polovico. (graf 1)

Povprečni odmerek topiramata je bil 159 mg. Zaradi neželenih učinkov je zdravljenje prekinilo 16 preiskovancev (12 odstotkov). 116 (85 odstotkov) preiskovancev in večina zdravnikov (13) je učinkovitost topiramata ocenilo kot "dobro" ali "zelo dobro". (graf 2)

V raziskavo otrok smo prospektivno vključili 71 bolnikov (38 dečkov in 33 deklke), pri večini (71,4 odstotkov) s trdovratno epilepsijo. Žariščne napade je imelo 58 odstotkov otrok (31 odstotkov s sekundarno generalizacijo), 40 odstotkov osnovno generalizirane napade, dva odstotka pa druge vrste napadov. Pri 46 otrocih (65 odstotkov) je bil topiramat eno od zdravil v kombinaciji, pri 25 (35 odstotkov) edino zdravilo. Učinkovitost, vpliv na kakovost življenja in renosljivost topiramata smo pri otrocih oce-

njevali po protokolu, identičnem za odrasle. Po sedmih mesecih zdravljenja s topiramatom je bilo brez napadov 55 odstotkov otrok. (graf 3)

Zaradi neželenih učinkov so zdravljenje prekinili štirje otroci (pet odstotkov). (graf 4)

Kakovost življenja je kot izrazito izboljšano ali "izboljšano" označilo 60 (85 odstotkov) staršev otrok in šest zdravnikov. Ugotovitve naše raziskave tako pri odraslih kot pri otrocih so skladne z rezultati randomiziranih kliničnih raziskav in kažejo, da je topiramat zdravilo izbora za boljši nadzor različnih vrst napadov, ki ga bolniki z epilepsijo dobro prenašajo.

Raziskava, v kateri je od vključenih preiskovancev kar 82 odstotkov odraslih in 71 odstotkov otrok imelo trdovratno obliko epilepsije, je pokazala, da zdravilo topiramat zagotavlja:

- visoko učinkovitost: po sedmih mesecih zdravljenja je bilo brez napadov 40 odstotkov odraslih in 55 odstotkov otrok;
 - dobro prenosljivost: po sedmih mesecih zdravljenja je bilo s topiramatom povezanih le osem odstotkov neželenih učinkov, o katerih so poročali pri odraslih in 11 odstotkov pri otrocih;
 - zelo dobro sodelovanje bolnikov pri zdravljenju: po sedmih mesecih zdravljenja se je 84 odstotkov ljudi, vključenih v raziskavo, še vedno zdravilo s topiramatom.
- V zaključku bi želeli poudariti pomen pri-

Pogostnost vseh neželenih učinkov v obdobju 7 mesečnega zdravljenja

Neželeni učinek	Št. bolnikov	%
stomatitis, omotičnost	1	2
navzea, bruhanje	1	2
zmanjšani apetit, hujšanje	1	2
motnje koncentracije	2	3
motnje razpoloženja	2	3
glavobol	2	3
parosizacija	2	3
depresivnost	3	5
umirjenost, zaspanost	6	10
kognitivne motnje (očuenje, spomin)	9	15

Graf 4



Predstavitelj je uspešna! Od leve proti desni: G. Klanjšček, M. Zaletel, I. Kompara, J. Grošelj, N. Kiker Plavec, Ž. Bošnjak

zadevanja za popolni nadzor nad epileptičnimi napadi. Nedavna analiza je pokazala, da je umrljivost bolnikov z epilepsijo večja kot pri splošnem prebivalstvu, razen pri bolnikih z le dvema napadoma na leto ali manj. Analiza kaže, da bi približno 40 odstotkov bolnikov s ponavljajočimi se napadi (več kot dva napada letno) umrlo do 55. leta starosti, medtem ko bi to starost doživelo 80

odstotkov tistih bolnikov, ki imajo letno dva napada ali manj.

V raziskavi so sodelovali naslednji nevrologi oziroma nevropsihiatri: doc. dr. Dušan Butinar, dr. med. (vodja raziskave), asist. mag. Boštjan Čebular, dr. med., asist. mag. Tomaž Žgur, dr. med., mag. Marjan Zaletel, dr. med., Albin Gačnik, dr. med., Emil Lučev, dr. med., Zlatka Čobo Bočič, dr. med., Jelka Repič, dr. med., Gorazd Klanjšček, dr. med., Vlado Savanovič, dr. med., Ingrid Kompara, dr. med., Dušanka Popov, dr. med., Lidija Stare, dr. med., Metod Glavnik, dr. med., prof. dr. David Neubauer, dr. med. prim. mag. Štefan Kopáč, dr. med., prim. Ivica Tivadar, dr. med., asist. dr. Renec Primec, dr. med., mag. Maja Jekovec, dr. med., prim. Hilda Veličkov, dr. med., Sonja Cijan, dr. med., Brigita Lobnik Krunic, dr. med., Peter Gradišnik, dr. med., prim. dr. Jože Grošelj.

Razvojnonevrolško sledenje otrok, ogroženih ob rojstvu

Mihael Rogač

Med 4. in 6. septembrom je na Bledu potekal eden izmed kakovostnejših mednarodnih podiplomskih IPOKRATES seminarjev z naslovom Razvojnonevrolško sledenje otrok, ogroženih ob rojstvu.

IPOKRATES (International Postgraduate Organization for Knowledge Transfer Research and Teaching Excellent Students) je mednarodno združenje, ki vključuje nacionalne skupine iz Avstrije, Češke, Hrvaške, Grčije, Italije, Litve, Madžarske, Nemčije, Nizozemske, Poljske, Slovaške, Slovenije, Švice in Ukrajine. Organizira strokovne seminarje na različne teme s področja pediatrije za nadgradnjo znanja z najnovejšimi dognanji in metodami iz izbranega področja. Poudarek je na interdisciplinarnosti, visoki motiviranosti, razvoju novih tehnik, majhnih skupinah in osebni komunikaciji med poslušalci ter izbranim profesorjem. Seminarji služijo povezovanju zdravnikov centralne in vzhodne Evrope z zahodnoevropskimi in ameriškimi raziskovalci.

Na našem seminarju je predavalo pet predavateljev, ki so mednarodno priznani na področju razvojne nevrologije. Alexander Hoon je prišel iz Johns Hopkins School of Medicine v Baltimoru (ZDA), Miriam Kutai iz Univerze v Tel Avivu (Izrael), Milivoj Veličković Perat iz Pediatrične klinike v Ljubljani, Giovanni Cioni iz Inštituta Stella Maris v Pisi (Italija) in Sheila Henderson iz Inštituta za izobraževanje londonske univerze (Velika Britanija).

A. Hoon je uvodno predavanje namenil cerebralni paralizi, njeni etiologiji, pomeni selektivne ranljivosti možganov med embrionalnim razvojem, novi klasi-

fikaciji cerebralne paralize in poudaril pomen diferencialne diagnoze spastične in ekstrapiramidne oblike cerebralne paralize. Ekstrapiramidne oblike cerebralne paralize so tvorile samostojno predavanje, ki je imelo dve osrednji temi. Prva je bila razločevanje hipo-



Udeleženci (foto: Damjan Osredkar)

kinetičnih od hiperkinetičnih ekstrapiramidnih oblik, ki se razlikujejo v patofiziološkem mehanizmu, klinični sliki in načinu zdravljenja. Druga je bila o možnih etiologijah ekstrapiramidne oblike cerebralne paralize, pri katerih ima za identifikacijo pomen magnetno-rezonančno slikanje (MRI). Hipoksično-is-hemična encefalopatija daje značilen hiperintenziven signal in atrofijo v putamnu in ventrolateralnem talamusu. Medtem ko spremembe intenzitete signala in atrofija v putamnu, palidumu in nukleus kavdatusu, kažejo na genetsko-metabolni vzrok bolezni, bodisi mitohondrijske bolezni bodisi motnje metabolizma organskih kislin.

A. Hoon je predstavil svoja najnovejša odkritja na področju slikovne diagnostike cerebralne paralize. Z novo magnetnoresonančno metodo DTI (diffusion-tensor imaging), ki temelji na usmerjeni difuziji molekul vode znotraj nevrinov in omogoča prikazovanje prog bele možganovine, je pri dveh otrocih s spastično kvadrilegično cerebralno paralizo prikazal primanjkljaj vlaknen bele možganovine v zadnjem delu korpusa kalozuma, kapsule interne in korone radiate. Te ugotovitve kažejo, da je motorična okvara pri periventricularni levkomalaciji lahko posledica motenj senzoričnih povezav.

Eno od predavanj je posvetil vlogi slikovne diagnostike v zgodnjem obdobju razvoja možganov. Le-ta je omogočila vzpostavitev novih povezav med etiološkimi faktorji in motnjami zgodnjega obdobja razvoja možganov. Računalniška tomografija (RT) in MRI identificirata strukturne nepravilnosti možganov, vključujoč defekte nevralne cevi, disgenезije korpusa kalozuma, motnje migracije nevronov, nepravilnosti zadnje kotanje in hidrocefalus. Poškodbe periventricularne bele možganovine, ki so najpogostejše videne pri nedonošenčkih, najbolj prikaže transkranijski ultrazvok v novorojenčkovem obdobju in MRI kasneje v otroški dobi. Razumevanje poškodbe možganov, njihove biokemije in funkcije se veča z uporabo novih magnetnoresonančnih tehnik, ki se trenutno uporabljajo zgolj v raziskovalne namene. To so MR spektroskopija, DWI (diffusion-weighted imaging), DTI (diffusion-tensor imaging) in FMRI (funkcionalno magnetnoresonančno slikanje). Nove slikovne diagnostične možnosti omogočajo boljše diagnostiko, klasifikacijo in zdravljenje nevrološko-razvojnih obolenj.

Namesto S. Harele je prišla njegova so-

delavka M. Kutai, ki je predstavila prve rezultate desetletne razvojne študije nevrološko-razvojnega in kognitivnega izida pri otrocih, ki so utrpeli zastoj rasti v maternici. Namen študije je ugotoviti zgodnje klinične pokazatelje kasnejšega razvoja otrok. Klinični parametri, ki so najbolj soodvisni z izidom, so bili cefalizacijski indeks (razmerje med obsegom glave in porodno težo), novorojenčkov seštevek tveganih točk in porodna teža. V študijo vključeni otroci so imeli nižji inteligenčni kvocient in slabši nevrološko-razvojni izid glede na kontrolno skupino.

Drugo predavanje je M. Kutai posvetila makrocefaliji pri otrocih z nevrološko-razvojnimi motnjami. V študijo so zajeli 4309 otrok z nevrološko-razvojnimi motnjami napotenih v center v Tel Avivu. En odstotek otrok je imelo makrocefalijo brez hidrocefalusa. Makrocefalija se je izkazala za faktor tveganja pri vročinskih krčih in epilepsiji, toda ne pri manjši umski razvitosti in cerebralni paralizi. Večja je bila frekvenca soobolevnosti.

M. Veličkovič je predstavil tridesetletne izkušnje pri sledenju otrok, tveganih za razvoj cerebralne paralize. Opredelil je cerebralne paralize so sledili podatki o prevalenci cerebralne paralize v Sloveniji in njenih posameznih oblikah. Poudaril je pomen spontanega gibanja v zgodnjem dojenčkovem obdobju, sistematičnega kliničnega nevrološkega statusa in zgodnjega terapevtskega pristopa. Zgodnja fizioterapija močno pripomore, da se klinična slika cerebralne paralize pokaže v bolj blagi in za otroka sprejemljivejši obliki. Dolgotrajno sledenje in celostni pristop prispevata k ugodnejšemu izidu otrok, tveganih za razvoj cerebralne paralize. Predavanje je zaključil z dejstvi, da zgodnja poškodba možganov ne pomeni cerebralne paralize, ki je več kot motorična motnja.

G. Cioni je pričel s predavanjem o zgodnjih pokazateljih kasnejše cerebralne paralize. Izsledki njegove skupine temeljijo na opažanjih spontanega gibanja pri nedonošenčkih, novorojenčkih in dojenčkih. Velik poudarek je dal prisotnosti krčevitega sinhroniziranega gibanja in gibanju s slabim repertoarjem v novorojenčkovem obdobju ter odsotnosti drencanja v dojenčkovem obdobju, ker vsi ti vzorci gibanja kažejo na kasnejši razvoj cerebralne paralize. Nato je predstavil izsledke zadnje študije o zgodnjih pokazateljih hemiplegije pri dojenčkih z možganskim infarktom v obročnem obdobju. Tudi tu se je izkazalo, da opazovanje

spontanega gibanja lahko predvidi razvoj hemiplegije v obdobju od rojstva do dvanajstega meseca, ko niso še očitni klinični znaki hemiplegije.

G. Cioni in njegova skupina se ukvarja z vlogo vida, zorenjem in razvojem vidne funkcije pri boleznih zgodnjega obdobja možganskega razvoja. Dokazali so, da so pri otrocih z okvarami možganov predrojstnega in obrojstnega izvora prisotne tudi okvare vidne funkcije, predvsem vidne ostrine, vidnih polj in motnje optokinetičnega nistagmusa. Pri cerebralni paralizi so okvare vidne funkcije posledica poškodbe centralnih vidnih poti, katarakta in retinopatije pa so redkejšje. Okvare vidne funkcije dodatno prispevajo k motenemu kognitivnemu, motoričnemu in emocionalnemu razvoju otroka.

S. Henderson je avtorica testa ABC gibanja, ki se uporablja za ugotavljanje manjše nevrološke disfunkcije oziroma razvojne motnje koordinacije pri otrocih od četrtega do šestnajstega leta starosti. Poudarek je na mehkih nevroloških znakih, ki jih z običajnim nevrološkim pregledom ne opazimo, le-ti pa lahko motijo vsakdanje in predvsem kasnejše akademsko življenje otroka, ki ima normalno inteligenco in nima drugih bolezni kot so cerebralna paraliza, mišične distrofije in podobno. Zato ne govorimo več o "nerodnem otroku", ampak o razvojnem sindromu motene koordinacije (DCD - developmental coordination disorder). Del časa smo posvetili terminologiji na tem področju, ki je neurejena in zavajajoča v nepravilno smer obravnavanja otroka. Še vedno ni čarobnega zdravljenja. Obstaja več metod, za katere ni dokazano, da je ena uspešnejša od druge.

Predavanja so izčrpno in obširno razširila obstoječe znanje o nevrološkem razvoju otrok s tveganjem z novimi dognanji in diagnostičnimi ter terapevtskimi pristopi. Naslednji seminar IPOKRATES bo v Sloveniji od 27. do 29. maja 2004 v Portorožu, in sicer o epilepsijah in epileptičnih sindromih v zgodnjem obdobju. Program je dosegljiv na spletni strani otroške nevrologije: <http://animus.mf.uni-lj.si/neurology/dogodki/dogodki.htm>, kjer lahko najdete kratek povzetek letošnjega seminarja v slikah. ■

Predstopnja žive, realne slike v veliko pomoč zdravnikom

Elvira Žibrat

Ultrazvočna preiskava je najpogostejše uporabljena in dokaj pogosto edina slikovna diagnostična metoda na številnih področjih medicine. Metoda je prijazna do pacienta, saj ne zahteva večjih obremenitev bodisi zaradi invazivnih metod bodisi zaradi prejetih doz sevanja pri drugih slikovnih diagnostikah, tudi cenejša je in večkrat jo je mogoče ponoviti. Zato ni naključje, da so se je prvi lotili porodničarji zaradi skrbnega nadzora nosečnosti in plodu. V mariborski bolnišnici se je v skrivnosti ultrazvoka prvi v Sloveniji in na področju jugovzhodne Evrope poglobil prim. Igor Japelj, dr. med., že leta 1969. Številni ugledni strokovnjaki s področja ultrazvočne diagnostike so njegovi učenci.

Organizatorji so simpozij zasnovali tako, da strokovnjaki s posameznih medicinskih področij poročajo o rezultatih uporabe tridimenzionalne ultrazvočne preiskave, ki si še le utira pot v rutinsko diagnostiko, v popoldanskem delu pa je zamišljena učna delavnica, ko bodo metodo predstavili tudi v praksi. Dr. Branko Breyer, univ. dipl. inž., iz Zagreba bo v uvodnem predavanju predstavil fizikalna načela delovanja tridimenzionalnega ultrazvoka, medtem ko bo doc. dr. Erih Tetičkovič, dr. med., govoril o vlogi te diagnostične metode na področju klinične nevrologije. Pri tem poudarja, da pomeni tridimenzionalna ultrasonografija pomembno nadgradnjo in odpira nove diagnostične možnosti v prepoznavanju možganskožilnih bolezni. Doc. Tetičkovič, ki se že nekaj časa ukvarja prav s področjem tridimenzionalne ultrazvočne diagnostike možganskega žilja, je o tem izdal tudi knjigo, ki je pomemben prispevek k prepoznavanju in razumevanju možganskožilnih bolezni. Mirjana Brvar, dr. med., bo poročala o prvih izkušnjah z novo diagnostično metodo pri pregledovanju trebušnih organov in ocenjuje metodo kot koristno dopolnilo klasični dvodimenzionalni ultrazvočni preiskavi. Radiologi ocenjujejo tridimenzionalni ultrazvok kot neprekosljivo metodo pri usmerjanju interventnih postopkov, vstavljanju

shuntov, postavljanju igel in sond, pri spremljanju tumorjev in krvavitev v trebušni votlini.

Prim. Igor Japelj, dr. med., bo v svojem prispevku primerjal prednosti tridimenzionalne proti dvodimenzionalni ultrazvočni preiskavi v porodništvu, prim. mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med., pa bo predstavila pomen teh preiskav pri spremljanju tveganih nosečnosti. Meni, da bo pogostejša raba navedene metode v prihodnosti pokazala vse prednosti, saj je mogoče že v zgodnji nosečnosti zaznati večino nepravilnosti pri plodu. Prim. Japelj pravi: "Če se bo 3D UZ preiskava tudi v prihodnosti razvijala tako hitro, kot se je sedaj, smemo kmalu pričakovati 3D preiskavo v resničnem času, ko bomo videli realistične plastične podobe ploda v gibanju." O uporabnosti tridimenzionalne ultrazvočne preiskave v neonatologiji bo predavala prim. dr. Silva Burja, dr. med.

Tudi ginekologi poudarjajo številne prednosti 3D UZ preiskave, čeprav avtor prispevka, doc. dr. Iztok Takač, dr. med., meni, da so po desetletju uporabe te metode mnenja o njeni klinični uporabnosti še vedno deljena. Poudarja pa prednosti pred dvodimenzionalnim, to je možnost rekonstrukcije posameznih ravnin ter meritve prostornin organov medenice ne glede na njihovo obliko. Pomembna je tudi kasnejša analiza pridobljenih slikovnih podatkov v dejanskem času brez prisotnosti preiskovanke.

3D UZ se čedalje bolj uveljavlja tudi na področju diagnostike bolezni glave in vratu. Mag. Janez Rebol, dr. med., ki v svojem prispevku poroča o rezultatih preiskav pri oceni metastaz na vratu in hkrati ugotavlja, da vsa področja na vratu in glavi niso dostopna z ultrazvokom. O prvih izkušnjah o takšnih preiskavah pri različnih očesnih boleznih bo na simpoziju poročala doc. dr. Dušica Pahor, dr. med., ugotavlja pa, da pomeni tridimenzionalna ultrazvočna preiskava na področju oftalmologije novo klinično preiskavo, ki odpira številne diagnostične

možnosti. Njene prednosti so v določanju mesta, velikosti in prostornine različnih sprememb, na primer tumorjev, pa tudi pri določanju obsega poškodb očesa. Andreja Dvoršak Erker, dr. med., predstavlja metode in pomen določanja velikosti in oblike ledvic pri otrocih, saj je lahko odstopanje eden od kazalcev prizadetosti ledvic. Prav na tem področju pridobiva tridimenzionalna ultrazvočna preiskava velike prednosti pri prikazovanju ledvic pred drugimi diagnostičnimi metodami. Asist. Vojko Flis, dr. med., pa bo poročal o rezultatih raziskave, v katero so bili vključeni pacienti s stenozo (zožitvijo) notranje karotidne arterije, in ugotavlja, da prostorski pregled celotne aterosklerotične lehe s 3D UZ omogoča objektivno analizo in je veliko bolj natančna kot dosedanje preiskave.

"Seveda bi bilo težko trditi, da je relativno mlada metoda edina zveličavna, a vsaka metoda, ki pomeni manjše obremenitve za bolnika, ki je cenejša in ponovljiva, metoda, ki omogoča naknadne analize, ne da bi zaradi tega morali klicati pacienta ponovno na pregled in omogoča dobro ogledovanje in določanje prostornine, ima v medicini določeno prednost. Neprecenljiva vrednost novih metod se kaže tudi pri interventnih posegih, saj tridimenzionalni ultrazvočni nadzor omogoča veliko bolj nadzorovan in zanesljiv poseg," poudarja prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.

"Na simpoziju bodo prvič nanizane vse dosedanje izkušnje pri uporabi tridimenzionalne ultrazvočne preiskave na različnih področjih medicine pri nas. Prav v mariborski bolnišnici se lahko pohvalimo s številnimi in dobrimi izkušnjami," je povedal direktor mariborske bolnišnice, prim. Gregor Pivec, dr. med., in poudaril prizadevanja bolnišnice, da na področju aparature opremljenosti sledi sodobnim trendom. Dodal je še: "Tudi izdani suplement Zdravniškega zbornika bo pomembno doprinesel k osvetljevanju razlogov za uporabo 3D UZ preiskave, saj je bilo tovrstnih objav doslej le malo." ■

Drugo rtiško srečanje

Breda Prunk Franetič

Leto je naokrog in v Mladinskem zdravilišču in letovišču Debeli rtič smo izpolnili obljubo. 31. maja 2003, natančno eno leto in šest dni po prvem, smo povabili pediatre in zdravnike šolske medicine na drugo srečanje na Debelem rtiču. Odvijalo se je v nadvse prijetnem vzdušju in je bilo številčnejše kot prvo. Najverjetneje je poslušalce pritegnil zanimiv strokovni del, ki so ga pripravili specialisti: ortopeda, travmatolog in fiziater. Letošnjo strokovno temo smo namreč posvetili poškodbam pri otrocih. Od 15. julija 2002 ima Zdravilišče odobren tudi standarden tip tri, poleg sedem in devet. Tako sprejemamo na zdraviliško zdravljenje poleg otrok z dihalnimi in kožnimi obolenji, tudi otroke po poškodbah in operacijah na lokomotornem aparatu s funkcijsko prizadetostjo.

