
 Zdravniška zbornica - moja stanovska, cehovska organizacija



Zdravniška zbornica – moja stanovska, cehovska organizacija; s kako vzhičenimi občutki sem doživljal njeno ustanovitev. “Končno nekaj, kar je res našega, kar nas bo predstavljalo, kamor se bomo lahko zatekli v primeru stiske in nekaj, kar bo končno poskrbelo za ugled zdravniškega stanu. Pa smo se le pridružili urejenim družbam,” sem razmišljal. Z velikim veseljem sem šel na prve volitve in pričakoval hitre in velike premike čez noč. Seveda hitrih premikov v družbi praviloma ni mogoče doseči, zato sem se zadovoljil s pojasnili, da je potrebno počasi delovati preko ustaljenih vzvodov v družbi.

Počasi se je Zbornica izgrajevala, zaposlovala vse več ljudi, razširjala svoje pristojnosti in pridobivala svojo sedanjo obliko. Postopoma se je tudi med zdravniki izoblikovalo jedro, ki v Zbornici že vrsto let operativno deluje in nas predstavlja. Vendar se je z izgrajevanjem in urejenim delo-

vanjem Zbornica tudi vse bolj odmikala od mene kot zdravnika. Razen pri plačevanju obvezne članarine in prebiranju glasila je pravzaprav nisem čutil. Nisem imel občutka, da je to moja cehovska družba, saj na “periferiji” njenih učinkov nisimo občutili. V začetku smo se občasno še ujezili glede tega, sčasoma pa je prešlo v neko apatijo, kjer smo postopno uvideli, da velika ladja težko spremeni smer. Na smer samo pa pravzaprav nimamo nobenega vpliva.

Zbornica ni rešila ne globalnih in ne vsakodnevnih problemov zdravnika na terenu. V napadih na zdravniški stan je praviloma reagirala togo, z zakasnitvijo in neodločno. Nič ni ukrenila v zvezi s socialno varnostjo upokojevanja (pokojninski sklad), nič konkretnega v zvezi s pravno, predvsem pa medijsko zaščito zdravnikov ob “ aferah”, in ni rešila problemov specializacij. Kadarkoli sem potarnal glede česar koli, mi je bilo vedno pojasnjeno, da je za banalne strani poklica (socialni status) pristojen FIDES, za nekaj potrebujemo mnenja republiških strokovnih kolegijev, za mrežo zdravnikov je odgovorno ministrstvo, za specializacije... Pravzaprav nisem nikoli našel zadeve, ki bi jo Zbornica lahko rešila sama, kljub svojim širokim pooblastilom.

“Mlačno, neodločno, neučinkovito in nepregledno,” so bile glavne pripombe kolegov, predvsem mlajših, saj so se “stari” postopno vdali in uvideli, da se Zbornica počasi, a vztrajno preobraža v administrativni aparat, ki je potreben v sistemu demokratične oblasti. Reagira, če je kaj v nebo vpijočega, sicer pa lepo počasi pluje v neki vnaprej znani, indiferentni, za oblast ne preveč moteči smeri. Dejanskega, odločilnega vpliva na delovanje zdravništva, ki bi ga naj imela, ni znala ali hotela uporabiti v dovolj veliki meri.

Zagotovo so tudi stvari, ki so dobre, in sicer imamo velika pooblastila (ki jih premalo izkoriščamo), smo prepoznavni, povezali smo se z Evropo, imamo lepo glasilo.

Kot delegata so me predlagali sodelavci, zelo pa me je presenetil odziv kolegov v naši regiji. O aktivnem delovanju nisem razmišljal, nato pa me je prijatelj, s katerim sva svoj čas v FIDES-u lepila plakate za stavko, okrcal, da naj neham zgolj nergati, da se lahko tudi izpostavim in kaj naredim.

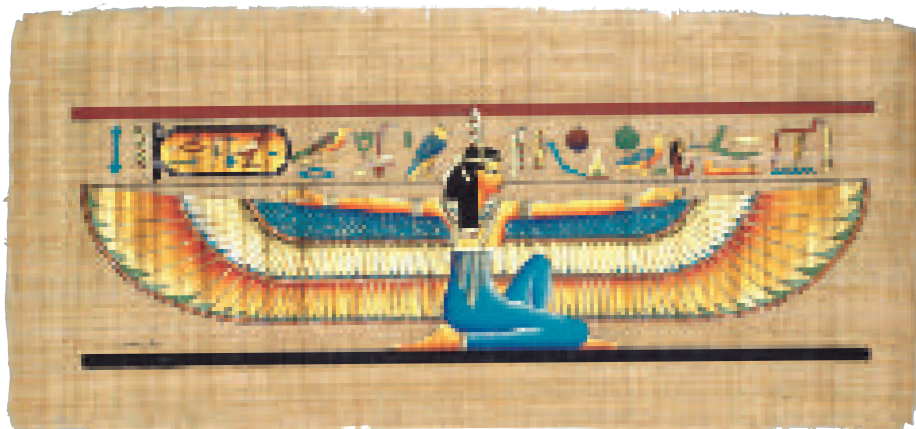
Nisem tako naiven, da bi si predstavljal, da lahko sam kaj naredim, vsekakor pa me utirjena smer Zbornice ni navduševala. Že od nekdaj sem rad zadeve peljal tako, kot me je učila mama, ko mi je vcepljala osnovne življenjske vrednote in se pri tem nisem oziral na smer vetra.

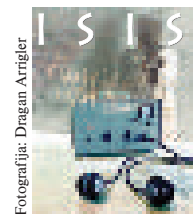
Vedno sem bil dovolj naiven, da sem verjel, da so mnenja in želje izvoljenih predstavnikov (delegati, skupščina in skupščinski svet) nadrejena mnenju in željam operativnih predstavnikov (izvršilni odbor), ki niso voljeni s strani zdravnikov, temveč izbrani s strani predsednika Zbornice.

V svojem mandatu bom poskusil delovati tako, da bo Zbornica predstavljala ne samo center, ampak tudi "periferijo", da se bo odločanje glede zadev širšega pomena dejavno preneslo tudi na izvoljene delegate in vse zdravnike. Poskusil bom doseči preglednost delovanja. Želim si večje pravne (tudi moralne) zaščite, predvsem večjo in dejavnejšo vlogo Zbornice v vsakdanjem življenju. Floskule, ki jih vsakdo napiše v predvolilnem boju, dejansko nas pa vsakdan žulijo.

Upam, da bo nova ekipa od predsednika izbranih operativcev približno predstavljala vse slovenske zdravnike in da se bo moj občutek vnaprejšnje determiniranosti izgubil. V kolikor bom uvidel, da sem dejansko zgolj naiven, da je "sistem" premočan, da se ne da spremeniti nič, bom tudi dovolj moža, da bom potegnil črto in se posvetil spet samo mojima ljubeznima - družini in kardiologiji. ■

Vojko Kanič





Vsebina

uvodnik	Vojko Kanič	• Zdravniška zbornica – moja stanovska, cehovska organizacija	3
novice		•	8
iz Evrope	Boris Klun	• Zadnje poglavje – zdravniška napaka	16
fotoreportaža	Elizabeta Bobnar Najžer	• Ljubljanska skupina	17
	Elizabeta Bobnar Najžer	• Koncert ob obletnici nestorja slovenske medicinske glasbene dejavnosti	19
pismo uredništvu	Vasiljka Kokalj	• Spoštovani!	22
personalia		•	22
aktualno		• Dogovor	23
	Bojan Popovič	• Komentar dogovora o reševanju spornih vprašanj ...	25
	Jani Dernič	• Za spoštovanje svojega dela	28
	Tadej Gale	• Implementacija svobodnega zdravnika specialista	31
	Žarko Pinter	• Zavarovanje pacientov za škodo pri koriščenju zdravstvenih storitev ...	32
	Vladislav Pegan	• Razlogi za odškodninsko zavarovanje bolnikov	35
	Mišo Šabovič	• Sodobna načela internistične geriatrije	37
	Janko Kersnik	• Leeuwenhorst trideset let pozneje	42
forum	povzela: Boris Kramberger,	• Strokovno posvetovanje “Partnerji za	44
	Jurij Fürst	varno in pravilno rabo zdravil”	
	Davorin Dajčman	• Ali mora zdravnike res biti sram sodelovanja s farmacevtsko industrijo?	48
zanimivo	Krištof Zevnik, Peter Kadunc	• Digitalna medicina	51
	Drago Rudel	• Zdravje na daljavo	54
delo Zbornice		• Zapisniki IO ZZS	57
koledar zdravniških srečanj		•	61
programi strokovnih srečanj		•	79
status artis medicae	Polona Brcar, Margareta Seher Zupančič	• Stališče razširjenega strokovnega kolegija za pediatrijo ...	96
strokovna srečanja	Matjaž Rode	• Portoroško druženje slovenskega zobozdravništva	98
	Aleksander Stepanovič	• 30. srečanje delovnih skupin	100
	David Neubauer, Ivan Vidmar	• Poročilo o letni konferenci CESP	101
	Breda Prunk Franetič	• Tretje rtiško srečanje	103
	Mihael Rogač	• Epilepsije v pediatriji	104
	Marija Gubina	• Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb	105

KONVULZIJSKI APARAT

Konvulzijski aparat ali po domače "aparat za elektrošok", si je v družbi pridobil sloves nečesa zločestnega in zavrženega. Kljub temu, da posameznim pacientom terapija dokazano pomaga. Aparat na fotografiji je v lasti Psihiatrične klinike Ljubljana, kjer se je njegova uporaba postopno zmanjševala, dokončno so ga upokojili okoli leta 1990. Na naslovnici je simbolno upodobljen tudi prisilni jopič, ki ga na Psihiatrični kliniki Ljubljana ne uporabljajo že nekako od leta 1992. Napredek stroke je pripomogel k mnogo bolj humani obravnavi psihiatričnih pacientov, zato se predmeta na fotografiji odklata v muzealno realnost.

Za pomoč pri izdelavi naslovnice se najlepše zahvaljujemo prof. dr. Margi Kocmur, dr. med.
Tekst in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

	Dušica Pahor	• Prvo srečanje oftalmologov graške in mariborske medicinske fakultete	106
	Ksenija Tušek Bunc	• Šola klinične radiologije	108
	Kristjan Nedog	• 4. Ormoško srečanje	109
	Matija Gorjanc	• Sredozemski kongres dentalne implantologije - MDIC 2004	110
	Breda Tržan Grozdanov	• Festival estetike	112
tako mislimo	Zlata Remškar	• Kako je mogoče oziroma predlog Ministrstvu za zdravje	113
	Aleksander Nardin	• Ponosen sem, da živim v deželici na sončni strani Alp ...	114
	Eldar M. Gadžijev	• Specializatni – problemi kot jih vidim in doživljam	115
recenzije	Nina Mazi	• Damjan Korošec: Medicinsko kazensko pravo	116
	Jasna Čuk Rupnik	• Andrej Kastelic, Marija Mikulan: Mladostnik in droga	117
nove publikacije	Borut Lunder	• Sanja Lucija Pečnik: Zajček Srečko pri zobozdravnici	118
	Željko Jakelič	• Berislav Topić, Hamid Tahmišćija: Stomatološka propedeutika	118
	Tanja Lužnik Bufon,	• Ana Zlata, Dragaš, Marjeta Škerl: Higiena in obvladovanje okužb	119
zdravniki v prostem času	Pavel Kornhauser	• Usodna bolezen, ki je prezgodaj prekinila glasbeno ustvarjalnost ...	120
	Iza Ciglencečki	• Med pregnanci v Ugandi	125
	Davorin Dajčman	• S kolesom na vrh Hvara	127
	Tomaž Rott	• Narodna parka Teide in Garajonay	129
	Henrik Neubauer	• Pesmi jutranjice	132
s knjižne police	Marjan Kordaš	• Baigent M., Leigh R.: Inkvizicija	133
Sisi		• Spolno prenosljiva borelijoza pustoši po slovenskih gozdovih	136
misli in mnenja uredništva	Alojz Ihan	• Proteinska zdravila	138



98



17

SOJINI DODATKI NE ŠČITIJU PRED SPREMEMBAMI V POSTMENOPAVZI

Sojini dodatki, ki vsebujejo naravni estrogen, ne izboljšujejo kognitivne funkcije, mineralne gostote kosti ali lipidov v plazmi pri zdravih ženskah v postmenopavzi, navaja nova študija.

Nenadni upad ravni estrogena po menopavzi sovпада s pospeševanjem procesov staranja. Toda zaradi stranskih učinkov nadomestne hormonske terapije so se nekatere ženske odločile za estrogene, znane kot fitoestrogeni (phytoestrogens), ki se nahajajo v hrani rastlinskega izvora kot npr. soja, grah, sadje, zelenjava, oreški in žito.

V študiji, ki so jo izvajali dr. Yvonne van der Schouw in kolegi z univerzitetnega medicinskega centra Julius Center for Health Sciences and Primary Care- University Medical Center Utrecht na Nizozemskem, so naključno izbrali 202 zdravi ženski, stari od 60 do 75, v postmenopavzi, in določili, naj jemljejo 25,6 g sojinih proteinov (vsebujejo 99mg izoflavonov) ali placebo (poljubno) vsak dan v dobi 12-ih mesecev. Izbrali so jih v času od aprila 2000 do septembra 2001 (poljuben vzorec).

Glavni izidi so bili izboljšanje kognitivnih funkcij, povečanje mineralne gostote kosti kolkov in lumbalnega dela hrbtenice ter izboljšanje vrednosti lipidov.

Kognitivna funkcija, mineralna gostota kosti in lipidi v plazmi se niso razlikovali med skupinami čez eno leto.

49 udeleženk ni dokončalo terapije zaradi različnih razlogov. Najpomembnejši med njimi so povezani s težavami in krči v gastrointestinalnem traktu v "soja" skupini ter odpor do okusa sojinih nadomestkov. Povprečno trajanje udeležbe tistih, ki so odnehale, je 79 dni in ni nobene razlike med skupinama.

Po enem letu se je gostota kosti placebo skupini zmanjšala za 0,009 g/cm² v intertrohealni regiji kolka, medtem ko se je v "soja" skupini povečala za 0,004 g/cm². Mineralna gostota kosti je bila boljša v "soja" skupini v predelu kolka, vendar pa se v isti skupini v predelu hrbtenice kaže padec gostote kosti za 0,1 odstotek.

V "soja" skupini so vrednosti holesterola LDL in celotnega holesterola ostale enake, medtem ko so se v placebo skupini rahlo zmanjšale. Razlike tudi tokrat skoraj niso bile opazne. ■

Vir: *British Medical Journal*

Prevedla in priredila: Vesna Džubur

ŠVICA JE ODPRLA VRATA GENETSKI DISKRIMINACIJI, PRAVIJO ETIKI

Novi zakon o genetskem testiranju je odprl vrata diskriminaciji zavarovalnic proti ljudem z dednimi boleznimi, pravi skupina etikov.

Pascale Steck iz skupine Basler Appeal against Gene Technology (Basel se pritožuje proti genetski tehnologiji) je obtožil vlado, da daje prednost interesom zavarovalnic pred potrebami prebivalstva. Pravi, da vlada dovoljuje zavarovalnicam omejen dostop do rezultatov genetskih testov.

Po novih pravilih bodo zavarovalnice imele vpogled v rezultate genetskih testov v primerih, kjer se bodo zavarovanci hoteli odločiti za življenjska zavarovanja vredna več kot 400.000 SFr (€ 180.000; \$ 320.000; EUR 260.000).

Steck pravi, da bo dejstvo, da je zasebnim zavarovalnicam dovoljen dostop do takšnih informacij, pripeljalo do tvorbe "genetskega podrazreda" ljudi, ki bodo s težavo dobili življenjsko zavarovanje. ■

Vir: *British Medical Journal*

Prevedla in priredila: Vesna Džubur

DVOREZNI MEČ

Naložbe v zdravstvo, ki v številnih državah razvite zahodne poloble sodijo med nacionalne prioritete, je potrebno skrbno pretehtati in uskladiti z razmerami, sicer lahko z njimi povzročimo več škode kot koristi. V času velikih investicijskih apetitov na eni in poostregega varčevanja na drugi strani so nemški strokovnjaki za financiranje zdravstva izračunali, da milijarda višji stroški – smotrne investicije v zdravstvo, povzroči pomembne spremembe tudi na trgu delovne sile. Omenjena milijarda botruje izgubi 3.676 delovnih mest v obrti, hkrati pa odpre možnost 9.212 novih delovnih mest v zdravstvu, kar za državo pomeni 5.536 novih zaposlitev – neto skoraj dvakrat več, kot jih je izgubila. Tovrstna naložba je s kadrovske-socialnega vidika vsekakor donosna, ekonomičnost naložb pa je potrebno preverjati sproti in jih obravnavati strogo individualno.

Vir: *Focus*

Prevedla in priredila: Nina Mazi

OKULIST IN KAJENJE

Upoštevajoč rezultate najnovejših raziskav se bodo v prizadevanja za odpravo (ali vsaj zmanjšanje) kajenja na modrem planetu vse bolj dejavno vključevali tudi okulisti. Ugotovitve številnih znanstvenikov v zvezi s kajenjem, ki prihajajo z nasprotne strani Atlantika namreč dokazujejo, da uživanje tobaka in tobačnih izdelkov poleg klasičnih, doslej dobro znanih motenj in obolenj (rak, boleznih dihal, srčno-žilnega sistema, kap itd.), lahko botruje tudi slepoti. Ameriška strokovna publikacija *Journal of the American Medical Association* je že pred leti poročala o odkritju raziskovalcev iz Bostona, ki je potrdilo tesno povezanost med kajenjem in starostno degeneracijo mrežnice (AMD), degenerativno obolenje vidnega sistema, ki sodi med glavne vzroke slepote pri starejši skupini prebivalcev v razvitem svetu, zlasti v ZDA in Kanadi.

V obsežni študiji so dvanajst let proučevali izbrano skupino medicinskih sester, ki so na dan pokadile petindvajset cigaret ali več, v drugi študiji pa so Američani vzeli pod drobnogled zdravnike kadilce in prišli do podobnih ugotovitev, da uživanje tobaka pospešuje deterioracijo vida. Zanimivo je, da je stopnja ogroženosti moškega prebivalstva po prenehanju kajenja postala nižja hitreje kot pri ženskah. Zaskrbljeni zaradi vse bolj obsežnega in poglobljenega tveganja, povezanega s kajenjem, so se Američani odločili ugotoviti vzrok in način, katerega kajenje ogroža vid strastnih kadilcev. Znanstveniki predvidevajo, da nikotin pospeši pojav in napredovanje AMD, s tem da pospešuje staranje celic. V skrbi za ohranjanje vidnih sposobnost svojih strokovnjakov so v bolnišnicah in zdravstvenih ustanovah še poostri nadzor in se odločili za bolj udarno protikadilsko kampanjo, ki je namenjena tudi uporabnikom zdravstvenih storitev, saj zdravniki in zdravstveno osebje priporočajo bolnikom kadilcem (in njihovim svojcem), naj se čimprej odpovejo škodljivi zasvojenosti s tobakom in njegovimi derivati. ■

Vir: *UPI*

Prevedla in priredila: Nina Mazi

NEMŠKO ZDRUŽENJE ZDRAVNIKOV GROZI S STAVKO ZARADI DELOVNIH UR

Spor zaradi zdravniških delovnih ur v bolnišnicah v Nemčiji se stopnjuje, potem ko je največje združenje zdravnikov v državi zagrozilo s stavko, v primeru, da bolnišnice ne uvedejo odločitve sodišča EU o zmanjšanju števila delovnih ur.

Marburger Union (Marburško združenje), ki predstavlja 80.000 od 122.000 kliničnih zdravnikov v Nemčiji, pravi, da zdravniki še vedno delajo tudi do 80 ur na teden, kljub odločitvi Evropskega sodišča, ki je bila sprejeta v nemško zakonodajo, da se število delovnih ur zmanjša od januarja 2004.

Athanasios Drougias, predstavnik Marburškega združenja, je za BMJ povedal, da so skoraj vse od 2.240 bolnišnic v Nemčiji izkoristile klavzulo v nemški zakonodaji, ki dovoljuje izjeme.

Po klavzuli so bolnišnice z zaposlenimi preko pogodbe izvzete iz zakonodaje do konca leta 2005.

“Ocenjujemo, da je lahko maksimalno deset odstotkov bolnišnic v Nemčiji izvzeto, vendar so si vse vzele to pravico, razen majhnega števila.”

“Tudi pacienti tvegajo. Zdravijo jih preutrujeni zdravniki,“ opozarja Drougias.

Drougias pravi, da je lahko situacija rezultat

odhoda zdravnikov iz bolnišnic.

“V bolnišnicah v Nemčiji je trenutno 5.000 prostih delovnih mest. Mesta niso zapolnjena zaradi slabih pogojev. To pomeni, da zdravniki, ki so ostali, morajo bolj delati kot bi drugače.”

“Prej ali slej bodo bolnišnice napredovale v redukciji delovnih ur zdravnikov. Drugače bodo izgubili še več zdravnikov,” pravi Drougias.

Nekatere študije so ocenile, da bodo morali zaposliti še dodatnih 15.000 zdravnikov po ceni en bilijon evrov (£ 673 mil; \$ 1,2 bilijonov).

Toda Drougias pravi, da bodo morali zaposliti še 6.000 zdravnikov, če bodo hoteli izpolnjevati pogoje.

Izrazil je obžalovanje, da je uprava bolnišnic zavrnila pregovarjanja o temi.

Rekel pa je, da je bi bila pritožba na sodišče zaman, saj izjeme v zakonu veljajo do konca leta 2005.

“Seveda so zdravniki v bolnišnicah jezni, vendar so mnogi v občutljivih položajih pogodbe za določen čas ali posebna izobraževanja. Če vse drugo odpove, smo pripravljeni na stavko.”

Vir: British Medical Journal

Prevedla in priredila: Vesna Džubur

POVIŠAN KRVNI PRITISK

Podatki najnovejših zdravstvenih statistik prikazujejo, da v Nemčiji od 16 do 21 milijonov prebivalcev trpi zaradi povišanega krvnega pritiska in z njim povezane patologije. Po ocenah tamkajšnjih poznavalcev se število pacientov z bolj ali manj konstantnim povišanim krvnim tlakom giblje okrog sedem milijonov, od tega jih ima že več kot 50 odstotkov (skoraj štiri milijone) okvare na srcu in ožilju, ki jih je mogoče pripisati hipertenziji. Zagovorniki preventivne so prepričani, da se nemško zdravstvo premalo zaveda, da je tudi na tem področju mogoča zobelevnost, invalidnost in smrtnost učinkovito zmanjšati s ciljno promocijo zdravega življenjskega sloga in načrtnimi preventivnimi ukrepi brez nepotrebnega zdravljenja z zdravili. ■

Vir: Focus

Prevedla in priredila: Nina Mazi

Letnik 1974/1975

30-letnica vpisa na MF

Vse kolegice in kolege, ki ste se vpisali na Medicinsko fakulteto v Ljubljani v študijskem letu 1974/1975,

vabimo

da se udeležite srečanja ob 30-letnici vpisa.

**Srečanje bo v soboto, 20. novembra 2004, ob 19. uri, v Ljubljani,
v Stars klubu**

(vhod iz ploščadi Ajdovščina v bližini Metalke).

Za hrano, pijačo in glasbo naše mladosti je poskrbljeno, za prijetno družbo bomo poskrbeli vsi skupaj.

Prinesite s seboj “spomine” shranjene na CD-jih (za prezentacijo je poskrbljeno).

Kotizacija 10.000,00 tolarjev se plača ob prihodu.

Naknadne prijave so možne na E: mirjam.mavec@kclj.si

Organizacijski odbor: Brigita Drnovšek, Marija Ilijaš, Breda Zakotnik

Predstavitev zdravnika znanstvenika kot umetnika

V torek, 18. maja, je bila v prostorih galerije Elektro Gorenjske v Kranju otvoritvena predstava nekaterih novejših likovnih eksponatov našega znanega zdravnika sodnomoedicinskega eksperta in umetnika slikarja prof. dr. Antona Dolenca.

Ob otvoritvi je najprej spregovoril član uprave mag. Andrej Šušteršič, flavtistka Lina Gantar pa je zaigrala krajše glasbeno delo, medtem ko je predstavitev samega avtorja, njegovo življenjsko poslanstvo v zbrani dikciji s posebnim smislom za odtenke etike in humanosti podala predstojnica Inštituta za zgodovino medicine pri Medicinski fakulteti v Ljubljani dr. Zvonka Zupanič Slavec. Čeprav se je v kratkem uvodu zadržala bolj pri avtorju kot znanstveniku, je hkrati izpostavila njegovo uveljavljeno umetniško, humano in etično poslanstvo, kar naj danes vsebuje sleherni znanstveni opus katerekoli vsebine, še zlasti medicinski. Svoje misli je razgrnila v lepi figurativni kompoziciji, kar je njej lastno in kar izpričuje v številnih svojih strokovnih knjižnih delih.

Marsikdo bi se lahko spontano vprašal, kakšno povezavo ima čista medicinska znanost z ljubiteljsko umetnostjo, kateri se naš avtor posveča vse bolj. Pogoste presoje, da mora biti znanost strogo zamejena z objektivno merljivimi metodološkimi načeli in da je umetnost v primerjavi z njo bolj svet čustev, zabave, rekreacije in prostočasnih dejavnosti, pa pomenijo danes že močno zgrešeno gledanje danih razmerij.

Že od davnine, ko je človek začel ustvarjati svojo kulturo, je zanj značilno vprašanje razmerij med znanostjo in umetnostjo. Ta razmerja se kažejo vedno bolj med seboj prepletana, povezana ter dopolnjujoča. Človek ustvarjalec uporablja strukturo, saj je ves svet dosledno na vseh ravneh strukturiran, strukture same pa so lahko bolj epistemološke (spoznavne), ali bolj hevristične (ustvarjalne). Z drugimi besedami to pomeni, da so lahko osnovane bolj na znanju ali na odkrivanju. Človekova ustvarjalnost ima vedno korenine ne le v spoznavnih spretnostih (kogniciji), ampak hkrati tudi v vrednostnih kategorijah. Pogosta napaka, da naj bi znanost vsebovala le spoznavno informacijske procese, kjer ni mesta emocijam in nagonom, danes ne vzdrži več. Človek namreč dosledno svet ne le



spoznava, ampak ga hkrati vrednoti. To mora delati, saj brez tega ne bi dosegel nobenega znanstvenega napredka. Če pomeni razum in racionalnost, potem je umsko spoznavna funkcija racionalna, nagonsko emocionalna pa iracionalna. Toda razvita znanost se je končno priborila tudi do čustvene nagonosti, ki daje enakovredno mesto razumskemu prodoru v zakonitosti sveta. Prava ustvarjalna intuicija nikoli ni zgolj razumsko logičen proces, temveč je vedno tudi emocionalno vrednoten. Gre za del vrednotenja, ki temu, kar je vidno, daje pravo mesto v svetu vrednot. V določeni meri se še vedno nahajamo pred usodnim razhodom med besedno logično komunikativnostjo na eni strani ter čustveno etično na drugi strani. Prvo nas kot znanost in tehnika poganja vedno dlje, višje in širše v ustvarjalnem poletu, drugo, to je vrednotenje, pa naj ohranja, goji in razvija umetnost z vsemi svojimi zvrstmi ter v svoji celovitosti v dosegih vrhov umetniških stvaritev. Tako življenjsko vodilo

vsebuje tudi sodobna zahteva po lateralnem mišljenju namesto izoliranega vertikalnega. Čeprav vodi vertikalno mišljenje do vrhunskih znanstvenih rezultatov, ostaja v svojem bistvu bolj epistemološko in premalo hevristično, saj je le umetnost vedno ustvarjalna, ne znanost (Trstenjak). Morda ni slučaj, da najdemo med zdravniki kar zgledno število umetnikov različnih zvrsti, ne le umetnikov besede.

Človekovo stvariteljstvo je torej hkrati razumsko in čustveno, ki zahteva poseben ustvarjalni napor, katerega je poskušal naddrobno predstaviti sloviti francoski umetnik Honre de Balzac. Po njegovem mnenju sodi vsaka ustvarjalnost med največje človeške napore. Ustvarjalnost sama ima več stopenj v procesu nastajanja. Premišljati, sanjariti in ustvarjati estetska dela je lahko sicer prijetna zabava, lahko predstavlja nekakšno prižigalnje očarljive opojne smotke ali je podobno življenju razposajene kurtizane. Najprej se lahko stvariteljstvo kaže v svoji otroški milini, v nekakšni opojni nasladi drhteče muhavosti, kot bujno cvetje ali sočni sadež, ki ga uživaš že ob prvi zamisli. Kdor zmore take stvariteljske "osnutke" ujeti v svoj umetniški izraz, velja za izrednega človeka. Prav to sposobnost imajo vsi umetniki, vendar spočeti, poroditi in nato mukoma odganjati otroka svoje umetnosti, zahteva ogromne napore. Tega "otroka" je potrebno kot stvariteljsko dejanje vsak večer položiti nasitenega k počitku, ga vsako jutro z neizčrpnim materinskim srcem prebuditi iz sna s poljubom, ga umiti, stokrat na dan preobleči ter iz njega oblikovati mojstrovino, ki v kiparstvu govori vsem pogledom, v književnosti vsem umom, v slikarstvu vsem spominom in v glasbi vsem srcem, - vse to predstavlja umetniško stvariteljstvo. Pri tem mora biti roka vedno pripravljena poslušati glavo, glava pa je lahko stvariteljska samo, če je v njej neuničljiva moč ljubezni. Vsak genij mora ujeti svoj umetniški nadih, toda taka priložnost ne priteče premočrtno, temveč "plava visoko v zraku" in lahko hipoma izgine kakor belordeči flamingo, kateremu še lovec ne more slediti.

Zato predstavlja umetniško delo utrudljiv boj, ki ga obvladujejo le močne in plemenite duše, a pri tem boju se pogosto zlomijo tudi največji ljubitelji ustvarjalnosti.

Naj omenimo še, da se je avtor prof. Dolenc v svoji refleksivni misli ob otvoritvi razstave tudi sam dotaknil izpovednega ozadja, ko je v času poklicne kariere nenehno odkrival človeške usode skozi vzroke smrti. Med njimi niso bili le ostareli onemogli, ampak tudi mnogi mladi in celo mladoletni. "Nikoli me ni zanimala le fizična usoda mrtvih", je poudaril avtor, "ampak vedno tudi njihova življenjska usoda v celoti. Vsa leta mojega poklicnega dela me je posebej vznemirjala sama smrt. Sedaj ko se več posvečam umetniškemu izrazu, pa me veliko bolj vznemirja življenje, kakor njegov konec." ■

Jože Trček



Prof. dr. Anton Dolenc in doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec

Zdravstvene zavarovalnice v ZDA

Zdravstvene zavarovalnice so med zelo redkimi ameriškimi družbami, ki si želijo, da bi njihove težave vznemirjale javnost. Podobno hipohondrom, ki naštevajo svoje bolezni, tudi zavarovalnice prikazujejo obsežne sezname svojih težav: večji stroški medicinske opreme, večja plačila za zdravnike, naraščanje stroškov za zdravila itd. Če ne boste rešili teh problemov, tako logika, posledice bodo grozljive, podobno kot v letih 1996-2000.

Dejstvo je, da ljudje potrebujejo zdravstvena zavarovanja in so za to tudi pripravljeni plačati kolikor je potrebno. Zavarovanci, vključno z oblastmi, si tako ne mislijo dovoliti propad zasebnih zdravstvenih zavarovalnic. Ta posel se je (v ZDA, op.), sicer vztrajno razvijal od konca 19. stoletja, navkljub občasnim pretresom na tržišču. Pod okrilje "fortune" so ameriške zdravstvene zavarovalnice ponovno prispele konec leta 2000. Premije za zdravstveno zavarovanje so od takrat, pa vse do danes naraščale po 20-odstotni letni stopnji. Njihova klientela, predvsem podjetja in redki

posamezniki so se s takšno rastjo sprijaznili zlasti iz dveh razlogov: niso imeli preveč izbire na voljo, kjer so vse zavarovalnice dvigovale višino premij, in drugič, zavarovalniška industrija je bila v očitnih težavah. V lanskem letu se je celo zvezna vlada vključila s pomembnimi povračili za zavarovalnice, ki skrbijo za starejše državljane.

Bolnišnice in še posebej industrija zdravil so pomembno znižali svojo stopnjo naraščanja cen za lastne storitve in izdelke. Najslabše so odnesli zdravniki – individualni ponudniki storitev, brez večjega vpliva na tržna dogajanja. Soočili so se z nižjimi plačili za svoje opravljeno delo in spopadli z zahtevnimi birokratskimi opravili, da bi jim to delo sploh bilo poplačano. Le peščica zdravnikov, običajno tistih z visokim ugledom, so lahko zavarovalnicam povsem obrnili hrbet. S takšnimi dejanji so zavarovalnicam, ki so se posledično znebile najdražjih strank, celo naredili lepo uslugo. Lahko se sliši posmehljivo, vendarle imajo zdravstvene zavarovalnice močne vzrode v svojih rokah. Niso obvezane vzdrževati in plačevati opremo. Čeprav so obratovalni stroški

zdravstvene oskrbe velikanski, so večinoma na "plečih" bolnišnic in laboratorijev. Zavarovalniška vlaganja so omejena zgolj na tehnologijo, potrebno za odobritev ali zavrnitev terjatev. V nasprotju z življenjskimi in premoženjskimi zavarovanji, zdravstvena nimajo dolgoročnih poroštev. Njihove obveznosti ne presegajo dobo enega leta.

Zdravništvu povzročajo skrbi predvsem pogosta združevanja zdravstvenih zavarovalnic v zadnjih letih, ki lahko pripeljejo do monopolnega položaja na trgu. Šušlja se tudi o antimonopolnih nadzorih. Bogata nadomestila na področju zdravstvene oskrbe, ki poberejo lepe vsote davkoplačevalskega denarja, bodo neizogibno pritegnila skrbne nadzore. Zavarovalništvu je uspelo namreč iztisniti višje dohodke in zmanjšati svoje stroške, kjer so prikazovali izgube in ne uspehe. Njihovi obeti so bili boljši v časih, ko so lahko po pravici povedali, da jim kaže slabo. ■

Vir: *The Economist* June 12th-18th 2004:71-72

Prevedel in priredil: Rade Iljaž

ZA PRGIŠČE PREDVOLILNIH ZDRAVSTVENIH (KANADSKIH) DOLARJEV

Vprašajte Kanadčane, kaj je to, kar je njihovo deželo naredilo prijaznejšim mestom za življenje od ZDA in se bo na prvem mestu vedno znova našel njihov zdravstveni sistem. Čeprav kanadski državljani zelo cenijo svoje javno zdravstvo, ki omogoča odprti dostop za vse (Medicare), so precej nejevoljni zaradi dolgega čakanja na posamične diagnostične preiskave in operacije, pomanjkanja družinskih zdravnikov in ošabnosti bolnišničnega osebja. Tovrstno nezadovoljstvo je iz zdravstvenega varstva naredilo osrednjo vročo temo letošnjih junijskih volitev. Sodeč po predvolilnem leporečju, je najboljša rešitev za sedanje težave "zmetati" več, veliko več denarja v zdravstveni sistem. Upoštevajoč podatke kanadskega inštituta za zdravstveno informatiko, so zdravstveni stroški od leta 1975 narasli za desetkrat in dosegli deset odstotkov bruto družbenega proizvoda. Med bogatimi državami samo ZDA in Nemčija namenita večji delež nacionalnega dohodka za zdravje.

Ko bo enkrat predvolilnih bojov konec, se bo "zdravstvena" razprava najverjetneje morala osredotočiti na iskanje najboljšega ravnovesja med javnim in zasebnim sektorjem. Brian Day, direktor zasebne klinike v Vankuverju, je mnenja, da samo več konkurenčnosti in več zasebnega zdravstvenega zavarovanja lahko izboljša zdravstveno oskrbo in pritegne nove vlagatelje. Sedanji sistem je "kot bi imeli le enega avioprevoznika ali eno edino telefonsko družbo" pravi Day. Drugi poudarjajo, da zasebnost ni nobena panacea. Lanskoletno poročilo iz britanske Kolumbije ugotavlja, da največji zaslužek zasebnih laboratorijev, ki sicer zanemarjajo podeželje, priteka iz omejenega števila najpogostejših in najcenejših preiskav.

Resničen izziv za politiko je spodbujanje zdrave tekmovalnosti med ponudniki brez spodkopavanja notnega zavarovanja, ki ga podpira velika večina Kanadčanov. To je vendarle manj zapeljivo sporočilo, kot je obljubljanje visokih denarnih zneskov. Zato volivci o tem ne bodo veliko slišali. ■

Vir: *The Economist* June 5th-11th 2004:46-7

Prevedel in priredil: Rade Iljaž

NEVARNI TOBAK

Rezultati poglobljene študije ameriških strokovnjakov na univerzi v Washingtonu pričajo, da manj tobaka še ne pomeni nujno tudi manjšega tveganja za zdravje in vitalnost. Najnovejša raziskava na nasprotni strani Atlantika kaže, da je potrebno natančno preučiti, ali nadomestni tobačni proizvodi, kot so obliži, žvečilni gumiji in spreji, resnično znižujejo tveganje, da človek zboli. Komisija Medicinskega inštituta iz Bethesde je pregledala proizvode, ki jih je odobrila tamkajšnja zvezna administracija za zdravila in prehrano (stroga FDA), ker naj bi na kratek rok pomagali odvisnikom, da (dokončno) prenehajo s kadilsko razvado. Nadomestni proizvodi vsebujejo le manjše količine toksičnih substanc, med katere sodi tudi nikotin. Komisija je ugotovila, da proizvodi sicer res vsebujejo nižjo stopnjo škodljivih snovi, kar nikakor ne pomeni, da so ljudje, ki jih uživajo, v manjši meri izpostavljeni boleznim, ki so povezane s tobakom – arteriosklerozi, srčnemu infarktu, obolenju pljuč, možganski kapi in različnim vrstam raka. Doslej so sicer naredili premajhno število natančnih raziskav, da bi lahko z gotovostjo potrdili ali ovrgli neškodljivost nadomestnih proizvodov. Rezultati najnovejših tovrstnih raziskav pričajo, da se stopnja strupa v telesu ne zniža, če težki kadilci znižajo svojo dnevno količino cigaret za tretjino ali celo za polovico. Druge raziskave so tudi razkrile, da v primeru, ko kadilec začne uživati cigarete z znižano stopnjo nikotina, bolj globoko inhalira, pogosto tudi več in pogosteje kadi. Tako v telo dobi enako količino nikotina kot prej. Ameriški znanstveniki v svojem poročilu poudarjajo, da je potrebno določiti in uvesti natančne predpise ne samo za tobačne izdelke, ampak tudi za njihove nadomestne proizvode, ki bi morali temeljiti na natančnih raziskavah. Javnost bi morala imeti zanesljive podatke in verodostojne informacije o tveganosti uživanja nikotina. Komisija si prizadeva tudi za natančno določitev pravil za trditve proizvajalcev, ki se pojavljajo na izdelkih. To bi zmanjšalo napačno pojmovanje o izdelkih in njihovo zlorabo. Po podatkih Zveznega medicinskega inštituta je v Ameriki 48 milijonov kadilcev, od katerih jih večina (73 odstotkov) želi prenehati s svojo nezdravo, nespodbudno in drago razvado. Vendar vsako leto to uspe le slabim trem ali štirim odstotkom kadilcev. ■

Vir: *CNN Science*

Prevedla in priredila: Nina Mazi

NEIZBEŽNO STARANJE

Ključna tematika številnih strokovnih posvetovanj od Ženeve do Ria de Janeira, Ottawe in drugih je bilo zdravo ter perspektivno staranje. Na tisoče priznanih strokovnjakov z vsega sveta je razpravljalo o možnosti zagotovitve čim višje stopnje psihofizičnega in socialnega blagostanja prebivalstvu v poznem življenjskem obdobju. Pri tem so zlasti poudarjali ključen pomen ustrezne vzgoje, informiranja in poučevanja javnosti ter promocije zdravja in preventive boleznih od zgodnjega otroštva dalje. Upoštevajoč aktualne statistične trende, poznavalci predvidevajo, da bo do leta 2020 na svetu več kot milijarda ljudi starejših od 60 let, od tega skoraj tri četrtine (dobrih 710 milijonov) v razvitih deželah. Hkrati naj bi po realnih napovedih strokovnjakov UNPF (prebivalstveni fond ZN) do leta 2050 število prebivalstva, starejšega od 70 let, naraslo iz današnjih 630 milijonov na dve milijardi. Na Japonskem bo po realnih predvidevanjih leta 2020 v svetovnem merilu največ starostnikov, tako bo dežela vzhajajočega sonca tedaj veljala za najstarejšo državo na svetu. Najstarejša regija oziroma celina pa bo Evropa, ki že danes upravičeno nosi vzdevek stara celina. Na našem kontinentu bo največ ostarelih v Nemčiji, sledile ji bodo Grčija, Italija in Švica (v slednji bo delež prebivalstva, starejšega od 60 let znašal 27 odstotkov), medtem ko je danes najvišji odstotek ostarelih v Grčiji (22 odstotkov). V zvezi z navedenimi sodobnimi trendi na področju gerontostatistike, strokovnjaki UNPF, SZO in Svetovne banke poudarjajo, da noben nacionalni zdravstveni sistem ne bo mogel brez pretresov preživeti pospešenega staranja prebivalstva, zato se mora medicinska sfera v sodelovanju z zavarovalnicami in vladami čim prej začeti načrtno in ciljano pripravljati na nove izzive, ki nas čakajo v prihodnosti. Kompleksne reforme zdravstvenih, socialnih in pokojninskih sistemov so sicer nujno potrebne, vendar pa same po sebi nikakor ne bodo zadostovale za obvladovanje pritiska demografskih sprememb prihajajoče dobe. ■

Vir: *UNPF*

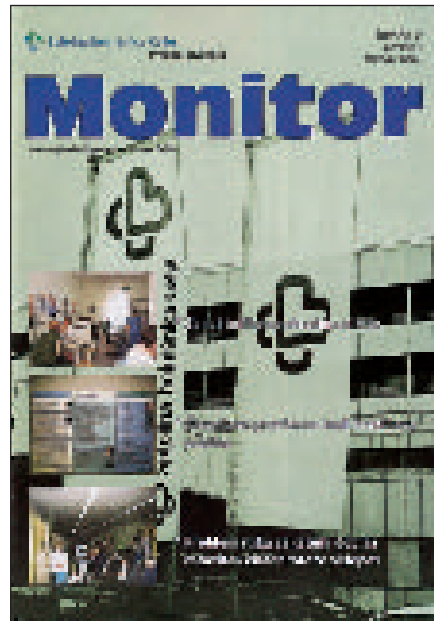
Prevedla in priredila: Nina Mazi

Monitor

Interno glasilo Splošne bolnišnice Celje

Glavna urednica: Štefka Presker
Odgovorna urednica: Danijela Gorišek
Naklada: 1.700 izvodov

Glasilo izide vsak drugi mesec, in sicer februarja, aprila, junija, septembra in novembra. Običajno obsega od 30 do 32 strani. Ima stalne rubrike, in sicer Uvodnik; To je SCB; ABC poslovanja SCB; Mi, vi, oni; Medicinska stroka; Zdravstvena nega; Svetujemo pojasnjujemo in Drobtnice. Že iz naslovov stalnih rubrik in kasneje pri branju le-teh je razvidno, da je glasilo zasnovano na pregledu aktualnih dogodkov (npr. Začela se je gradnja novega travmatološkega oddelka; let. 1, št. 2, str. 9; Domus medica Celjske regije; let. 2, št. 2, str. 16), nasvetih (npr. Ravnanje in gospodarjenje z odpadki; let. 2, št. 2, str. 6), predstavitev delavcev Splošne bolnišnice Celje (Majda Knez; let. 2, št. 2, str. 10), novostih (Nov Pravilnik o reševanju pritožb bolnikov; let. 1, št. 2, str. 5; Nov način obračunavanja bolnišničnega zdravljenja; let. 1, št. 2, str. 8; Nov zakon o javnih naročilih; let. 1, št. 2, str. 25) itd. V uvodniku glavna urednica Štefka Presker običajno predstavi trenutne aktualne dogodke na področju zdravstva. V nadaljevanju glasila poleg navedenih rubrik zasledimo zapisane tudi pohvale in pritožbe, delovne jubileje, delo na oddelkih (npr. Delavnica



o oksigenaciji tkiv in presnovi pri kritično bolnih; Transplantacija kostnega mozga; let. 1, št. 2, str. 17, 18; Trombotesti; let. 2, št. 2, str. 15 itd.). Celotno glasilo je prepleteno z vici in šalami, zato je branje prijetno in sproščujoče, poleg tega pa izredno bogato z informaciji ne samo za zdravnike, temveč tudi za druge za-

poslene v zdravstvu. Zlasti rubrika Drobtnice vam na zanimiv način predstavi kulinarične dobrote, slikarske upodobitve in koncertne prireditve. Glasilo Monitor je torej glasilo, ki resnično ustreza sloganu na naslovni strani, to je "Predani življenju".