Srečanje je odprl generalni sekretar Rdečega križa Slovenije, gospod Srečko Zajc in izrazil zadovoljstvo, da se je srečanja udeležilo tako veliko število zdravnikov iz cele Slovenije. Vzpodbudil nas je, da srečanja na Debelem rtiču postanejo tradicija in zaželel strokovno uspešno soboto.

Strokovni del je izvrstno vodila prim. dr. Hermina Damjan, specialistka fizioterapije z Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo. Najpomembnejše poškodbe pri otrocih in njihovo oskrbo je s pomočjo bogatega slikovnega materiala predstavil dr. Simon Herman s kirurškega oddelka UKC. Sledili sta dve predavanji z ortopedsko tematiko, ki sta jih pripravila ortopeda iz bolnišnice Valdoltra. O displazijah kolkov in Perthesu je govoril dr. Cirman, dr. Hero pa o spremljanju skolioz pri otrocih in indikacijah za operativni poseg. O nujnosti zgodnje rehabilitacije otrok po poškodbah in operacijah na lokomotornem aparatu je spregovorila moderatorka sama, prim. dr. Hermina Damjan. Zaradi drugačnega načina dela in pristopa do otrok je nujno, da imajo fizioterapevti, ki izvajajo program rehabilitacije pri otroku dodatna znanja s področja psihologije otrok. Otroka s poškodbo ali operacijo na mišično skeletnem sistemu je potrebno v rehabilitaciji obravnavati kot celoto in osebnost. V rehabilitacijski program moramo



Navara: Hota, v izvedbi Baletnega društva Divača

nujno vključiti družino, ki prejme natančna in ne preobsežna navodila za nadaljevanje dela doma. Zagotoviti moramo spremljanje otroka do maksimalnega izboljšanja stanja, kot tudi pomoč pri ponovnem, čimprejšnjem vključevanju v domačo šolo in okolje družine in vrstnikov. Skrbeti moramo, da imamo dovolj usposobljenega kadra, da zagotovimo ustrezno rehabilitacijo otroku po poškodbi takoj, ko jo potrebuje. Mladinsko zdravilišče Debeli rtič sprejme otroke na rehabilitacijo lahko v spremstvu staršev ali same, kar je za večino velika prednost. Starš, ki spremlja otroka na zdraviliškem zdravljenju, je samoplačnik in mora koristiti dopust. Mladinsko zdravilišče zagotavlja 24-urno varstvo otrok preko vzgojiteljev in medicinskih sester. Zato, je dr. E. Njari iz ZZZS v prispevku poudarila, da napotimo otroke do osemnajstega leta starosti v otroško zdravilišče, kjer jih poleg fiziatra obravnava pediater ali šolski zdravnik. Seznanila nas je z indikacijami otrok za napotitev na zdraviliško zdravljenje, spremembami v postopku pošiljanja, z vsebino sklepa, ki je nado-

mestil napotnico, trajanjem veljavnosti sklepa in trajanjem zdraviliškega zdravljenja. Glede na težo kronične bolezni ali poškodbe je odobreno dvo ali tri tedensko zdravljenje. Za zaključek strokovnega dela nam je produktivna vodja medicinsko-farmaceutskega centra Krka, ga. A. V. Bangijev, mag. farm., predstavila Krkino paleto analgetikov primernih za otroke. Poskrbeli so za izredno pestro ponudbo analgetikov, v oblikah primernih tudi za najmlajše in smo jim pediatri in šolski zdravniki zelo hvaležni.

Bogatemu dopoldanskemu strokovnemu delu je sledilo prijetno popoldansko druženje s kosilom in ogledom zdravilišča. Za prijetno vzdušje so poskrbele baletke iz Društva ljubiteljev baletne umetnosti iz Divače, ki so nas navdušile s poskočnim španskim plesom.

Ob zaključku strokovnega srečanja smo sklenili in se bomo potrudili, da srečanja na Debelem rtiču postanejo tradicija.

Srečanje je omogočila Krka, d. d. ■

Letošnji svetovni teden dojenja

Zlata Felc

Svetovni teden dojenja je del dejavnosti Svetovne zveze za dojenje (World Alliance for Breastfeeding Action - WABA), da bi usmerila pozornost družbe v spodbujanje dojenja.

Večina držav slavi Svetovni teden dojenja od prvega do sedmega avgusta, nekatere države pa oktobra. Med slednjimi je tudi Slovenija, kjer slavimo letošnji Svetovni teden dojenja od prvega do sedmega oktobra. V tem času smo se na ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Celje, ki se vrsto let ponaša z nazivom Novorojencem prijazna porodnišnica, še prav posebej potrudili, da smo javnost seznanili z razlogi za spodbujanje dojenja, ki so široki. Zaradi zdravstvenih, hranljivih, imunoloških, razvojnih, psiholoških, socioloških, ekonomskih in okoljevarstvenih prednosti pred zalivanjem z umetno hrano je namreč dojenje neponovljiv proces, ki:

- zagotavlja otrokom idealno prehrano, njihov zdrav razvoj in rast;
- zmanjša ogroženost otrok zaradi nalezljivih bolezni, zato zniža njihovo obolevnost in umrljivost;
- izboljša zdravje žena zaradi zmanjšane ogroženosti za raka na dojkah in jajčnikov ter večjih premorov med nosečnostmi;
- izboljša socialni in ekonomski položaj družine in naroda;
- krepi samozavest večine žensk zaradi uspešnega dojenja.

Prednosti dojenja se povečajo, če je otrok v prvih šestih mesecih življenja izključno dojen (uživa le materino mleko), kasneje pa dojen ob ustrezni dopolnilni prehrani čim dlje. Vendar je za učinkovito spodbujanje izključnega dojenja in vzdrževanje kulture dojenja poleg naporov zdravstvenih delavcev v zdravstvenih ustanovah potrebna tudi podpora širše družbe, ki pa mora biti o dojenju primerno ozaveščena.

Pri tem igra pomembno vlogo Svetovni teden dojenja. Kljub različno poimenovanim naslovnim temam Svetovnega tedna dojenja, je razvidna rdeča nit, in sicer poudariti pomembnost pozitivnih učinkov dojenja na otroke in doječe matere. To je raz-

vidno iz naslovov tem prejšnjih Svetovnih tednov dojenja:

- 2002: Dojenje: zdrave matere in zdravi otroci
- 2001: Dojenje v dobi informatike
- 2000: Dojenje je tvoja pravica
- 1999: Dojenje: izobrazba za življenje
- 1998: Dojenje: najboljša naložba
- 1997: Dojenje: naraven način

Tema letošnjega Svetovnega tedna dojenja je bila Dojenje v globaliziranem svetu - za mir in pravico. Temelji na pozitivnih učinkih dojenja na matere in otroke, ki ostajajo političnim spremembam, spremenljivim klimatskim razmeram in neustreznim dejavnikom okolja navkljub! Zaradi sodobnih možnosti skorajda neomejene komunikacije in procesov svetovne globalizacije se tudi nas v Sloveniji boleče dotaknejo trpljenja ljudi, še zlasti neobogljjenih otrok. Otroci nedvomno doživljajo krutosti vojne v večji meri kot odrasli. Prav dojenje je tisto, ki v vojnih razmerah ohrani življenja otrok, ki bi sicer umrli zaradi lakote in okužb.

Carol Bellamy, izvršna direktorica UNICEF-a, je v poslanici ob letošnjem Svetovnem tednu dojenja zapisala tudi: "Dojenje lahko poistovetimo z mirom in pravičnostjo. Je naravna, univerzalna in mirna pot prehranjevanja in vzgoje otrok. V svetu, ki ga pretresajo nepravica, nasilje in vojne, je dojenje kot otok miru oziroma sožitja med materjo in njenim dojenčkom, z drugimi ljudmi in okoljem..."

V okviru celjskega ginekološko-porodniškega oddelka smo skušali zaznamovati letošnji Svetovni teden dojenja z različnimi dejavnostmi. Naše vodilo je bilo: deluj lokalno, misli globalno.

Prizadevne medicinske sestre ginekološko-porodniškega oddelka SB Celje so 1. oktobra 2003 v sodelovanju s Projektno pisarno Celje, zdravo mesto, postavile stojnico v središču mesta. Mimoidoče so seznanjale s prednostmi dojenja za mater, otroka, družbo. Delile so jim letake z naslovom Dojim - za svoje in otrokovo zdravje skrbim. Pri njih so se ustavljale mlade mamice, velikokrat z dojenčki, očki, babice, dijaki in ostali mimoidoči.

Dne 2. 10. 2003 je oddelčna zdravnica sodelovala na tiskovni konferenci z naslovom Svetovni teden dojenja: Pogled, usmerjen v dojenje po odhodu iz porodnišnice. Zelo uspešno konferenco so v prostorih celjskega otroškega dispanzerja organizirali Unicef Slovenija: Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja, Inštitut za varovanje zdravja, Zavod za zdravstveno varstvo Celje in Otroški dispanzer Celje. Še enkrat so bili strokovno in človeško toplino poudarjeni razlogi za spodbujanje dojenja.

Vsekakor je bil nepozaben obisk dijakov tretjih letnikov celjske 1. gimnazije na ginekološko-porodniškem oddelku SB Celje dne 7. 10. 2003. Dogodek je potekal kot Dan odprtih vrat na našem oddelku. S skupnimi močmi smo zdravniki, medicinske sestre, pa tudi mlade mamice skušali potešiti mladostno željo po spoznavanju resnic o dojenju in namenoma tudi o nekaterih škodljivih razvadah mater, ki lahko na primer z jemanjem mamil resno ogrozijo otroka. Morda bo tudi takšno druženje z dijaki obrodilo sadove v negovanju materinstva brez mamil.

Vsekakor predstavljajo raznolike dejavnosti v okviru Svetovnega tedna dojenja zdravstvenim delavcem ginekološko-porodniškega oddelka SB Celje možnost, da lahko z njimi dopolnujemo naša prizadevanja, da bi bilo čim več otrok čim dalj dojenih. ■



Svetovni kongres zobozdravnikov

Evgenij Komljanec

VSydneyju je od 13. do 18. septembra potekal enaindevetdeseti svetovni kongres zobozdravnikov.

Poleg uradnih in neuradnih sestankov sta bili na sporedu dve skupščini. Generalna skupščina A je potekala v nedeljo, 14. septembra 2003, in generalna skupščina B v četrtek, 18. septembra 2003.

Tokratnega kongresa se je udeležilo 206 uradnih delegatov iz 62 držav. Slovensko delegacijo so zastopali Janez Vrbošek, Oto Herman, Aleksander Velkov in Evgenij Komljanec.

14. septembra 2003 smo se udeležili prve skupščine, kjer smo začeli z delom, po predlaganem dnevnem redu, ki je vseboval osem glavnih točk in 30 podtočk.

Pozdravnemu govoru predsedujočega je sledilo ugotavljanje sklepčnosti in sprejetje dnevnega reda. Po opravljenih formalnostih smo začeli z vsebinskim delom samega kongresa. Sprejeli smo zapisnik iz Generalne skupščine 2002, ki je potekala lansko leto na Dunaju.

S tem je bila zaključena uvodna točka kongresa.

Že pri naslednji, drugi točki, ki obravnava nove prošnje za sprejem v FDI (world dental federation), se je zapletlo. Prošnja Kosovskega zobozdravniškega društva za pridruženost članstvo je bila zavržena.

Pod tretjo točko je sledilo letno poročilo. Uvodno poročilo je podal predsednik FDI Dato Dr. A. Ratnanesan. Podrobnejše vsebinsko poročilo pa je predstavil izvršilni direktor FDI. Izvoljeni predsednik in izvršilni odbor so si leta 2001 na Svetovnem zobozdravstvenem kongresu zadali sledeče glavne cilje dela FDI.

1. "Biti prepoznaven, profesionalen, neodvisen, svetovni glas zobozdravstva".
2. Promovirati optimalno oralno in splošno zdravje za vse ljudi na svetu.
3. Zastopati in promovirati interese vseh članic FDI.
4. Zastopati in promovirati znanost, prakso in "umetnost" v zobozdravstvu.

Ko je izvršilni direktor zaključil predstavitve, se je odprla splošna razprava.

Večina delegatov se je strinjala, da je bil zadnji mandat zelo uspešen za delo FDI in



Slika 1: Slovenski predstavniki: Aleksander Velkov, Janez Vrbošek, Oto Herman in Evgenij Komljanec (z leve)

se je veliko naredilo, predvsem na področju promocije oralnega zdravja na svetovni ravni, zlasti v državah tretjega sveta. Skupna je bila tudi ugotovitev, da se je FDI bolj približal regionalnim in nacionalnim organizacijam.

Določene kritike so bile le pri obravnavanju zaključnega računa, kjer se je večja dejavnost izvršilnega odbora, zrcalila tako, da so stroški izvršilnega odbora narasli za 59 odstotkov.

Letno poročilo je bilo z veliko večino, 97 odstotkov glasov ZA, sprejeto.

Na generalni skupščini A smo nato obravnavali devet strokovnih poročil z naslovi:

- Osnovna praktična usposobljenost zobozdravnika po končanem šolanju na dodiplomskem študiju stomatologije; Ko smo primerjali vsebino poročila z našim slovenskim dodiplomskim študijem,

lahko ugotovimo, da bi bilo v prihodnosti potrebno razmišljati o večjem poudarku, praktičnega dela študija in uvedbo v dodiplomski študij "enostavnejše", oralne in parodontalne kirurške posege. Paciente bi morali obravnavati bolj integralno, preko vseh kliničnih faz od diagnostike, do končne rehabilitacije.

- Vpliv živčevja na splošno zdravje; Živčevje ima pozitiven vpliv ne samo na prebavo, ampak tudi na psihično in mentalno počutje in zdravje.
- Globalni cilji za doseg oralnega zdravja;
- Fluoridi v restavrativnih materialih;
- Preprečevanje infekcij v zobozdravstvu; Vsakega pacienta je potrebno obravnavati kot da je potencialni klicenosec in pri vsakemu uporabiti vse preventivne ukrepe za zaščito pred okužbo.
- Oralno zdravje invalidnih ljudi;

Oskrba invalidnih oziroma kakor koli drugačnih ljudi mora biti najmanj toliko dobra kot oskrba pri povsem zdravih ljudeh.

- Lokalna in sistemska aplikacija antibiotika pri zdravljenju parodontalnih bolezni;
 - Omejevanje uporabo antibiotikov, če ni nujno potrebna.
 - Vpliv lokalnih in sistemskih fluoridov na otroke z ledvičnimi boleznimi;
 - Priporoča se enako uporabo fluoridov, kot pri povsem zdravih otrocih.
 - Tuberkuloza in zobozdravstvena oskrba.
- Vsa strokovna področja so bila sprejeta. Na koncu dneva je prišla na vrsto pred-

stavitev kandidatov za funkcije v FDI.

Letos se je volilo predsednika, ki bo nastopil mandat čez dve leti. Kandidata sta bila dva, dr. Michele Aerden iz Belgije in dr. Bill Allen iz Anglije.

Volila sta se tudi dva kandidata za izvršilni odbor, predsednik in član znanstvenega odbora.

Tako se je tudi zaključila generalna skupščina A.

Generalna skupščina B je potekala v četrtek, 18. septembra. Ugotovili smo sklepčnost, potrdili dnevni red in prešli na točko, sprejemanje finančnega načrta 2004, ki je bil sprejet z manjšimi korekcijami.

Po dvodnevem burnem razpravljanju

smo prišli do volilne točke. Najprej smo volili novega predsednika, ki bo nastopil funkcijo leta 2005. Nesporni favorit je bil dr. Bill Allen, toda na veliko presenečenje je drugič v 103-letni zgodovini FDI zmagala ženska. To je dr. Michele Aerden iz Belgije, ki je prejela 52 odstotkov vseh glasov, njen protikandidat pa 48 odstotkov.

V izvršilni odbor je bil izvoljen, dr. Richard F. Mascola (USA) in dr. Roberto Braga de Carvalho Vianna (Mexico). V znanstveni odbor pa prof. dr. Reiner Biffar iz Nemčije.

Zaključek je sledil, ko so zastavo FDI prevzeli predstavniki iz Indije, saj bo leta 2004 kongres v New Delhiju. ■

Uporabnost laserjev v stomatologiji

Željko B. Jakelič

Evropsko združenje European Society for Oral Laser Applications (ESOLA) in Medicinska fakulteta, Odsek za stomatologijo sta pod sponzorstvom Fotone organizirala strokovno delavnico v prostorih Stomatološke klinike v Ljubljani.

Po nekajletnem obdobju, ki je bilo namenjeno raziskovalnemu delu, je končno prišlo do varne uporabe laserja v zdravljenju številnih sprememb (obdelava trdih zobnih tkiv in kariesa, endodontija, parodontologija, kirurgija mehkih tkiv v ustni votlini, v estetskem zobozdravstvu, obdelavi kosti) in je že dalj časa priznan standard v stomatologiji. pred začetkom uporabe laserjev (Er-YAG, Nd-YAG) se vsekakor priporoča obisk nekajdnevnega šolanja.

Priopevek, ki je bil objavljen v Izidi 5/2003, se lahko nadaljuje s predstavitvijo strokovne delavnice (workshop), ki jo je organizirala ESOLA na Stomatološki kliniki v Ljubljani.

Kljub izredno vročemu dopoldnevu se je delavnice udeležilo lepo število strokovnjakov. Njihov osnovni cilj je bil poskusiti in ugotoviti praktične možnosti laserskega zdravljenja v stomatologiji.

V nagovoru je prof. Skalerič kot strokovno izhodišče poudaril, da je dolžnost slehernega zdravnika izpopolnjevanje in stalno

izobraževanje. Samo na ta način lahko uporablja tiste diagnostične in terapevtske metode, ki so znanstveno preverjene, strokovno utemeljene in so ob dani ceni učinkovitejša ter manj nevarna.

Z nagovorom je želel udeležence srečanja opozoriti na možnosti ter kakovosti zdravljenja z uporabo sodobne medicinske tehnologije (laserjev). Ali je uporabnost nove tehnologije vedno upravičena?

Glede prizadevanja za vključitev sodobne tehnologije v zdravljenje, je nujnost. Vsekakor se je treba pri uporabi sodobne tehnike držati načela "cuius grana salis". Možnosti, ki jih nudi uporaba sodobne medicinske



Predavatelj dr. Romain Blum (Foto: Željko B. Jakelič)

tehnologije v medicini, so neprecenljive. Relativno visoka cena aparatov je glavni vzrok, da se sodobna tehnologija ne uporablja pri širših indikacijah.

Ne glede na vsa dejstva je konkurenca med zdravniki neizprosna. Pri kakovostnem zdravljenju ne zadošča samo dobro teore-

tično znanje zdravnika, temveč tudi uporaba sodobne medicinske tehnologije.

Sledilo je predavanje dr. Romaina Bluma, ki je v uvodu predstavil indikacije za uporabo laserjev v stomatologiji. Prispevek je nadaljeval s pomenom ergonometrije v ordinaciji ter z uporabnostjo laserjev pri delu. V raziskavi, ki jo je naredil v lastni ambulanti, je ugotovil, da 69 odstotkov njegovih pacientov meni, da je uporaba laserja zaradi večje udobnosti, manjšega hrupa, odsotnosti bolečin in strahu bolj ugodna kot uporaba klasičnih vrtalk, kar je vsekakor izhodišče za nadaljnjo uporabo. Prispevek je končal z mislijo, da zdravnikovo delo in uspehi niso vezani samo na praktično delo, temveč na vedno večjo povezanost med menedžmentom in zdravilstvom.

Glede na veliko število udeležencev se je organizator delavnice odločil udeležence srečanja razdeliti na dve skupini. Na ta način je omogočil slehernemu udeležencu večjo avtonomnost v spremljanju praktičnega dela z laserjem.



Delo z laserjem (Foto: Željko B. Jakelič)

Ena skupina je opazovala delo na naročenih bolnikih, druga skupina pa je praktično (v živo) preizkusila možnosti uporabnosti in način dela laserja.

Delo z naročenimi bolniki je potekalo izjemno kakovostno in konstruktivno. Vsakemu posegu, ki je bil opravljen, je sledil komentar in odgovor na konkretno vprašanje.

Delo v drugi skupini, ki je praktično delala z laserji, je bilo tudi izjemno zanimivo. Opazovali smo delo z laserji, ki so jih spremljali in z nasveti vodili fotonini strokovnjaki.

Spletna misel

Strokovna delavnica (workshop) je izpolnila pričakovanja udeležencev. S sodobnimi razlagami ter prikazom številnih praktičnih primerov je omogočena kritična presoja udeležencev o upravičenosti uporabe sodobne medicinske tehnologije v procesu zdravljenja.

S sodobnimi načeli in smernicami bo delo z laserji v ambulanti izziv, ki ga bo treba čim prej tudi uporabiti. ■

Viri:

Anić I. Primjena lasera u stomatologiji. In: *Laser u kirurgiji glave i vrata. Tehnična knjiga*, Zagreb: 1990; 165-78.

<http://www.fotona.si>

Jakelič Ž. Laserji v stomatologiji.

Isis, 2003.114.

Jakelič Ž. Laser v ordinaciji, Isis, julij 2000; 3.