Mira Delavec

PROFILI PRIHODNOSTI

Mednarodni strokovnjaki, ki spremljajo in načrtujejo razvoj zdravstva na globalni ravni, ugotavljajo, da se v skladu s spremembami patologije spreminja tudi specialistična struktura medicinske sfere in zdravstva v državah in regijah. Evropski in ameriški strokovnjaki napovedujejo, da bodo v bližnji prihodnosti (do leta 2050) vse pomembnejšo vlogo pri skrbi za zdravje, vitalnost in psihofizično blagostanje prebivalstva igrale medicinske specialnosti, ki trenutno (še) nimajo primata. Še naprej se bo kreпил in povečeval pomen psihiatrov in psihologov (za otroke in odrasle) ter družinskih zdravnikov in pediatrov, hkrati

pa bodo vedno bolj odločilno vlogo igrali tudi (super) specialisti z izbranih področij, ki danes beležijo naraščanje patologije. Mednje sodijo podologi (v razvitem svetu ima že vsak tretji človek pri tiridesetih letih težave s stopali), trihologi (izpadanje las oziroma težave z lasmi in lasiščem pestijo več kot polovico sodobnega prebivalstva), fiziatrji (sedentaren, stresen in naporen način življenja naj bi spodbujal težave z lokomotornim aparatom, živčevjem, obtočili), algolog (nevrolog, specializiran za bolečinsko problematiko, bo skrbel za naraščajoče število bolnikov z akutnimi in kroničnimi bolečinami), androlog (kmalu naj bi v življenju moškega dela prebivalstva postal tako pomemben in nepogrešljiv, kot je ginekolog že

v prejšnjem stoletju postal v skrbi za zdravje žensk), stomatolog (specializiran za bolezni ustne votline, zlasti obzobnih tkiv in high-tech implantacije). Med ostalimi specialisti bodo za hvaljujoč potrebam in zahtevam uporabnikov zdravstvenih storitev na pomenu pridobili še diabetologi (pojavnost sladkorne bolezni je v nenehnem porastu), pulmologi (zaradi alergij in malignomov, pa tudi smrčanja), nevrolog (glavoboli, nevralgije), okulist (anomalije vida in starostne degeneracije), geriatri (nezadržno staranje prebivalstva) idr. Ključno vlogo pri racionalizaciji na področju zdravstva pa naj bi kmalu prevzeli družinski zdravniki.

Viri: WB, SZO, Eurostat

Prevedla in priredila: Nina Mazi

Zadnje poglavje – zdravniška napaka

Ljudje delajo napake. To leži v človeški naravi, kar pa ima različno težo. Slikarju, ki izbere napačen ton barve, tega najbrž ne bo nihče očitil in verjetno tudi nihče opazil, zdravniške napake pa so hitreje očitne, posledične in predvsem bolj odmevne.

Amputirati napačno nogo, ali pozabiti na drugega dvojčka? Vse se je že zgodilo, na srečo ne pogosto, so ugotavljali za okroglo mizo ugledni avstrijski zdravniki in pravniki.

Neki dunajski odvetnik, ki se ukvarja pretežno s pritožbami in tožbami bolnikov, prejme na leto približno 8.600 prijav. Leta 2002 je uvedel preiskavo, v kateri naj bi bilo po njegovi presoji, preden je imel na razpolago mnenje izvedenca, od 300 do 400 primerov na 1.750-ih primerih upravičenih. 175 bolnikov je dobilo iz odškodninskega sklada izplačanih 1,2 milijona evrov (približno 1,6 milijona tolarjev povprečno na oškodovanca). Vse tožbe v omenjenih primerih so se nanašale na bolnike, ki so bili zdravljeni v bolnišnicah. V primerjavi z letom prej število tožb narašča, v zadnjem letu kar za tretjino.

Študija s Harvarda ugotavlja na 30.000 bolnikih sedem odstotkov različnih zapletov, dva odstotka tega števila (42), pa bi mogoče oceniti kot zdravniško napako.

Nekaj mnenj:

Dr. Rudolf Roka, predstojnik prvega kirurškega oddelka bolnišnice Rudolfstiftung na Dunaju: "Pomembno je, da se z bolnikom odkrito pogovorimo, najpomembnejše pa je,

da mu zagotovimo, da bo narejeno vse, kar je v naši moči, da se napaka popravi."

Dr. Peter Rainer Harbach, predsednik razsodišča pri spodnjeavstrijski zdravniški zbornici: "Nujna je čustvena povezanost z bolnikom. Če je ta dobra, se bo bolnik verjetno sposoben soočiti tudi z zelo težavnimi problemi, če pa te ni, se bo počutil tudi ob povsem uspešnem zdravljenju osamljen in bo pričel razmišljati ali ni bil morda zdravljen napačno. Nič manj pomembno ni, kakšen stik ustvarimo s svojci. Če pridejo ti petkrat zastoj v bolnišnico poizvedovat, kaj je narobe z njihovim očetom, potem ni daleč od misli, da se zanj nihče ne zanima."

Dr. Thomas Kralik, odvetnik, pravi: "Bolniki imajo predsodke pred razsodišči, ki jih sestavljajo zdravniki in zato pogosto iščejo rešitev na sodišču. Opažam pa, da dobro obveščeni bolniki redko tožijo. Ne na predvečer operacije, že teden dni pred tem, bi bilo umestno seznaniti bolnika s posegom in vsemi možnimi zapleti."

Dr. Franz Stöger, predsednik poklicnega združenja avstrijskih kirurgov, meni: "Neprestana preutrujenost in nov delovni raspored sta pomembna dejavnika nastanka zdravniških napak."

Dr. Leopold Mahr, predsednik razsodišča pri zdravniški zbornici na Dunaju: "Mnogo tožb bi bilo mogoče preprečiti samo z dobrim in natančnim razgovorom in pravilnim svetovanjem. Nemaokrat se mi je zgodilo, da je bolnik, po izčrpnem razgovoru, s katerim



mu je bilo pojasnjeno vse v zvezi z njegovo boleznijo, rekel, da bi danes ne bil tu, če bi mu to povedal kdo pred tem."

Dr. Walter Dohr, odvetnik, poudarja, da bi bilo nujno ustvariti odškodninski sklad za bolnike, pri katerih je prišlo do oškodovanja zaradi zdravniške napake ali drugih okoliščin. ■

Vir: Kärntner Ärztezeitung, junij 2004

Boris Klun



Ljubljanska skupina

Elizabeta Bobnar Najžer

Vstop Slovenije v Evropo so vsaj tako nestrpno kot v Sloveniji pričakovali v naših sosednjih državah. Vsaj za področje zdravstva velja, da je pomanjkanje zdravnikov v Sloveniji vabljiva niša, ki bi jo zamejski Slovenci z znanjem slovenskega jezika z lahkoto zapolnili.

Že pozimi so mejne deželne zdravniške zbornice iz Italije in Avstrije navezale stike s kolegi iz Slovenije. Dvostranskim je v začetku junija 2004 sledilo tristransko srečanje deželnih zdravniških Zbornic Avstrije (Koroška in Štajerska), Italije (Tržaška in Goriška) ter Zdravniške zbornice Slovenije.

Sestanek, ki je bil zasnovan spoznavno, je kaj hitro prerasel v ugo-

tovitev, da bi tri države lahko učinkovito in kreativno sodelovale na številnih področjih.

Vsaka zbornica je najprej na kratko predstavila svoje pristojnosti in delovna področja. Slovenski je sledila predstavitev avstrijske zbornice za Koroško. V Avstriji je vsak zdravnik ali zobozdravnik član regionalne Zbornice, regionalne zbornice se institucionalno združujejo na nacionalni ravni. Vsaka regionalna zbornica v Avstriji ima vzpostavljen sistem za pokojninsko in socialno zavarovanje. To omogoča avstrijska zakonodaja, ki je po drugi svetovni vojni vsem zdravnikom in zobozdravnikom zasebnikom odrekla pravico, da se lahko pokojninsko zavarujejo preko državnih pokojninskih skladov. Zasebniki so se zato samoorganizirali v



V sproščenem pogovoru pred začetkom srečanja: dr. Claudio Pandullo in dr. Mauro Melato iz Trsta ter Gordan Čok, dr. dent. med., in prof. Vladislav Pegan iz Ljubljane (z leve)



Dr. Carlo Culot, član odbora za zobozdravstvo, dr. Maria Gemma Grusovin, predsednica odbora za zobozdravstvo goriške zbornice za zdravnike in zobozdravnike, Maja Pavlin Klemenc, dr. med., ZZS, predsednica regije Nova Gorica, dr. Doriana Potente, predsednica goriške zbornice za zdravnike in zobozdravnike; dr. Andrea Vuga, ginekolog, tržaški Slovenec in dolgoletni blagajnik tržaške zbornice, dr. Claudio Pandullo, podpredsednik tržaške zbornice (z leve)



Dr. Roberto Canzio, blagajnik, dr. Mauro Melato, predsednik in pravnica Casterzo Santin iz tržaške zbornice zdravnikov in zobozdravnikov (z leve)



Dr. Peter Schmidt, dr. Herwig Lindner, dr. Dietmar Bayer, predsednik, iz avstrijske zbornice za Štajersko (z leve)



Dr. Martin Millauer, dr. Dieter Müller in g. Martin Novak iz avstrijske zbornice za Štajersko (z leve)



Dr. Othmar Haas, predsednik, dr. Bernd Adlassnig, dr. Erich Ropp iz avstrijske zbornice za Koroško (z leve)

zbornicah, da so si lahko zagotovili minimalno socialno varnost. Kasneje so se kolegom zasebnikom pridružili tudi zdravniki, zaposleni v javnih organizacijah. Zato je pri njih sedaj ta sistem dobro razvit. Avstrijska zakonodaja zbornicam predpisuje zagotavljanje nadzora kakovosti dela zdravnikov in zobozdravnikov, ki vključuje tudi sistem kaznovanja slabe kakovosti. Razlika med Slovenijo in Avstrijo je tudi v tem, da zbornica deluje tudi kot sindikat, ter se v imenu bolnišničnih zdravnikov bori za višje plače, v imenu zasebnikov za dobre pogodbe z zdravstvenimi zavarovalnicami, ter v imenu obeh za dobre delovne pogoje. Koroška zbornica je z 2.500 člani ena manjših, medtem ko je štajerska s 5.700 člani primerljiva z našo.

Mag. Marko Bitenc je poročal o pogovorih v različnih evropskih zdravniških organizacijah o prihodnjem položaju zbornic. V Nemčiji so politiki začeli lobirati proti temu, da bi zdravniki sami regulirali svoj poklic, kar je naloga zbornic. Sodelujoči na sestanku srednje-evropskih zbornic odločno nasprotujejo taki pobudi, saj bi s tem zdravniki po vsej Evropi izgubili pristojnosti, ki jih imajo sedaj, v zvezi s samoodločanjem (self-regulation) svojega poklica. Temu mnenju so se pridružili tudi prisotni na sestanku v Ljubljani.

Dr. Schmidt je posebej poudaril, da so zdravniki povsod pravzaprav



Številčna udeležba je nakazala potrebo po tesnem povezovanju med zamejskimi zbornicami

edini odvetniki pacientov. To morajo ostati tudi v prihodnje. Zdravništvo naj določi, kaj pacientom lahko nudijo, s problemom plačila za storitve in obsegom plačanih storitev iz zdravstvenega denarja pa se mora ukvarjati vlada.

Na predlog mag. Marka Bitenca so po splošnih uvodnih predstavitvah prisotni prešli k iskanju skupnih točk ter določitvi nekaj tem za sodelovanje, na katerih bi delali v prihodnjem letu. Goriška zbornica si je želela sodelovanje na področju izmenjav kodeksov medicinske etike in deontologije. V Avstriji kodeksa še nimajo, a ga nameravajo sprejeti še letos. Po dogovoru bo vsaka stran pripravila svoj kodeks v angleščini, ter jih razposlala vsem članicam. Obravnava in primerjava kodeksov bo tema naslednjega sestanka.

Naslednja skupna točka je prost pretok zdravnikov. Vsaka zbornica bo pripravila kratka navodila o prehodih in pogojih za delo v svoji državi.

Štajerska zbornica je sprožila zelo široko temo o notnih zapisih pacientovih podatkov na evropski zdravstveni kartici. Menili so, da bi na eni strani to pacientov v vseh evropskih državah omogočalo enako kakovostno oskrbo, saj bi zdravnik v drugi državi lahko nemudoma seznanil s siceršnjim zdravstvenim stanjem pacienta. Po drugi strani bi bil tak elektronski zapis v pomoč tudi prenosu podatkov iz osnovne na specialistično raven in obratno. V razpravi so ugotovili, da je zakonodaja med državami preveč različna, da bi lahko upali na takšen prenos podatkov v bližnji prihodnosti.

Zelo široko področje sodelovanja lahko predstavlja nenehno po-diplomsko usposabljanje. Poti do licence so v treh državah različne, tesnejše pa bi bilo lahko sodelovanje pri pridobivanju kreditnih točk za relicenciranje. Podana je bila pobuda za določitev poti, kako bi si lahko zbornice iz treh držav medsebojno zagotovile priznavanje kreditnih točk.

Zdravniki kot intelektualci gojijo bogata kulturna srečanja, kjer bi medsebojno sodelovanje obogatilo in oplemenitilo tovrstna druženja.

Glede na pomembnost tem in vzdušje sestanka, ki je bil le sklican kot spoznavni in je nemudoma po uvodnih besedah prerasel v realne dogovore o trajnejšem in trdnjšem medsebojnem sodelovanju in povezovanju, je avstrijska delegacija predlagala, da se druženje institucionalizira. Predlagali so, da bi se udeleženci dogovorov poimenovali "Ljubljana group" in sklenjeno je bilo, da se bodo razgovori tudi o poimenovanju nadaljevali jeseni.

"Ljubljanska skupina" je postala živ in delujoč organizem, ki v novem evropskem okolju še ni rekel zadnje besede.

Foto: Amadej Lah

Koncert ob obletnici nestorja slovenske medicinske glasbene dejavnosti

Elizabetha Bobnar Najžer

Letošnje vabilo na tradicionalni medicinski koncert me je razveselilo najprej zato, ker sem se nadejala, da bo v novem avditoriju v cerkvi sv. Jakoba v Stari Ljubljani zagotovo dovolj prostora za udobno namestitev in poslušanje glasbe. Kljub prihodu dokaj minut pred napovedanim začetkom,

pa me je prijetno presenetila polna cerkev, in seveda, pripadlo mi je le stojišče v ozadju. Kar nekaj somišljenikov, ki zvesto obiskujemo zdravniške koncerte in smo se zavedali, da se je bilo v preteklosti za sedišče v cerkvi sv. Florjana potrebno potruditi v prijetno hladno okolje vsaj pol ure pred začetkom, nas je obstalo za popolnoma zasedenimi



Aplavz po klavirskem koncertu J. S. Bacha: pianist Pavle Kornhauser, dirigent Andrej Ožbalt in zdravniški orkester Camerata medica



Cerkev sv. Jakoba je bila premajhna, da bi lahko na sedežih sprejela vse poslušalce, številni so morali koncert poslušati stoje.



Prof. Pavle Kornhauser ob klavirju



Klavirski kvintet Pro medico je zaigral Dumko in Furiant A. Dvořaka (Marko Zupan, Miha Benedik, Pavle Kornhauser, Vilim Demšar in Zvonimir Rudolf, z leve).



Dr. Marija Kalan bere svoje posvetilo jubilantu.



Tercet iz opere Porgy in Bess Georga Gershwina ob spremljavi simfoničnega orkestra ter mešanih pevskih zborov dr. Bogdan Derč in študentov medicine COR, vodja orkestra Vilim Demšar

klopni in stoli v več kot enkrat večji cerkvi.

Vendar nas tokrat na koncert ni pritegnila le glasba, pač pa tudi želja, da bi se poklonili nestorju slovenske medicinske glasbene dejavnosti ob njegovem osemdesetem jubileju.

Prof. Pavle Kornhauser, predan pediater z dušo glasbenika ter neverjetno življenjsko močjo in energijo, ki me vedno znova preseneča, nas je, namesto s slatno torto, pogostil z izjemnim glasbenim doživetjem.

Izbor glasbe je bil seveda inovativen, sama sem za skladatelja Alessandra Marcello, ki je deloval v 18. stoletju, slišala prvič. Njegova skladba, Koncert za trobento in godalni orkester v d-molu, je bila sprva napisana za godalni orkester, čembalo ter oboo, kot solistični instrument. Spremljanje koncerta v ozadju je sicer malce motil odmev, vendar je profesor Stanko Arnold na trobenti doživeto poustvaril svojstveno doživljanje zvoka. Koncert za klavir in godalni orkester v f-molu BWV

1076 J. S. Bacha je s svojo spevnostjo pričaral poseben čar vstopa poletja v Ljubljano.

Ne morem si predstavljati, da bi prof. Kornhauser lahko preživel brez enega svojih najboljših in najzvestejših prijateljev, Antonina. Počasni in poetični drugi stavek ter hitri ples Furiant iz Klavirskega kvinteta v A-duru op. 81 sta razpoznavno delo izpod peresa enega najbolj priljubljenih evropskih skladateljev, Antonina Dvoraka. Komorna skupina Pro medico, Pavle Kornhauser, klavir, Marko Zupan, prva violina, Miha Benedik, druga violina, Vilim Demšar, viola, Zvonimir Rudolf, violončelo, je pokazala uigranost, ne le zaradi štirih desetletij obstoja v različnih sestavih, temveč predvsem zaradi njihove predanosti glasbi.

Eden največjih dosežkov, tako zaradi logistične zahtevnosti kot po izvedbi, pa so bili izbrani odlomki iz opere Porgy in Bess ameriškega skladatelja Georga Gershwina. Svojo glasbeno spretnost je združilo kar



Kot "dodatek" Pavle Kornhauser igra Chopina.



Direktor Javnega sklada Republike Slovenije za kulturne dejavnosti Igor Teršar izraža jubilejno priznanje prof. Pavlu Kornhauserju.



Prof. Boris Klun po umetniškem sporedu v imenu Zdravniške zbornice in uredništva revije pozdravlja udeležence.

120 nastopajočih, poleg zdravnikov in študentov medicine še študenti ljubljanske Akademije za glasbo in Srednje glasbene šole. Komorna skupina Pro medico, ljubljanski zdravniški orkester Camerata medica, mešani zbor dr. Bogdan Derč in COR – vse povezuje ljubiteljsko druženje v Kulturno-umetniškem društvu Kliničnega centra in Medicinske fakultete, dr. Lojz Kraigher in vsi so se družno napotili v svet življenja ameriških črncev. Solisti so bili študenti ljubljanske Akademije za glasbo: basist Rok

Bavčar kot Porgy, sopranistke Janja Hvala, Janja Konestabo ter študentka medicine Vlasta Rožman kot Bess, Sporting Life je bil baritonist Samo Ivačič. Partitura je prišla prav iz daljnega New Yorka, priprave za skupno igro in dirigentsko nalogo je prevzel in odlično izpeljal profesor Vilim Demšar, mednarodno uveljavljeni goslar in gostujoči violist v komorni skupini Pro medico. Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč je vodil Venčeslav

Zadavec, pevski zbor študentov medicine COR pa Katja Jarm. Umetniško dušo je projektu vdihnil prof. Pavle Kornhauser.

Konec glasbe še ni bil konec večera.

Prof. Kornhauser je bil deležen številnih čestitk in priznanj, ob pogostitvi, ki jo tudi že tradicionalno zagotovi Zdravniška zbornica Slovenije, revija Isis, so misli dehtele še dolgo v noč.

Ob koncu seveda: Vse najboljše ob Vašem jubileju in še na mnogo uspešnih koncertov, prof. Pavle Kornhauser!

Foto: Amadej Lah



Prof. Kornhauser je za svoja prizadevanja prejel tudi priznanje Zveze kulturnih društev Ljubljana.

Spoštovani!

S lučajno sem imela možnost in malo prelistala po vašem glasilu ter z veseljem prebrala članek o debelosti in patentih. Avtor članka gospod Iztok Štötl, dr. med., se sprašuje ali je res pokvarjen "senzor" za vnos hrane? Zelo me veseli, da je zaskrbljen pred farmakološkim vdorom zdravljenja debelosti in delovanjem na najrazličnejše receptorje. Tudi sama sem zaskrbljena, ker vem, da se debelost zdravi drugače kot z zdravili (razen v odločenih primerih).