Medicina v dolini Temze

Mario Kocijančič

Jubilejni dvajseti kongres Britanskega društva za zgodovino medicine (4. do 7. september 2003) je bil v Readingu, tretjem med najbolj znanimi univerzitetnimi središči v dolini "Royal's river Thames". Kot je v navadi, je bila osrednja kongresna tema iz področja, na katerem poteka kongres, tokrat zgodovina medicine v dolini Temze. Predstavljenih je bilo trideset prispevkov, od tega ena tretjina iz področja osrednje kongresne teme. Predavanja so bila v avditoriju Fakultete za humanitarne in socialne vede v velikem, parkovno urejenem univerzitetnem centru Whiteknights Campus. V istem okolju je paviljonsko urejen Whiteknights Hall s stanovanji in restavracijo za študente in profesorje. V njem smo bivali udeleženci kongresa. Spremljajoče prireditve kongresa so bile skrbno izbrane. Ogledali smo si eminentne Royal Berkshire Hospital (ustanovljene leta 1838), obiskali staro bolnišnično medicinski knjižnici in v stari bolnišnični ka-

peli (1882), obisk v lepo urejenem Zdravstvenem muzeju, ki se, kot pri nas, stiska v premajhnem in neprimernem prostoru, ogled velikih stenskih slik z otroškimi motivi iz keramičnih ploščic v bolniški sobi, imenovani po darovalcu kralju Edwardu, obisk znamenite graščine iz 16. stoletja Mapledurham in posestva ter večerja v Caversham Heath Golf Club-u.

V prispevkih osrednje kongresne teme smo poslušali prispevke o osebah in dogodkih iz doline Temze, največkrat iz 17. stoletja. Prispevek B. Bakerja (Sydney) John Radcliffe and Strother's Pharmacopoeia Radcliffeana je takoj ogrel avditorij ter nakazal vrline in zanke v tej temi. John Radcliffe (1652-1714) je bil profesionalno in finančno eden izmed zelo uspešnih londonskih zdravnikov v času kralja Jamesa II in kraljice Anne. Bil je dvorni zdravnik, katerega privrženost kraljestvu je bila legendarna in je preživel državljansko vojno zahvaljujoč svojemu us-

pešnemu diagnostičnemu strokovnemu znanju in upravljanju klinike.

Njegov medicinski uspeh in sloves nista bila podprta z nobeno lastno publikacijo, morda zato, ker je bil v zgodnjih dneh svoje medicinske prakse v Oxfordu pre zaposlen. Spremljal ga je sloves akademika, ki prezira "visoko učene knjige". Sam ni želel in se ni trudil za spremembo tega vtisa. Njegov sloves danes prikazuje kot odvisnost od njegovih obsežnih daril, med drugim, Univerzi v Oxfordu in mestu Oxford, Bolnišnici svetega Bartolomeja ter Royal College of Physicians v Londonu. Obsežno in uspešno medicinsko prakso in svoj Gold Headed Cane je volil Richardu Meadu. Na koncu je prišel še simbolični akt nasledstva za londonskega vodilnega zdravnika. Razen teh očitnih učinkov njegovega premoženja in vpliva ni zapustil nič, kar bi opogumilo druge, da bi sledili njegovim potem. Kmalu po njegovi smrti, leta 1716, je izšla knjiga z naslo-

vom Pharmacopoeia Radcliffeana-Dr. Radcliffe's Practical Dispensatory z velikim uspehom njenega avtorja Edwarda Stroterja (1675-1737). Omenjena farmakopeja, kar je bilo potrjeno, je napisana na osnovi Redcliffovih predpisanih zdravil svojim bolnikom, med katerimi so bili mnogi eminentne osebe tistega časa.

Pozno sedemnajsto stoletje je bilo privlačen čas za Radcliffa. Odraščal je v zadnjih dnevih Commenwealtha. Univerzo je obiskoval skozi čas obnove (Restoration), zgodnjih dni Gresham College in Kraljevega društva (Royal Society) z vsemi pobudami in možnostmi znanstvenih in fizioloških raziskav; kliničnega študija v učenem okolju Willisa in Sydenhama ter medicinske prakse skozi obdobje sprememb na staro (changes back). Odraščal je tudi v dobi kavar, v atmosferi piscev dnevnikov v Londonu, v dobi kuge, velikega požara (Great Fire) in v času ponovne zidave mesta. Radcliff je bil napreden zdravnik svojega časa. Bil je skeptičen do instanc, do koristi prakse zdravilstva in je bil v svoji dobi zagovornik radikalne terapije mrzlic. Ni kazal posebne spodbude za svoje učence, za uveljavljanje medicinske tradicije in ni objavil svoje terapevtske ali medicinske ideje. To sta uspešno storila praktični Strother in profilirani pisec Mead. Tako je bil Radcliffov vpliv na prakso poznejših generacij zdravnikov večji kot je bilo to prvotno predstavljeno.

J. T. H. Hughes (Oxford) je predstavil prej omenjenega Thomasa Willisa (1621-1675) kot prvega nevropatologa. Thomas Willis je preživel večji del svojega življenja v Oxfordu. Državljanska vojna je prekinila njegove študije in ga odvrnila od teologije k medicini. Promoviran je bil za BM leta 1646. Kot rojalist je pretrpel protektorat in v restavraciji bil poplačan od Charlesa II s katedro za naravoslovno filozofijo v Oxfordu, kjer je učil klinično medicino in sorodne predmete. Iz njegovih predavanj so nastali trije učbeniki s področja nevroznosti: Cerebri



Med odmorom od leve proti desni: dr. Denis Gibbs, predsednik BSHM, prim. mag. Mario Kocijančič, prof. dr. Vivian Nutton, predstojnik Centra za zgodovino medicine The Wellcome Trust, London

Anatome, Pathologiae Cerebri in De Anime Brutorum. Opisal je mnogo snovi s področja nevroanatomije, vključno očesni in aksosorni živec, pedunculus cerebri in možganske piramide. Willis je razločeval med simpatikusom in vagusom, opazujoč kako oba inervirata srce. V teh knjigah so izmenoma nanizane ugotovitve iz klinične kazuistike in obdukcij z mnogo opisov bolezni in sindromov, velikokrat originalnih. Kot prvi je poročal o diabetičnem nevrizmu, akathisia (restless legs), miasteniji gravis in achalasia kardije. Willis je umrl v Londonu in bil pokopan v Westminsterški opatiji. Čeprav samouk, je bil pionir v nevrologiji in začetnik raziskav v mnogih nevro vedah.

V prispevku Zgodovinska analiza psihiatrične nege v Blaznici (Lunatic Asylum) Moultsford ob koncu 19. stoletja je A. Ceccherini-Nelli (Wokingham) primerjal zasedenost, rezultate in cene zdravljenja javne državne psihiatrične nege v pozni viktorijanski dobi ter v današnjem času. Za osnovo so mu služila letna poročila Blaznice Moultsford za leto 1871 in nove Psihiatrične bolnice Reading za leto 2001. Stroški obratovanja so, preračunani na današnje cene, bili leta 1881 2,51 funtov na prebivalca oziroma 2,04 bruto nacionalnega dohodka. V letu 2001 so znašali 88,95 funtov na prebivalca oziroma 1,39 bruto nacionalnega dohodka. Glede na to, da pred sto dvajsetimi leti v stroških obratovanja niso bili upoštevani ostali duševno prizadeti reveži ("lunatic paupers"), ki so bili deležni psihiatrične nege drugod, si avtor dovoljuje hipotezo, da je cena oskrbe v javni psihiatrični negi v viktorijanski dobi bila podobna današnji.

Prispevek C. D. Williams Dolina odložene animacije, Nekaj lokalnih epizod v zgodovini reševanja, obravnava reševanje in poizkuse oživljanja v dolini reke Temze med 1740. in 1820. letom. V tem času je objavljeno in proizvedeno obilo metod, materialov za vzpostavitev in dihanje ter krvni obtok pri poškodbah, ki so bile posledica obešanja, utopitve

ali drugih oblik zadušitev. Te ideje so se naglo širile v okolju, posebej na področju Londona. Aktualna snov se je znašla celo v člankih najbolj renomirane angleške revije The Philosophical Transaction ter v raznih vzgojnih, humanitarnih in dobrodelnih revijah, celo v glasilih Freemason in The Gentleman's Magazine. Snov o reševanju in oživljanju je prišla tudi v poezijo, dramo lepopisje. Zagovorniki širjenja poučevanja oživljanja so s stalno boljšimi metodami namestili, predvsem zgornjim solanim slojem, zagotoviti dobro službo in zaslužek. Toda zelo hitro je postalo jasno, da se znanje o reševanju in oživljanju veliko hitreje širi med srednjim in nižjim razredom prebivalcev.

Sledi, da institucionalizacija reševanja, kot metode favorizirane za premožne, v praksi pomaga in podpira hitreje in boljše reševanje nešolanih revežev. Kot v večini drugih zdravstvenih in socialno zdravstvenih delih ter opraviilih je tudi reševanje in oživljanje čas hitro socializiral, kot vsem enako potreben in dostopen nujen ukrep.

M. Barr (Berkshire Medical Heritage Centre) je govoril in ilustriral Vzpon in padec Oxford Road Union (1867-2003). Zgodovina Oxford Road Union v Readingu je tipična za mnoge angleške ubožnice, ustanovljene v času veljave zakona o revežih (sprejet 1601). Ubožnica je bila grajena namensko za sprejem in predpisano nego revnih in umirajočih z ločeno ustrezno veliko bolnišnico. Velikost in ustreznost je bila tako popolna, da je stavbo prevzela in uporabljala v času prve svetovne vojne britanska kraljevska armada. Po koncu prve svetovne vojne je lokalna oblast vlagala v stavbo in opremo, da je bolnišnica zadostovala višjim standardom in pridobila nove oddelke, kateri služijo še danes.

C. Alvin (Bradford) nam je predstavila prispevek Sequah: podjetno ameriško-indijansko ljudstvo, ki se je ukvarjalo z vračanjem. V poznem devetnajstem stoletju je njihov najbolj znani izdelek Sequah's Indian Oil predstavljal višek mazaške medicine v Britaniji. Ocenjujejo, da je na samem vrhu priljubljenosti letno prodano 1,5 milijonov steklenic tega čudežnega "zdravila" proti revmatizmu. Pojav zdravila je bil opisan v

teatraličnih detajlih v lokalnih časopisih in je privlekel množice ljudi, od industrijskih mest angleškega severa do suburbanih in kmečkih predelov v oklici Londona. V Kingstonu nad Temzo (Kingston-upon-Thames) je bil spektakularno reklamiran in sprejet tudi v ravnanju z obolelimi ovcami. Ugotovljeno je, da so v sestavi zdravila redke severnoameriške rastline, o katerih so dolgo prej krožile eksotične zgodbe in dogodivščine. Zgodba o Sequahu je zgodba enega izmed spretno reklamiranih in prodajanih sredstev v tem času. Kot posebnost naj navedem omembo avtorice, da zgodba o Sequahu odkriva nepričakovano zvezo med "črnimi santonističnimi industrijskimi mesti" angleškega severa in kot primerjalno, zeleno in prijazno dolino Temze na jugu. Toda, to je že druga, čeprav tipično angleška zgodba.

V prispevku Valvazor in angleška zdravnik W. Pope in E. Browne v Sloveniji sem opisal Valvazorjev odmev na, delno celo dramatičen, opis kroničnega merkuralizma idrijskih rudarjev. V šestdesetih letih 17. stoletja sta obiskala slovenske dežele in Idrijo dva znamenita angleška zdravnik, znans-tvenika, potopisca in člana Kraljevskega društva (RS) iz Londona W. Pope in E. Browne. Njihova opisa sta dostopna v dnevnikih oziroma rokopisih (British Library), reviji Kraljevega društva Philosophical Transaction, v latinski izdaji Kraljevega društva "Acta philosophica Societatis Regiae in Anglia ter v knjižnih izdajah, ki so bile uspešnice skoraj tri stoletja. Janez Vajkard

Valvazor je v svojem enciklopedičnem delu Slava Vojvodine Kranjske (Ljubljana, 1689), kot je znano, popisal Idrijo, idrijski rudnik in merkuralizem idrijskih rudarjev. V znamenitem "idrijskem 27. poglavju Slave" je Valvazor objavil celotni tekst o Idriji, kot ga je v latinskem jeziku objavil W. Pope in k temu dodal svoj nemški prevod istega teksta. V istem poglavju je Valvazor objavil tudi zapis o Idriji E. Browne, slednjega le v nemškem prevodu. Prispevka obeh angleških zdravnikov je Valvazor ocenil ugodno, čeprav prvi prispevek kot boljši. Kot človek z vsestranskim znanjem in raziskovalec je bil Valvazor seznanjen z latinskimi izdajami Philosophical Transaction, zato jih je lahko vključil v sedemindvajseto poglavje Slave. Ker je bil leta 1687 Valvazor izvoljen za člana Kraljevske družbe v Londonu, se v tem prispevku pred poslušalci ali bralci predstavi, v relativno kratkem obdobju druge polovice 17. stoletja, trije člani Kraljevega društva v rudniku Idrija in med drugim opišejo težke oblike kroničnega merkuralizma idrijskih rudarjev, kar se ne dogaja pogosto in povsod daje prispevku poseben poudarek.

Druge kongresne teme kot so Klasična in srednjeveška medicina, Zgodovinska povezava humanih in veterinarskih znanosti ter Proste teme so bile zanimive in so prispevale k splošni zelo ugodni oceni dvajsetega kongresa Britanskega društva za zgodovino medicine v Readingu 2003. ■



Moja razmišljanja in obrazložitve glede na obvestilo o povzročeni škodi

Verica Lolič

Leta 2002 se je veliko govorilo o porabi zdravil z liste ZZZS in pričakovali smo varčevanje. Zdravniki splošne medicine smo mislili, da bomo o konkretnih merah obveščeni. To se ni zgodilo. Če ne bi obiskovala modul **Predpisovanje zdravil**, ki je organiziran v sklopu specialistov družinske medicine, ne bi nič vedela o tem.

Pričakovali smo, da bodo mere takšne, da bo posledice nosil pacient in ne njegov zdravnik. Zgodilo se je ravno nasprotno. Ne poznam nobenega zdravnika, ki ni prekorajčil "dovoljeni" indeks in se sedaj sprašujem: "Ali to pomeni, če sem na primer v mesecu februarju tega leta porabila veliko denarja za zdravila, ne bom mogla več pisati recepte za svoje paciente do konec leta?"

Ostali so namreč isti pacienti, z istimi boleznimi in potrebami, samo bolezen se je razvila s komplikacijami, kar pomeni potrebo po dodatnem zdravljenju.

Moramo se zavedati, da so ljudje vedno pogostejše bolni. K nam se zatekajo ljudje brez dela, ki so lačni, nimajo stanovanja in so zaradi tega oboleli. To so socialni problemi, katere bi morali reševati na ravni države. A to se ne tiče nikogar, tudi ZZZS.

V očeh ljudi smo zdravniki (splošne medicine) "bogovi", zadolženi, da jim pomagamo in rešujemo vsakršne probleme, smo vedno dobre volje, polni posluha in razumevanja ter idej za rešitve problemov.

Na drugi strani so razne institucije, ki nas nadzorujejo in brez poznavanja našega dela in okolja, v katerem delamo, kaznujejo.

Naj pojasnim. Petnajst let delam v Domu starejših občanov Kočevje, kjer je 160 oskrbovancev, kar pomeni 160 kronično bolnih pacientov. Vsak ima najmanj od pet do deset zdravil, enkrat do trikrat dnevno. Enkrat mesečno prihaja domski psihiater. Nekaj mesecev ni delal, ker so se vodstvo Doma starejših občanov in vodstvo ZZZS pregovarjali o organizaciji njegovega dela in plačila. V tem času sem sama skrbela za psihično spremenjene paciente, vodila redno terapijo, nadzor in pisala recepte. Zato nisem do-

bila nobenega nadomestila, poleg tega sem še kaznovana.

V mesecu avgustu sva bila oba z domskim psihiatrom na dopustu. V času najine odsotnosti je bil edini nadomestni zdravnik, zdravnik splošne medicine, ki je pisal samo nujna zdravila, kar odobravam popolnoma. Zakaj bi si dvigoval indeks pisanja receptov za paciente, za katere ne dobiva glavarino.

Po moji vrnitvi me je pričakal seznam z manjkajočimi zdravili, nezadovoljni pacienti in svojci ter prigovori s strani vodstva doma, kar je razumljivo.

Izpisala sem dva bloka receptov in "prosil Boga", da moj indeks ne zraste.

Na vaš zapisnik št. 6776 o opravljenem izrednem nadzoru, 4. 6. 2003 nisem reagirala, ker je v zapisniku pisalo: /.../ "V medicinski dokumentaciji v glavnem ni navodil za jemanje zdravil - velikost odmerka, koliko le-tega na dan - so pa zapisi na receptih obrazcih ustrezni tako glede odmerkov kot števila predpisanih škatlic in zadoščajo za dolgotrajno jemanje, praviloma za tri mesece. Medicinska dokumentacija je, razen zgoraj omenjenih napak, primerno vodena, opisi kliničnih statusov in izvidi specialistov, ki vodijo kronične bolezni, utemeljujejo izbor in količino predpisanih zdravil."

Iz tega sem sklepala, da nisem naredila napake in ne bom "kaznovana", ampak bom dobila samo opomin za bolj natančno vodeno dokumentacijo. Potem sem 16. 7. 2003 dobila dopis v katerem je pisalo, da je izvajalec Zavoda (kar pomeni jaz) povzročil finančno škodo 349.385,00 tolarjev.

Škodo ... ne morem verjeti ... zakaj ... ker je moja dokumentacija dobro vodena ... ker ni zapisa o odmerkih? Toda za kroničnega bolnika odmere napišeš enkrat ... ni treba ponavljati ...

Moram priznati, da sem v Domu starejših občanov velikokrat pisala zdravila po seznamu manjkajočih, kar pomeni, da sem pisala recepte ne da bi vedela, za katerega pacienta so. Storitve **kratek obisk** ne evidentiram, ker pacient ni bil v ambulantni. Sedaj de-

lam tako, da kartone nosim domov, pišem recepte, vpisujem nepokretnost, inkontinenco ... Zakaj? Ker se v delovnem času ukvarjam s pacienti, boleznijo, njihovimi problemi, bolniškimi statusi, pisanjem IK... Moje poslanstvo je zdraviti ljudi, prepoznati simptome in pravočasno ukrepati. Zakaj potem **kazen**?

Ni mi jasno, zakaj se specialiste nikoli finančno ne kaznuje za to, ker prepisujejo toliko zdravil. Ali imajo oni evidentirano v svojih "kartonih", koliko receptov in kdaj so jih izdali? Mi, splošni zdravniki, smo krivi za vse, za veliko porabo zdravil, dolge bolniške staleže, za dolge čakalne dobe, itd. Če specialisti več delajo, dobijo več denarja, nam ga pa vzamejo. Je to pravica? Kdo in kje je institucija, ki nas štiti? Zakaj je temu tako?

Iz tabel sem razbrala "kazenske točke" za pisanje Dexamethason - Neomycin kapljice, kjer gre za omejitev predpisovanja P*. Prosim za pojasnilo. Kako naj zdravim vnetje zunanjskega ušesa ali konjunktivitis **nepokretnega, dementnega** bolnika, ki ni sposoben priti do specialističnega pregleda (okulist, otolog)?

Vsem nam je jasno, da obstaja cela paleta analgetikov, vendar iz izkušenj vemo, da so eni močnejši in hitrejšega delovanja, eni pa slabše moči. Zato se v zdravljenju kronične bolečine večkrat odločim za kombinacijo; analgetik slabše moči za čez dan, za ponoči pa močnejšega s podaljšanim delovanjem. Vendar sem iz tabele ugotovila, da so to "kazenske točke".

Napisali ste mi tudi, da sem se zmotila v datumu. En datum (19. 2.) je napisan na receptu, drugi datum (20. 2.) pa v kartonu. In zato kazen? Kazen bi bila, če bi bili evidentirani dve storitvi za dva dni, vendar temu ni tako. Enostavno je to samo pomota v moji glavi glede datuma!

Po prejemu vašega dopisa o povzročeni škodi sem se počutila ponižano, manjvredno, bilo me je sram pred kolegi. Imela sem občutek, kot da sem nekaj ukradla. Spraševala sem se, kaj mislite, da nisem dober

zdravnik ali da nisem dober administrator?

Eni so mi svetovali, naj se na vašo odločbo pritožim, drugi pa naj raje tega ne naredim, ker na ZZZS-ju delajo zdravniki, ki niso nikoli delali v domovih z ostarelimi. Edini kontakti so bili samo kratki obiski in zato

tega dela ne poznajo. Menim, da bi zdravnike, ki delamo v domovih, morali obravnavati drugače. Malo nas je, ki delamo v domovih kot stalni zdravniki, ki natančno in skrbno vodimo kartoteke, z ljubeznijo pripravljamo jed stare, "drugačne", bolj zahtevne

ljudi. Skrbimo, da jim bodo zadnji dnevi življenja manj boleči, bolj sproščajoči, z mirnim spancem, vendar nam vi in vam podobni z različnimi prepovedi to ne omogočite. ■

Podiplomsko izobraževanje zdravnikov

Srečko Herman

Za dobro in uspešno delo zdravnikov je potrebno tudi dobro strokovno znanje. Medicina je stroka, ki se izredno hitro razvija, uvajajo se nove metode zdravljenja, nova zdravila, novi pripomočki in vsem temu lahko sledi le zdravnik, ki se stalno izobražuje. Podiplomsko izobraževanje pri nas je razvito široko. Če pogledamo v Zdravniški vestnik ali v Izido, vidimo, da ni številke, kjer ne bi bilo objavljenih nekaj naslovov podiplomskega izobraževanja, različnih delavnic in podobno. Tovrstno izobraževanje se je v zadnjih letih izredno razvilo v širino in če gledamo naslove, vidimo, da gre včasih za zelo ozka specialna področja. Dokler so bili le Tavčarjevi in Kirurški dnevi se je zdravnik znašel brez težav, sedaj pri tolikšnem številu pa težje najde pravilno tematiko, ki bi ga zadovoljila pri njegovem vsakdanjem delu. Včasih bi moral iti na tri ali štiri različne simpozije, da bi dobil odgovor na problematiko, ki jo je in jo srečuje dnevno pri delu v svoji ambulanti. Namen vsakega izobraževanja je, da se izboljša raven in kakovost dela, diagnostike in terapije. To se mora odražati v tem, da so pacienti boljše, hitreje medicinsko obdelani in dobijo ustrezno sodobno terapijo. Menim, da je eden od kazateljev

uspešnega izobraževanja tudi to, koliko pacientov zdravnik napoti naprej k specialistu, kako pacienti pridejo do specialista strokovno obdelani in predstavljeni. Zdi se mi, da se sedanjí način izobraževanja ravno tu ni izkazal.

Ne samo izobraževanje, tudi sodelovanje med zdravniki na različnih ravneh je pomanjkljivo, o čemur se je že nekajkrat govorilo in pisalo. Da bi izobraževanje, ki sedaj potek preveč preko katedra približali zdravnikom splošne prakse, katerim je namenjeno, predlagam, da ga poenostavimo. Zdravniki v zdravstvenem domu, v več domovih, ali regijah bi izmed svoje sredine izbrali kolega, ki bi koordiniral in zbiral aktualno izobraževalno problematiko. Učne ustanove, klinike in učne bolnišnice pa bi iz svoje sredine imenoval enega ali dva zdravnika za skupino zdravstvenih domov ali regijo, s katerima bi ta zdravnik sodeloval. Zdravnik zadolžen za izobraževanje bi zbiral predloge od kolegov, nato pa poklical kolega, ki bi bil zadolžen za to področje. Dogovorila bi se za temo in čas. Ti izobraževalni sestanki bi bili pogostejši, ne enkrat letno, temveč vsaj štiri krat letno ali večkrat. Poleg strokovne teme, ki bi bila vodilna, bi lahko obravnavali tudi določene zdravstvene pri-

mere, problematiko bolniškega staleža in napotitve na IK. Splošni zdravniki bi imeli možnost tako iz prve roke izvedeti za najnovejše dosežke stroke, istočasno pa v neposrednem pogovoru razčistiti svoje dileme in postaviti vprašanja, ki jih najbolj zadevajo. S tem bi odpadla pregrada med splošnimi zdravniki in specialisti. Z osebnim poznanjem in z osebnimi neposrednimi stiki bi se tako izboljšalo strokovno znanje in delo. Prepričan sem, da bi se čakalne dobe krajšale, pospešil pa bi se sprejem v bolnišnice.

Mega simpoziji Tavčarjevi dnevi, Kirurški dnevi bi lahko še naprej obstajali in dajali širša doktrinarna izhodišča. Prepričan sem, da bi nov način, ki je bolj seminarski, v večji meri pripomogel k stabilnemu kontinuiranemu izobraževanju. To izobraževanje bi se moralo ovrednotiti, oziroma priznati. Zdravnikom, ki bi se redno udeleževali teh izobraževanj, bi morali to šteti v izpopolnjevanje. Specialisti, ki bi prišli iz učnih bolnišnic ali iz klinike, bi morali prav tako dobiti "točke", ki bi jih potrebovali za svoje napredovanje. Menim, da bi bil opisan način uspešen in cenejši, saj ne bi potreboval široke organizacije, namaj dvoran in daljše odsotnosti zdravnikov z delovnega procesa. ■

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

O homeopatih, zdravilcih in zdravnikih

Stanislav Šuškovič

Kpisanju me je spodbudilo več dogodkov. Tako sem pred nekaj leti organiziral kot predsednik Združenja pnevmologov Slovenije sestanek o zdravilstvu, kjer so bili prisotni ugledni gosti iz Slovenije in tujine. Zanimivih predavanj žal nismo uspeli ubesediti v zbornik. Približno v tistem času sem izvedel med našimi ambulantnimi bolniki krajšo anketo o zdravilstvu.

Še bolj od navedenega so me k pisanju tega prispevka spodbudili hudi zdravstveni zapleti nekaterih bolnikov s kroničnimi pljučnimi boleznimi, ko so bili v popolni oskrbi zdravilcev. Bolj zaskrbelo kot razjezilo me je povabilo, ki sem ga prejel za Konferenco o regulatornih in zdravstvenih vidikih uporabe homeopatskih izdelkov, ki je bila organizirana na pobudo Gospodarskega oddelka (!) Francoskega veleposlaništva v Sloveniji.

Žal se konference nisem mogel udeležiti. Sem pa spremljal medijske odzive nanjo. Enega izmed njih prikazujem na sliki 1.

Kaj je zdravilstvo?

Najprej nekaj o terminologiji. Za tovrstno dejavnost mnogi uporabljajo izraza alternativna ali komplementarna medicina. Zapisana izraza sta napačna, kajti medicina je samo ena. Lahko bi uporabljali izraze kot so mazaštvo ali šušmarstvo. Vendar so ti izrazi žaljivi. **Menim namreč, da velika večina zdravilcev deluje pošteno in želi pomagati ljudem, ki poiščejo njihovo pomoč.** Ostanimo torej pri izrazu zdravilstvo.

Definicija zdravilstva je veliko. SZO definira zdravilstvo (imenuje ga tradicionalna medicina) kot kombinacijo raznih zdravilskih dejavnosti, znanjem ali verovanjem v zdravilske pripravke ali postopke, ki izhajajo bodisi iz rastlin, živali ali mineralnega sveta, so spiritualne narave, vsebujejo ročne spretnosti ali obremenitve, ki posamezne ali v kombinaciji vzdržujejo dobro počutje ali so v pomoč pri diagnosticiranju, zdravljenju in preveciji bolezni.

To je zelo blagohotna definicija, ki verjetno izvira iz dejstva, da je v mnogih nerazvitih deželah zdravilstvo edina možna pomoč za bolnike.

Ni potrebno posebej poudarjati, da v razvitih deželah verjamemo le dokazom, torej

z dokazi podprti medicini.

Zato mi je všeč definicija ameriške NIH (National Institutes of Health), ki opredeljuje zdravilstvo kot katerokoli zdravstveno dejavnost, ki:

- nima zadovoljive dokumentacije o varnosti in učinkovitosti za obravnavo določenih bolezni ali stanj;
- je na splošno ne poučujejo v ameriških zdravstvenih šolah;
- katerih stroške večina zavarovalnic ne povrne.

Definicija implicitno predlaga, da je zdravilstvo prisotno tudi v "uradni medicini", kar za nas ne sme biti posebno presenečenje.

Učinkovitost zdravilstva

Nekatere zdravilske postopke diagnostiranja ali zdravljenja so preučevali po sprejetih načelih testiranja z dvojno slepimi, randomiziranimi in s placebo kontroliranimi raziskavami. Teh raziskav je bilo narejenih relativno malo, kajti za izvedbo dragih preučevanj mora delovna hipoteza vsebovati verjetne in sprejemljive podatke. Teh pri veliki večini zdravilskih tehnik ni.

Značilno je, da so zdravilsko metodo praviloma vzporejali le s placebom, skoraj nikoli pa z "uradnim" zdravilom.

Večina teh raziskav ni pokazala nikakršne prednosti katerekoli zdravilske metode pred placebom. V redkih primerih so se nekatere zdravilske metode izkazale za nekoliko uspešnejše od placeba. Jasno je, da pacientu ne moremo in smemo priporočiti zdravljenja, "ki vam bo morda pomagalo nekoliko bolj od lažnega zdravila". To bi bil nesmisel in strokovna napaka.

Splošno mnenje raziskovalcev zdravilstva je: "Ni zanesljivih dokazov, da bi katerekoli zdravilska metoda ugodno vplivala na potek katerekoli bolezni. Vendar utegnejo nekatere zdravilske metode začasno odpravljati nekatere simptome."

Nevarnosti zdravilstva

"Zdravilstvo ne deluje, škoduje pa tudi ne." Pri njem ne velja stara medicinska resnica, da zdravilo, ki ne deluje, nima stranskih učinkov. Nevarnosti zdravilstva se lo-

čijo po posameznih vrstah zdravilskih metod. Obstajajo tudi direktne in indirektne.

Zeliščarstvo. Je gotovo najbolj nevarna veja zdravilstva. Opisali so mnoge smrtne zaplete zaradi odpovedi ledvic, jeter ali pljuč pri zdravljenju z zelišči.

Nekatera zelišča sprožajo vznik ledvičnega raka. Obstajajo interakcije med sestavinami zelišč in mnogimi zdravili, na primer antikoagulansi.

Vendar je zeliščarstvo edina obetavna veja zdravilstva. Med sestavinami zelišč se lahko skrivajo nova, učinkovita zdravila, zato zeliščarstvo proučujejo precej intenzivno.

Akupunktura. V rokah izkušenega akupunkturista je to zelo varna metoda. Vendar so opisali mnoge zaplete akupunkture kot so okužbe, na primer s stafilokoki ali virusi hepatitisa, pnevmotorakse in smrtni hematoperikard.

Kiropraktika. V rokah pravilno izobraženega in izkušenega kiropraktika je dokaj varna zdravilska metoda. Opozarjajo na povečano možnost možganskih kapij pri manipulacijah vratne hrbtenice. Opisali so tetraplegije in hemiplegije zaradi poškodb hrbtenjače. Mnogi kiropraktiki so prepričani, da z manipulacijo določenih delov hrbtenice zdravijo določene notranje organe. Številni kiropraktiki odsvetujejo cepljenje otrok proti otroškim boleznim.

Večji del zdravilskih metod nima direktne škodljivosti.

Njihove škodljivosti so indirektno, vendar zato nič manj pomembne.

To so:

- zakasnitev pri postavitvi prave diagnoze,
- postavitve napačnih diagnoz,
- zakasnitev pri zdravljenju,
- odsvetovanje zdravil "uradne medicine",
- odsvetovanje cepljenja.

Pri postavitvi napačnih in neodkritju pravih diagnoz prednjačita iridologija ter elektrodermalno testiranje (Vega test, Bicom test). Ti dve zdravilski metodi so temeljito preučili ter ugotovili, da so zaključki teh metod docela napačni in zavajajoči. Opisali so primere hudih podhranjenosti ali hipovitaminov pri bolnikih, ki so sledili "alergološkemu dietnim nasvetom" slonečim na povsem napačnih zaključkih testa Vega. Poleg tega s

testom Vega ugotavljajo alergološko prizadetost notranjih organov ali pa zastrupitve s kovinami. Zares nenavadno.

Mnoge zdravilske metode, kot so aromaterapija, refleksologija, spiritualno zdravljenje ali joga, so bolj kot zdravilstvo življenjski način.

Zavajajoče trditve zdravilcev

Zdravilci radi poudarjajo, da v nasprotju z zdravniki delujejo naravno, holistično, celovito itd. Naj bi pocenili oskrbo pacientov (s čimer se strinjajo naši mediji, glej sliko 1) Poglejmo:

- Pocenitev oskrbe pacientov zaradi cenejšega zdravilstva v primerjavi s stroški medicine. S farmakoekonomskimi (zdravilsko-ekonomskimi) raziskavami, so ovrgli to trditev. Vključitev zdravilcev v potek zdravstvene oskrbe, le- to v resnici poudari.
- Zdravilci zdravijo "celovito". Kaj je celovitega pri vbadanju igel, manipulaciji dela hrbtenice ali (pri naturopatih) pogoste klizme debelega črevesa?
- Zdravilci zdravijo "holistično". Ideja o holističnem zdravljenju sloni na vitalizmu, po katerem delovanje telesa uravnava neka "življenska sila". Zdravilci so torej dualisti. V resnici je le medicina holistična, saj za vse organe, torej tudi za možgane, išče povezave med anatomijo in funkcijo.
- Zdravilci zdravijo "naravno". Posegi, kot so zabadanje akupunkturnih igel, predpisovanje homeopatskih pripravkov, klizme kolona ali uživanje raznih vitaminskih pripravkov, so prav tako "naravni" kot so "naravni" posegi medicine.
- Zdravilci se bolj posvetijo pacientom. Morda ob prvem pregledu. Kiropraktiki so zmožni do tristo pregledov na dan.

Homeopatija

Nekoliko podrobneje bom razložil, kaj je homeopatija. To je zelo stara metoda, ki jo je pred več kot dvesto leti utemeljil nemški zdravnik dr. Hahnemann.

Osnovna ideja homeopatije je, da naj bi se zdravilo enako zdravilo z enakim. Verjetno po naše "klin se s klinom izbija".

Dr. Hahnemann je bil mnenja, da lahko z zelo majhnimi odmerki snovi, ki sprožajo v velikih odmerkih določene simptome pri zdravih, le-te pri bolnih odpravimo.

Te ideje ni nihče nikoli potrdil.

Dr. Hahnemann in njegovi sodelavci so

na sebi preizkušali različne snovi organskega ali neorganskega izvora ter beležili, kakšne simptome jim je povzročila testna snov. Omenjena testiranja so se nadaljevala v 19. in začetku 20. stoletja. Iz teh prizadevanj je nastala obsežna Homeopatska Farmakopeja, ki je osnova za delo homeopatov. Žal so podatki farmakopeje neuporabni, saj je bila metodologija dr. Hahnemanna napačna. Preizkusi niso bili izvedeni slepo ali z uporabo placeba, zato so izidi teh poizkusov nezanesljivi.

Naslednja teorija dr. Hahnemanna je bila, da se s postopnim razredčevanjem snovi njena učinkovitost povečuje - "potencira". Tudi te teorije ni dokazal nihče.

Vendar homeopati pridno redčijo svoje pripravke do neverjetnih razredčitev, ko je v končnem pripravku morda ena molekula homeopatskega zdravila, ali še to ne. Voda ali druga redčila naj bi obdržali "spomin" na kontakt s homeopatskim zdravilom. Omenjene nenavadne teorije ni nihče podprl znanstveno. Tudi ni jasno, zakaj naj bi voda obdržala spomin le na homeopatski pripravek in ne na ostala onesnaženja.

Homeopatija sloni na mnogih napačnih in vsaj za današnje čase hudo nesmiselnih trditvah. Nekateri poznavalci zdravilstva imenujejo homeopatijo kar "ultimate fake - laž nad lažmi".

Po neki raziskavi 40 odstotkov homeopatov odsvetuje cepljenja otrok.

Pa vendar... Homeopatija je preživela dvesto let in ni videti, da bi se zmanjšala njena priljubljenost. Raje nasprotno. Homeopatija je zelo vitalna veja zdravilstva. Občasno jo uporablja veliko ljudi, od sedem odstotkov Fincev do 30 odstotkov Francozov, 34 odstotkov Nemcev in kar 40 odstotkov Avstrijcev.

V Angliji se k homeopatom občasno za teče 20 odstotkov prebivalcev. Del homeopatske obravnave krije NHS (National Health Service).

V letu 2002 je NHS spoznal, da poraba homeopatskih storitev presega vse razumne meje. Ugotovili so, da se na račun NHS letno zdravi pri homeopatih 470 000 oseb.

Zato so izvedli natančen pregled vseh raziskav o homeopatiji, ki so bile izvedene vsaj deloma formalno pravilno. Preučili so približno dvesto takšnih raziskav ter ugotovili, da trenutno ni dovolj dokazov o učinkovitosti homeopatije, da bi jo smeli priporočiti za zdravljenje katere koli bolezni ali bolezenskega stanja. **Zaključili so, da je uporaba ho-**

meopatije v okviru sistema NHS neupravičena.

Homeopatska zdravila so v veliki večini izdelana tovarniško. Njihova proizvodnja je poceni, poraba pa v nekaterih deželah ogromna. Zato so tudi dobički ogromni in homeopatski lobiji mogočni.

Kot je bilo zapisano na začetku prispevka, očitno obstajajo siloviti pritiski za širitev

homeopatije pri nas. Advokati homeopatije so močni in bogati. Kakšna bo prihodost homeopatije v Sloveniji?

Zdravilstvo v Sloveniji

Podatki o homeopatih, kakor tudi o drugih zdravilih v Sloveniji, so zelo nepopolni.

Z anketiranjem tristo golniških ambulantnih bolnikov sem ugotovil, da se je 28 odstotkov od njih vsaj enkrat že posluževalo zdravilskih storitev. Najpogosteje obiskovani zdravilci so bili bioenergetiki, akupunkturisti in kiropraktiki. K homeopatom se je zateklo 12 odstotkov anketiranih.

Poveden izsledek ankete je bil, da je bilo 80 odstotkov obiskovalcev zdravilcev zadovoljnih z njihovimi storitvami in da se bo ravno takšen odstotek izmed njih odločil za ponovno pomoč pri zdravilih.

Mnogi anketirani bolniki z astmo so se zdravili s **speleoterapijo**. Verjetno sem že dolgočasen, če povem, da tudi za speleoterapijo ne obstajajo znanstveni dokazi o kakršnikoli koristi te veje zdravilstva. Vendar je speleoterapija vključena v naš sistem javnega zdravstva! Kot pulmolog moram dodati, da imajo kolegi, ki "zdravijo" bolnike z astmo s speleoterapijo vseeno lepe uspehe. Vendar ne zaradi speleoterapije, ampak zato, ker bolnike navdušeno in intenzivno poučujejo o astmi (in to čisto po nepotrebnem v težkih delovnih pogojih: tema, mraz, visoka vlaga, prepih). Pouk o astmi je ključen element za dober izid zdravljenja le-te.

Vloga medijev

Žal je treba napisati, da mediji z velikim veseljem poročajo o zdravniških strokovnih ali ekonomskih stranpoteh. Obenem nadvse nekritično pišejo o "uspehih" zdravilstva.

Prav gotovo je to eden od razlogov (ne edini) za tolikšno priljubljenost z medicinske strani gledano "neučinkovitega" zdravilstva.

Priljubljenost zdravilstva bo treba preučevati tudi sociološko, psihološko in kulturno.

Mediji bi morali poročati tudi o pozitiv-

nih plateg medicine, ki jih ni malo.

Mislim, da se tudi zdravniki premalo hvallimo o svojih uspehih. Ali kdaj poudarimo, da se je pričakovana življenjska doba v zadnjem stoletju podaljšala za 30 let? Da so bila odkrita mnoga, neverjetno učinkovita zdravila?

Da vemo, kako preprečevati srčno-žilne bolezni, raka ali kronično obstruktivno pljučno bolezen in da smo s cepljenji vidno zmanjšali pogostnost mnogih bolezni. Nekatere izmed njih smo eradicirali.

Kakšna bi bila raven zdravja ljudi, če bi obstajalo samo zdravilstvo?

Vrnili bi se v srednji vek. SARS bi lahko pokosil polovico človeštva.

Mediji bi morali skrbeti za primerno osveščenost o medicini in o zdravilstvu.

Še nekaj o **medmrežju**. Na medmrežju je mnogo strani, ki so posvečene zdravilstvu, tudi homeopatiji.

Informacije, ki jih nepoučeni uporabnik teh strani pridobi, so lahko zelo zavajajoče in nevarne.

Primer. Na spletnih straneh sem našel homeopatsko stran, kjer ti po vnosu tvojih simptomov svetujejo ustrezne ukrepe. Tako

sem prvič vtikal, da intenzivno bruham kri in žolč ter da zaradi napadov dušenja padam v nezavest. Pričakoval sem, da mi bodo svetovali takojšen pregled na urgenci. Ampak ne. Svetovali so mi, naj uživam zdravilo z imenom Nux Vomica (strihnin), če ne bo bolje, pa imajo na voljo še druga dobra zdravila, morebiti naj se (kasneje) obrnem na svojega homeopata ali celo zdravnika.

Ker se verjetno ne bi nihče v opisani dramatični situaciji obrnil na homeopata, sem poizkusil z bolj verjetnim scenarijem. Vtipkal sem, da kronično suho kašljam ter da sem subfebrilen. Nasvet je bil podoben, svetovali so mi neko homeopatsko zdravilo, nato še druga in se seveda zavarovali, da če ne bo bolje, naj se posvetujem s svojim homeopatom ali celo zdravnikom. Moja simptomatika bi lahko kazala na pljučno tuberkulozo ali rak bronhija. V obeh primerih je hitra diagnoza nujna, vendar ne po mnenju sestavljavcev omenjene spletne homeopatske strani.

Odnos zdravnik-zdravilec

Bolnik ne bo nikoli spontano navedel, da se poslužuje zdravilskih storitev. Glede na

velik odstotek bolnikov, ki to počno, jih moramo torej o tem povprašati.

Kaj pa potem, ko zvemo, da se bolnik zdravi na primer pri bioenergetiku?

Največja napaka je, če bolniku s priedstala "Edine Medicine" neusmiljeno skritiziramo njegovo početje in mu morda celo prepovemo nadaljnje obiske pri njegovem bioenergetiku. Edina posledica bo, da se bo bolnik od sedaj dalje zdravil le pri svojem bioenergetiku.

Poznavalci zdravilca so si povsem enotni, da moramo bolniku dovoliti nadaljnje obiske pri zdravilcu, razen če se izkaže, da so nasveti ali postopki zdravilca tako neustrezní, da bi lahko škodili bolniku. Bolniku je potrebno razložiti prednosti in pomanjkljivosti konkretne zdravilske metode. Prosimo ga, da nam vselej pove, kaj mu je zdravilec svetoval ter kakšne posege je izvajal. Nujno in pogosto je potrebno bolnika prositi, da naj nikoli ne zanemari naših nasvetov ali opusti naših zdravil. Nič ne škodi, če se občasno povežemo z zdravilcem. ■

Homeopatija - ali deluje in kako

Irena Gorišek

Povzetek

Homeopatija je terapijska metoda, ki jo je pred dvesto leti utemeljil nemški zdravnik in kemik dr. Samuel Hahnemann (1755 - 1843).

Temeljni principi homeopatske terapijske metode so:

- zakon podobnosti,
- uporaba zdravil, ki so izdelana po posebnem postopku redčenja in potenciranja individualizacija.

Zdravilni učinki homeopatskih zdravil se določajo na osnovi:

- preizkušanja zdravilnih substanc na zdravih osebah (preizkus zdravila - "proving"),
- podatkov iz toksikoloških študij,
- kliničnih izkušenj.