V dobi agresivne informatike res preti nevarnost za patentiranje normalnih življenjskih potreb – tudi sprehodi po gozdu – kot je omenjeno v članku, zato je mera previdnosti še kako dobrodošla.

Zdrav življenjski slog je potrebno čimbolj vgraditi v vsakdanje življenje ljudi, saj bomo le tako lahko zviševali kakovost življenja, manjšali zbolewnost in posledično prihranili stroške zdravstveni blagajni.

V Sloveniji smo s programom CINDI po zdravstvenih centrih že veliko naredili na področju debelosti. Vodim zdravstveno-vzgojne

delavnice življenjskega sloga in imam kar nekaj izkušenj prav na področju hujšanja. Senzor za vnos hrane pri naših prebivalcih deluje po mojem mnenju povsem normalno, **samo miselni vzorci ljudi so porušeni.**

Zdravljenje debelosti v programu CINDI je na treh ravneh, in sicer:

- zdravi uravnoteženi prehrani,
- telesni dejavnosti in
- čustveni inteligenci.

Pri zdravljenju debelosti je potrebno odpravljati vzroke slabe samopodobe, čustvene blokade in vzpostavljati pri ljudeh **pravilen odnos do sebe** in svojega življenja. Ljudje se ne zavedajo svojega bivanja, hlepijo po materialnih dobrinah, hitijo v "boljšo" prihodnost, pozabljajo pa na ta **trenutek življenja**, saj ne znajo videti lepote gozda, reke, morja, cvetic, petja ptic. Ne znajo sprejemati odgovornosti za svoje zdravje, kar jih je potrebno naučiti, vzpodbujati in jih podpirati. (Najhitrejše je problem rešen, če bolnik dobi zdravila, nato pa se giblje v začaranem krogu in ne zna spremeniti miselnega vzorca.)

Ljudje, ki se odločijo in resnično spremenijo

odnos do sebe in svoje navade, so srečnejši, mirnejši, izboljšajo dejavnike tveganja, postanejo vitkejši, ne potrebujejo bolniške odsotnosti in so pri svojem delu veliko bolj kreativni. Ljudem je potrebno vcepiti **zaupanje vase.**

Vse to zahteva veliko dela in angažiranosti. Medicinske sestre, ki smo za to posebej izobražene, lahko na področju debelosti in zdravega življenjskega sloga storimo veliko in dobro delo. Veliko je bilo že narejenega, pred nami pa je še velik izziv, saj je debelost (tudi samomori) problem moderne dobe, zato hvala avtorju članka, ki omenja začetek etiološkega zdravljenja, zdravljenja vzrokov, ki izhajajo iz neznanja, nezaupanja vase, slabše čustvene inteligence in pomanjkanja odgovornosti za svoje zdravje in življenje.

Naše in vaše poslanstvo je delo na človeku in le s skupnim dialogom, skupinskim pristopom in medsebojnim spoštovanjem bomo lahko vplivali na človekove vzorce obnašanja in s tem bistveno pripomogli k zmanjšanju najpomembnejših civilizacijskih bolezni pri nas. ■

Vasiljka Kokalj

PERSONALIA

Novo vodstvo Društva za zdravje srca in ožilja Slovenije

Asist. mag. **Danica Rotar PavliB**,
dr. med., predsednica

Maja Prah, podpredsednica
za gospodarsko-finančne zadeve

Marijan Planinc, častni član

Prim. **Boris Cibic**, dr. med.,
podpredsednik za strokovne zadeve

Prof. dr. **Josip Turk**, dr. med.,
častni predsednik

Vlado Žlajpah, častni član

Alojz Antončič, častni član

Dogovor

ki ga sklenejo:

na strani delodajalcev:

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije,
Štefanova 5, 1000 Ljubljana, v imenu javnih zdravstvenih zavodov Slovenije,

Zdravniška zbornica Slovenije,

Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, v imenu zasebnih zdravstvenih zavodov Slovenije

in

na strani delojemalcev:

FIDES, sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije,
Dalmatinova 4, 1000 Ljubljana

1. člen

Obstoj spora

Stranki dogovora ugotavljata, da ob sklenitvi tega dogovora med strankama obstaja spor o:

- obveznem začetku delovnega časa zdravnikov po 41. a členu Zakona o zdravniški službi,
- načinu zagotavljanja počitkov zdravnikov,
- zagotavljanju neprekinjenega 24-urnega zdravstvenega varstva,
- ureditvi stalne pripravljenosti.

Stranki ugotavljata:

- da sindikat Fides nasprotuje sedanji prevladujoči praksi, po kateri se delovni čas zdravnikov začneja šele ob 8. uri,
- da sindikat Fides nasprotuje sedanji praksi, po kateri delodajalec enostransko odloča o razporeditvi počitkov zdravnikov, pri čemer je omejen zgolj na skrajne zakonske omejitve,
- da sindikat Fides zahteva odpravo pojma dežurstva in njegovo nadomestitev z drugo, ustrežnejšo obliko zagotavljanja neprekinjenega 24-urnega zdravstvenega varstva,
- da sindikat Fides zahteva natančnejšo ureditev stalne pripravljenosti,
- da sindikat Fides ocenjuje, da obstaja premalo učinkovitih sankcij za zavode, ki ne upoštevajo omejitve delovnega časa zdravnikov,
- da sindikat Fides zahteva, da se za zdravnike in zobozdravnike uveljavlja delovni čas po direktivi Evropske unije številka 93/104/EC in upoštevanje 4. člena Evropske socialne listine glede vrednotenja nadurnega dela.

Stranki se dogovorita, da se spor iz 1. in 2. odstavka tega člena reši s sklenitvijo tega dogovora, ki je za obe stranki obvezujoč.

2. člen

Delovni dan zdravnikov

V primeru, da je za začetek dela z uporabniki (2. odstavek 41 a člena Zakona o zdravniški službi) potrebna predpriprava, se lahko delovni dan zdravnikov začne prej.

3. člen

Zagotavljanje počitkov zdravnikov

Razporeditev delovnega časa, ki zdravniku ne zagotavlja vsak dan vsaj 12 ur nepretrganega dnevnega počitka in vsak teden najmanj 24 ur nepretrganega tedenskega počitka, se lahko uvede le po predhodnem pisnem soglasju zdravnika. Zdravnika, ki soglasja ne želi podpisati, delodajalec ne sme oškodovati ali drugače diskriminirati.

S kolektivno pogodbo za zdravnike in zobozdravnike se določijo primeri, ko se lahko razporeditve delovnega časa iz prvega odstavka uvede z enostranskim aktom delodajalca oziroma s sporazumom med zavodom in sindikatom v zavodu.

Razporeditev delovnega časa ter odmorov in počitkov v mejah, določenih z 41.d členom Zakona o zdravniški službi, se lahko določi z enostranskim aktom delodajalca, če soglasja iz prvega odstavka ne želi



Konrad Kuštrin, dr. med., predsednik sindikata Fides, prof. dr. Dušan Keber, dr. med., minister za zdravje in prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., predsednik Zdravniške zbornice Slovenije (z leve) (Foto: Elizabeta Bobnar Najžer)

podpisati večje število zdravnikov v zavodu, zaradi česar zagotavljanje neprekinjenega 24-urnega zdravstvenega varstva v zavodu ne bi bilo mogoče, potem, ko je delodajalec preveril vse alternative, vključno s predlogi sindikata.

4. člen

Zagotavljanje neprekinjenega 24-urnega zdravstvenega varstva

Neprekinjeno 24-urno zdravstveno varstvo se zagotavlja v okviru polnega delovnega časa ali dela preko polnega delovnega časa.

Ves čas, ko je zdravnik prisoten v zavodu zaradi zagotavljanja neprekinjenega 24-urnega zdravstvenega varstva v okviru polnega delovnega časa, šteje v delovni čas in se vrednoti kot delo v okviru polnega delovnega časa.

Ure preko polnega delovnega časa, ko je zdravnik prisoten na delovnem mestu zaradi zagotavljanja neprekinjenega 24-urnega zdravstvenega varstva, pa razen dosegljivosti na delovnem mestu nima drugih obveznosti oziroma odgovornosti (čas dosegljivosti na delovnem mestu), se štejejo v delo preko polnega delovnega časa in se vrednotijo enako kot delo v okviru polnega delovnega časa zdravnika. Vse preostale ure preko polnega delovnega časa štejejo v delo preko polnega delovnega časa in se vrednotijo in obračunajo kot delo preko polnega delovnega časa zdravnika.

Določba prejšnjega odstavka ne velja, če predstavlja čas dosegljivosti manj kot 50 odstotkov celotnega časa, namenjenega za zagotavljanje neprekinjenega 24-urnega zdravstvenega varstva. V tem primeru se vse ure, prebite na delu preko polnega delovnega časa, štejejo in vrednotijo enako kot delo preko polnega delovnega časa.

Z dogovorom med zavodom in enoto sindikata Fides v zavodu se določi delež časa dosegljivosti na delovnem mestu v okviru časa, namenjenega izvajanju neprekinjenega 24-urnega zdravstvenega varstva. Če do dogovora ne pride, delež določi sodišče ali arbitraža, če je v zavodu ustanovljena. Do odločitve sodišča oziroma arbitraže se delež dosegljivosti na delovnem mestu določi v višini deleža neefektivnih ur v okviru dežurstva, ki velja v zavodu na dan sklenitve tega Dogovora, vendar ne more biti višji od 70 odstotkov.

5. člen

Stalna pripravljenost

Trajanje in razporejanje stalne pripravljenosti se lahko uredi le s soglasjem zdravnika. Zdravnika, ki takšnega soglasja ne da, zavod ne sme oškodovati ali kako drugače diskriminirati.

S kolektivno pogodbo za zdravnike in zobozdravnike se lahko določijo primeri, ko se lahko zdravnike v pripravljenost razporedi z enostranskim aktom delodajalca oziroma s sporazumom med zavodom in sindikatom v zavodu.

Če soglasja iz prvega odstavka ne želi dati večje število zdravnikov, lahko zavod zdravnika razporedi v stalno pripravljenost z enostranskim aktom, vendar največ osemkrat mesečno v povprečju šestih mesecev, pri čemer ena stalna pripravljenost ne sme trajati več kot 16 ur od ponedeljka do petka oziroma ne več kot 24 ur ob sobotah, nedeljah in praznikih. Ob sobotah, nedeljah in praznikih je lahko zdravnik razporejen v stalno pripravljenost le trikrat na mesec v povprečju treh mesecev.

V primeru, ko se stalna pripravljenost kot svetovanje zagotavlja samo preko telekomunikacijskih sredstev, se takšna pripravljenost uredi z dogovorom med zavodom in zdravnikom.

6. člen

Odprava dežurstva

Z dnem, ko se uveljavi zagotavljanje neprekinjenega 24-urnega

zdravstvenega varstva, ki ga določa 4. člen, se zdravnike ne razporeja več v dežurstvo.

Razporeditev zdravnika v dežurstvo v nasprotju s tem Dogovorom ni veljavna.

7. člen

Prehodne in končne določbe

Ta dogovor je sklenjen, ko ga vse stranke podpišejo in ga potrdijo Vlada Republike Slovenije, Glavni odbor Fides, sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije.

Dogovor se objavi v Uradnem listu RS.

Zdravstveni zavodi so dolžni določbe tega dogovora, razen tretjega odstavka 4. člena, začeti upoštevati v 15-ih dneh od objave v Uradnem listu RS, Vlada RS pa se zaveže, da bo v okviru svojih pristojnosti oziroma pristojnosti resornega ministrstva nadzirala njihovo izvajanje.

Partnerji bodo podprli vključitev določb 2. člena, 3. člena, prvega, drugega, četrtega in petega odstavka 4. člena, 5. in 6. člena tega dogovora v Kolektivno pogodbo za zdravnike in zobozdravnike istočasno z razvrstitvijo zdravniških delovnih mest in nazivov v plačne razrede po četrtem odstavku 13. člena Zakona o sistemu plač v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 56/02, 110/02-ZDT-B, 72/03, 126/03 in 70/04).

Stranke si bodo prizadevale, da se določba 3. odstavka 4. člena tega dogovora vključi v kolektivno pogodbo za javni sektor, Vlada Republike Slovenije pa se zaveže, da bo vladna pogajalska skupina to določbo podprla in zagovarjala.

Dogovor je sestavljen v štirih enakih izvodih, od katerih prejme vsaka stranka po en izvod, četrti izvod pa je za uradni list Republike Slovenije. ■

Ljubljana, 15.07.2004

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
dr. Dušan Keber, minister



Zdravniška zbornica Slovenije
prof.dr. Vladislav Pegan, dr.med., predsednik



FIDIS, sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije
Konrad Kuštin, dr.med., predsednik



Komentar dogovora o reševanju spornih vprašanj sklenjenega dne 15. 7. 2004 med Ministrstvom za zdravje, Zdravniško zbornico Slovenije in FIDES-om

Bojan Popovič

Podpisani dogovor v prvi vrsti predstavlja realizacijo sklepov izredne konference FIDES-a 12. 3. 2004, ki sta se je udeležili tudi številčni delegaciji Zdravniške zbornice Slovenije in Slovenskega zdravniškega društva.

Na tem mestu Dogovoru ne bi želel dodajati raznih pridevnikov v smislu zgodovinskosti, precedenčnosti ali morda poraznosti, vendar je le treba poudariti, da predstavlja največji premik v razumevanju posebnosti delovnega časa zdravnikov vse od sklenitve Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike (KPZZ) leta 1994. Vendar je celo ta kolektivna pogodba pravzaprav le povzela ureditev dežurstev, kot so jo poznale splošnejše kolektivne pogodbe pred njo. Temeljna ideja, ki smo ji pri tem sledili, je bila implementacija Direktive EU št. 94/103/EC in sodb sodišča Evropskih skupnosti, ki določajo, da ves čas, ki ga zdravnik prebije na delovnem mestu, šteje v delovni čas.

Zagotavljanje počitkov zdravnikov ◆

Novela Zakona o zdravniški službi iz februarja 2003 (ZZdrS-B) je zaradi potreb po zagotavljanju 24-urnega zdravstvenega varstva relativizirala pravico zdravnika do nepretrganega 12-urnega dnevnega in 24-urnega tedenskega počitka s tem, da se takšen počitek ne zagotavlja nujno vsak dan, temveč v povprečju dveh mesecev. O tem, ali bo takšen počitek zagotavljal vsak dan ali ne, je doslej glede na že omenjeni člen zakona odločal izključno delodajalec. Po drugi strani ista novela dovoljuje, da se zdravnika tudi brez njegovega soglasja razporeja v nepretrgano delo v trajanju 16 ur, z njegovim soglasjem pa do 32 ur. Takšna določila so dajala izjemno velik manevrski prostor delodajalcem in tako pomembno posegala v temeljne delovnopravne pravice zdravnikov.

Dogovor je položaj bistveno spremenil, saj mora zdaj zavod zdravniku vsak dan zagotavljati 12-urni in vsak teden 24-urni počitek, medtem ko se izjeme lahko določijo le s pisnim soglasjem zdravnika. Praktično to pomeni, da bo moral delodajalec od zdravnika pridobiti soglasje za vsako delo (sem se seveda všttevajo vse ure, prebite na delovnem mestu), ki presega 12-ur na dan, torej v bistvu za vsako nekdanje dežurstvo. S tem bo lahko posamezen zdravnik bistveno prispeval k oblikovanju in razporeditvi svojega delovnega časa.

Opisana določba je tako močna, da bi lahko brez varovalk v določenem trenutku vsaj močno ohromila zdravstveno službo, če zavod z zdravniki dogovora ne bi mogel doseči. Zaradi tega je bilo potrebno dovoliti primere, ko lahko zavod tudi enostransko (vendar notraj zakonskih okvirjev) zdravnika razporedi v več kot 12-urno nepretrgano delo, vendar se bo moral zavod poslej o pogojih za takšno razporeditev sporazumeti s sindikatom. V izjemnih primerih bo še naprej mogoče

enostransko razporejanje zdravnikov v takšno službo brez posebnega dogovora, vendar so takšni primeri zdaj bistveno bolj omejeni.

Ta del Dogovora se bo začel uresničevati takoj (torej ni vezan na podpis KPJS) in s tem bomo imeli idealno priložnost, da sooblikujemo bolj človeške dnevne in tedenske delovne obremenitve zdravnikov, kjerkoli bo to možno. Seveda pa bo to zahtevalo tudi večjo angažiranost sindikalnih zaupnikov in tudi večje zaupanje med zavodi in zdravniki oziroma med zavodi in sindikatom.

Odprava dežurstva ◆

Osrednja tema Dogovora je nedvomno odprava dežurstva kot neke tretje kategorije delovnega časa, ki ne šteje ne v polni delovni čas (v širši javnosti bolj znan kot redni delovni čas) ne v delo preko polnega delovnega časa (znano tudi kot nadure). Ne glede na to, da je dežurstvo novela Zakona o zdravniški službi sicer definirala kot delovni čas, je v praksi ostalo tradicionalno razumevanje dežurstva kot posebnega delovnega pogoja, ki je resda prinašalo določen dodaten dohodek, vendar je bilo izločeno iz vseh ostalih delovnopravnih varovalk, zlasti glede omejitev delovnega časa. S krčenjem dežurnih delovnih mest pa je dežurstvo vse bolj postajalo posebna oblika dela in ne več posebni delovni pogoj, kar je v praksi pripeljalo do tega, da so zdravniki delali 24 ur, a se jim je kot delo priznalo morda le 14 ur.

Dežurstvo z zakonom dolgo ni bilo regulirano, temveč so ga uvedle kolektivne pogodbe, ki so bile zlasti glede odnosa dežurstva do temeljnih delovnopravnih pravic zelo skope. Tako lahko rečemo, da je pravni značaj dežurstvu prej dajala ustaljena praksa v bolnišnicah kot nek konkreten pravni akt. Prav v tem je bil vir vseh zlorab dežurstev kot oblike cenenega nadurnega dela zdravnikov. Isti razlog je povzročal tudi precej težav pri strokovni pripravi Dogovora. Večina začetnih razmišljanj je šla predvsem v smer takšne spremembe Zakona o zdravniški službi, s katero bi se črtali vsi členi, ki kakorkoli govorijo o dežurstvih. Vendar je pravna analiza pokazala, da bi, četudi bi iz celega zakona črtali pojem dežurstva, takšna oblika dela lahko brez večjih pravnih zadržkov obstajala še naprej, le da bi bila še slabše regulirana.

Z odpravo dežurstva ostajata samo še dve obliki delovnega časa zdravnikov: delo v okviru polnega in preko polnega delovnega časa. V takšnih razmerah so seveda zdravniku temeljne delovnopravne pravice zagotovljene bistveno bolje, saj bo npr. 24-urna prisotnost na delovnem mestu v vseh aspektih štela kot 24-urno delo in tistih 16 ur nekdanjega dežurstva ne bo preprosto izpuhtelo iz evidenc. Če bo zdaj zdravnik prisoten na delovnem mestu 220 ur na mesec, bo štelo, da je delal 220 ur in bodo torej vse ure, ki presegaajo 174 ur, definirane kot nadure.

Dogovor daje večji pomen delu za zagotavljanje 24-urnega zdravstvenega varstva. Moram poudariti, da ta pojem že doslej ni bil identičen pojmu dežurstva, saj se je 24-urno zdravstveno varstvo zagotavljalo tudi med rednim delom. 24-urno zdravstveno varstvo se je doslej zagotavljalo z dežurstvom le izven (rednega) delovnega časa. Sedaj temu ne bo več tako, saj bo vsaka prisotnost zdravnika na delovnem mestu, četudi zgolj zaradi zagotavljanja 24-urnega zdravstvenega varstva, obravnavana kot delovni čas. Dela izven delovnega časa tako preprosto ne bo več.

Da bi dokončno izkoreninili dežurstvo, je bilo treba odpraviti tudi zloglasen pojem ur obvezne prisotnosti na delovnem mestu oziroma neefektivnih ur. Z natančno analizo smo ugotovili, da lahko to brez večjih težav dosežemo glede neefektivnih ur v okviru polnega delovnega časa, saj so te bile že doslej popolnoma izenačene z "rednimi" urami, le da smo zdaj tudi formalno in terminološko neefektivne ure v okviru polnega delovnega časa odpravili. Večjo težavo so predstavljale tiste neefektivne ure, ki so presegle polni delovni čas, saj so bile te vrednotene slabše celo od rednih ur in približno dvakrat slabše od "efektivnih" nadur, poleg tega so prav te ure predstavljale glavnino že omenjenih "izpuhtelih" ur v mesečni evidenci. Vendar smo kljub tej oviri vztrajali pri načelnem stališču, da bomo pojem neefektivnih ur odpravili, tudi ko gre za "neefektivne nadure".