Korenine homeopatije so empirične. Preizkusi homeopatskih zdravil na zdravih

osebah so osnova homeopatije in so bili prva sistematična študija učinka zdravil v zgodovini medicine.

Homeopatija lahko svojo učinkovitost dokaže z rezultati kakovostnih raziskovalnih študij. Raziskave potekajo tako na področju predklinike (razlaga zakona podobnosti in delovanja potenciranih zdravil) kot tudi na kliničnem področju (randomizirane kontrolirane študije o učinkovitosti homeopatskih zdravil).

Zgodovinski opis

Homeopatijo je pred dvesto leti utemeljil kot metodo zdravljenja nemški zdravnik in kemik dr. Samuel Hahnemann (1755 - 1843). Bil je odklonilen do metod zdravljenja takratne medicine, ki so temeljili na spekulativnih teorijah in dogmah, katerih terapijska vrednost v praksi ni bila dokazana

in so se pogosto izkazale kot škodljive (to so bile razne odvajalne terapije: čiščenje črevesja, spodbujanje bruhanja, puščanje krvi, terapije z živim srebrom, ipd.) Menil je, da bi morala racionalna terapija z zdravili temeljiti na eksaktnem opazovanju in izkušnji. S svojim empirično-induktivnim načinom razmišljanja se ni mogel vklopiti v sistem medicine takratnega časa in je zato iz njega izstopil ter se pričel ukvarjati s prevajanjem strokovne literature. Leta 1790 je pri prevajanju Materie medice škotskega zdravnika Cullena naletel na razlago, da kinin zdravi malarijo zaradi svojega adstringentnega učinka in grenkega okusa. S to razlago se ni mogel zadovoljiti in se je odločil, da učinek kinina preizkusi na sebi. Pričel je jemati nizke odmerke kinina in v kratkem času začutil delovanje zdravila. Pojavili so se simptomi malarije. Ta izkušnja je bila vodilo k hi-

potezi, da lahko zdravilo, ki določene simptome povzroči, te tudi zdravi. Preizkušati je začel druga zdravila oziroma različne snovi, ki jih je na osnovi podobnosti simptomov kasneje uporabljal za zdravljenje pacientov. Leta 1796 je objavil zakon podobnosti Similia similibus curentur in do konca stoletja prenesel svojo novo teorijo v prakso. Leta 1811 je pričel poučevati homeopatijo na univerzi v Leipzigu, leta 1813 je s homeopatskimi zdravili uspešno zdravil epidemijo tifusa v Leipzigu. Od 180 pacientov jih je ozdravil 178, za razliko od tedaj uradne medicine, ki je beležila 20 do 30 odstotno smrtnost. V tem času je Hahnemann izdal nekaj knjig, v katerih je opisal in razložil svojo terapevtsko metodo. Leta 1810 je izšel njegov prvi Organon racionalnega zdravljenja (grška beseda organon pomeni instrument za pridobivanje znanja), ki je kasneje popravljen izšel v šestih izdajah. Med leti 1811 in 1821 je izdal več zvezkov Materie medice z opisom zdravil in njihovih zdravilnih slik (opis simptomov). Leta 1828 pa je izdal knjigo Kronične bolezni (opis zdravljenja). V času svojega življenja je preizkusil 106 zdravilnih substanc, njihovi opisi so tako natančni, da velja Hahnemannova Materia medica, čeprav stara dvesto let, še vedno za eno najboljših klasičnih knjig na področju znanja o simptomih. Hahnemann je bil zaradi svojega nasprotovanja uradni medicini stalna tarča napadov, tako zdravnikov kot tudi farmacevtov, vendar je, prepričan v pravilnost svojih idej, prakticiral homeopatijo do svoje smrti. Umrl je v Parizu v starosti 88 let.

Principi delovanja

Homeopatija vidi zdravje kot dinamičen proces, ki skuša zagotoviti organizmu stanje optimalnega ravnovesja. Ta koncept predvideva samoregulatorne mehanizme, ki ščitijo pred neravnovesjem. Bolezen pomeni intenziven poizkus ponovnega vzpostavljanja ravnovesja, ki se je porušilo zaradi fizičnih, bioloških ali emocionalnih faktorjev. S homeopatskim zdravilom naj bi v organizmu inducirali proces reorganizacije vitalnih funkcij s stimulacijo mehanizmov samoregulacije. To lahko pomeni popolno ozdravitev v primeru funkcionalnih motenj, oziroma delno ozdravitev ali paliacijo v primeru strukturnih sprememb.

Temeljni principi homeopatije so:

1. Zakon podobnosti. Ta trdi, da snovi oziroma zdravila, ki povzročajo določene simptome ob večkratni aplikaciji na zdravih

bioloških sistemih lahko iste simptome obolenih bioloških sistemov zdravijo. Zakon podobnosti je specifičen za homeopatijo in ga uradna medicina ne priznava.

2. Uporaba potenciranih zdravil. Homeopatska zdravila, nekatera so v svoji osnovi toksična, so pripravljena po posebnem postopku večkratnega redčenja in pretresanja, ki se imenuje potenciranje in izniči njihovo toksičnost. Različne stopnje redčenja in pretresanja vodijo do različnih potenc zdravil. Izhodiščna substanca, "zdravilo", se redči (skala 1:10 oziroma 1:100, kar pomeni en del osnovne substance na devet oziroma 99 delov topila, kot topilo se uporablja voda ali alkohol) in pri vsakem redčenju močno pretresa (potencira oziroma dinamizira). Od tako dobljene razredčine se vzame en del, ki se ga ponovno redči z devet oziroma 99 deli topila. Vsaki stopnji redčenja sledi pretresanje. Substance, ki so razredčene v razmerju 1:10, imajo poleg imena črko D in številko, ki pomeni stopnjo redčenja. Črka C pomeni redčenje v razmerju 1: 100. Pri višjih razredčenjih, C12 oziroma D24, v skladu z Avogadrovim zakonom v topilu ni mogoče dokazati niti molekule osnovne substance. Očitki uradne znanosti so usmerjeni predvsem proti pripravi višjih razredčenj, saj njihovega terapevtskega učinka ni mogoče razložiti.

3. Homeopatska metodologija - individualizacija. Ključ do uspešnega homeopatskega zdravljenja je primerjava oziroma podobnost med učinkom zdravila na zdravih osebah in med vzorcem bolezni pacienta, ki ga zdravimo - primerjava simptomov, ki se razvijejo ob preizkusu zdravila na zdravih osebah in simptomov bolnika. Zdravilo je izbrano individualno v skladu z zakonom podobnosti. Simptomi bolnika in bolezenska slika, se morajo ujemati s sliko zdravila - simptomi, ki jih zdravilo povzroči pri zdravih osebah. Simptome bolnika določimo po natančni anamnezi in morajo obsegati tako psihične in emocionalne kot tudi fizične in splošne simptome. Pomembni sta tudi klinična slika, etiologija in diagnoza, ki nam okvirno lahko pomaga napovedati uspeh zdravljenja.

Preizkusi zdravil - temelj homeopatije

Preizkus zdravila (proving) v homeopatiji pomeni raziskavo, v kateri so različne substance (v enem preizkusu le ena substan-

ca) testirane na zdravih prostovoljcih in katere učinki se opazujejo in skrbno beležijo. Na ta način se določi slika zdravila. Da bi se izognili placebo učinku, so preizkusi pogosto izpeljani kot randomizirane dvojno slepe študije. Protokol, po katerem naj bi potekal preizkus zdravila, se je v dvesto letih, kolikor je stara homeopatska metoda, spreminjal, ker mora biti metodologija kar se da natančna in preizkusi standardizirani.

Preizkusi zdravil so pravzaprav sistematizirane študije učinka zdravil. Preizkusi homeopatskih zdravil morajo biti izpeljani na ljudeh, preizkus na živalih nebi imel zaželenega učinka, saj poteka bolezen na dveh ravneh: objektivni znaki - patološke oziroma telesne spremembe in subjektivni znaki - emocionalno stanje pacienta ter drugi občutki oziroma senzacije, ki so individualni in neodvisni od patoloških sprememb v organizmu. Ti subjektivni simptomi so v homeopatiji še posebno pomembni, saj karakterizirajo pacientovo bolezen in pomagajo izbrati zdravilo, ki se ujema (sklada) z individualno sliko bolezni.

Posamezne simptome lahko črpamo tudi iz toksikološke slike zastrupitev z določenimi snovmi, ki jih homeopatija uporablja pri zdravljenju.

Poleg tega se simptomi beležijo v poteku zdravljenja s posameznimi zdravili, to je klinično opazovanje. Pri pacientu, ki se zdravi s homeopatskim sredstvom se včasih pozdravi tudi simptom, ki v preizkusu zdravila ni bil zabeležen. Če se to večkrat ponovi, lahko najdeni simptom zabeležimo med simptome zdravila.

Znanstvene raziskave

Očitke uradne medicine, da je učinek homeopatije enak učinku placeba, lahko homeopatija ovrže le s kakovostnimi raziskovalnimi študijami.

Raziskave na področju predklinike, razlage mehanizma za aplikacijo zakona podobnosti v praksi ter razlaga možnih modelov za delovanje visokih potenc homeopatskih zdravil, so stvar kemikov, biologov in fizičkov.

Možna hipoteza za razlago zakona podobnosti je model hormoneze, ki predvideva, da lahko z zelo nizkim odmerkom, sicer toksične snovi, stimulatивно delujemo na biološki sistem, z višjim odmerkom iste snovi pa delujemo na sistem supresivno. Definirana je z Arnold Schultzevim zakonom: "Vsak dražljaj, ki pride do žive celice sproži

Status homeopatije v nekaterih državah članicah EU in v Švici*

Država	Prizna vlada	Prizna zdravniška zbornica	Dodiplomsko izobraževanje iz homeopatije	Izobraževanje po ECH standardih	Zahteva po stalnem nadaljnjem izobraževanju iz homeopatije	Zahteva po stalnem nadaljnjem izobraževanju iz medicine	Register kvalificiranih homeopatskih zdravnikov	Kritje stroškov po javni ali privatni zavarovalnici
Avstrija	ne	da	nekateri fakultete	da	v načrtu	ne	da	privatna
Belgija	da	ne	nekateri fakultete	da	da	da	da	javna
Francija	ne	da	nekateri fakultete	nekateri šole	da	da	ne	javna
Grčija	ne	ne	ne	da	ne	ne	da	ne
Irska	da	ne	ne	da	ne	da	da	ne
Italija	ne	da	ne	nekateri šole	da	da	v nastajanju	
Nemčija	da	da	ne	da	v nastajanju	v načrtu	da	javna in privatna
Nizozemska	ne	ne	nekateri fakultete	da	da	da	da	privatna
Portugalska	ne	ne	ne	da	ne	ne	ne	ne
Španija	ne	ne	nekateri fakultete	večina šol	ne	ne	ne	ne
Švica	ne	da	ne	da	da	da	da	javna
Velika Britanija	da	ne	nekateri fakultete	da	da	da	da	javna

*: podatki sestanka političnega podkomiteja ECH; Gradec, 26. 4. 2003

dejavnost, ki je obratno sorazmerna z intenziteto dražljaja. Vendar pojav hormeze potrebuje jasno razlago, saj biokemični mehanizmi za njen nastanek niso pojasnjeni. Poleg tega je uporaben samo za delovanje nižjih potenc.”

Delovanje višjih potenc, to so razredčenja, višja od D240ziroma C12, ki v skladu z Avogadrovim zakonom ne vsebujejo več nobene molekule izhodne substance, skuša razložiti hipoteza informacijske medicine, ki predvideva, da se učinki homeopatskih zdravil razumejo kot fizikalno uskladiščena informacija. Ta hipoteza pravi, da lahko pod določenimi pogoji voda (in nekatera druga polarna topila) “sprejme in uskladišči” informacijo o substancah s katerimi je prišla v stik in to informacijo prenaša senzibiliziranim biološkim sistemom.

Klinične raziskave v homeopatiji nakazujejo posebno problematiko raziskav v homeopatiji. Homeopatija je individualna metoda zdravljenja in randomizirane dvojno slepe študije za prakso nimajo večje vrednosti. Potreba po tovrstnih raziskavah nastane zaradi zahtev uradne medicine, da homeopatija dokaže svojo učinkovitost v primerjavi s placebom. Klinične študije o učinkovitosti

homeopatskih zdravil so bile zajete v dveh meta analizah, Kleijnen et al.1991 in Linde et al. 1997. Zadnja je bila objavljena v reviji Lancet. Tako v prvi kot v drugi so bile upoštevane le randomizirane slepe in dvojno slepe študije, ki so bile dovolj kakovostno izpeljane in obdelane, da so zadostile strogim kriterijem za uporabo rezultatov v meta analizah. Linde s sodelavci je v meta analizi obdelal 89 študij iz različnih področij medicine. Rezultati omenjene analize kažejo, da se kliničnih učinkov homeopatije ne da pripisati učinku placeba. Predvidevajo, da bo potrebno raziskovanje v homeopatiji še poglobiti in razširiti, predvsem bo potrebno načrtovati sistematično strategijo raziskav, ki bo zajela socialno-ekonomske vidike homeopatskega zdravljenja na večjih vzorcih prebivalstva.

Poleg zgoraj navedenih raziskav poteka v homeopatiji tudi in vitro študije (Boyd 1954 - cepitev molekul škroba, Bastide 1983/85 - imunološke študije), študije na rastlinah (Pelikan in Unger 1965, Jones in Jenkins 1981/83 vpliv na rast pšeničnih semen) in študije na živalih, ki so številne in zato zelo obetavne za zdravljenje večjih skupin prebivalstva - farmska vzreja.

Načeloma bi morale za znanstveno raziskovanje v homeopatiji veljati empirične študije preizkusov zdravil in predvsem natančno opazovanje bolnikov skozi skoraj dvesto let, kolikor časa se uporablja homeopatija kot terapevtska metoda. Znanje o terapiji, zdravilih in o uporabi le-teh v praksi, so rezultati empiričnih raziskav in ne nekakšne mistične teorije ali dogme, kar se homeopatiji tako rado očita. Brez navedenih empiričnih raziskav homeopatije nebi bilo. Rezultati teh raziskav so podlaga za uporabo homeopatskih zdravil in temelj za uporabo homeopatije v praksi. ■

Literatura:

1. A strategy for research in homeopathy; ECH* 2nd edition, 2003
2. Forschung in der homöopathie, Grundlagen, Problematik und Ergebnisse; Marco Righetti, 1988 Ulrich Burgdorf Verlag
3. Ultra high dilution - physiology and physics; Ed. by P.C. Endler and J. Schulte; 1994 Kluwer Academic Publishers
4. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials; K.Linde et al; Lancet vol.350, September 1997
5. The faces of homeopathy; Julian Winston; Great Auk Publishing 1999

ECH*: Evropski komite za homeopatijo, <http://www.homeopathyeurope.org>

Dve združenji ginekologov in porodničarjev v Sloveniji?

Marko Kolenc

Smo na poti v absurdno stanje, da bi slovenski ginekologi, kljub relativni malostevilnosti, imeli dve strokovni organizaciji. Vse kaže na to, da so k ustanavljanju druge strokovne organizacije ginekologov, ob že obstoječi, pripeljale osebne ambicije posameznikov ali določenih skupin, ki niso bile sposobne uskladiti ali izboljšati delovanje še obstoječe strokovne asociacije slovenskih ginekologov.

Tako lahko preberemo v vabilu za tretji kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije med naštetimi sklicatelji v sklopu Začasnega odbora združenj ginekologov in porodničarjev Slovenije kar deset združenj s področja ginekologije, med njimi tudi Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije. Očitno gre za drugi, vzporedni tir urejanja našega strokovnega združevanja.

Pred dobrima dvema letoma so me poleg prim. Vladikoviča in doc. Lukanoviča zadolžili za oblikovanje statuta združenja ginekologov in porodničarjev Slovenije. Pripravili smo predlog, ki so ga malo kasneje (kdo?) modificirali, v določenih členih tudi na slabše (kontradikcije in napake). Ta statut naj bi bil kasneje sprejet 12. 9. 2000 in objavljen v skladu z Zakonom o društvih v Uradnem listu Slovenije 60/95.

Na začetke strokovnega združevanja ginekologov naletimo že v petdesetih letih prejšnjega stoletja v obliki Ginekološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva. Tako je ustanavljanje nove asociacije za lase privlečena, saj gre le za birokratske poteze v zvezi z zakonom o društvih iz leta 1995 (Ur. list št. 60). Tako je logično, da so ustanovitelji Našega združenja le ginekologi kot posamezniki, ne

pa veliko kasneje nastala združenja (9) s področja ginekologije, navedena v predlogu novega statuta. Te manjše strokovne skupine bi po logiki lahko bile le sekcije Združenja ali njena delovna telesa (22. člen Statuta), v kolikor niso vezana na druge medicinske stroke (UZ, perinatalna medicina, morebiti tudi senologija).

Izhod iz sedanjih nasprotij vidim v izredni skupščini obstoječega združenja, ki bi jo bilo potrebno sklicati v skladu z določili veljavnega Statuta in v primeru določitve omenjene skupščine za volitve novih organov, te demokratično tudi izvesti. Urediti bi morali statut, saj ima obstoječi, kot tudi predlog novega statuta, kar nekaj nesprejemljivih napak. Opstrukcije enih in drugih ne bi pripeljale nikamor, saj povzročile zastoj v strokovnem povezovanju slovenskih ginekologov. ■

ODMEVI

Ocena sedanjega stanja in smernice za razvoj slovenske ginekologije in porodništva, Isis 10/2003

Lojze Arko

Zanimanjem sem prebral sestavek v Izidi pod naslovom Ocena sedanjega stanja in smernice za razvoj slovenske ginekologije in porodništva. Priznati moram, da sem bil neprijetno presenečen, ko sem v modrem kvadratu na strani 52, pod naslovom Nekatera dejstva iz leta 1997 in 1998 prebral "brez porodov dvojčkov so bili na Ptuj in na Jesenicah več kot 200 dni zapored", zato sem naročil, da mi pripravijo statistične podatke za šest let nazaj in tekoče leto, ki vam jih v prilogi pošiljam. Iz statističnih podatkov je razvidno, da so se dejansko v letu 1997 rodili samo eni dvojčki, iz naslednjih let pa je razvidno, da se v naši porodnišnici rodi od šest do sedem dvojčkov letno in to tudi v letu 1998, ko se v omenjenem sestavku omenja, da ni bilo pri nas več kot dvesto dni zapored

rojenih dvojčkov. Kot zanimivost naj povem še to, da so se v mesecu decembru leta 2002 rodili celo trojčki.

Statistični podatki o rojstvih na porodnem oddelku za obdobje preteklih šest let

Leto 1997	
Število porodov	759
Dvojčki	en par
Carski rezi	54
Leto 1998	
Število porodov	777
Dvojčki	šest parov
Carski rezi	53
Leto 1999	
Število porodov	764
Dvojčki	šest parov
Carski rezi	69
Leto 2000	

Število porodov	764
Dvojčki	sedem parov
Carski rezi	69
Leto 2001	
Število porodov	784
Dvojčki	pet parov
Carski rezi	83
Leto 2002	
Število porodov	754
Dvojčki	sedem parov
Trojčki	en krat
Carski rezi	72
Leto 2003	
Od 1. 1. 2003 do 7. 10. 2003	
Število porodov	617
Dvojčki	šest parov
Carski rezi	70

Miloš Židanik, Zdenka Čebašek Travnik: Sindrom odvisnosti od alkohola

Priročnik za strokovnjake, ki se ukvarjajo z osebami z odvisnostjo in vse druge bralce, ki jih zanimajo posledice škodljivega uživanja alkohola.

Izdajatelj: Dispanzer za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor v sodelovanju s Psihiatrično kliniko Ljubljana, Maribor 2003, 104 strani.

Prebivalci Slovenije so že dolgo tega sprejeli alkohol za svojo tako rekoč "kulturno drogo". V skladu s tem jo uživajo v takih količinah in na tak način, da je nujno pričakovati visoko stopnjo zapletov v zvezi z njenim uživanjem. K tem zapletom sodi tudi zasvojenost z alkoholom. Uradno poimenovanje tega bolezenskega stanja je sindrom odvisnosti od alkohola, ki odseva tako na medicinski (nevrobiološki), vedenjski in psihosocialni ravni človekovega funkcioniranja.

Glede na številne telesne, duševne in socialne motnje, ki jim botruje zasvojenost z alkoholom, je realno pričakovati, da bodo prva vrata pomoči ljudem, ki jih pestijo opisane težave, odpirali strokovnjaki različnih profilov. Le-ti se, posebej če niso imeli možnosti za specializirano izobraževanje s področja odvisnosti, lahko upravičeno počutijo zbegane, saj narava te bolezni za učinkovito intervenco zahteva vsaj določeno mero interdisciplinarnega znanja. Največkrat so za pridobivanje takega znanja na voljo bolj ali manj kakovostno pripravljene priročniki v smislu poenostavljene informacije, ali v smislu zelo zahtevno zastavljena, pretežno subspecialistične strokovne literature. Relativno redko je zaslediti priročnik, ki korektno informira o sodobnem stanju vedenja o problemu zasvojenosti z alkoholom, ki je ravno prav obširen, tako da ne odvrne s pretirano razsežnostjo in je hkrati informacija zanimiva in razumljiva zainteresiranemu laičnemu bralcu (seveda bolj diferenciranemu). Prav to pa lahko trdimo za priročnik, ki je predmet aktualne recenzije.

Miloš Židanik je zelo zanimiv strokovnjak mlajše generacije, ki je po izobrazbi specialist psihiatrije in psihoterapevt, klinično delo z ljudmi, ki imajo težave zaradi uživanja alkohola, pa izvaja v Dispanzerju za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisno-

sti Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca v Mariboru. Dr. Zdenka Čebašek Travnik je specialistka psihiatrije, psihoterapevtka, družinska terapevtka iz ljubljanske Psihiatrične klinike ter nacionalna koordinatorica za področje škodljive rabe alkohola, ki je navkljub osebni mladostnosti že dolga leta vodilna slovenska strokovnjakinja

na področju preventive in zdravilne zasvojenosti z alkoholom oziroma škodljive rabe le-tega. Avtorja sta na zelo posrečen način prepletla svoje znanje na več ravneh in praktične izkušnje: njuno prepletanje odločujoče zaznamuje vsebino in sporočila priročnika, da prikaže kvalitetno interdisciplinarno informacijo, ki je nujna osnova za strokovnjake z različno osnovno izobrazbo (medicina, psihologija, socialno delo ...) in pristopi k bolniku s to boleznijo izrazito celostno. Vendarle menim, da je priročnik še posebej koristen za kolege zdravnike v "prvih bojnih vrstah", to je za področje splošne oziroma družinske medicine. Zakaj tako? Ravno zdravniki v tem kontekstu so namreč izpostavljeni velikim pričakovanjem po ustrezni, učinkoviti intervenciji, v svojem osnovnem študiju pa so bili redko ali bolj po naključju korektno opremljeni za psihosocialni tip intervence (ki ga je nujno treba poznati tudi ob medicinskih zapletih zaradi zasvojenosti z alkoholom). Avtorja sta k pisanju učbenika povabila tudi druge uveljavljene slovenske strokovnjake s tega področja, ki priročnik obogatijo s svojo informacijo o teoriji in kliničnih izkušnjah. Naj poudarim, da se te bolezni drži še polno kontraproduktivnih predsodkov, s katerimi priročnik opravi na več ravneh hkrati, s sodobnimi strokovnimi informacijami, s poudar-

janjem spoštljivega ne-moralizirajočega odnosa do pacientov s to boleznijo in z omejenim povabilom k sodelovanju še drugih strokovnjakov. Tako nam eksplicitno pokaže, da je ideja o le enem možnem in učinkovitem strokovnem pristopu k zdravljenju

zdavnej presežena in da sodobna stroka ugotavlja, da je potrebno za posameznika poiskati najbolj učinkovit in smiselni program glede na njegovo celotno situacijo. Prav posebej naj poudarim, da potencialni uporabniki pomoči pri zdravljenju zasvojenosti do sedaj niso imeli tako pregledne informacije o možnostih zdravljenja v Sloveniji - tako glede strukture in zahtevnosti programov, kot glede vsebinskih aspektov različnih terapevtskih modalitet.

Priročnik v začetku razmeji osnovne pojme (od škodljive rabe do sindroma odvisnosti od alkohola), opiše proces razvoja bolezni in njene posledice na več ravneh. Informira o posebnosti zapletov rabe alkohola pri posameznih skupinah prebivalstva, predstavi različne oblike zdravljenja odvisnosti skupaj z osnovnimi intervencijami kot so motivacijski intervju do bolj zahtevnih, in kar je še posebej privlačno, poda pregled različnih slovenskih institucij in njihovih programov za pomoč ljudem, ki imajo težave zaradi rabe alkohola. Pri tem ne pozabi na pomembne bližnje, v katerih tudi odseva bolezen zasvojenosti tako imenovanega identificiranega pacienta.

Posebej koristno za bodoče uporabnike je, da priročnik ponudi konkretno oporo manj izkušenim strokovnjakom, katera komunikacijska sporočila lahko uporabijo, da bodo hkrati učinkoviti in spoštljivi. Konkretni primeri komunikacije so dobra osno-



va za ustvarjalno razvijanje lastnih intervencij, ki pomagajo bolniku, slonijo na strokovnih izsledkih in končno "ležijo" tudi osebnosti in terapevtskemu stilu strokovnjaka, ki jih uporablja.

Priročnik je nova obogatitev kakovostnih

strokovnih informacij, ki jih na področju škodljive rabe in odvisnosti od alkohola tako potrebujemo v našem prostoru. Ne nazadnje je spodbudno to, da ideja o priročniku in izpeljava ne potekata zgolj iz enega centra, ampak prihaja pobuda tudi iz severovzhodnega

dela naše države, kjer so kolegi s svojim kakovostnim strokovnim delom v slovenskem merilu lahko po krivici premalo opaženi in cenjeni, miti o alkoholu pa močni.

Maja Rus Makovec

Erika Cvetko, Mija Meznarič Petruša: Anatomski atlas

Anatomski atlas - prerezi glave in vratu, avtoric Erike Cvetko in Mije Meznarič Petruša, izdala in založila Medicinska fakulteta v Ljubljani, 2003, oblikoval Blaž de Gleria, stiskal Gorenjski tisk, d. o. o.

Kot nevrolog sem vesel vsake slovenske knjige, ki se kompetentno pojavi na slovenski prizorišču nevroloških ved. Pričujoča knjiga me je navdušila v celostni podobi dopadljivega oblikovanja, odlične vsebine in zelo kakovostne izdelave. Kot navedeta avtorici, je delo namenjeno nadgradnji študentovega znanja, ki ga pridobi pri rednem študiju anatomije, še posebej za uporabo pri izbirnem pouku iz topografske anatomije. Delo prikazuje anatomijo glave in vratu v presečnih ravninah. Obsega petnajst prereзов glave v prečni ravnini, sedem prereзов glave v poševni ravnini, devet prečnih prereзов vratu, enajst prereзов glave in vratu v čelni ravnini in deset prereзов glave in vratu v sagitalni ravnini. To suhoparno naštevavanje ne zmore prikazati bogastva v naravni velikosti prikazanih anatomskih preparatov serijskih rezin predhodno fiksiranega kada-

vrskega materiala (debeline približno sedem milimetrov). Slike so bile napravljene z optičnim čitalnikom in vnosom v računalnik ter so povsem nativne. Na vsakem prikazanem prerezu je dodatno označeno posamezno še posebej pomembno področje, ki je povečano prikazano na sosednji strani. Vse slikovno gradivo je ustrezno označeno; uporabljena je aktualna terminologija. Višino oziroma raven prikazanega prereza nazorno ponazarja shema ob vsaki legendi posebej. Pri prebiranju knjige postane očitno, kako posamezna struktura dobro prestopi v našo zavest, saj je prikazana na različnih prerezih tako, da vidimo njihovo spodnjo in zgornjo ter sprednjo in zadnjo površino.

S tem bogastvom informacije je knjiga na prvi pogled relevantna ne zgolj za študente medicine in stomatologije, ampak tudi za zdravnike specialiste različnih strok, posebej za interpretacijo računalniško interpretiranih slik z modernimi nevroradiološkimi metodami.

Podobne knjige obstajajo v svetovnem slovstvu, vendar, kakor je opozoril tuji recenzent knjige profesor Carlson, le redke od teh prikažejo takšno bogastvo različnih presečnih ravnin.

Sedanjemu recenzentu sta se pri prebiranju knjige takoj pokazali še dve zelo "uporabni" vrednosti, ki bi marsikomu ostali skriti: prikaz laringealnih mišic in zunanjih očesnih mišic je elektromiografistu, usmerjenemu v te predele, lahko v veliko pomoč. Poleg te zelo posebne uporabnosti recenzij



ne dvomim, da bo atlas koristen kirurgom, ki operirajo na glavi in vratu. Prav na tem področju je, bolj kot na področju glave, očitno, da gre za kadavrski material starejših, saj so starostne spremembe zelo izrazite. Ob tem je povsem možno, da gre za "običajno" (v kolikor z zadrego uporabimo izraz "normalno") anatomijo v prikazani starosti (ki je knjiga natančno ne navaja) se ponuja pobuda, da bi prikaz v bodoče razširili na topografsko anatomijo otroka in mlajšega odraslega. Ponuja se tudi želja, da bi v bodoče knjigo razširili s RT in MR slikami v istih ravneh.

Avtoricama čestitam k odličnemu delu, prav tako tudi vsem drugim, ki so sodelovali pri nastanku knjige, na katero smo na ljubljanski Medicinski fakulteti lahko ponosni.

David B. Vodušek



Somrak bogov v Torontu

Matjaž Rode

Kar nekaj je bilo razlogov, da sva s soprogo avgusta letos obiskala kanadski Toronto. Nekaj časa sva posvetila tudi zobozdravstvu. Obiskala sva priznano zasebno zobozdravnico v centru mesta, si ogledala prostore in se pogovarjala o načinu dela kanadskih zobozdravnikov. Ordinajski prostori so sicer sodobno opremljeni, vendar se ne morejo primerjati z opremo mnogih slovenskih zobozdravniških ordinacij. Ob pregledu prostorov, kjer kirurgi opravljajo ambulantne kirurške posege, mi je takoj prišlo na misel, da take operacijske ordinacije pri nas ne bi bilo mogoče spraviti skozi sanitarno-inšpekcijski pregled. Ukrep za preprečevanje prenosa infekcije, kljub SARS-u, ki je bil še ne tako daleč nazaj resen problem Toronta, niso tako natančni in temeljiti kot so pri nas. Tudi vse ostalo je na ravni poprečne slovenske zasebne zobozdravniške ordinacije. Cene so precej različne in to v prid kanadskim kolegom! Tisti Torontčan, ki "nekaj da nase", hodi k zobozdravniku, ki ne dela s pogodbo z zavarovalnico, če pa že, mora biti zavarovalnica za-

sebna.

Samo mesto Toronto me je očaralo in obiski nekaterih predelov Ontaria so bili zelo zanimivi.

V Evropo sva nameravala poleteti v četrtek, 14. avgusta, popoldne. Stanovala sva pri bratrancu moje soproge. On naju je z avtomobilom odpeljal proti letališču, ki je oddaljeno okoli pol ure vožnje. Ravno ko smo odhajali, je zmanjkalo elektrike. Bratranec je omenil, da bo gotovo rešeno v nekaj minutah, saj imajo v Kanadi elektrike dovolj. Ob električnem mrku so se ugasili tudi semaforji. Promet proti letališču je postal v trenutku kaotičen. Na tisoče avtomobilov se je dobesedno prerivalo skozi velika križišča širokih avenij, prometne policije sploh ni bilo videti, na nekaterih križiščih so skušali pomagati civilni prostovoljci. Po eni uri "kaskaderske" vožnje smo se prebili do letališča, kjer nas je sprejela tema v vseh prostorih in na tisoče potnikov. Informacij ni bilo nobenih. Dvigala niso delovala, zato smo vsi nosili težke kovčke po ozkih stopnicah in v temi čakali na odrešilno luč, ki je ni bilo. V

čakalnicah je bila nepopisna gneča, preplah in velika zmeda. Nihče ni znal povedati, kaj se je zgodilo. Vsi domači poleti so bili odpovedani, nekaj evropskih, med njimi tudi najin, pa še ne. Odpovedalo je dobesedno vse: prenosni telefoni, običajni telefoni, radijski in televizijski program. Zaprte so bile vse restavracije, voda ni tekla, stranišča so bila takoj zamašena. Taksijev ni bilo mogoče dobiti in večina potnikov je plegla po tleh velikih letaliških čakalnic. Postavila sva se v vrsto, da potrdiva let in dobiva vozovnice. Po eni uri čakanja sva dobila vozovnici in oddala prtljago. Potem sva se postavila v več stometrsko vrsto potnikov za osebni pregled. Ker ni bilo električnega toka tudi vse elektronske naprave niso delovale in pregled je bil povsem osebni in temu primerno počasen. Ko sva se približala pregledovalcem, se je na edinem delujočem ekranu z obvestili zableščal napis: "Vsi leti v Evropo odpovedani!!"

Na najino srečo je bratranec čakal na razplet. Imela sva dve možnosti ali se uvesti na tla letališke čakalnice in čakati ali oditi nazaj



Obisk pri zasebni zobozdravnici



Idilična kanadska pokrajina

v Toronto. Seveda smo sklenili, da se vrnemo "domov". Zadrega je bila, da sva že oddala kovček in nihče ni vedel, kaj bo z njim. Končno so nama povedali, da lahko kovček najdeva na povsem drugem koncu letališča, v glavnem skladišču. Ko smo se med tisočimi obupanimi potniki (nekateri so bili brez gotovine, saj avtomati niso delali!!), ki so žejni in lačni posedali na svoji prtljagi, prebili do skladišča, je bil prizor prav grotesken. Odpovedanih je bilo okoli trideset poletov in vsa prtljaga je brez vsakega reda in nadzora ležala zmetana po vseh kotih. Odneseš bi lahko toliko kovčkov, kolikor bi jih hotel! Izkazalo se je, da je dobro je imeti svoj kovček označen na prepoznaven način. Kmalu sem ga namreč zagledal in po mučnem prerivanju po ozkih

SPECIAL EDITION
TORONTO STAR
PARTLY CLOUDY, HIGH 20 • FRIDAY, AUGUST 15, 2001 • toronto.com
BLACKOUT
 Eves declares state of emergency and warns
 of rolling power outages for 'weeks to come'

Dramatično o električnem mrku v lokalnih medijih

stopnicah, ki so vodile do povsem temne garažne hiše, smo se odpeljali nazaj. Zanimivo je, da se je ob odhodu iz teme prikazal redar, ki je "mastno" zaračunal parkirnino! Mesto je bilo povsem v temi. Ustavila se je podzem-

na železnica, dvigala v nebotičnikih, mestni prevoz, bencinske črpalke. Voda ni tekla, ustavile so se klimatske naprave pri zunanjih temperaturah, ki so bile krepko čez 30°C. Ko smo se vrnili domov, smo našli nekaj sveč in v njihovem soju čakali na informacije. Precej ljudi je pomislilo na teroriste. Naslednja dva dni smo bili pogosto brez elektrike. Na televiziji in po radijskih valovih je bilo novic zelo malo. Časopisi niso izšli, skoraj vse trgovine so bile zaprte. Zamrzovalniki so pričeli odpovedovati in novinarji na radiu so opozarjali, da naj ljudje ne jedo nekaterih jedi, ki so se odtajale. Šele po nekaj dneh čakanja in mučnega poizvedovanja po informacijah, sva lahko odšla ponovno na letališče in nato brez težav v Evropo. ■

Kraljevina Lesotho

Janko Dolinar

Maja 2001 sem se udeležil svetovnega srečanja zdravnikov družinske medicine, WONCA. Teden dni sem prebil na kongresu v južnoafriškem mestu Durban. Mesto s polovico indijskega prebivalstva, okrog 800.000, leži na vzhodu Južnoafriške republike, na obali Indijskega oceana, v deželi plemena Zulu, in ima eno najlepših plaž za vodno deskanje na svetu.

Po koristnem, a obenem napornem srečanju, smo se odpravili vsak po svoje. Bil sem odločen, da v preostalem prostem tednu skušam vsaj delno doživeti vsakodnevni utrip črne celine in se približati prebivalcem podeželja. 1300 km dolgo potovanje od Durban do Johannesburga je bilo prava pustolovščina. Po cesti, ki je z opozorili namenjena samo vozilom na štirikolesni pogon in mulam in pripelje na mejni prehod Sani Pass, na višino našega Triglava, se je izkazal VW golf izredno dobro. Ni potreboval nobene avtovleke ali celo vprege. Vozniki tengerskih vozil, ki so redno na tej poti, so se namreč kar vnaprej ponudili za pomoč. Za vsak slučaj so vozili zadaj. Niso verjeli, da bo



Iz predmestja Durban



Sončni vzhod iznad Indijskega oceana



Mejni prehod Južnoafriška republika - Lesotho



Družina na 3000 metrih nadmorske višine

tak avto zmoget na prvi pogled res nemogočo pot. Kar nekaj potokov brez mostov je bilo potrebno prečkati in s poti umakniti precej skal.

Čez omenjeni mejni prehod pridemo v vzhodni del ene najrevnejših držav na svetu, kraljevino Lesotho. Država leži znotraj Južnoafriške republike, v notranjosti južnega dela afriške celine. Dva milijona prebivalcev živi na površini veliki za Slovenijo in pol. Večina je črne rase, po veri pa skoraj polovica katoličanov. Cela država leži na visoki nadmorski višini, saj najnižja točka Lesota znaša nad 1000 m nadmorske višine in je tako višja kot v katerikoli drugi državi. Tri četrtine dežele obsega slikovit gorski svet z

najvišjim vrhom Thabana Ntlenyana, ki doseže 3482 m in je hkrati najvišja gora v tem delu Afrike, južno od Kilimanjara. Gorovje je del znamenitega Drakensberga ali Zmajevih gora, ki zajemajo vzhodni del države. Zanimivost, za katero sem na srečo izvedel šele kasneje, je, da v nekatere toplejše predele Lesotha zaide zelo strupena kača, zelena mamba. Glavne ceste so sicer asfaltirane, vendar na gosto posute s kraterji, ki naj bi jih napravile strele. Pripeljemo se lahko do višine 3255 m, do neizkoriščenih nahajališč diamantov (časa za kopanje po pesku žal ni bilo) in povirja reke Oranje, največje reke na jugu črne celine. Leta 1998 so odprli projekt, ki Južnoafriško republiko preskrbuje s

pitno vodo iz Oranja. Pred začetkom zime na južni polobli je mogoče opazovati pusto, a zanimivo pokrajino, ki je delno pokrita z ledom in snegom. Podnebje je celinsko, z velikimi dnevnimi temperaturnimi nihanjem. Zjutraj je bilo potrebno z avtomobila postrgati led, čez dan pa so zadoščale kratke hlače in kratki rokavi. Največ padavin je v gorah v deževni dobi, od oktobra do aprila. V smučarskem središču Oxbow v času mojega potovanja, v pozni jeseni, še ni bilo snega. Mestece je bilo takrat bolj zbirališče motoristov kot smučarjev. Od tamkajšnjega delavca je bilo slučajno možno odkupiti vseh dvajset litrov bencina, ki bi mi ga zaradi zelo redkih črpalk in nepazljivosti skorajda zmanjkalo.



Smrtno nevaren škorpion



Žirafa v soočenju z avtomobilom v Krugerjevem narodnem parku (JAR)



Domačina v nedeljski opravi

Lesotho je kraljevina, a živi v veliki revščini. Kljub brezplačni južnoafriški pomoči s traktorji in drugo kmetijsko mehanizacijo, ki bi omogočala poenostavljeno obdelovanje zemlje, traktorji samevajo na skupnem parkirišču, ljudje še naprej v večini pasejo ovce. Živijo v značilnih okroglih kočah, ki so uporabne namesto cerkve, kot je bilo mogoče videti tisto nedeljo. Katoliška maša je bila nekaj posebnega, prava afriška, s plesom in bobni. Domačine, ki se oblečeni v tople pisane obleke brezhibno vključujejo v okolico, ni težko pridobiti za pogovor. Čeprav v potovalnih priročnikih svarijo pred pretirano domačnostjo, se ni zgodilo nič strašno nepredvidljivega. Težko je verjeti, dokler ne izkusiš. K sreči ali nesreči so bile grenke izkušnje takrat verjetno namenjene kakemu drugemu turistu.

Visokogorske ceste Lesotha so ostale neke zadaj. Na obzorju in vse bližje se je spet prikazovala meja nekdanje dežele apartheida. ■

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

Zdravniška zbornica Slovenije objavlja seznam zdravnikov, ki so opravili program sekundarijata

Alenka Antolinc, dr. med.,
končala: 31. 7. 2003,
izpit opravila s pohvalo

Miha Čerček, dr. med.,
končal: 31. 7. 2003,
izpit opravil

Edvard Đukić, dr. med.,
končal: 30. 9. 2003,
izpit opravil

Metka Koren, dr. med.,
končala: 31. 7. 2003,
izpit opravila s pohvalo

Uroš Lampič, dr. med.,
končal: 31. 8. 2003,
izpit opravil s pohvalo

Jožef Magdič, dr. med.,
končal: 31. 7. 2003,
izpit opravil s pohvalo

Meta Penko, dr. med.,
končala: 30. 9. 2003,
izpit opravila s pohvalo

Andreja Pušnik, dr. med.,
končala: 31. 8. 2003,
izpit opravila s pohvalo

Rok Stopar, dr. med.,
končal: 31. 7. 2003,
izpit opravil s pohvalo

Mateja Špindler, dr. med.,
končala: 30. 9. 2003,
izpit opravila s pohvalo

Jana Vadnjal, dr. med.,
končala: 30. 9. 2003,
izpit opravila s pohvalo

Janez Vodiškar, dr. med.,
končal: 31. 1. 2003,
izpit opravil

Marija Volk, dr. med.,
končala: 30. 9. 2003,
izpit opravila

Errata corrige

V reviji Isis št. 10/2003 na strani 146 nam jo je zagodel tiskarski škrat, ki je vse imenovane predstojnike preimenoval v vodje, ter nekaterim dodal napačne specializacije. Zato v celoti ponatiskujemo imenovanja v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec. Vsem prizadetim se vljudno opravičujemo in prosimo za razumevanje.