Kar zadeva plačilo, se vse redne ure plačujejo kot redne ure, nadure pa kot nadure. Edino izjemo predstavlja t. i. čas dosegljivosti na delovnem mestu zaradi zagotavljanja 24-urnega zdravstvenega varstva preko polnega delovnega časa, ki se ne vrednoti kot nadura, temveč enako kot ura rednega delovnega časa. V času dosegljivosti na delovnem mestu bo najbrž še lep čas marsikdo videl "nekdanje neefektivne ure", vendar je treba poudariti, da se čas dosegljivosti na delovnem mestu pravno in zgodovinsko bistveno razlikuje od neefektivnih ur. Že v osnovi je namreč čas dosegljivosti definiran kot delo, z vsemi zakonskimi omejitvami, ki tako tudi ne more biti plačano nižje kot redno delo, saj ga štiti 4. člen Evropske socialne listine, ki zahteva, da se nadurno delo načeloma ne sme vrednotiti nižje od dela v okviru polnega delovnega časa. S tem praktično dokončno odpade nevarnost, da bi se te ure kadarkoli vrednotile nižje kot 100 odstotkov urne postavke plače zdravnika (naj spomnim, da vladna pogajalska stran predlaga celo znižanje plačila za neefektivne ure dežurstva za javni sektor, kar bi bržkone veljalo tudi za zdravnike, če bi se pojem dežurstva ohranil), hkrati pa namiguje na takšno dinamiko, ki bo lahko te ure skozi (daljši) čas postopno tudi vrednostno približevala običajnim naduram. Ker nadurno delo ne bo več moglo biti cenejše od rednega dela, delodajalci ne bodo imeli niti praktičnega motiva za iskanje vedno novih razlogov za pretirano navdušenost nad čezmernim nadurnim delom zdravnikov. Najkonkretnejša razlika je seveda v samem plačilu: neefektivna ura je bila zdaj vrednotena v višini 90 odstotkov osnovne plače delovnega mesta, na katerem se dežurstvo opravlja, kar je v povprečju predstavljalo okrog 74 odstotkov urne postavke plače zdravnika; medtem ko bo po implementaciji Dogovora ura časa dosegljivosti plačana v višini 100 odstotkov urne postavke konkretnega zdravnika (in ne več delovnega mesta). Tudi v času zagotavljanja 24-urnega zdravstvenega varstva bo torej mojster plačan kot mojster, vajenec pa kot vajenec, medtem ko sta bila doslej tako mojster kot vajenec plačana slabše kot vajenec v rednem delovnem času.

Odpade tudi enostransko in arbitrarno delodajalsko določanje razmerja med efektivo in neefektivo, saj Dogovor čas dosegljivosti na delovnem mestu definira natančneje in ožje, kot je bila prej definirana neefektivna, poleg tega se razmerje določa dogovorno oziroma na arbitraži.

Razen tarifnega dela se Dogovor glede vštevanja časa zagotavljanja 24-urnega zdravstvenega varstva v delovni čas začne uporabljati takoj.

Glede plačila za zagotavljanje 24-urnega zdravstvenega varstva ima Dogovor zdaj že znamenito "lepoto napako", saj je ta del Dogovora še potrebno implementirati v Kolektivni pogodbi za javni sektor (KPJS). Gre za kolektivno pogodbo, ki bo po določilih Zakona o sistemu plač v javnem sektorju (ZSPJS) enotno urejala vse plače javnega sektorja, od najvišjih predstavnikov države (vključno s poslanci, ministri, predsednikom države, funkcionarji sodne oblasti ipd.) do hierarhično najnižje uvrščenega javnega uslužbenca kjerkoli v javnem sektorju. Pogajanja za KPJS so obsežen projekt, pri katerem sodelujejo vsi resorji vlade in trenutno 20 reprezentativnih sindikatov javnega sektorja. Čeprav pri FIDES-u tako tog sistem, kot ga uvaja ZSPJS, pogosto kritiziramo zaradi omejevanja svobode kolektivnega dogovarjanja in s tem tudi kršenja mednarodnih konvencij, je ZSPJS del realnosti kolektivnih delovnih razmerij v slovenskem javnem sektorju, ki jo, če nam je to všeč ali ne, zaenkrat (v trenutku pisanja tega prispevka) velika večina sindikatov javnega sektorja vsaj deklarativno podpira. Praktično to pomeni, da parcialno dogovarjanje o plačilu zgolj z enim sindikatom pravno ni možno in se vsaj doslej niti v praksi vse od konca junija 2002, odkar ZSPJS velja, ni zgodilo. Čeprav v zdravniških vrstah niso redke zahteve, naj FIDES pri tem ne sodeluje in naj si prizadeva za izločitev zdravnikov iz sistema KPJS, je vsaj v trenutni pogajalski poziciji težko verjeti, da bi takšen maneuver v resnici lahko uspel. Če tudi bi uspel, je vprašljivo, ali bi si v takšni "solo" akciji uspeli izbojevati boljši položaj. Bolj verjetno je, da bi se s tem osamili, kar bi pomenilo, da bi o zdravniških plačah odločali drugi.

Četudi z "lepoto napako" je torej takšen Dogovor, kakršnega smo dosegli, najverjetneje največ, kar je bilo v tem trenutku sploh možno doseči. Dosegli smo verjetno najboljše možno zagotovilo vlade, da bo določbe Dogovora podprla v pogajanjih za KPJS. Ostala je torej le še odločitev, ali je ta "lepota napaka" tako velika, da Dogovora ne bi podpisali, ali pa smo jo vendarle pripravljene spregledati. Odločitev tako FIDES-a kot Zdravniške zbornice je bila, da so načela, zapisana v Dogovoru, za zdravnike preveč pomembna, da bi jih žrtvovali za najverjetneje utopično vztrajanje pri njegovi takojšnji implementaciji.

Kdaj se bo tarifni del Dogovora uresničil v praksi in se poznal na obračunskem listu zdravnika, v trenutku pisanja tega prispevka ne vemo, saj je to predvsem odvisno od podpisa KPJS in s tem od mogočnega kompromisa znotraj pestre množice skrajno različnih interesov. Optimisti (med njimi tudi Vlada) sklenitev KPJS napovedujejo že do oktobra 2004, drugi v letu 2005, pesimisti pa napovedujejo, da sistem ne bo zaživel nikoli (slednje bi v praksi verjetno pomenilo, da bi se vrnili na sistem parcialnega dogovarjanja, v katerem pa bi tudi brez večjih težav lahko podpisani Dogovor implementirali).

Stalna pripravljenost ♦

Stalna pripravljenost je bila doslej izrazito slabo urejena, kar so že zdaj zavodi marsikje izkoriščali in zdravnikom nalagali že prav fenomenalne obsege takšne obveznosti. Doslej je vsaj v teoriji lahko bil zdravnik ves svoj prosti čas v stalni pripravljenosti. Zlorab stalne pripravljenosti bi bilo glede na ukinitve dežurstev pričakovati v prihodnje še več, zato smo se odločili uvesti pomembne omejitve.

V splošnem velja pravilo, da mora zavod za vsako razporeditev stalne pripravljenosti pridobiti soglasje zdravnika. Dokler se zdravnik in zavod sporazumeta, omejitev stalne pripravljenosti ni. Ker pa bi v določeni situaciji zopet lahko prišlo do primera, ko zaradi nesoglasja stalne pripravljenosti sploh ne bi bilo mogoče organizirati, Dogovor dovoljuje tudi enostransko razporeditev stalne pripravljenosti, vendar le pod pogoji, dogovorjenimi med zavodom in sindikatom, v izjemnih primerih in v močno omejenem obsegu pa tudi popolnoma enostransko.

Predvideli smo tudi novo obliko stalne pripravljenosti, ki obsega zgolj svetovanje po telefonu brez prihoda na delovno mesto, ki pa ga je mogoče uvesti izključno le z dogovorom med zavodom in zdravnikom.

Tudi določbe o stalni pripravljenosti se bodo začele izvajati takoj.

Sklep ◆

Podpisani Dogovor načelno, a dovolj jedrnatu rešuje temeljne probleme, ki predstavljajo specifikko zdravniške službe v smislu omejevanja temeljnih delovnopравnih pravic zaradi javnega interesa zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva, zaradi česar so delovne razmere marsikaterega zdravnika postale že naravnost nevzdržne. Hkrati se s tem pridružujemo vseevropskemu gibanju za ureditev delovnega časa zdravnikov. S tem predstavlja Dogovor verjetno doslej največji premik v smeri humanizacije delovnih razmer zdravnikov. Dogovor je zahteval velike miselne spremembe najprej v vodstvih zdravniških organizacij, nato na Ministrstvu za zdravje in vladi, zdaj pa čaka še na miselni premik pri vodstvih zavodov ter predvsem pri posameznih zdravnikih in v lokalnih sindikalnih enotah. Naloga ne bo lahka, saj bomo še dolgo obremenjeni z miselnimi vzorci iz preteklosti. Morali bomo začeti razumeti, da nočno zagotavljanje zdravstvenega varstva ni več dežurstvo, da bomo ob nedeljah in praznikih sicer še zagotavljali nujno zdravniško pomoč, a to ne bo več dežurstvo, da bodo vodje oddelkov pri razpisovanju službe morali pokazati bistveno večjo kooperativnost in manjšo

aroganco do zaposlenih, skratka da bo razpoložljivost zdravnika kadarkoli v dnevu oziroma letu na delovnem mestu vredna spoštovanja in ne prezira oziroma očitkov zaslužkarstva. Z Dogovorom smo dokazali, da se zdravniška služba pomembno razlikuje od drugih segmentov javnega sektorja in hkrati začrtali temeljne obrise varovanja pravic zdravnikov pred neprestanimi pritiski javnega interesa zagotavljanja nepretrganega zdravstvenega varstva.

Morda nam bo kdo očital, da smo se pri Dogovoru preveč ukvarjali s "postranskimi" vprašanji in se premalo posvetili finančnemu aspektu. Ne glede na to, da smo tudi v finančnem smislu dosegli verjetno največ, kar je bilo ta trenutek možno (osrednji boj glede uvrščanja zdravniških delovnih mest se bo zgodil šele v zaključku pogajanj za KPJS in aneksa h Kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike, ki ju ta Dogovor ne prejudicira), je treba zlasti poudariti, da je cena zdravnikovega dela najprej odvisna od tega, kako visoko se povprečen zdravnik sam ceni, nato pa še od tega, kako ga ceni družba. 32-urno ali celo 48-urno nepretrgano delo ni vrednota in nima nikakršne cene, če tega zdravnik sam ne dojema kot vrednoto. Tudi družba bo dotlej venomer ponavljala znani argument "saj so vedeli, v kaj se spuščajo, ko so se vpisali na medicinsko fakulteto" in pravzaprav dojemala zdravniško požrtvovalnost kot nekaj samo po sebi umevnega in pričakovanega. Dogovor daje pravne osnove, da zdravniki začnemo te vrednote bolj spoštovati in se jih bolj zavedamo, vzporedno s tem pa bomo v različnih pogajanjih lažje utemeljevali upravičenost zdravniških zahtev. Ali bomo to priložnost tudi dejansko izkoristili, bo pokazal čas. ■



Za spoštovanje svojega dela

Jani DERNIČ

Kolegice in kolegi zdravniki in zobozdravniki si bomo verjetno enotni, da naše delo v naši družbi ni dovolj cenjeno. Posebej tisto, ki ga opravljamo v okviru obveznega zdravstvenega programa. Opravljamo tudi delo, ki je izven obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ali cenimo to delo?

V preteklosti in v času skupne države smo bili v sistemu uravnalovke in skozi naše dejavnosti je šlo marsikatero reševanje bolj socialnih kot zdravstvenih stisk. Zato si pogosto nismo postavljali vprašanj, koliko je to delo vredno, le negodovali smo. Postalo je samoumevno, da izvajamo neke dejavnosti ter predajamo občanu in bolniku dokumente, priporočila in mnenja, s katerimi je lahko uveljavljal bonitete iz različnih nazivov in virov. Ta šibka razmejitve med socialno in zdravstveno sfero je še danes prisotna med velikim deležem naših državljanov, in vsaj v mojem okolju, mnogi še vedno govorijo, da si dokumente za zdravstvene pravice urejajo na "socialnem" in so plačevali "socialnemu" dovolj dolgo, da si lahko danes privoščijo zdravstveno storitev po svoji presoji. V družbi pa je tudi prisotno stališče, da je mnogokrat potreben zdravniški dokument za uveljavljanje nekih pravic, vključno z vpisom v vzgojno-varstveno-izobraževalni sistem, socialne ustanove, nenazadnje tudi za uveljavljanje socialne pomoči, ali morda za oceno poškodbe za organe pregona, ali prisotnost zdravnika na množičnih prireditvah, športnih tekmovanjih itd. Kako je z našim vrednotenjem znanja pri pouku in izobraževanju v različnih oblikah in organizacijah? Družba in država je za nekatere prilike predpisala zdravniški ali od zdravnika oblikovan dokument, ki ga državljan, lahko tudi bolnik uporabi za nezdravstvene potrebe. V Zdravniški zbornici smo že ob oživitvi zbornične dejavnosti spoznali potrebo po ureditvi tega področja in se zavedali, da bo ustrezno vrednotenje dela v okviru obveznega zdravstvenega programa mnogo trši oreh. Zakon o zdravniški službi je vsaj priprl možnost, da posredno z metodologijo vrednotenja zdravniškega dela v zdravstveni storitvi postavimo ceno svojega dela.

Za zdravniške storitve, ki so izven zdravstvenega programa, smo se zgledovali po odvetniških tarifah. Vendar bi bilo morda bolje, da bi se v nekaterih primerih po notarskih, vsaj v segmentu "potrdil in spričeval". Primerjava se zdi logična, saj sta oba poklica v državah EU svobodna poklica in je njihova dejavnost praviloma regulirana z zakonom preko panožne zbornice. Tako je nastal Pravilnik o zdravniških tarifah, ki smo ga skorajda na vsaki skupščini Zbornice dopolnjevali z novimi storitvami. Že v začetku smo se zavedali problema uspešnega nadzora upoštevanja Pravilnika, ki je v spisku storitev določil najnižjo ceno (tarifo) in tudi danes ne moremo zagotoviti spoštovanja Pravilnika in pravice in dolžnosti članov Zbornice, da upoštevajo določila Pravilnika.

Na drugi strani smo se srečevali z negodovanjem naročnikov storitev, da so te predrage in tarife previsoke, saj so pričakovali, da bo zdravnik vsako delo opravil zastonj. Pravilnik to pravico zdravniku tudi daje, menim pa, da bi moral zdravnik v tem primeru naročniku to tudi jasno sporočiti. Ko že delam primerjavo z drugima dvema poklicema, nikakor ne morem mimo tega, da je kar normalno, da pri notarju plačamo njegovo storitev, da o odvetniški storitvi niti ne govorimo. Za zdravnika pa med ljudmi vlada prepričanje, da "plačujemo socialno", zakaj bi plačal še posebej. Najbolje se je pritožiti ustanovi za varovanje potrošnikov, varuhu človekovih pravic ali še kam. Prepričan sem, da je naša vest dovolj občutljiva, da ob poznani finančni stiski zdravnik izkoristi pravico

iz Pravilnika in brez kršitve naročniku ne zaračuna storitve, vendar pa je na drugi strani dejstvo, da z zdravniškim dokumentom naročnik praviloma pridobi finančno korist.

V preteklosti smo s predlagano tarifo poskusili izboljšati pogodbeni položaj zdravnikov, ki opravljajo različne vzgojne dejavnosti, vendar nadzora nad spoštovanjem te oblike zdravniškega dela in tarife ne moremo učinkovito izvajati. Na drugi strani so kolegi v nelagodnem položaju, saj lahko izgubijo vir prihodka in marsikdo verjetno krši Pravilnik.

Dobil sem ustno obvestilo, da je organizator svetovnega prvenstva v rokometu lansko leto določil nagrado za prisotnost zdravnikov na tekmah, ki ni bila enaka višini zapisani v Pravilniku. Menda je naš kolega določil višino te nagrade. Ker ni bilo uradne prijave, nismo mogli ugotoviti dejanskega stanja. Vendar, če je bilo temu tako, je to le eden od primerov spoštovanja lastnega dela.

Na predzadnji seji odbora za socialno-ekonomska vprašanja Zbornice smo obravnavali dopis enega od zdravstvenih domov s posredovanjem vprašanja upravi tega zavoda, zakaj zaračunava enako storitev po različni ceni kot zdravstveni dom v sosednji občini in slučajno pod isto policijsko upravo. Izkazalo se je, da prvi ZD spoštuje Pravilnik, v drugem pa so izstavili račun kar tako, "za počez". Primer kaže in prepričan sem, da ni osamljen, da v marsikaterem zdravstvenem zavodu strokovne službe in uprave ne upoštevajo tarif za nezdravstvene zdravniške storitve skladno s Pravilnikom. To je slabo, saj kaže na nezadostno spoštovanje lastnega dela, kakor tudi za nezainteresiranost pridobivanja dodatnih, četudi majhnih virov za poslovanje. Žal nekoliko nedorečeno ostaja nagrajevanje zdravnikov, ki take storitve opravijo. Zaenkrat lahko le priporočimo primerno nagrado za zdravnika. Ta del je lahko ena od nalog odbora v novi sestavi. Med zasebnimi izvajalci po zagotovilih večjega števila posameznikov in predstavnikov v odborih Zbornice spoštovanje ter poznavanje Pravilnika ni problematično.

Posebno skupino predstavljajo zasebni zobozdravniki brez koncesije. Zanje je odbor za zobozdravstvo pripravil zobozdravniške tarife, ki so priloga Pravilnika o zdravniški tarifi. Ko uporabniki storitev te skupine zobozdravnikov plačajo storitev, se pritožujejo o višinah. Pri tem je potrebno poudariti, da Pravilnik določa le ceno zobozdravniškega dela. Končna cena je sestavljena tudi iz materialnih stroškov in storitev drugih profilov, ki so precej drage. Skupna cena je tako pogosto v nasprotju z dosedanjim sprejemanjem vrednosti storitve.

Naj se vrnem na začetek. Spoštovanje in sprememba vrednotenja nekega dela je dolgotrajen proces, posebej, ko ima to posledice v in za celo državo, menim pa, da se prične s tem, da sami spoštujemo svoja določila in oceno lastnega dela vsaj v segmentu, na katerega lahko vplivamo. Prvi korak je sporočanje, da je možno nekatere storitve ovrednotiti. Seznam verjetno ne zajema vseh malih del, ki jih zdravniki opravimo, in niso predmet obveznega zavarovanja. Zato vabim vse člane Zbornice, naj pošljejo predloge za morebitna dodatna vrednotenja. Naloga novega odbora za socialna in ekonomska vprašanja pa bo stalno izboljševanje tarifnega pravilnika in spoštovanje dogovorjenega. ■

Pravilnika o zdravniški tarifi in nadzoru upoštevanja pravilnika o zdravniški tarifi sta objavljena na spletni strani Zbornice:
<http://www.zzs-mcs.si/pzt>; <http://www.zzs-mcs.si/pnuzt>

Implementacija svobodnega zdravnika specialista

Tadej Gale

Ideja za implementacijo instituta svobodni zdravnik specialist je tlela na Zdravniški zbornici Slovenije že dalj časa. Trenutne razmere v sistemu javnega zdravstva, kot so npr. pomanjkanje zdravnikov, smernice EU o delovnem času, Zakon o delovnih razmerjih, spremembe Zakona o zdravniški službi ter Zakon o javnih uslužbencih so privedle do tega, da smo začeli resno razmišljati, da bi lahko institut svobodnega zdravnika specialista v Sloveniji tudi resnično zaživel. S tem namenom smo organizirali delavnice z naslovom "Svobodni zdravnik specialist", ki so bile 12. in 13. junija v Portorožu, in katerih namen je bil predvsem predstavitev nizozemske ureditve svobodnega zdravnika specialista ter iskanje možnosti za uvedbo takega instituta tudi pri nas. Delavnice so bile izredno uspešne in so naletele na veliko zanimanje med slovenskimi zdravniki, zato nas tudi ni presenetil zaključni sklep delavnic, da se izoblikuje projektna skupina za implementacijo instituta svobodnega zdravnika specialista. Projektna skupina je posvetila posebno pozornost pripravi delovnega načrta projektne skupine, pripravi elaborata z analizami, primerjavami in predlogi pravnih rešitev za zagotovitev statusa svobodnega zdravnika specialista, pripravi vzorcev pogodb z vodstvi zdravstvenih zavodov, pripravi, izvedbi in analizi rezultatov ankete med menedžmentom in zdravniki, sprejemu aktov, potrebnih za uvedbo svobodnega zdravnika, specialista na posameznih ravneh, ter pripravi tarifnega dela, ki bo podlaga za sklepanje pogodb. Projektna skupina je zaključila s svojim delom ter organizirala posvet 22. junija 2004 v dvorani Krke, d. d., kjer je predstavila rezultate dosedanjega dela. Program posveta je bil sledeč:

- Predstavitev analize anket med menedžmentom in zdravniki, predstavil Tadej Gale, univ. dipl. prav.;
- Predstavitev tarifnega dela, ki bo podlaga za sklepanje pogodb, predstavil Jani Dornič, dr. med.;
- Predstavitev pogodbe med svobodnim zdravnikom specialistom in menedžmentom, predstavil Bojan Popovič, dr. med., univ. dipl. prav.;
- Določitev začetka pilotnega preizkusa delovanja instituta "svobodni zdravnik specialist".

Uvodno misel posveta sta podala generalni sekretar Ministrstva za zdravje Dorjan Marušič, dr. med., in asist. mag. Marko Bitenc, dr. med. Predstavila sta predvsem dosedanje delo projektne skupine ter poudarila, da tako Ministrstvo za zdravje kot Zdravniška zbornica Slovenije podpirata uvedbo novega instituta svobodnega zdravnika specialista. Izrazila sta željo, da bi čimprej ustanovili pilotno skupino, ki bi preizkusila delovanje tega instituta, saj sta prepričana, da je v Sloveniji velika možnost za uvedbo nove delovnopravne oblike dela zdravnikov, ki bi zdravnikom omogočila večjo mero neodvisnosti, boljše stimulacijo h kakovosti in večji količini opravljenih storitev (zaradi boljše povezave med storitvijo in plačilom). Celotnemu sistemu kot tudi zdravnikom

in menedžmentu bi bilo omogočeno več tekmovalnosti, večjo izbiro in ekonomsko učinkovitost. To je povezano tudi z razvojem in krepitevijo vloge menedžmenta zdravstvenih zavodov. Predstavitev analize anket med menedžmentom in zdravniki je pokazala, da obstaja interes tako med zdravniki kot med menedžmentom za uvedbo svobodnega zdravnika specialista. Jani Dornič, dr. med., je predstavil osnutek metodologije izračuna vrednosti zdravniške tarife (storitve) ter na podlagi te metodologije okvirne cene zdravnikovega dela po posameznih specialnostih. Bojan Popovič, dr. med., univ. dipl. prav., pa je predstavil osnutek pogodbe med svobodnim zdravnikom specialistom in menedžmentom, ki po eni strani omogoča varen status svobodnega zdravnika specialista in po drugi strani nudi menedžmentu prave vzvode, ki predstavljajo varovala za nemoteno delovanje javnega zdravstvenega zavoda. Sledila je zanimiva razprava, ki je bila usmerjena predvsem v pojasnitev metodologije oblikovanja cene zdravnikovega dela ter v pojasnitev pravnih vprašanj glede statusa svobodnega zdravnika specialista. Ministrstvo za zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije sta se zavezala, da bosta prisotna pri pogajanjih med zdravniki, ki se bodo odločili za sodelovanje v pilotu, tako da bo omogočena enotna tarifa zdravnikove storitve, kot tudi, da bo sklenjen dogovor, ki bo omogočil zdravniku, ki se je odločil za sodelovanje v pilotni skupini, da se kadarkoli odloči, da se vrne v svoj prejšnji status zaposlenega zdravnika v javnem zdravstvenem zavodu. Vsi prisotni so bili mnenja, da lahko uvedba instituta svobodnega zdravnika specialista pripomore k boljšemu delovanju zdravstvenega sistema, zato je bil kot zaključek posveta tudi sprejet sklep, da se prične s pilotnim preizkusom v mesecu oktobru.

Prosimo vas, da se vsi zainteresirani zdravniki za sodelovanje v pilotni skupini prijavite na elektronski naslov tadej.gale@zzs-mcs.si, tako da navedete svoje ime in priimek, ustanovo, kjer ste zaposleni ter telefonsko številko na katero vas lahko pokličemo.

Delavno gradivo (osnutek pogodbe o izvajanju specialističnih storitev in zdravniške tarife), ki je bilo objavljeno na posvetu, je objavljeno na spletnih straneh Zdravniške zbornice Slovenije (<http://www.zzs-mcs.si/specialist>). V kolikor želite, vam lahko gradivo pošljemo tudi po pošti, zato vas prosimo, da nas o vaši želji telefonsko obvestite na številko 01 30 72 100 (tajništvo – Katja Martinc). ■



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

Zavarovanje pacientov za škodo pri koriščenju zdravstvenih storitev v primerih, ko strokovna napaka ni izkazana

Žarko Pinter

Zaradi vse večje medijske odmevnosti ob napakah in domnevnih napakah v medicini smo se pri Zdravniški zbornici Slovenije odločili, da pretehtamo zakonske in pravne možnosti, kako zagotoviti čim bolj varen položaj pacientom kot uporabnikom zdravstvenih storitev ter varno delo zdravnikom kot nosilcem zdravstvene dejavnosti.

Za rešitev tega problema smo iskali vzore v drugih evropskih državah. Primerne oblike zavarovanj, ki bi lahko zapolnile vrzeli pri nas, smo našli v skandinavskih državah.

Predstavitvi problematike pri nas in predstavitvi sistemov zavarovanja v Skandinaviji je bil namenjen posvet, ki smo ga organizirali 18. junija v Ljubljani.

Povabljeni gostje, predavatelji, so bili: predsednik švedskega zdravniškega društva, ki je hkrati predsednik Stalnega odbora evropskih zdravnikov (CPME) pri Evropski komisiji, prof. dr. Bernhard Grewin, dr. med., mag. Lidija Koman Perenič, vrhovna sodnica, dekan Pravne fakultete v Mariboru prof. Šime Ivanjko, mag. Viktor Planinšec, vrhovni sodnik v pokoju, dr. Grega Strban iz Pravne fakultete v Ljubljani in predstavniki treh komercialnih zavarovalnic, in sicer Adriatik, Triglav in Vzajemna.



Prof. dr. Bernhard Grewin

Uvodno misel je podal prof. dr. Vladislav Pegan, predsednik odbora za strokovno-medicinska vprašanja in novo izvoljeni predsednik Zdravniške zbornice. Na kratko je orisal delo odbora in povedal, da je večina pritožb na odbor poslana v primeru, ko so bolniki in svojci nezadovoljni z načinom in potekom zdravljenja, če obstaja sum na strokovno napako in tudi v primerih, ko so bolniki utrpeli škodo med zdravljenjem. Veliki večini pri-



Predsedujoči, z desne: Žarko Pinter, dr. med., prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med. in Brane Dobnikar, univ. dipl. prav.

tožb botruje motena komunikacija med bolnikom in svojci na eni ter zdravnikom na drugi strani. Poudaril je, da ima bolnik pravico do odškodnine v primeru, če je utrpel škodo, čeprav ni dokazna krivda za škodo. V primeru, da bi bil podan utemeljen sum, da je škoda bolniku nastala zaradi zdravniške napake, bi tak primer obvezno morali obravnavati na drugih ravneh, in sicer na ZZS ter na sodišču. Članek je v nadaljevanju objavljen v celoti.



Mag. Lidija Koman Perenič, vrhovna sodnica

Primeri, ko bi bili bolniki nesporno upravičeni do "nekrivdne" odškodnine, niso redki. Tako se ZZS zavzema za uvedbo tako imenovanega "nekrivdnega" zavarovanja bolnikov, ki utrpje materialno škodo, povezano z zdravljenjem.

Moralno-etični vidik odnosa med bolnikom in zdravnikom, vzroke za napake in komplikacije ter njihovo pogostost pri vsakodnevnem delu je predstavil Žarko Pinter, dr. med., predsednik odbora za pravno-etična vprašanja.

Mag. Viktor Planinšec je razložil pravne vidike odgovornosti za škodo iz zdravstvene dejavnosti. Poudaril je stičišča med medicino in pravom. Razložil je, da je v civilnem obligacijskem pravu eno izmed osrednjih vprašanj odškodninska odgovornost, ki se ugotavlja na osnovi tega, kar je zdravnik nosilec zdravstvene dejavnosti. Dotaknil se je razlogov za ugotavljanje krivdne ali subjektivne odgovornosti, ki je v tem, da



Prof. dr. Šime Ivanjko, dekan Pravne fakultete v Mariboru

bolnik sam zahteva zdravljenje oziroma določen poseg ter zato nosi tveganje sam.

Strožja objektivna odgovornost bi po njegovem mnenju vodila do psihične obremenitve za zdravnika in utegnila voditi v defenzivno medicino. Subjektivna odgovornost oziroma odgovornost za strokovno napako je podana, če zdravnik pri izvajanju zdravstvene dejavnosti ne ravna "lege artis".

Posebej je obravnaval zdravnikovo

zmoto v postopku zdravljenja in škodo, ki je posledica zapleta ter komplikacije, ko pride do škode, ne glede na strokovno neoporečno zdravnikovo ravnanje.

Mag. Lidija Koman Prenič je s pravnega vidika podala razvoj odškodninskega prava, razložila je pojem škode in odpravljanje škode, pravno priznano škodo ter probleme v sodni praksi.

Zavarovanje zdravnikove dejavnosti je bila tema predavanja prof. dr. Šime Ivanjka. Opredelil se je do vprašanja odgovornosti zdravnikovega dela in za morebitne posledice pri zdravniških posegih.

Podal je razmerje med zdravnikom in bolnikom s pravnega vidika, odgovornost zdravnika za ustrezno zdravljenje oziroma zdravniški poseg, pojasnil mesto komplikacij in nezaželenih posledic zdravljenja. Poudaril je, da se število odškodninskih tožb zaradi strokovne napake povečuje. Razložil je, kako odškodninsko pravo ureja razmerje med zdravnikom



Polna dvorana kaže na veliko zanimanje za to problematiko.



Mag. Viktor Planinšec, vrhovni sodnik v pokoju

oziroma njegovim delodajalcem in pacientom.

Dotaknil se je področja zavarovanja zdravniške dejavnosti, ki jih izvajajo specializirane in splošne zavarovalnice, ter predstavil zavarovanje zdravniških storitev v slovenski praksi.

Prof. dr. Bernhard Grewin, dr. med., je predstavil švedski model odškodnine za oškodovanje bolnikov. Razložil je osnovna pravila, kdaj je bolnik upravičen do denarnega nadomestila, v

kakšni obliki in za katere primere. Povedal je, da se takšno zavarovanje v praksi izvaja od leta 1972. Šele leta 1994 je bil ustanovljen zavarovalniški konzorcij, ki ni v povezavi z državno zdravstveno organizacijo, kot je pri nas ZZS. Danes v primeru zapletov medicinsko osebje v zdravstvenih ustanovah pomaga bolnikom, da pripravijo svoj zahtevek na ustrezno zavarovalnico. Tako se na Švedskem na leto zbere 9.500 zahtevkov za povračilo škode. V 45-ih odstotkih primerov, to je preko 4.000 primerov na leto, se izplačilo ugotovi in bolniki dobijo ustrezno odškodnino.

Podoben način izplačila škod sta v letih 1987 in 1992 sprejeli tudi Finska in Danska. Svoja pravila za nastalo škodo je leta 1988 pripravila tudi Norveška.

Podrobnosti, ki se neposredno zadevajo izvajanja teh zavarovalniških pravil, bomo prevedli ter objavili kasneje.

Vlogo države Slovenije in varovanja interesa ter položaja pacientov pri zagotavljanju odškodnine pacientom je z zornega kota naše države predstavil dr. Grega Strban iz Pravne fakultete v Ljubljani. Predstavil je tristransko pravno razmerje v OZZ, odškodninsko odgovornost iz socialno zavarovalnega razmerja, odškodninsko odgovornost med nosilcem in izvajalcem ter med zavarovano osebo in izvajalcem. Posebej je poudaril še odškodninsko odgovornost tretjih oseb.

Predstavnica zavarovalnice Adriatic, Ille Šavron, je predstavila značilnosti škodnega in neškodnega zavarovanja. Predstavila je škodno odgovornost v Sloveniji in skušala kritično oceniti odškodninsko zavarovanje, kot ga imajo vpeljanega skandinavske dežele. Na koncu je sprejela izziv, da je tudi njena zavarovalnica pripravljena sodelovati v takšnem projektu.

Irena Ilesič Čujovič iz Vzajemne se je prav tako dotaknila skandinavskega modela. Menila je, da je sama ideja o takšni obliki zavarovanja dobra, pomembna pa je izvedba projekta.

Matej Štros, predstavnik zavarovalnice Triglav, je prav tako orisal slovenski in švedski sistem ter na koncu ugotovil, da bi se v danem primeru krog odgovornosti razširil, bolnik pa bi bil bistveno bolj zaščiten.

Svoje izkušnje na položaj bolnika v sistemu zdravstvenega varstva je podala tudi Breda Kutin, predsednica Zveze potrošnikov Slovenije. Poudarila je, da bolnik pričakuje določeno pomoč pri uveljavljanju svojih pravic, učinkovit sistem varstva svojih pravic, učinkovite možnosti reševanja sporov in možnost povrnitve škode v danih škodnih primerih.

Strokovni posvet je prvi korak in kamen v mozaiku, ki ga želimo graditi naprej. Med udeleženci, vabljenimi predavatelji in nenazadnje tudi javnostjo, je posvet sprožil veliko zanimanje. S pomočjo predavateljev in ekspertov s tega področja želimo vzpostaviti temelje, ki bi zapolnili vrzel v našem prostoru. ■



Razlogi za odškodninsko zavarovanje bolnikov

Vladislav Pegan

Izkušnje, ki smo jih pridobili pri reševanju pritožb bolnikov in njihovih svojcev, naslovljenih na odbor za strokovno-medicinska vprašanja Zdravniške zbornice Slovenije, so bile povod za razmišljanje o priznavanju odškodnin tudi v primerih, ko za škodo, ki jo utrpe bolniki med zdravljenjem, ni mogoče ugotoviti strokovne napake zdravnika ali drugega zdravstvenega osebja.

Pritožbe, ki jih prejemamo v reševanje na Zdravniški zbornici, so zelo različne in jih obravnavamo povsem individualno. Prvenstveno se pritožbe nanašajo na domnevne napake pri zdravljenju, ki naj bi povzročile škodo bolniku.

Odbor za strokovnomedicinska vprašanja (OSM):

- obravnava pritožbe bolnikov in njihovih svojcev ter ugotavlja morebitno subjektivno odgovornost zdravnika za očitane napake;
- skuša definirati morebitno škodo za zdravje zaradi zdravniške napake;
- v primeru ugotovljene zdravniške napake predlaga ukrepe ali sproži postopek pri razsodišču Zbornice, ki odloča o morebitnih strožjih ukrepih zdravniku, kateri je zagrešil napako pri zdravljenju.

Namen ukrepov, ki jih Zdravniška zbornica izreče zdravniku (dodatno izobraževanje, opomin, začasni ali trajni odvzem licence), je izboljšanje kakovost zdravstvene oskrbe in preprečitev ponovitve napake pri zdravljenju. Mnenje glede odgovornosti za zdravniško napako s škodnimi posledicami je lahko osnova za zahtevek za odškodnino. O upravičenosti in višini odškodnine za materialno in nematerialno škodo se OSM ne izreka.

Vzroki pritožb nad delom zdravnikov, ki so naslovljene na Zdravniško zbornico

Veliki večini pritožb botruje motena komunikacija med zdravniki in bolniki ter njihovimi svojci. Slabi medsebojni odnosi pogosto sprožijo pritožbo za najmanjši zaplet med zdravljenjem ali celo brez medicinsko prepoznavnega razloga.

Ob dobrih odnosih in v ozračju medsebojnega zaupanja bolniki in njihovi svojci pokažejo razumevanje ob nastopu zapleta in ne vlagajo pritožb. Tu igra pomembno vlogo tudi pojasnilna dolžnost, ki mora biti opravljena vsebinsko in ne le formalno.

Pritožbe se lahko nanašajo na izbiro načina zdravljenja, kar predvsem laikom povzroča dvome, kadar strokovne smernice zdravljenja posamezne bolezni niso poenotene. Pogosto so v rabi različni načini zdravljenja, ki so vsi v okviru profesionalnih standardov. Ob neuspehu zdravljenja bolniki to pripisujejo domnevno napačno izbrani metodi, kar seveda ne drži.

Pritožbe so upravičene, kadar je zdravniku mogoče dokazati malo-

marnost, površnost in udobnost. Tudi neznanje in pomanjkanje izkušenj lahko privede do napačnega postopka pri zdravljenju. V teh primerih je potrebno upoštevati okoliščine, ki so odvisne tudi od pričakovane usposobljenosti posameznega zdravnika.

Niso redke tudi pritožbe svojcev ob tragičnem dogodku smrti v družini, ki je bila posledica težke in neozdravljive bolezni ali hude poškodbe večjega števila organov ali delov telesa. Težko se sprijaznijo z izgubo svojega bližnjega in v svoji bolečini iščejo vzrok v neprimernem ali premalo energičnem ukrepanju zdravnikov.

Pravica do odškodnine

Obligacijski zakonik določa odškodninsko odgovornost stranke, da poravna škodo, za katero je odgovorna.

Na področju zdravstva glede odškodninske obveznosti govori tudi Zakon o zdravstveni dejavnosti in Kodeks medicinske deontologije.

O upravičenosti do odškodnine za škodo povzročeno z neustreznim zdravljenjem praviloma odloča sodišče.

Pravo je v precejšni meri "podrejeno" medicini. Sodnik je dejansko v veliki meri odvisen od strokovnih in etičnih opredelitev, ki mu jih posredujejo strokovnjaki za medicinsko področje (citirano: M. Cerar, SECLI 2002).

Za priznanje odškodnine mora biti dokazana zdravniška strokovna napaka oziroma odstopanje od profesionalnih standardov strokovnega ukrepanja. Dokazuje se tudi vzročna zveza med ravnanjem zdravnika in nastalo škodo pri bolniku.

Ne morem se povsem izogniti tako imenovanemu institutu poravnave med pritožnikom in delodajalcem zdravnika ali več zdravnikov, katerih ravnanje je povzročilo škodo bolniku. Gre za izvensodno poravnavo, ki predvideva priznanje odškodnine v soglasju z zavarovalnico, ki ima pravico preverjanja upravičenosti do odškodnine na podlagi mnenja medicinskih strokovnjakov.

Glede strokovnega mnenja v določeni sporni zadevi se na strani pritožnikov porajajo dvomi v nepristranskost in objektivno, neodvisno in pravično presojo. Ta problem je še toliko bolj pereč, ker se v Sloveniji vsi zdravniki poznamo med seboj, česar se zavedajo tudi pritožniki. Vendar to nikakor ne more biti razlog, da bi odločanje o neprimernem ravnanju zdravnikov prepustili medicinsko neizobraženim osebam, ne glede na njihove izkazane visoke etično-moralne kakovosti.

V interesu Zdravniške zbornice, ki je stanovska organizacija zdravnikov, je, da se sporne primere obravnava pošteno in nepristransko, ker le na ta način lahko ohranimo dobro ime celotnega slovenskega zdravništva.

Medicinska napaka in zaplet

Definicije medicinske napake in zapleta so številne in nobena ne obsega vseh možnih odtenkov, ki se v praksi pojavljajo pri določenem primeru.

Medicinska napaka je odstopanje od profesionalnih standardov strokovnega ukrepanja, skrbnosti in pazljivosti, ki ima za posledico kakršnokoli poslabšanje zdravja.

Komplikacija ali zaplet je dogodek, ki se zgodi med zdravljenjem, ki je sicer potekalo strokovno neoporečno in z največjo možno skrbnostjo ter ima za posledico poslabšanje zdravja. Pojavlja se naključno in je kljub predvidljivosti ni mogoče preprečiti (citirano: V. Flis: Medicinska napaka, Medicina in pravo, 1994).

Pojavlja se še pojem zmote, ki lahko povzroči zdravniško napako. Posledice za bolnika so v tem primeru povsem enake, presoja dogodka z vidika morebitne zmote pa lahko zmanjša težo odgovornosti zdravnika, ki je storil napako med zdravljenjem.

Nekaj dejstev v zvezi s priznavanjem odškodnine bolnikom

- Na podlagi mnenja medicinskih strokovnjakov, ki so konzultirani v primeru pritožb na Zdravniško zbornico Slovenije (ekspertni nadzor, izredni strokovni nadzor ipd.) kot tudi v postopkih pred sodiščem (izvedenska mnenja), je zdravniška napaka dokazana relativno redko.
- V večini primerov pritožnikom ni priznana odškodnina, kljub nastali škodi na bolnikovem zdravju z vsemi posledicami.
- Veliki večini dolgotrajnih postopkov za ugotavljanje krivde za zdravniško napako bi se lahko izognili, če bi bila odškodnina za škodo na zdravju, povzročeno med zdravljenjem, priznana neodvisno od morebitne krivdne odgovornosti zdravnika.
- Priznavanje odškodnin brez izkazane krivde zdravnika bi povečalo pravičnost do zavarovancev – bolnikov in do njihovih bližnjih svojcev.
- S priznavanjem odškodnine v tako imenovanih nekrivdnih primerih bi se občutno zmanjšalo tudi število pritožb na Zdravniško zbornico. Zmanjšalo bi se tudi število dolgotrajnih in dragih postopkov pred rednimi sodišči in zmanjšal bi se psihološki pritisk na zdravnike zaradi stalne grožnje odškodninske in kazenske odgovornosti, ki negativno vpliva na njihovo odločanje o optimalnem načinu zdravljenja. Pojem takoimenovane "defenzivne medicine" postaja realnost, ki je predvsem v škodo bolnikov.

Toda: primere, ko bi bil podan utemeljen sum, da je škoda bolniku nastala zaradi zdravniške napake, bi obvezno morali obravnavati na drugih ravneh: Zdravniška zbornica, sodišče.

V katerih primerih bi bili bolniki nesporno upravičeni do "nekrivdne" odškodnine?

Bolniki pogosto utrpijo hudo škodo na zdravju, ki je lahko v najneugodnejših primerih tudi trajna, zaradi zapletov, ki nastanejo v spletu okoliščin, na katere zdravniki ne morejo učinkovito vplivati.

Navajam nekaj primerov, ki smo jih obravnavali v odboru za strokovno-medicinska vprašanja Zdravniške zbornice Slovenije.

Zaplet med preiskavo debelega črevesja (koloskopija)

Gospa srednjih let se je zaradi obremenilne družinske anamneze po nasvetu zdravnika odločila za profilaktično endoskopijo debelega črevesja.

Pred posegom – koloskopijo ji je bilo pojasnjeno, kakšni so možni zapleti.

Endoskopist (izkušen gastroenterolog) je kmalu po pričetku preiskave, nekako na 20 cm od zadnjične odprtine opazil, da je z instrumentom predril steno črevesja. Preiskavo je nemudoma prekinil, preiskovanki pojasnil nastalo situacijo in poklical reševalno vozilo. Gospa je pred transportom dobila analgetik in nastavljena je bila infuzija.

V kirurški ustanovi, kamor je bila gospa pripeljana, so takoj opravili

operacijo, s katero so oskrbeli perforacijo črevesja. Pooperativno je nastopilo gnojenje rane, zaradi česar je bilo zdravljenje v bolnišnici podaljšano na 14 dni.

Kmalu po odpustu so nastopili znaki pooperativne ventralne kile, zaradi česar je bila po nekaj mesecih ponovno operirana.

Izvedenec, ki je bil pozvan, da izdelava mnenje, je ocenil, da v postopku diagnostike in kasnejšega zdravljenja iatrogene poškodbe črevesja ni bilo mogoče ugotoviti odstopanja od profesionalnih standardov, ki so običajni v podobnih primerih. Incident je označil kot zaplet.

Za takšno mnenje izvedenca so bila odločilna naslednja dejstva:

- gastroenterolog, ki je opravil preiskavo, je imel bogate izkušnje;
- zaplet, ki se je dogodil, je takoj prepoznal;
- ob zapletu je pravilno in hitro ukrepal;
- preiskovanko je pred preiskavo opozoril na možne zaplete (pojasnilna dolžnost).