Uredništvo

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec - nova imenovanja

Vladimir Topler, dr. med.,
specialist splošne kirurgije, direktor

Marko Zupančič, dr. med.,
specialist urolog, strokovni direktor

Prim. mag. **Viktorija Rus Vaupot**, dr. med., specialistka anesteziologinja, predstojnica oddelka za anesteziologijo in intenzivno medicino

Zdenka Lužnik, dr. med.,
specialistka pediatrija, predstojnica oddelka za pediatrijo

Davorin Benko, dr. med.,
specialist internist, predstojnik oddelka za interno medicino

Mag. Frenk Krištofelc, dr. med.,
specialist ginekolog-porodničar, predstojnik oddelka za ginekologijo in porodništvo

Prim. mag. **Mihael Zajec**, dr. med., dr. dent. med., specialist splošne kirurgije, predstojnik oddelka za abdominalno in splošno kirurgijo

Prim. **Nado Vodopija**, dr. med.,
specialist urolog, predstojnik oddelka za urologijo

Ivan Ocepek, dr. med.,
specialist splošne kirurgije, vršilec dolžnosti predstojnika oddelka za travmatologijo in ortopedijo

Splošna bolnišnica Jesenice - nova imenovanja

Igor Horvat, univ. dipl. inž. stroj.,
direktor

Prim. **Tone Lah**, dr. med.,
specialist splošne kirurgije,
predstojnik kirurškega oddelka

Prim. **Jernej Markež**, dr. med.,
specialist internist,
predstojnik internega oddelka

Drago Sredanovič, dr. med.,
specialist ginekolog-porodničar,
predstojnik gienkološko-porodniškega oddelka

Milena Vrečko Tolar, dr. med.,
specialistka pediatrija,
predstojnica pediatričnega oddelka

Marija Može Kovačič, dr. med.,
specialistka rentgenologinja,
predstojnica radiološkega oddelka

Vladislav Jurekovič, dr. med.,
specialist anesteziologije in reanimatologije, predstojnik anesteziološko-reanimacijskega oddelka

Mag. Ivica Avberšek Lužnik,
mag. farm. spec,
vodja laboratorija

Helena Vidmar, mag. farm. spec.,
vodja lekarne

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)

☐ kot udeleženec

☐ na praktičnem usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve

☐ da ☐ ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal/a

☐ s položnico ☐ ob registraciji

Datum

Podpis

Datum Pričetek Kraj

Tema

Število
kandidatov

Vsebina

NOVEMBER 2003

4.	14.00	Ljubljana, Zavod za zdravstveno varstvo	POTOVALNA MEDICINA	100-120	strokovno srečanje za zdravnike splošne in družinske medicine
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.	14.00	Logarska dolina, hotel Plesnik	SPOROČANJE SLABE NOVICE	***	strokovno srečanje in učna delavnica
7.–8.	16.00	Maribor, hotel Habakuk	DERMATOLOŠKI DNEVI	100	simpozij za vse zdravnike
10.–11.	8.30	Maribor, hotel Habakuk	XXV. ALPE ADRIA MEETING OR PERNITAL MEDECINE	***	congress
10.–14.	8.00	Maribor, Splošna bolnišnica Maribor	EMBRIONALNA IN FETALNA ANATOMIJA	6	učna delavnica za ehologe, ki obvladajo osnove ultrazvočne diagnostike
13.–14.	***	Kranj, velika dvorana Mestne občine Kranj	6. PINTARJEVI DNEVI	***	strokovno srečanje
13.–15.	8.30	Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS	ZGODNJE POKLIČNO SVETOVANJE NA OSNOVI SPOZNANJ PSIHOFIZIČNIH LASTNOSTI OTROK IN ZAHTEV TRGA DELA	30	strokovno izobraževanje
14.–15.	***	Portorož, Hotel Metropol	REDNO LETNO SREČANJE SEKCIJE ZA PREVENTIVNO MEDICINO	neomejeno	strokovno srečanje
14.–15.	9.00	Zdravilišče Debeli rtič	ŠOLA PEDIATRIČNE ALERGOLOGIJE IN KLINIČNE IMUNOLOGIJE (I. DEL)	je omejeno	strokovno srečanje
14.–15.	15.00	Lipica, hotel Maestoso	VARNO LETO V PROMETU – 2004	ni omejeno	strokovno izobraževanje za zdravnike specialiste MDPŠ

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS, prim. dr. Alenka Kraigher, dr. med.	Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, Zaloška c. 29, 1000 Ljubljana, s pripisom "prijava za strokovno srečanje Potovalna medicina", tel.: 01 58 63 946, e-pošta: anja.potocnik@zzv-lj.si	kotizacije ni	***	v postopku	W: www.zzv-lj.si
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	glej rumene	***	8.5	Isis 10/2003;
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 8-9/2003
Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana	ga. Barbara Ravnik, Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana, Vegova 8, 1000 Ljubljana, GSM: 031 632 168, e-pošta: barbara.ravnik@mail.ljudmila.org	29.000,00 SIT (DDV ni vključen)	03171-1085403050	***	Isis 10/2003
Oddelek za kožne in spolne bolezni SB Maribor, Združenje dermatologov, Zdravniško društvo Maribor, prim. mag. Jovan Miljković	informacije: Pij 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	v postopku	Isis 11/2003
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	Nataša Petkovšek, University Medical Centre, Department of Pbsteristics and Gyneology, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, tel.: +386 1 52 26 013, faks: +386 1 52 26 130, e-pošta: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si	***	***	v postopku	Isis 10/2003
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	v postopku	Isis 7/2003
Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, Inštitut za zgodovino medicine MF Ljubljana	prim. mag. Mario Kocijančič, dr. med., tel.: 04 20 24 101, prim. Franc Štolfa, dr. dent. med., tel.: 03 54 42 536, doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., tel.: 01 23 17 559, e-pošta: zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si	***	***	v postopku	Isis 11/2003
Inštitut za varovanje zdravja RS	ga. Urša Krizaj, Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 24 41 535, faks: 01 24 41 447, e-pošta: ursa.krizaj@ivz-rs.si	48.000,00 SIT	01100-6030926242 sklic na št. 651	v postopku	www.ivz-rs.si
Sekcija za preventivno medicino SZD, prim. Metka Macarol Hiti, dr. med.	ga. Valerija Maranče, Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 24 41 410, faks: 01 24 41 471, e-pošta: valerija.marance@ivz-rs.si	kotizacije ni	***	***	***
Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Služba za alergologijo in revmatske bolezni	ga. Mihaela Jurcec, SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 224, e-pošta: mihaela.jurcec@kclj.si	58.800,00 SIT (DDV je vključen)	01100-6030708380 sklic na št. 230-611	v postopku	Isis 11/2003
Združenje medicine dela, prometa in športa, mag. Stanislav Pušnik, dr. med.	***	30.000,00 SIT	***	v postopku	Isis 11/2003

Datum Pričetek Kraj

Tema

Število
kandidatov

Vsečina

NOVEMBER 2003

14.–16.	8.30	Maribor, Splošna bolnišnica Maribor	CYRIAXOVA ORTOPEDSKA MEDICINA – KOLENO	20	učna delavnica za specialiste fiziatre in ortopede
15.	9.00	Ljubljana, dvorana Krke	11. OBČNI ZBOR	***	občni zbor za člane Združenja, zasebne zdravnike in zobozdravnike
17.–22.	17.00	Ljubljana, Fakulteta za šport	MEDNARODNA ŠOLA AKOPUNKTURE ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE	20	specialna znanja
20.–22.	***	Kranjska Gora, hotel Lek	OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME, POUK BOLNIKA Z ASTMO, VODENJE BOLNIKA S KOPB	20	učna delavnica za zdravnike splošne prakse, specialiste drugih strok, specializante in sekundarije
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.	14.00	Ljubljana, dvorana Krke	CELOSTNA REHABILITACIJSKA OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV Z REVMAJSKIMI BOLEZNIMI	***	strokovni sestanek
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
21.–22.	9.00	Ljubljana, Klinični center	KRITIČNO BOLAN IN POŠKODOVAN OTROK	65	strokovno srečanje
21.–22.	14.00	Brdo pri Kranju, hotel Kokra	PERITONEALNA DIALIZA 2003	ni omejeno	posvetovanje ob 20-letnici peritonealne dialize (CAPD) v Sloveniji, namenjeno zdravnikom in medicinskim sestram
22.	9.00	Maribor, športna Dvorana Leona Štuklja	4. DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV V KOŠARKI – 23. MEMORIAL TOMA KRASNOVA	***	športno srečanje
27.	16.00	Ljubljana, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	SIMPOZIJ O GASTROEZOFAGEALNI REFLUKSNI BOLEZNI	ni omejeno	simpozij za zdravnike in farmacevte
27.–29.	***	Portorož, Hoteli Morje	12. KARDIOLOŠKI DNEVI	***	simpozij

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD, prim. doc. dr. Zmago Turk, dr. med.	mag. Jesenšek Papež Breda, dr. med., Dragan Lonžarič, dr. med, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 11 553, faks: 02 32 11 676, e-pošta: med.reh@sb-mb.si ali dragan.lonzaric@sb-mb.si	70.000,00 SIT	04515-0000124280	19.5	Isis 10/2003
Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije	Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, tel.: 01 433 85 35, E: zdruzenje.zzzs@s5.net	***	***	***	Isis 11/2003
Fakulteta za šport, Inštitut športa, Katedra medicine športa, mag. Edvin Dervišević, dr. med.	g. Miha Kühner, Fakulteta za šport, Gortanova 22, 1000 Ljubljana, tel.: 01 52 07 751	220.000,00 SIT	***	***	Isis 10/2003
Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo – Bolnišnica Golnik	ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik, 4204 Golnik, tel.: 04 25 69 111, faks: 04 25 69 117, e-pošta: irena.dolhar@klinika-golnik.si	80.000,00 SIT	***	v postopku	Isis 10/2003
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	***	8	Isis 11/2003
Združenje za pediatrijo SZD, Inštitut RS za rehabilitacijo	ga. Alenka Lipovec, SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 221, e-pošta: alenka.lipovec@kclj.si	***	***	***	Isis 10/2003
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., vodje: asist. Ksenija Tušek Bunc, asist. Gordana Živčec Kalan, Irena Vatovec Progar, 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	35.000,00 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	16.5	Isis 10/2003
Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana	doc. dr. Janez Primožič, dr. med., ga. Karmen Boh, Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 23 349, 52 23 430, e-pošta: karmen.boh@kclj.si	42.000,00 SIT (DDV je vključen)	01100-6030277894, sklic na št. 299 30 32, s pripisom "kritično bolan otrok"	***	Isis 11/2003
SZD – Slovensko nefrološko društvo, Center za peritonealno dializo, KO za nefrologijo, KC Ljubljana	ga. Mida Kandus, KO za nefrologijo, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 522 31 21, faks: 01 52 22 282, E: andrej.gucek@kclj.si	kotizacije ni	***	***	Isis 11/2003
Slovensko zdravniško športno društvo Medicus	Ivan Žebeljan, dr. med., tel.: 041 540 010, e-pošta: baco73@emali.si	20.000,00 SIT	02014-0089618943 sklic na št. 8888, s pripisom "za Memorial Toma Krasnova"	***	Isis 10/2003
Ljubljansko gastroenterološko društvo PRO GASTRO, Matjaž Koželj, dr. med., Andrej Gruden, dr. med.	Matjaž Koželj, dr. med., Andrej Gruden, dr. med., tel.: 01 52 22 639, Kongres d. o. o., Cesta Dolomitskega odreda 44, 1000 Ljubljana, faks: 01 43 34 190	8.000,00 SIT	02053-0012745211 sklic na št. 00-112-2003	***	Isis 10/2003
Združenje kardiologov Slovenije	ga. Saša Radelj, Združenje kardiologov Slovenije, KC Ljubljana, Klinika za kardiologijo, Zaloška 7/VII, 1000 Ljubljana, tel.: 01 52 22 934, faks: 01 52 24 599, e-pošta: sasa.radelj@kclj.si	***	***	***	Isis 10/2003

Datum Pričetek Kraj

Tema

Število
kandidatov

Vsebina

NOVEMBER 2003

28.	11.00	Maribor, Kongresni center Habakuk	STROKOVNI SIMPOZIJ Z MEDNARODNO UDELEŽBO OB 60. OBLETNICI ODDELKA ZA OČESNE BOLEZNI SB MARIBOR	ni omejeno	simpozij z mednarodno udeležbo za oftalmologe in ostale zdravnike
28.	9.00	Ljubljana, Grand hotel Union	DENTAL PROGRESS 2003	***	strokovno srečanje
28.–29.	12.00	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	XVII. PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE: SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2	30	strokovno srečanje
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.	9.00	Zdravilišče Debeli rtič	ŠOLA PEDIATRIČNE ALERGOLOGIJE IN KLINIČNE IMUNOLOGIJE (II. DEL)	je omejeno	strokovno srečanje
28.–29.	***	Kranjska Gora, hotel Lek	XIV. STROKOVNI SESTANEK SLOVENSKEGA NEFROLOŠKEGA DRUŠTVA	***	strokovni sestane za vse zdravnike, ki jih zanima področje nefrologije, dialize in transplantacije, interniste in splošne zdravnike
29.	9.00	Ljubljana, Unionska dvorana	5. STROKOVNI SEMINAR ZDRUŽENJA ZA MAKSILOFACIALNO IN ORALNO KIRURGIJO SLOVENIJE: OBRAVNAVA PATOLOŠKIH SPREMENB NA SLUZNICAH USTNE VOTLINE	500	strokovno srečanje za zobozdravnike in zdravnike
29.	9.00	Laško, kongresna dvorana Zdravilišča Laško	ZLOMI KOLKA – ZDRAVLJENJE IN REHABILITACIJA	ni omejeno	strokovni sestane za vse člane rehabilitacijskih skupin, fiziatre, kirurge, družinske zdravnike, sekundarije, študente medicine

DECEMBER 2003

4.–5.	***	Ljubljana, velika predavalnica Medicinske fakultete, Korytkova 2	XIII. SPOMINSKO SREČANJE AKADEMIKA JANEZA MILČINSKEGA IN XXXIV. MEMORIALNI SESTANEK PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA	ni omejeno	strokovno srečanje za vse zdravnike, pravnike, policiste in tiste, ki se posebej ukvarjajo s človekom in morajo pri tem spoštovati profesionalne etične norme
4.–7.	15.00	Novo mesto, hotel Krka	ŠOLA INTENZIVNE MEDICINE, TRETJI LETNIK	40	strokovno izobraževanje za zdravnike, ki delajo na oddelkih intenzivne terapije
6.	9.30	Kranjska Gora, hotel Lek	VEČ ZNANJA O RAKU, MANJ SMRTI	***	strokovni seminar za vse, ki jih to področje zanima, predvsem zdravnike in medicinske sestre iz gorenjske regije

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Oddelek za očne bolezni Splošne bolnišnice Maribor, doc. dr. Dušica Pahor, dr. med.	ga. Majda Jurkovič, Tajništvo oddelka za očne bolezni, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 11 630, faks: 02 33 12 393	kotizacije ni	***	***	Isis 11/2003
Stomatološka sekcija SZD	Stomatološka sekcija SZD, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, tel.: 01 434 25 82	***	***	***	Isis 11/2003
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 10/2003
SZD – Slovensko nefrološko društvo	prim. doc. dr. Marko Malovrh, dr. med., Center za hemodializo Leonišče, Zaloška 13, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 460, faks: 01 52 22 460, e-pošta: marko.malovrh@mf.uni-lj.si	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, http://www.drmed.org/povabilo/	35.000,00 SIT	02045-0253583120	v postopku	Isis 11/2003
Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Služba za alergologijo in revmatske bolezni	ga. Mihaela Jurcec, SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 29 224, e-pošta: mihaela.jurcec@kclj.si	58.800,00 SIT (DDV je vključen)	01100-6030708380 sklic na št. 230-6	v postopku	Isis 11/2003
SZD Slovensko nefrološko društvo	prim. doc. dr. Marko Malovrh, dr. med., Center za hemodializo, Leonišče KON, KC Ljubljana, Zaloška 13, 1525 Ljubljana, tel.: 01 522 24 60, faks: 01 522 24 60, E: marko.malovrh@kclj.si	kotizacije ni	***	***	Isis 11/2003
Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, asist. mag. Andrej A. Kansky, dr. dent. med.	ga. Milena Žajdela, Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, tel.: 041 573 791, E: maxfac.oral@kclj.si	36.000,00 SIT (DDV je vključen) do 9. 11. 2003, potem 39.000,00 SIT (DDV je vključen)	02014-0087754603	***	Isis 11/2003
Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD v sodelovanju z Zdraviliščem Laško, prim. asist. Hermina Damjan, dr. med.	asist. mag. Klemen Grabljevec, tajnik ZFRM, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: klemen.grabljevec@mail.ir-rs.si, člani ZFRM in študentje so oproščeni plačila kotizacije	15.000,00 SIT (DDV je vključen),	***	***	W: www.zfrm.szd.si
Inštitut za sodno medicino MF, Slovenska akademija znanosti in umetnosti	prof. dr. Jože Balažic, dr. med., Inštitut za sodno medicino, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 54 37 200, 54 37 201, faks: 01 52 43 864, e-pošta: joze.balazic@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	***	***	Isis 10/2003
Slovensko združenje za intenzivno medicino, dr. Andrej Pernat, dr. med.	ga. Lidija Grčar, KO za intenzivno interno medicino, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 522 48 36, faks: 01 522 22 96	55.000,00 SIT	***	***	Isis 11/2003
Gorenjsko društvo za boj proti raku, Zveza slovenskih društev za boj proti raku	ga. Tanja Torkar, Gorenjsko društvo za boj proti raku, Gosposvetska 12, 4000 Kranj, tel.: 04 20 17 196., E: tanja.torkar@zzv-kr.si	5.000,00 SIT	05100-8010553107	***	Isis 11/2003

Datum Pričetek Kraj**Tema****Število
kandidatov****Vsebina****DECEMBER 2003**

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
12.–13.	15.00	Portorož, Hoteli Morje	LETNA KONFERENCA ZDRUŽENJA PNEVMOLOGOV SLOVENIJE	***	strokovno srečanje
19.	***	Ljubljana, predavalnica v IV. nad. IRSR	DODAJMO ŽIVLJENJE LETOM ALI KAKO OSTATI DEJAVEN V POZNI STAROSTI	ni omejeno	učna delavnica za vse zdravnike, fizioterapevte, delovne terapevte in vse strokovnjake, ki se ukvarjajo s starostniki

JANUAR 2004

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
---------	------	--	--	----	--

FEBRUAR 2004

6.	9.00	Ljubljana, Psihiatrična klinika	VARNO PREDPISOVANJE IN UŽIVANJE ZDRAVIL, KI LAHKO POVZROČAJO ZASVOJENOST (II)	***	5. slovenska konferenca o medicini odvisnosti
----	------	---------------------------------	---	-----	---

MAREC 2004

5.–6.	9.00	Ljubljana, Cankarjev dom	7. SCHROTTTOVI DNEVI: NOVOSTI V ZDRAVLJENJU	250	strokovno izobraževanje za zdravnike
12.–13.	9.15	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2004	do 200	simpozij za splošne zdravnike, zdravnike specialiste splošne medicine, infektologe, pediatre, interniste, mikrobiologe in farmacevte
17.–19.	14.00	Ljubljana, predavalnica nove stavbe Psihiatrična klinika	SHIZOFRENIJA V.	***	simpozij z mednarodno udeležbo za psihiatre, specializantom psihatrije, psihologom, članom psihiatričnih skupin
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
26.–27.	8.30	Ljubljana, predavalnica v 4. nad., Inštitut RS za rehabilitacijo	15. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: NOVOSTI V REHABILITACIJI PO MOŽGANSKI KAPI	ni omejeno	strokovno srečanje za vse zdravnike in ostale zdravstvene delavce

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., vodje: prim. asist. Mateja Bulc, asist. mag. Danica Rotar Pavlič, 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	35.000,00 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	12.5	Isis 10/2003
Združenje pneumologov Slovenije	prof. dr. Stanislav Šuškovič, KO za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik, Golnik 36, 4204 Golnik, E: stanislav.suskovic@klinika-golnik.si	***	***	***	Isis 11/2003
Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Gerontološko društvo Slovenije	informacije: prim. asist. Hermina Damjan, E: hermina.damjan@mail.ir-rs.si, prim. Tatjana Erjavec, E: tatjana.erjavec@mail.ir-rs.si, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, prijave: ga. Milenka Koselj, Gerontološko društvo Slovenije, Teslova 17, 1000 Ljubljana, E: gds@siol.net	12.000,00 SIT (DDV je vključen), za člane ZFRM in GDS kotizacije ni	***	***	W: www.zfrm.szd.si
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., vodje: prof. dr. Igor Švab, asist. Dean Klančič, Davorina Petek, dr. med., asist. mag. Marija Petek Šter	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: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000,00 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	14.5	***
Psihiatrična klinika Ljubljana, Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola	ga. Alenka Vajda, Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola, Psihiatrična klinika Ljubljana, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 300 34 60, 300 34 50, faks: 01 300 34 57, E: maja.rus-makovec@guest.arnes.si	15.000,00 SIT	01100-6030277991 sklic na št. 299386, s pripisom "za 5. konferenco medicinske odvisnosti"	***	Isis 11/2003
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: kdrmed@mf.uni-lj.si	40.000,00 SIT	***	***	***
Sekcija za kemoterapijo SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Milan Čizman, dr. med., prof. dr. Franc Strle, dr. med.	ga. Andreja Sorman, ga. Simona Rojs, Tajništvo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, tel.: 01 522 21 10, faks: 01 522 24 56	19.000,00 SIT (DDV je vključen)	***	***	Isis 11/2003
Psihiatrična klinika Ljubljana	asist. mag. Urban Groleger, dr. med., ga. Nina Osrečnik, tel.: 01 58 72 100, faks: 01 52 94 111, E: urban.groleger@psih-klinika.si	30.000,00 SIT	01100-6030277991	***	***
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: marko.malovrh@mf.uni-lj.si	30.000,00 SIT	TRR: 02222–0015918588, sklic na št. 21900	***	***
Inštitut RS za rehabilitacijo, asist. dr. Nika Goljar, dr. med., prof. dr. Martin Štefančič, dr. med.	asist. dr. Nika Goljar, dr. med., ga. Vesna Fabič, Inštitut za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, tel.: 01 475 83 51, 475, 82 53, faks: 01 437 20 70	35.000,00 SIT (DDV je vključen)	0100-6030278088	***	***

Datum Pričetek Kraj**Tema****Število
kandidatov****Vsebina****APRIL 2004**

2.–3.	***	Bled, Festivalna dvorana	13. SLOVENSKI PARODONTOLOŠKI DNEVI	ni omejeno	strokovno srečanje za vse zobozdravstvene delavce – častni predavatelj: prof. dr. Jan Linde, Švedska
15.–17.	13.00	Kranjska Gora, hotel Kompas	4. SPOMINSKO SREČANJE JANIJA KOKALJA, DR. MED.	200	strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, patronažne sestre, spremljevalce in šoferje reševalnih vozil
16.–17.	9.00	Maribor, hotel Habakuk	XIV. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU	ni omejeno	strokovno srečanje za pediatre, šolske zdravnike, družinske zdravnike, medicinske sestre in ostale
17.	13.00	Murska Sobota, Mestni park	IV. PREKMURSKI ZDRAVNIŠKI TEK	ni omejeno	tek za zdravnike, zobozdravnike, zdravstvene sodelavce in udeležence izven kategorije