Gospa je utrpela pomembno materialno in nematerialno škodo, za katero ni prejela odškodnine.

Zaplet med laparoskopsko operacijo

Mlajša ženska z dokazanimi žolčnimi kamni in pogostimi težavami v obliki hudih bolečin je bila operirana na laparoskopski način. Laparoskopna tehnika je za odstranitev žolčnika metoda izbire.

Tretji dan po operaciji so nastopili znaki vnetja potrebušnice in bolnica je postala zlatenična.

Kirurgi so se odločili za ponovno operacijo, tokrat s klasičnim pristopom. Izbran je bil bolj izkušen operater, ki je pri reviziji ugotovil poškodbo žolčevodov, ki je nastala pri prvi operaciji. Zaradi resnosti poškodbe je ocenil, da bi bilo potrebno poslati bolnico v terciarno ustanovo, kjer imajo večje izkušnje z rekonstrukcijo žolčevodov.

Še isti dan je sledil prevoz v izbrano kirurško ustanovo in naslednji dan že tretja operacija. Rekonstrukcija je uspela. Po operaciji so nastopili zapleti, ki so bili uspešno zdravljeni konzervativno in bolnica je bila po 20-ih dneh odpuščena v domačo oskrbo.

Rekonvalescenca je trajala štiri mesece, nato pa se je vrnila na svoje delovno mesto. Trenutno stanje je povsem zadovoljivo, ni pa možno izključiti nevarnih komplikacij, ki nastopijo v takšnih primerih lahko tudi nekaj let kasneje.

Izvedenec je v svojem mnenju poškodbo žolčevoda pri prvi operaciji ocenil kot zaplet, ki je v določenih okoliščinah možen in se zgodi v treh do šestih primerih na tisoč posegov na žolčniku.

Ravnanje zdravnika po ugotovljeni poškodbi žolčevodov je bilo v skladu z dobro klinično prakso in ni dodatno ogrozilo zdravja bolnice. Vendar je dejstvo, da je bolnica prestala tri operativne posege, ves čas je trpela hude bolečine in bila v strahu za svoje življenje. Še vedno čuti somatske posledice zaradi številnih brazgotin v trebušni steni. Dolgoročne prognoze ni mogoče predvideti. Bolnica bi bila opravičena do odškodnine.

Zaplet ob spinalni regionalni anesteziji

Mlajša ženska je bila predvidena za operacijo manjše pooperativne kile po klasični odstranitvi žolčnika pred nekaj leti.

Zaradi delno okvarjene pljučne funkcije se je anesteziolog odločil za spinalni blok, ki je oblika regionalne anestezije z aplikacijo anestetika v medvretenčni prostor.

Operacija je potekala brez posebnosti. Na dan operacije popoldan je pri večerni viziti tožila zaradi bolečin v hrbtu. Zdravnik je nato ugotovil hromost spodnjih udov in po posvetovanju z dežurno anesteziologinjo bolnico takoj premestil v bližnji terciarni center. Napravljena je bila takoj resonančno magnetna preiskava hrbtenice, s katero je bil ugotovljen krvni strdek v hrbteničnem kanalu. Bolnica je bila predstavljena nevrokirurgu,

ki se je odločil za takojšnja operacija, s katero je odstranil krvni strdek, ki je pritiskal na hrbtenjačo in povzročal nevrološko simptomatiko v obliki hromosti-paraplegije spodnjih udov.

Kljub dokaj hitri intervenciji, se stanje pri bolnici ni bistveno izboljšalo. Še vedno je paraplegična in se lahko giblje le z invalidskim vozičkom.

Mnenje ekspertnega nadzora, ki je bil izvršen po nalogu Zdravniške zbornice, ni omenjalo zdravniške napake. Ravnanje zdravnikov je bilo neoporečno, saj je bilo ob nastopu zapleta storjeno vse, da bi se posledice kolikor mogoče omilile. Podoben zaplet je sicer v strokovni literaturi opisan, je pa izredno redek in se po oceni dogodi le enkrat na 200.000 spinalnih blokov. Zaradi tako izjemno redke pojavnosti niso poznani mehanizmi nastanka tega zapleta in tudi ni izdelanih smernic za njegovo preprečitev.

Mlada žena, ki je paraplegik, je utrpela po vsej verjetnosti nepopravljivo škodo na zdravju, ki ima tudi daljnosežne materialne posledice zanj in za njeno družino. Pošteno in pravično bi bilo, da bi ji bila odmerjena odškodnina, čeprav stanje ni posledica zdravniške napake.

Komentar

V nobenem od navedenih primerov ni bila dokazana zdravniška napaka.

V vseh treh primerih je bilo zdravljenje strokovno neoporečno

in opravljeno z največjo možno skrbnostjo. Ni bilo mogoče dokazati malomarnosti, neznanja, pomankanja izkušenj, odstopanja od profesionalnih medicinskih standardov in opravljena je bila korektno pojasnilna dolžnost.

Toda bolniki so utrpeli občutno materialno in nematerialno škodo!

Priznanje odškodnine bi bila v navedenih primerih pravična rešitev. Pomenila bi zaščito bolnika in ožjih družinskih članov.

Predlog

Zavzemamo se za uvedbo tako imenovanega "nekrivdnega" zavarovanja bolnikov, ki utrpe materialno in nematerialno škodo, povezano z zdravljenjem.

Menimo, da bi v sodelovanju Zdravniške zbornice Slovenije s pravniki in predstavniki zavarovalnic uporabnikom zdravstvenih storitev lahko ponudili obliko zavarovanja, ki bi omogočilo priznanje odškodnine za škodo, katera je povezana z zdravljenjem, ne glede na izkazano zdravniško napako.

Sodobna načela internistične geriatrije

Mišo Šabovič

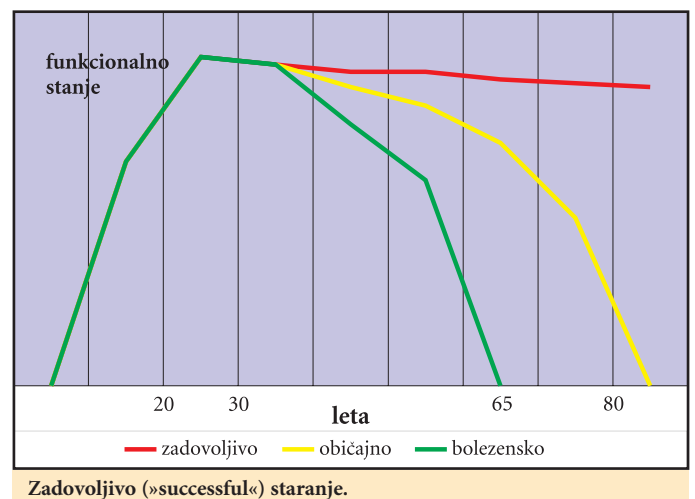
Izvleček

Življenska doba se podaljšuje, zato je delež starejših bolnikov vedno večji. Pravilno obravnavanje zdravstvenih težav starejših in starih bolnikov ima značilnosti, ki jih je treba poznati in upoštevati. Osnovno načelo sodobne internistične geriatrije je celostna obravnava, ki zahteva skupno in sočasno obravnavanje bolezni, gerontoloških sindromov in (okrnjenega) funkcionalnega stanja. Med omenjenimi stanji obstaja namreč stalna povezava; okvara enega lahko povzroči okvaro drugih dveh in nadaljne poslabšanje. V takšnih primerih govorimo o "domino" sindromu. Le-tega preprečujemo z dejavnim iskanjem in ustreznim ojačanjem oziroma zdravljenjem šibkih členov v verigi: bolezni, gerontološki sindromi in funkcionalno stanje. Glavni cilj je doseči "kakovostno staranje", za katerega je značilen le manjši upad funkcionalnega stanja. Ta cilj je možno doseči pri vsaj delu prebivalstva. V prihodnosti pričakujemo rezultate več raziskav o preventivnih ukrepih za doseganje "kakovostnega" staranja. Preventivni ukrepi in zdravljenje starostnikov mora temeljiti na z dokazi podprti medicini. Za izboljšanje obravnavanja starostnikov bodo potrebne nekatere sistemske rešitve: od dodatnega izobraževanja zdravnikov do "bolnišnic na domu".

Uvod

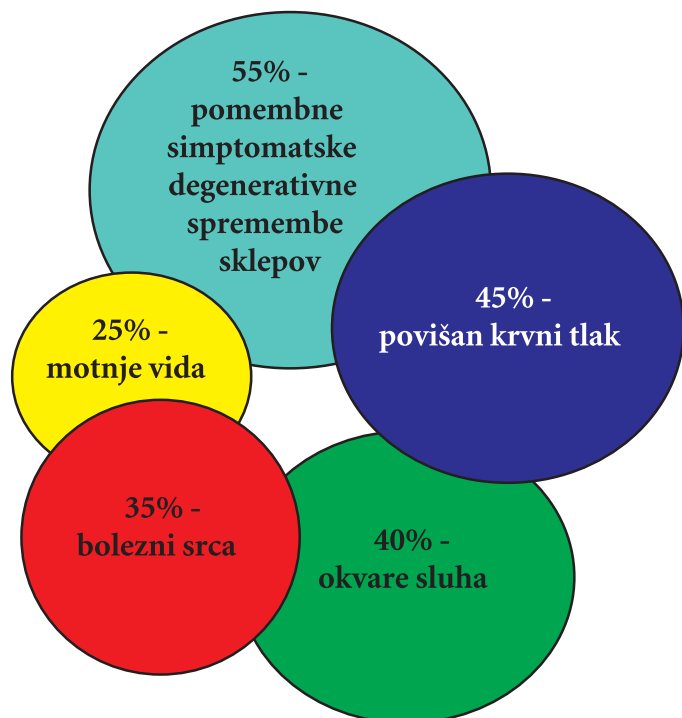
Staranje človeškega prebivalstva v Sloveniji kot v drugih delih razvitega sveta postaja demografska značilnost, ki vse pomembneje vpliva na vsakodnevno zdravstveno obravnavo in zdravstveno dejavnost nasploh. Bolniki, ki so starejši od 65 let, že sedaj predstavljajo vsaj

polovico bolnišničnih bolnikov predvsem na internističnih oddelkih. Rezultat različnosti pristopov k internističnemu zdravljenju starejših in mlajših bolnikov je razvoj posebne stroke, (internistične) geriatrije, ki obravnava starejše bolnike. V prihodnjem desetletju lahko pričakujemo dodatno povečanje deleža starejših bolnikov in številne nove izzive pri zdravstveni obravnavi le-teh (1).



Nove višje starostne meje in “kakovostno” staranje

Leta 1900 je povprečna življenjska doba znašala 45 do 50 let. Do konca stoletja se je v razvitem svetu povečala na 75 do 78 let. Za otroke, rojene v zadnjih letih, se predvideva povprečna življenjska doba od 80 do 85 let. Zaradi podaljševanja povprečne življenjske dobe prebivalstva (vsaj v razvitem svetu) so se tudi “empirično” določene meje starosti spremenile. Po predlogu Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) govorimo o starejših ljudeh v starostnem obdobju od 65 do 75 let, o starih osebah v obdobju od 76 do 90 let in o zelo starih osebah, kadar so le-te starejše od 90 let (2). Poleg podaljševanja življenjske dobe se podaljšuje tudi obdobje brez pomembnih upadov psihičnih funkcij in v manjši meri fizičnih funkcij, sicer značilnosti procesa staranja. Med starejšimi osebami obstaja poleg izrazite heterogenosti in upadanju oziroma prizadetosti fizioloških funkcij tudi raznolikost v zbolevanju za različnimi boleznimi ter posledičnem zmanjšanju kakovosti življenja. Razlike med biološko in koledarsko starostjo so tako lahko zelo individualne in očitne. SZO si je zadala cilj promovirati tako imenovano “kakovostno oziroma uspešno” staranje (“successful aging”) (3). Le-to naj bi nadomestilo “običajno” staranje, za katerega je značilno upadanje fizioloških funkcij do stopnje, ki hudo poslabša kakovost življenja starostnika (slika 1). “Kakovostno” staranje naj bi dosegli predvsem z nefarmakološkimi in farmakološkimi preventivnimi ukrepi za preprečevanje kroničnih degenerativnih bolezni, z boljšim zdravljenjem bolezni in z bolj učinkovito rehabilitacijo; v prihodnosti pa morda s še z neodkritim specifičnim farmakološkim oviranjem staranja. Želeni cilj lahko pričakujemo pri delu starostnikov, seveda pa je in bo preventivne ukrepe potrebno izvajati že v zrelem obdobju, najbolje že od rane mladosti naprej.



Najpogostejša bolezenska stanja pri starostnikih

Sodobni pristopi v geriatrični medicini

Bistvena značilnost, ki vpliva na specifično internistično obravnavo starejših bolnikov je sočasna prisotnost, vzročno-posledična povezanost in prepletenost treh stanj: bolezni, gerontoloških sindromov in okrnjenega funkcionalnega (fizičnega in psihičnega) stanja (4, 5). Vsa omenjena stanja slabšajo kakovost življenja, poslabšanje kateregakoli izmed treh pa brez ustreznega in dovolj hitrega zdravljenja vodi v poslabšanje ostalih dveh stanj, predvsem kadar sta tudi ti dve moteni. Hitro se vzpostavijo značilne nepovratne pozitivne zanke, ki povzročajo vse večji upad fizičnih in psihičnih funkcij, poslabšanje bolezni in gerontoloških sindromov. Pri akutnih boleznih te povezave vodijo v poslabšanje in nemalokrat povzročijo smrt starostnika, ob kroničnem delovanju pa povzročijo stalno in postopno upadanje funkcionalnega stanja in tako onemogočajo “kakovostno” staranje.

Na osnovi spoznanj o pomembnosti povezav med kroničnimi boleznimi, gerontološkimi sindromi in okrnjenim funkcionalnim stanjem so v ZDA v zadnjih letih razvili in v praksi uveljavili novi celostni pristop v obravnavanju starostnikov (5, 6). Značilna zanj je sistematičnost, ki temelji na dejavnem iskanju popravljivih členov med kroničnimi boleznimi, gerontološkimi sindromi in funkcionalnim stanjem. Najdene popravljive člene poskusijo omiliti ali ozdraviti in tako ojačati verigo. Akutne bolezni, akutna poslabšanja kroničnih bolezni, poškodbe ter morebitni urgentni in elektivni operativni posegi predstavljajo stresne dejavnike, ki lahko porušijo rahlo povezano verigo starostnikovega stanja. Ojačanje popravljivih členov verige tako ob akutnem poslabšanju stanja kot v stabilnem stanju je tako izjemno pomembno načelo celostnega pristopa. Tovrstna praksa v obravnavanju starostnikov se je v ZDA izkazala kot pomembni dejavnik izboljšanja kakovosti življenja starostnikov.

Pomen sočasne prisotnosti več kroničnih (degenerativnih) bolezni

Sočasna prisotnost več kroničnih degenerativnih bolezni je značilnost starejših bolnikov. S starostjo naraščata pogostnost in izrazitost le-teh, ki prizadenejo več organskih sistemov. V skupini ljudi nad 65 let ima kar 55 odstotkov le-teh pomembne simptomatske degenerativne spremembe na sklepih, 45 odstotkov bolnikov ima povišan arterijski tlak, 40 odstotkov ima okvare sluha, 35 odstotkov ima bolezni srca in 25 odstotkov ima motnje vida (slika 2). Dobra tretjina starejših bolnikov ima vsaj tri izmed navedenih kroničnih degenerativnih bolezni, s starostjo pa delež bolnikov z omenjenimi kroničnimi boleznimi dodatno narašča (2). Vpliv omenjenih bolezni na umrljivost in funkcionalno stanje starostnikov je velik, izrazi pa se v zmanjšanju fizičnih in psihičnih sposobnosti.

Pomen gerontoloških sindromov

Gerontološki sindromi so značilna stanja starostnikov, ki jih pri le-teh opazimo veliko pogosteje kot pri mlajših bolnikih. Kažejo se z okvarami oziroma zmanjšanjem določenih funkcij, ki so pomembne za zagotavljanje kakovosti življenja. Med najpogostejše gerontološke sindrome spadajo inkontinenca urina, inkontinenca blata ali obstipacija, preležanine, depresija, demenca, delirij, osteoporoz, slabša prehranjenost idr. Razlogi za njihov pojav so lahko različni, končna okvara pa je enaka. Poznavanje neposrednega vzroka je za zdravljenje zelo pomembno, pogosto težavno. S poznavanjem osnovne motnje

lahko le-to omilimo ali povsem odstranimo. Posredno omilimo tudi posledični gerontološki sindrom. Gerontološki sindromi tako kot kronične degenerativne bolezni pomembno vplivajo na funkcionalno stanje starostnika.

Medsebojna povezava med kroničnimi boleznimi, gerontološkimi sindromi in funkcionalnim stanjem ◆

Kronične degenerativne bolezni pri mlajših bolnikih povzročijo manjše telesne okvare in v manjši meri vplivajo na funkcionalno stanje kot pri starejših bolnikih, tako na enako kronično okvaro starejši odgovorijo z izrazitejšim poslabšanjem funkcionalnega stanja. Razlog je delno v neposredni povezavi med kroničnimi degenerativnimi boleznimi in funkcionalnim stanjem, delno pa v prisotnosti gerontoloških sindromov. Gerontološki sindromi vplivajo na zmanjšanje kompenzatornih mehanizmov, katerih vloga je omiliti učinke kroničnih degenerativnih bolezni. Na primer starejši bolnik z napredovalo kronično degenerativno spremembo sklepov je bolj funkcionalno prizadet (motnja gibljivosti) ob sočasni prisotnosti gerontoloških sindromov (npr. inkontinence ali depresije).

“Domino” sindrom ◆

Kronične bolezni, gerontološki sindromi in funkcionalno stanje so medsebojno povezani, saj ob poslabšanju enega izmed teh treh dejavnikov sledi poslabšanje tudi ostalih dveh. Običajen potek je počasen in postopen. Kompenzatorni mehanizmi postopno močno oslabijo, kronične bolezni in gerontološki sindromi postanejo vse bolj izraženi, funkcionalno stanje starostnika pa se slabša. Postopno pride do stanja, ko že majhna motnja, ki vpliva na kateregakoli izmed naštetih dejavnikov povzroči porušenje celotnega sistema; podobno kakor, da bi podrl eno domino, ki nato poruši celo skupino domin. Vsak poskus zdravljenja v tem napredovalem obdobju je obsojen na neuspeh. Cilj uspešnega zdravljenja starostnikov je zato usmerjen v preprečevanje pogojev, ki omogočijo “domino” sindrom. “Domino” sindrom lahko preprečimo ali omilimo z iskanjem šibkih, a popravljivih členov verige, ki jih sestavljajo kronične bolezni, gerontološki sindromi in okrnjeno funkcionalno stanje (slika 3).

Strategija iskanja popravljivih členov in preprečevanje “domino” sindroma ◆

Osnovno načelo celostne geriatrične obravnave je zagotavljanje stabilnosti verige oziroma posameznih členov le-te, ki bo preprečila “domino” sindrom. Šibki členi pogosto niso jasno razvidni, zato jih je potrebno dejavno iskati in njihova številčnost zahteva veliko mero sistematičnosti. Bolezni so pogosto neustrezno zdravljene ali neprepoznane, sindromi in funkcionalno stanje pa neustrezno obravnavani. Iskanje in ojačenje šibkih členov je pomembno v primeru akutne bolezni in v obdobju ko starostnik ni akutno bolan. Nujno je preveriti vse člene verige, torej kronične bolezni, gerontološke sindrome in okrnjene funkcionalne dejavnosti. Vsakemu odkritemu šibkemu členu poskušamo najti neposredni vzrok, saj le tako lahko ukrepamo ustrezno. Zaradi dolgotrajnosti in zapletenosti tovrstnih pregledov je najbolj smiselno slediti navodilom z natančnim opisom iskanja členov in ustreznim ukrepanjem (1, 3, 5). V večini primerov ob takšnem pre-



Značilna povezanost bolezni, gerontoloških sindromov in funkcionalnega stanja pri starostnikih, ki omogoča “domino” sindrom.

gledu ugotovimo dejavnike, ki jih je možno izboljšati. V nasprotju s trenutno prevladujočim mnenjem lahko velikemu deležu starostnikov izboljšamo zdravstveno stanje (1, 3, 5).

Pogost razlog šibkim členom je neustrezno jemanje zdravil. Starostniki imajo velikokrat predpisana zdravila, ki jim ne koristijo, temveč škodijo. Med številnimi zdravili so možni tudi negativni učinki. Ob tem pogosto ne (redno) jemljejo zdravila, ki jim zanesljivo koristijo. Posebno pozornost za ojačanje verige moramo posvetiti tudi pred ali med morebitnimi stresnimi situacijami, kot so na primer akutne bolezni, poškodbe in operacije. Pri starejših bolnikih so zdravljenja v bolnišnicah daljša in pogosto povezana z dodatnimi zapleti ali poslabšanji. Le-ti so pogosto neposredno povezani s samim zdravljenjem v bolnišnici (na primer bolnišnični infekti in poslabšanje kognitivnih funkcij v novem, tujem okolju ali ob neustrezni uporabi pomirjeval in uspaval). Paradokсно dejstvo, da zdravljenje v bolnišnici predstavlja neodvisen dejavnik tveganja za poslabšanje zdravstvenega stanja starejših, je privedlo do uvajanja nekaterih novih ukrepov. Starejšega bolnika je potrebno zdraviti v bolnišnici takrat, ko zato obstaja medicinska indikacija ali ko od bolnišničnega zdravljenja pričakujemo jasno izboljšanje zdravstvenega stanja. Zdravljenje v bolnišnici ne sme biti namenjeno negi, kar se v praksi pogosto dogaja, biti mora čim krajše, zaželeno je obiskovanje bolnikov in sodelovanje svojcev pri negi bolnika.