MAJ 2004

13.–15.	8.30	Maribor, Splošna bolnišnica Maribor	NUTRITION – SCIENTIFIC BASIS, NUTRITIONAL STRATEGIES, NUTRITION AND DISEASE	***	podiplomski klinični seminar "IPOKRATES" za neonatologe, intenziviste, gastroenterologe
27.–29.	9.00	Otočec, Hotel Šport	4. KONGRES OTORINOLARINGOLOGOV SLOVENIJE	ni omejeno	slovenski kongres z mednarodno udeležbo za otorinolaringologe, kirurge, radioterapevte, dermatologe in pediatre
27.–29.	***	Lucija, Portorož, Hotel Marita	IPOKRATES SEMINAR	55	podiplomski seminar pediatrom, nevrologom, otroškim nevrologom in razvojnim pediatrom
28.–29.	8.00	Ljubljana, poslovna stavba Givo (bivši Smelt)	30. SREČANJE DELOVNIH SKUPIN V OSNOVNEM ZDRAVSTVU: IZBRANI ZDRAVNIK IN AMBULANTO VODENJE BOLNIKA	200	strokovno izobraževanje za zdravnike

JUNIJ 2004

4.–5.	9.00	Ptuj, Grad Ptuj	4. ORMOŠKO SREČANJE: NEDOKONČANA ZGODBA – MOTNJE OSEBNOSTI 2	80	simpozij za psihiatre, psihoterapevte in ostale, ki delajo na tem področju
-------	------	-----------------	--	----	--

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo SZD, prof. dr. Uroš Skalerič, dr. dent. med.	ga. Majda Zidanski, Albatros Bled, Ribenska 2, 4260 Bled, tel.: 04 578 03 50, faks: 04 578 03 55, E: albatros@albatros/bled.com	***	***	***	***
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: janko.kersnik@s5.net	30.000,00 SIT	***	***	***
Splošna bolnišnica Maribor, Zdravstveni dom Maribor, Združenje za pediatrijo, prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med.	Martin Bigec, dr. med., ga. Tatjana Maouko, ZD Maribor, VŽOM, Vošnjakova 4, 2000 Maribor, tel.: 02 228 63 56, ga. Jelka Rojko, Splošna bolnišnica Maribor, KO za pediatrijo, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 321 24 65, 321 21 10	35.000,00 SIT	***	***	***
Zdravniško društvo Pomurja, Slovensko zdravniško športno društvo Medicus, asist. mag. Mitja Lainščak, dr. med.	Vlasta Petric, dr. med., SB Murska Sobota, Dr. Vrtnjaka 6, 9000 Murska Sobota, mag. Alojz Horvat, dr. med., Leon Lans, dr. med., ZD Murska Sobota, http://www.sb-ms.si	1.000,00 SIT člani Medicusa, 2.000,00 SIT ostali	***	***	***
Ipokrates international in Ipokrates Slovenia, prim. dr. Silva Burja, dr. med., prof. dr. Georg Simbruner	prim. dr. Silva Burja, dr. med, Milena Treiber, dr. med., Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 453, faks: 02 33 12 393, e-pošta: silva.burja@quest.arnes.si	300 EUR	***	***	***
Združenje otorinolaringologov SZD, prof. dr. Miha Žargi, dr. med.	doc. dr. Irena Hočevar Boltežar, dr. med., Klinika za ORL in CFK, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 22 465, faks: 01 52 24 814, E: irena.hocevar@kclj.si	40.000,00 SIT do 15. 3. 2004, potem 45.000,00 SIT (DDV vključen)	po prijavi udeleženci dobijo račun	***	***
Medicinska fakulteta, tečajji otroške nevrologije	David Neubauer, Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 1000 Ljubljana, tel.: 015229273, faks: 015229357	350 EUR	Ipokrates, Mannheim, Nemčija, ustanova za otroško nevrologijo 02014-0017303503	***	***
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: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000,00 SIT	***	***	***
Psihiatrična bolnišnica Ormož, Milena Srpak, dipl. psih. spec.	ga. Rolanda Kovačec, Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ptujška c. 33, 2270 Ormož, tel.: 02 74 15 199, faks: 02 74 15 200, E: uprava.pbo@siol.net	člani ZPS do 15. 5. 2003 15.000,00 SIT, potem 20.000,00 SIT, ostali do 15. 5. 2003 20.000,00 SIT, potem 25.000,00 SIT	01100-6030278476	***	***

Datum Pričetek Kraj			Tema	Število kandidatov	Vsebina
JUNIJ 2004					
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
13.–17.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	8th CONGRESS OF EUROPEAN FEDERATION FOR RESEARCH IN REHABILITATION	ni omejeno	kongres za vse strokovnjake in zdravnike, ki delajo na področju rehabilitacije
AVGUST 2004					
22.–26.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	1. SVETOVNI KONGRES RAZVOJNE MEDICINE (http://www.iskratel.si/dev-medicine/index.html)	1.600	kongres za raziskovalce in klinike
SEPTEMBER 2004					
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
OKTOBER 2004					
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
NOVEMBER 2004					
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

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
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: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, domača stran: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***	***	***
Cankarjev dom, Inštitut RS za rehabilitacijo, prof. dr. Črt Marinček, dr. med.	ga. Ela Loparič, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, tel.: 01 475 84 41, faks: 437 65 89, Cankarjev dom, Kulturni kongresni center (za EFRR 2004), Prešernova 10, 1000 Ljubljana, faks: 01 241 72 96, W: www.cd-cc.si/efrr2004	do 30. 12. 2003 380 EUR, potem 410 EUR v tolar-ski protivrednosti	01261-6030357790 sklic na št. 05-09753-62110860	***	***
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: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, domača stran: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prof. dr. Igor Švab, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družin-sko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000,00 SIT, mentorji in kandi-dati za mentorje so oproščeni kotizacije	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Jožica Krevh, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Gos-posvetska 9, 4000 Kranj, tel.: 04 20 82 523, faks: 04 20 26 718, E: janko.kersnik@s5.net	35.000,00 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: mitja.kosnik@klinika-golnik.si , http://www.klinika-golnik.si	***	***	***	***
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: vladimir.kotnik@mf.uni-lj.si , http://www.klinika-golnik.si	***	***	***	***
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 družin-sko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000,00 SIT, mentorji in kandi-dati 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 družin-sko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, tel.: 01 43 86 915, faks: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000,00 SIT	***	***	***

Uredništvu revije Isis

Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi. Prvo obvestilo želimo objaviti v številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen v številki Izide.

Za objavo podatkov v **Koledarju strokovnih prireditev** pošiljamo naslednje podatke:

Mesec prireditve

Dan prireditve

Pričetek, ura

Kraj

Prostor, kjer bo prireditev

Naslov strokovnega srečanja

Število slušateljev (če je določeno)

(neomejeno)

Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, simpozij, posvetovanje, učna delavnica...)

Komu je namenjena (vsem zdravnikom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, kirurgom, internistom...)

Organizator (Medicinska fakulteta, klinika, sekcija Zdravniškega društva...)

Predstavnik ali strokovni vodja

Naslov za pošiljanje prijav

Informacije, kontaktne osebe

Njihove tel. številke in št. faksa

Višina kotizacije

Naslov in številka žiro računa

Število kreditnih točk

Kraj in datum

Podpis organizatorja



Isis

Glasiło Zdravniške zbornice Slovenije

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

Impressum

LETO XII, ŠT. 11, 1. november 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@zss-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@zss-mcs.si

prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.

E-pošta: eldar.gadjijev@sb-mb.si

Tel.: 02/32 11 244

UREDNIKA • EDITOR

Elizabeta Bobnar Najžer, prof. sl., ru.

E-pošta: eb.najzer@zss-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR

EDITORIAL BOARD

Martin Bigec, dr. med.

Vojko Flis, dr. med.

prof. dr. Nenad Funduk, dr. dent. med.

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

Mira Delavec, prof. slov. in zgod.

TAJNICA UREDNIŠTVA • SECRETARY

Marija Cimperman

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN

PRIPRAVA ZA TISK • DTP

Camera d.o.o.

Knezov štradol 94, 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 7.400 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.



The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

Sodelovali

Lojze Arko, dr. dent. med., zobozdravnik, direktor, Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj • Doc. dr. Igor Bartenjev, dr. med., zasebni zdravnik, Dermatologija Bartenjev in družbeniki d.o.o., Ljubljana • Asist. dr. Gorazd Bunc, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica Maribor • Asist. dr. Zdenka Čebašek Travnik, dr. med., zdravnica, Psihiatrična klinika Ljubljana • Davorin Dajčman, dr. med., zdravnik, Oddelek za gastroenterologijo, Klinični oddelek za interno medicino, Splošna bolni-

šnica Maribor • Prim. Marko Demšar, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Jan-ko Dolinar, dr. med., zdravnik, Zdravstveni dom Grosuplje • Prim. Zlatka Felc, dr. med., zdravnica, Odsek za neonatalno pediatrijo, Ginekološko-porodniški oddelek, Splošna bolnišnica Celje • Prim. prof. dr. Edvard Glaser, dr. med., upokojeni zdravnik, Maribor • Irena Gorišek, dr. med., zdravnica, Zdravstveni dom Ljubljana - Moste Polje • Asist. dr. Štefek Grmec, dr. med., zdravnik, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor • Prim. dr. Jože Grošelj, dr. med., zdravnik, Psihiatrična klinika Ljubljana • Izr. prof. dr. Marko Hawlina, dr. med., zdravnik, Očesna klinika, Klinični center Ljubljana • Prof. dr. Srečko Herman, dr. med., višji svetnik, zdravnik, Ortopedska klinika, Klinični center Ljubljana • Rok Hren, Ljubljana • Milena Igličar, dr. med., zdravnica, Zdravstveni dom Škofja Loka • Marija Ilijaš Koželj, dr. med., zasebna zdravnica, MIK specialistična ambulanta za ginekologijo in porodništvo, Vrhnik • Helena Istenič Pikel, dr. med., zasebna zdravnica, Zasebna ginekološka ordinacija, Kamnik • Mag. Željko B. Jakelič, dr. dent. med., zasebni zobozdravnik, Zasebna ordinacija Jakelič, Jesenice • Alina Jelatancev, dr. med., zdravnica, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor • Mojca Jemec, dr. med., zdravnica, Zdravstveni dom dr. Julija Poljca Kamnik • Peter Kadunc, Bled • Nataša Kiker Plavec, Ljubljana • Irena Kirar Fazarinc, dr. med., zdravnica, Onkološki inštitut Ljubljana • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prim. mag. Mario Kocijančič, dr. med., upokojeni zdravnik, Kranj • Prim. izr. prof. dr. Marko Kolenc, dr. med., upokojeni zdravnik, Ankarani • Evgenij Komljanec, dr. dent. med., zobozdravnik, direktor, Zdravstveni dom Izola • Asist. Nena Kopčavar Guček, dr. med., zdravnica, Zdravstveni zavod Zdravje Ljubljana • Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, zdravnik, Razred za medicinske vede SAZU, Ljubljana • Vida Košmelj Beravc, dr. med., upokojena zdravnica, Kranj • Katja Lah, dr. med., zdravnica, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor • Prof. dr. Miha Likar, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Verica Lolić, dr. med., zasebna zdravnica, Ordinacija splošne medicine, Kočevje • Prof. dr. Črt Marinček, dr. med., višji svetnik, Inštitut RS za rehabilitacijo, Ljubljana • Jožica Maučec Zakotnik, dr. med., zdravnica, Ministrstvo za zdravje, Ljubljana • Mag. Nina Mazi, dr. med., zdravnica, Ljubljana • Prim. Anica Mikuš Kos, dr. med., upokojena zdravnica, Ljubljana • Prim.

Andrej Možina, dr. med., zdravnik, SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana • Mag. Dunja Obersnel Kveder, dr. med., zdravnica, Mestna občina Ljubljana • Marjeta Oblak, Kranj • Breda Prunk Franetič, dr. med., zdravnica, Mladinsko zdravilišče in okrevilišče Debeli rtič • Prof. dr. Stelio Rakar, dr. med., višji svetnik, zdravnik, SPS Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana • Janez Ravnik, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica Maribor • Prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., višji svetnik, zobozdravnik, ZD Ljubljana Šiška • Mihael Rogač, dr. med., zdravnik, SPS Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana • Mag. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med., zdravnica, Onkološki inštitut Ljubljana • Dr. Barbara Salobir, dr. med., zdravnica, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana • Sanja Slade, dr. dent. med., zasebna zobozdravnica, Zasebna zobna ambulanta Maribor • Rudi Škapin, dr. med., upokojeni zdravnik, Celje • Izr. prof. dr. Stanislav Šuškič, dr. med., zdravnik, KO za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik • Ratko Tatalović, dr. med., zasebni zdravnik, Ambulanta za ginekologijo in porodništvo, Ljubljana • Akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., višji svetnik, zdravnik, Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko, Ministrstvo za zdravje, Ljubljana • Asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., zdravnica, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor • Upravni odbor Združenja za ambulantno ginekologijo • Doc. dr. Marjetka Uršič Vrščaj, dr. med., zdravnica, Onkološki inštitut Ljubljana • Prof. dr. David B. Vodusek, dr. med., višji svetnik, zdravnik, SPS Nevrološka klinika, Klinični center Ljubljana • Kristof Zevnik, dr. dent. med., zobozdravnik, Kranj • Asist. Miloš Židanik, dr. med., zdravnik, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

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 7.400 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 izpoved, popolno številko tekočega ali žiro računa, naziv banke.

Navodila o navajanju sponzorjev

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

Navodila za objavljanje prispevkov v rubriki "strokovna srečanja"

Dolžina prispevkov je omejena na največ dve strani v reviji Isis, objavljena je lahko le ena fotografija, ki se vsteva 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 Najžer, 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.

Zdravstvo in zdravje v luči bele knjige

Naslov sem sestavil v stilu znanega kolumnista Dela, ki mu uspeva z bombastičnim naslovom pritegniti večjo pozornost bralcev. Občasno mi pride v roke časopis Finance in tudi tam veliki naslovi o zdravstvu in beli knjigi. Visokošolski predavatelj se je aboniral na aktualnosti v zdravstvu skozi očala ekonomista.

Pazljivo ga poslušam in gledam v Portorožu na posvetu Bela knjiga: reforma slovenskega zdravstva, v organizaciji Društva ekonomistov Slovenije, pred nekaj tedni v septembru. Po stari navadi portoroških in podobnih srečanj besedilo in projekcija predavanja nista usklajena z vsebino člankov v "zborniku". Predavanja so veliko bolj kritična kot pisni prispevki (littera scripta manet) in tega recepta se je držal tudi vabljeni predavatelj, omenjeni ekonomist, ki je bil očitno na podiplomskem študiju v ZDA. Že takoj na začetku se mu je zapisalo: "Zdravje ni (javna) dobrina, dobrini sta zdravstvene storitve in zdravstveno zavarovanje." Najmlajši med vabljenimi ekonomisti je še bolj očitno, kot njegovi kolegi, mešal zdravje in zdravstvo. V nadaljevanju smo poslušali strokovne izraze kot "all, what you can eat" in "out of pocket". Očitno je dobila amerikanščina pri nekaterih ekonomistih pomen latinščine za diagnoze pri zdravnikih.

Posvetovanja v Portorožu sem se udeležil z velikim zanimanjem. Pri organizaciji in poteku srečanja sem delal primerjave z lanskoletnim novembrskim posvetom zdravnikov in pravnikov Etika v belem. Najprej zdravniki, potem ekonomisti, oziroma pravniki, nato okrogla miza

obeh. Pri posvetu o etiki (sponzor Maquet) je velika večina govornikov prišla odpredavat in takoj po morebitnih vprašanjih odšla, kar kaže na podcenjevanje avditorija. Mogoče sodijo k temu tudi visoke kotizacije. Ker pa je bila glavni razlog letošnjega srečanja bela knjiga, je bilo sicer običajnega govorenja "eden mimo drugega" veliko manj, a še vedno preveč.

Le en govornik (ekonomist) se je kritično dotaknil obstoječega sistema plačevanja izvajalcev. Poudaril je, kar vsi dobro vemo, da je plačevanje po urah in po zmogljivostih podvrženo zlorabam. Zdravniki smo naveličani manipuliranja z ležalnimi

dobami in če je bolnik trikrat v enem letu zdravljen v bolnišnici zaradi iste bolezni ali poškodbe, to za nas niso trije primeri. V tem se v celoti strinjam z belo knjigo, da je plačevanje na podlagi stroškovnih analiz, storitev in zmogljivosti usmerjeno k izvajalcem ter da plačevanje obravnava bolnikov na podlagi diagnoz in opravljenih posegov omogoča preusmeritev k potrebam bolnikov. O tem pišejo ugledni strokovnjaki v mednarodnih znanstvenih revijah in s tem dajejo "evidence based" pečat svojemu delu. Pri nas je pred leti gostujoči madžarski profesor presenetil moje študente z izjavo, da skozi vrata ambulate ne stopajo "prosti radikali", ampak bolniki, ki potrebujejo celostni pristop in znanje zdravnika.



Po vzoru SZO tudi bela knjiga priznava, da je na voljo veliko vrhunske medicinske tehnologije (availability), problem pa je v dostopnosti (accessibility). Pri slabi sistemski organizaciji (service delivery system) pride do dolgih čakalnih dob in nepotreb-

nih poti do storitve. Slednje je razjarjen občan v pisemih bralcev označil za srednjeveško organiziranost našega zdravstva.

Da uporabniki zdravstva kakovost (lastnega) zdravja doživljajo drugače kot izvajalci, so že mnogi dokazali z dolgim (100 vprašanj) ali kratkim (20 vprašanj) SZO "Quality of Life" testom, na katerega vprašani odgovarjajo brez prisotnosti zdravstvenih delavcev. V svojem zanosu zdravniki ne smemo pozabiti, da zdravstvo vpliva na zdravje naroda le v približno dvajsetih odstotkih in da so ostali javni sektorji kot delo in sociala, šolstvo in šport, kmetijstvo, okolje, promet itd., soodločujoči. Vesel sem, da se končno tudi pri nas "public health" iz okvirov javnega zdravstva usmerja k javnemu zdravju oziroma zdravju naroda. Bela knjiga sramežljivo z "nekaterimi zdravstvenimi kazalci kaže na potrebo po krepitvi področja javnega zdravja v Sloveniji" in še bolj sramežljivo na nezdrav življenjski slog Slovencev in Slovenk. Ni čudno, da tega nočejo sankcionirati zavarovalničarji in tudi o morebitni ločitvi nezgodne in bolniške blagajne ni nikjer govora, nekoliko le o razmejitvi socialnih od zdravstvenih pravic. Ekonomski jasnovidci bi se lahko izkazali tudi pri teh "vročih kostanjih".

Na portoroškem srečanju se je z originalnimi, podjetniškimi idejami na račun zdravstva odlikoval tudi predsedujoči, sicer dekan Ekonomske fakultete. Večkrat se je pohvalil, da dela njegovo "podjetje" v petdesetih odstotkih za javne finance, v petdesetih odstotkih pa za trg. Kot je dejal, pri takem modelu sposobnim zdravnikom v Kliničnem centru ne bi bilo treba popoldne delati izven matične ustanove.

Ne glede na svetli vzgled Ekonomske fakultete si vzporednega izrednega samoplačniškega študija medicine na ljubljanski univerzi, ne moremo in ne smemo dovoliti, sem predsedujočemu odgovoril v razpravi.

Menim, da bodo javna podjetja za eksperimentiranje in prelivanje sredstev podjetno izstavljala račune zavodom. Tako kot nekoč TOZD-i v okviru svoje delovne organizacije, in to s plačilom davkov.

Tako kot nekateri naivno razmišljajo, da bo vstop v Evropsko unijo sam po sebi rešil veliko naših problemov, tako je naiv-

no verjeti, da bo (samo) preoblikovanje javnih zavodov v javna podjetja izboljšalo nagrajevanje (prizadevnih) zdravnikov. Pogoji za delo, ki so zelo različni, niso standardizirani. Verifikacija in akreditacija slovenskih bolnišnic se nekaj mesecev pred vstopom v Evropo še ni niti začela. Kolega iz tujine, ki je (v pokoju) kot konzultant dejaven na tem področju, mi je po elektronski pošti postavil jasna vprašanja:

"Ali in od kdaj je akreditacija bolnišnic v uporabi v Sloveniji?"

"Ali je zakonsko obvezna, ali je prostovoljna?"

"Kdo izvaja postopek akreditacije? Je to neodvisna agencija (kdo jo je ustanovil in kdo jo sestavlja) ali vladno telo?"

"Kako pogosta je akreditacija? Na dve leti ali na tri leta v vsaki bolnišnici?"

"Kateri model je uporabljen, na primer francoski, britanski, ameriški, kanadski ali drug?"

"Ali ste v Sloveniji razvili specifične standarde? Kdo jih je razvil in kdaj?"

"Ali so v bolnišnicah v uporabi kakšni drugi modeli zunanje kontrole kakovosti, kot npr. ISO 9000 ali EFQM?"

Na vsa navedena vprašanja je bil moj odgovor samo negativen. Upam, da nisem s tem komu naredil krivice.

Bela knjiga želi (tudi) v okviru obstoječih sredstev doseči pozitivne spremembe. To je deloma mogoče, a očitno za to ni prave volje in posluha.

Sam sem prepričan, da je skrajni čas, da smo belo knjigo dobili, tudi po zaslugi sedanjega ministra. Nalila nam je veliko čistega vina. Njegova kakovost in okus pa sta v različnih kozarcih (poglavjih) različna. Spodobilo bi se imenovati "vinogradnike" (avtorje) in jih izpostaviti oceni tako strokovne kot uporabniške javnosti.

Ob letu osorej se bo za kolektivno odgovornostjo neprimer- no težje skrivati kot danes.

Iz (davne) preteklosti pa nam bo še (vedno?) ostal lov na čarovnice...

Črt Marinček