Najpogostejši razlogi za umrljivost ◆

Razlogi za umrljivost v skupini ljudi v “zrelem” obdobju in v skupini starejših se nekoliko razlikujejo. Najpogostejši razlogi za umrljivost v starostnem obdobju od 55 do 74 let se za ženske in moške razlikujejo. Moški v tem obdobju umirajo pogosteje kot ženske. Pet najpogostejših razlogov za umrljivost pri moških predstavljajo: bolezni srca, maligne bolezni, kronična obstruktivna pljučna bolezen, možganska kap in nesreče. Pri ženskah pa si razlogi za umrljivost po pogostnosti sledijo: maligne bolezni, bolezni srca, možganska kap, kronična obstruktivna pljučna bolezen in sladkorna bolezen. Po 75. letu se najpogostejši razlogi za umrljivost pri moških in ženskah izenačijo: bolezni srca, maligne bolezni, možganska kap, pljučnica in kronična obstruktivna pljučna

bolezen (2). Poznavanje najpogostejših razlogov za umrljivost bi moralo vplivati na še bolj učinkovito preventivo in zdravljenje omenjenih boleznih pri mlajših bolnikih in tudi pri starostnikih.

Zdravljenje na osnovi z dokazi podprte medicine

Vse doktrine zdravljenja, sprejete v zadnjem desetletju, temeljijo na dokazih iz kliničnih raziskav. Ugotavlja se učinkovitost določenega zdravila ali postopka v primerjavi s standardnimi zdravili ali postopki oziroma kontrolno skupino, ki ni zdravljena (v primeru, da ne obstaja standardno zdravilo ali postopek). Le tako pridobljeni podatki o učinkovitosti preizkušene zdravila ali postopka so dovolj objektivni, zato predstavljajo osnovo z dokazi podprte medicine. Zdravljenje in učinkovitost zdravil se pri starejših bolnikih lahko pomembno razlikuje od rezultatov, pridobljenih pri proučevanju mlajših bolnikov, vendar so starejše šele v zadnjih letih začeli številčne vključevati v raziskave. Tudi učinkovitost preventivnih ukrepov je potrebno preveriti v kliničnih raziskavah. Zdravljenje starostnikov na osnovi z dokazi podprte medicine predstavlja pomemben napredek v geriatrični medicini.

Ukrepi za doseganje kakovostnega staranja

Desetletje nazaj se je zdelo, da je upočasnitev staranja nedosegljiva iluzija, novejši rezultati pa nas prepričujejo obratno. Življenjska doba v zadnjem stoletju se je zelo podaljšala, sprva predvsem z izboljšanjem življenjskih pogojev, z učinkovitim preprečevanjem in zdravljenjem nalezljivih bolezni, v zadnjih desetletjih pa s preprečevanjem in zdravljenjem ateroskleroze, njenih zapletov in z učinkovitejšim zdravljenjem malignih bolezni. Tudi pri starostnikih lahko na primer z zdravljenjem dejavnikov tveganja oviramo proces ateroskleroze, z nekaterimi preventivnimi ukrepi pa lahko zmanjšamo pogostost določenih malignih bolezni. Kljub podaljšanju življenjske dobe se je sam proces staranja upočasnil nesorazmerno malo. Upočasnitev staranja (in ne zgolj podaljševanje življenjske dobe) ostaja predmet številnih raziskav. Cilj ni zgolj podaljšati življenje, temveč zagotoviti kakovostno starost. V prihodnosti pričakujemo izboljšanje farmakoloških in nefarmakoloških preventivnih ukrepov ter učinkovitejše zdravljenje. Optimistično lahko napovemo, da bodo naslednja desetletja postregla z zdravili, ki bodo upočasnila staranje in morda podaljšala življenjsko dobo. Trenutna predvidevanja o povprečni življenjski dobi ljudi, ki se bodo rodili v

naslednjih desetletjih, se vrtijo okoli 90 let (2). Manj razveseljivo pa je zagotovo dejstvo, da bo le-to veljalo predvsem za bogatejši del sveta.

Ustrezni sistemski ukrepi v zdravstvu

Večanje deleža starejših bolnikov postaja kompleksen in vse večji problem, na katerega bo morala ustrezno odgovoriti tudi medicinska stroka. Vsekakor bo potrebna učinkovita promocija in uveljavljanje pristopov za zagotovitev kakovostnega staranja in uporaba specifičnih medicinskih pristopov v obravnavanju starostnikov. Spremembe v zdravstvenem sistemu so in bodo vse nujnejše na vsaj dveh ravneh: dodatnem izobraževanju zdravnikov o specifičnem zdravljenju starejših in bolnišničnem zdravljenju starejših oziroma ustanovitvi tako imenovanih "bolnišnic na domu". O načinu dela z bolnimi starostniki bi se morali dodatno izobraziti predvsem zdravniki, ki delujejo v domovih za starejše. Morda bo potrebno razmisliti tudi o samostojni specializaciji iz geriatrije oziroma geriatrične medicine, kot jo poznajo v ZDA, še prej pa vključiti dodatno izobraževanje v specializacijo interne medicine in nevrologije. Z drugo spremembo bi poskusili zmanjšati število starejših, ki se zdravijo v bolnišnici. Ustrezna rešitev bi lahko bila ustanovitev "bolnišnic na domu", ki zagotavlja starostnikom bivanje v znanem domačem okolju, medtem ko zdravnik in medicinska sestra izvajata zdravljenje in nego podobno kot v bolnišnici. Takšna bolnišnica zaposluje več zdravnikov različnih specializacij, ki delujejo kot nekakšna "mobilna" bolnišnica. V tujini so se bolnišnice na domu izkazale za zelo uspešne. Tovrstne spremembe bi poleg izboljšanja kakovosti zdravljenja starejših (in tudi drugih bolnikov), pri katerih zdravljenje v bolnišnici ni nujno, zmanjšale stroške zdravljenja. ■

Literatura:

1. Landefeld CS. *Improving health care for older persons. Ann Intern Med* 2003; 139:421-4.
2. Ferri FF. *Biology, epidemiology and demographics of aging. V: Practical guide to the care of the geriatric patient. (second edition). Ferri FF, Fretwell MD, Wachtel TJ (eds). Mosby; 1997; 9-13.*
3. Cassel CK. *Successful aging. How increased life expectancy and medical advances are changing geriatric care. Geriatrics* 2001; 56:35-9.
4. *Comprehensive geriatric assessment V: Practical guide to the care of the geriatric patient. (second edition). Ferri FF, Fretwell MD, Wachtel TJ (eds). Mosby; 1997; 9-13.*
5. Gallo JJ, Fulmer T, Paveza GJ, Reichel WM, Paveza GJ. *Handbook of geriatric assessment. Jones & Batlett Pub; 2003: 1-361.*
6. *Comprehensive geriatric assessment. V: The Merck Manual of Geriatrics. (third edition). Beers MH, Berkow R (eds). Merck Research Laboratories; 2000: 40-46.*



Leeuwenhorst trideset let pozneje

Janko Kersnik

Kdo med zdravniki družinske medicine še ni slišal za skupino Leeuwenhorst, ki je leta 1974 začrtala smeri razvoja družinske medicine. Več kot dvajset let je bila to praktično edina definicija družinske medicine. Po poskusu skupne definicije Svetovnega združenja zdravnikov družinske medicine in Svetovne zdravstvene organizacije pred desetimi leti, smo pred dvema letoma dobili novo, ki je bila plod izredno široke razprave in usklajevanja. Slovenski prevod najdete na spletni strani www.drmed-mb.org v rubriki Družinska medicina. Skupina kolegov se je pred tridesetimi leti srečala v skromnem hotelu Leeuwenhorst na nizozemski atlantski obali, trideset let potem pa smo se od 30. maja do 1. junija v njem zbrali na 25. srečanju Evropskega združenja za kakovost v družinski medicini. Simbolika ponovnega srečanja z Leeuwenhorstom je v tem, da se je le-ta močno povečal in razširil, tako kot tudi družinska medicina ni več tista, kot je bila pred tridesetimi leti.

Nizozemska je dežela s pravico do svobodnega odločanja o splavu, evtanaziji in legalizirani uporabi kanabisa. Najprej je bila na vrsti predstavitev sistema zdravstvenega varstva na Nizozemskem. Imajo 137 bolnišnic, 56.500 postelj in povprečno zdravljenje v bolnišnici traja 8,5 dni. Nizozemska ima 16 milijonov prebivalcev, za katere skrbi 4.500 družinskih ambulant, ki zaposlujejo 6.725 zdravnikov družinske medicine iz ur, v sistemu pa dela 9.645 zdravnikov družinske medicine, velik del polovični delovni čas. Od tega je 31 odstotkov zdravnic, na specializaciji pa je zdravnic kar 70 odstotkov. Hkrati upada zanimanje mladih zdravnikov za delo v družinski medicini, med drugim tudi zaradi stalnega poudarjanja o težavnosti in slabi plačanosti poklica. Neugodna je starostna struktura: 17,5 odstotkov od 30 do 40 let, 45 odstotkov od 40 do 50 let, 36 odstotkov več kot 50 let, ki kaže na pomanjkanje zdravnikov družinske medicine že danes in še bolj v prihodnjih letih. Delovni čas zdravnika je od 8. do 17. ure. V tem času opravi 40 stikov, med katerimi so povprečno štirje hišni obiski na dan. Poleg tega medicinska sestra sama obravnava od 10 do 20 bolnikov, kar skupno zneso dnevno obremenitev posamezne ambulante od 50 do 60 bolnikov na dan. Povprečni čas posveta se je s sedem do osem minut dvignil na deset do enajst minut. Bolniki v povprečju opravijo 4,6 obiskov pri zdravniku družinske medicine na leto.

Razvoj smernic v okviru Nizozemskega združenja zdravnikov družinske medicine poteka že od leta 1989 in je doslej na razpolago že 80 posodobljenih smernic za najpogostejše zdravstvene probleme. Nizozemsko združenje zdravnikov družinske medicine je leta 2000 za svoje uspehe dobilo prestižno Bertelsmannovo nagrado za kakovost. Na drugi strani pa je sindikat zdravnikov družinske medicine s svojimi večletnimi anahronističnimi zahtevami po večji vsoti denarja za enako organizacijo in obsegom dela zašel v resne težave pri pogajanjih z liberalno nizozemsko vlado, ki se zavzema za tržno orientacijo organizacije sistema zdravstvenega varstva po ameriškem vzoru.

Zanimiva je raziskava, ki jo je v letu 2004 izvedel Nizozemski inštitut za raziskovanje NIVEL na 400.000 prebivalcih o delu zdravstvene službe in registriral en milijon kontaktov. 96 odstotkov problemov samostojno razreši zdravnik družinske medicine, 2,5 odstotkov prebivalcev napoti k drugemu zdravniku in le v nekaj več kot 50 odstotkov stikov so

predpisana zdravila. Zdravniki družinske medicine v 74-ih odstotkih sledijo smernicam, na področju diagnostike v 65-ih odstotkih (13 do 96 odstotkov), na področju predpisovanja v 68-ih odstotkih (10 do 99 odstotkov) in pri napatitvah v 89-ih odstotkih (41 do 100 odstotkov). Medtem ko po svetu sistem zdravstvenega varstva raziskujejo, pri nas zaposlujejo nove kadre, ki bodo analizirali slabo zbrane podatke o slabo definiranih entitetah našega dela.

V okviru delovne skupine trenutno tečejo številni projekti. Ena izmed skupin se ukvarja s problemom negotovosti in razlago slabo razločljivih znakov naših bolnikov. Kar 14 odstotkov bolnikov še po šestih mesecih prisotnosti določenih znakov ne moremo z gotovostjo pripisati ustrezne diagnoze. Zdravje zdravnika družinske medicine postaja pereč problem po Evropi. Narašča število samomorov in slabša se zdravstveno stanje številnih zdravnikov. Namen delovne skupine je priporočiti instrumente za zgodnje odkrivanje z delom zdravnika povezanih zdravstvenih težav, predlagati metode za zmanjševanje stresa in grozeče izgorelosti ter načine, kako organizirati sistematično podporo zdravnikom, da bi svoje delo čim dlje, čim bolj kakovostno izvajali v zadovoljstvo bolnikov in sebe. Pomembno mesto imajo tudi kazalci kakovosti. Končuje se tudi Projekt ocenjevanja splošnih ambulant – EPA, ki je potekal v devetih evropskih državah v 300 splošnih ambulantah, v katerem smo izdelali instrumente in kazalce kakovosti organizacije in vodenja splošne ambulante. Pripravljamo se na prijavo novega, ki bo zajemal kazalce kakovosti na področju preventive srčno-žilne bolezni, ki bo poleg organizacije ambulante ocenjeval tudi kakovost kliničnega dela in sporazumevanja z bolnikom.

Izsledki projekta o vključevanju starejših bolnikov v odločanje o svojem zdravljenju – IMPROVE, v katerem je sodelovalo enajst evropskih držav in se je končal pred dvema letoma, so izšli v knjigi, ki prinaša obrazce za pomoč pri tem procesu tudi v slovenskem jeziku. Dobili so jo vsi udeleženci WONCA Europe kongresa v Amsterdamu, ostalim pa je na razpolago izvod, ki ga lahko dobijo na Katedri za družinsko medicino.

Od 11. do 13. novembra 2004 bo v Bruslju potekala četrta vabljen konferenca Evropskega združenja za kakovost v družinski medicini. Iz Slovenije se konference lahko udeleži pet udeležencev. Rok za oddajo izvlečkov za predstavitve in posterje je 15. julij. Dodatne informacije so na spletnih straneh www.equip.ch in www.drmed.org. Uvodna predavanja se bodo nanašala na pouk o kakovosti in dodiplomski ravni, kakovost podiplomskega izobraževanja, izmenjave elektronskih podatkov med zdravnikom in bolnikom in učinkovitosti povratnih podatkov o kakovosti. Na delavnicah bodo predstavljene metode, kako uporabljati smernice pri vsakdanjem delu, predstavljeno bo ocenjevanje kakovosti splošnih ambulant, ocenjevanje zrelosti, individualno svetovanje pri predpisovanju antibiotikov, kakovost paliativne oskrbe, izdelava kazalcev kakovosti na podlagi rutinsko zbranih podatkov, kako shajati z negotovostjo.

Trideset let po srečanju skupine vizionarjev v Leeuwenhorstu lahko s ponosom ugotavljamo, da je takrat posejano seme bogato obrodilo in si moramo vsi skupaj prizadevati za obilen sad. ■

Strokovno posvetovanje “Partnerji za varno in pravilno rabo zdravil”

Povzela: Boris Kramberger, Jurij Fürst

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) je v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje (MZ), Lekarniško zbornico Slovenije in Zdravniško zbornico Slovenije 18. 5. pripravil strokovni posvet, s katerim je želel osvetliti trenutno stanje pri uporabi zdravil v Sloveniji in določiti najpomembnejše razvojne izzive.

Posveta se je udeležilo 150 udeležencev, med njimi predstavniki Ministrstva za zdravje, Agencije za zdravila, Zdravniške zbornice Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Zdravniškega društva Slovenije, Lekarniškega društva Slovenije, Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov, Združenj domačih in tujih farmacevtskih proizvajalcev pri Gospodarski zbornici Slovenije, Urada za varstvo potrošnikov, Zveze potrošnikov Slovenije, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, izvajalcev prostovoljnega zavarovanja in drugi vabljeni udeleženci.

V uvodu je generalni direktor ZZZS Borut Miklavčič prikazal nekatere finančne podatke ZZZS in strukturo odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja. Medtem ko so nekatera področja izdatkov dogovorjena vnaprej z dogovori in s tem predvidljivi, zdravniki neposredno odločajo o predpisovanju zdravil, medicinsko-tehničnih pripomočkov in delu nadomestitev odsotnosti in s tem o višini porabljenih sredstev zanje. V letu 2004 je za ta področja predvidenih 108 milijard tolarjev, od tega za zdravila 57 milijard. Številni ukrepi ZZZS in MZ v zadnjem desetletju, vključno z uvedbo medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo konec leta 2003, so pripomogli k obvladovanju javnih in zasebnih izdatkov za zdravila, vendar je delež zanje glede na države EU visok in ne dovolj predvidljiv. Zato je pozval vse partnerje (zavarovane osebe, zdravnike in farmacevte z njihovimi strokovnimi in stanovskimi združenji, MZ, zdravstvene zavarovalnice, proizvajalce zdravil in distributerje) k dejavnostim za varno in pravilno rabo zdravil.

V prvem sklopu predavanja (Ravnanje z zdravili) je Jurij Fürst (ZZZS) prikazal izbrane podatke o porabi zdravil. Na nekaterih področjih je poraba v Sloveniji v povprečju evropskih držav (npr. statini, antibiotiki), na drugih verjetno preskromna (antiagregacijska zdravila, litij, antidepresivi), neredko preširoka (benzodiazepini, zaviralci angiotenzinske konvertaze, sartani, pentoksifilin). Nekatera nova in pretirano draga zdravila so bila izjemno hitro uvedena, brez nujno potrebne zadržanosti, ki odlikuje na primer severnoevropske zdravnike (npr. klopidogrel). Na drugih področjih se izrazite regijske razlike kažejo tudi pri predpisovanju zdravil, kjer kažejo nekateri kazalci racionalnejše predpisovanje na severozahodu, zlasti v novogoriški (npr. antibiotiki) in kranjski (npr. nekatera psihiatrična zdravila) zdravstveni regiji. Izstopajo tudi velike razlike med vzorci predpisovanja posameznih zdravnikov.

Pavel Poredoš je kot predsednik Komisije ZZZS za razvrščanje zdravil na liste predstavil njen prispevek k racionalni farmakoterapiji. Kriteriji za razvrstitve zdravila so dokazana klinična učinkovitost, varnost in stroškovna učinkovitost. Zdravila morajo imeti dokazan vpliv na pomembne klinične izide, kot so zapleti ali smrt. Celo med zdravili iste skupine obstajajo velike razlike. Ugotavljamo jih na osnovi izsledkov obsežnih raziskav in prikažemo z izračuni zmanjšanja tvega-

nja, zmanjšanja obetov tveganja in števila bolnikov, ki jih je potrebno zdraviti določen čas, da preprečimo en pomemben klinični dogodek (“number needed to treat” – NNT). Kompleksnost takšnega pristopa na področju zdravljenja s statini je predavatelj ponazoril s piramido, ki kaže skupine bolnikov od najmanj do najbolj ogroženih. V skupini ljudi z nizko ogroženostjo (pod 20 odstotkov) je za preprečitev enega koronarnega dogodka potrebno zdraviti 120 ljudi, v skupini visoko ogroženih pa le 12. Na osnovi takšnih analiz je mogoče primerjati med seboj različna področja medicine in ugotavljati stroškovno učinkovitost posameznih terapevtskih pristopov. Razlike med ceno preprečitve enega dogodka z različnimi zdravili so izjemno visoke in znašajo od 1.100 dolarjev za aspirin 100 mg pri osebi s 30-odstotnim petletnim tveganjem za koronarni dogodek in 122.000 dolarji za simvastatin 40 mg pri osebi z 10-odstotnim tveganjem. Komisija daje pri razvrščanju prednost zdravilom z dokazano klinično učinkovitostjo in ugodnejšo stroškovno učinkovitostjo. Omejitve predpisovanja omogočajo prednostno predpisovanje zdravil najbolj ogroženim skupinam, pri katerih je pričakovati največji učinek (najmanjši NNT). Komisija se odloča tudi na osnovi ocen o celotnih stroških zdravljenja (potencialno število bolnikov x cena definirane dnevne odmerka x število bolnikov). Vzpostavi skuša stroškovno ravnovesje med različnimi skupinami podobno učinkovitih zdravil. S takšnimi pristopi komisija omogoča predpisovalcem, da na račun javnih sredstev predpisujejo najkakovostnejša, najvarnejša in stroškovno najučinkovitejša zdravila in da prednostno predpisujejo zdravila za tiste indikacije in tistim bolnikom, pri katerih je dokazana učinkovitost največja. Racionalna farmakoterapija ni le stroškovno najučinkovitejša, temveč tudi praviloma skladna s strokovnimi izhodišči. Obenem pa zavarovalnica ne omejuje zdravnikove svobode, saj mu določa le predpisovanje zdravil v breme javnih sredstev.

B. Malnar iz Centra za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij Fakultete za družbene vede je prikazala rezultate marca 2004 opravljene telefonske javnomnenjske raziskave “Ravnanje prebivalcev Slovenije z zdravili”. Od 1.001 osebe oziroma gospodinjstev jih je imelo doma zdravila 74 odstotkov. Anketa kaže po eni strani na dobro sodelovanje bolnikov (npr. 80 odstotkov anketirancev je ob zadnjem obisku zdravnika predpisana zdravila uporabilo v celoti), po drugi strani pa je delež nesodelujočih bolnikov kar visok (4,1 odstotek bolnikov je uporabilo le manjši del zdravil ali jih sploh ni uporabilo). To je tudi razlog za nekoristne ali celo nevarne zaloge zdravil. Skupine zdravil, ki jih anketiranci trenutno uporabljajo/neuporabljajo (v odstotkih): visok pritisk 37,6 odstotkov (uporabljajo)/3,0 odstotki (neuporabljajo); srce 23,0/2,5; holesterol 14,4/1,8; živci 11,4/5,5; spanje 9,7/4,8; astma 6,2/2,5. Izstopajo antibiotiki, ki so jih je ob času ankete uporabljali v 11,1 odstotku gospodinjstev, kar 8,0 odstotkov gospodinjstev pa jih je imelo doma, a ne uporabljalo. Zaskrbljujoč je tudi podatek, da ima 3,8 odstotkov gospodinjstev doma zdravila, ki so jih dobili od prijateljev ali znancev. 11,2 odstotka skoraj nikoli ne preveri roka uporabnosti zdravila pred njegovo uporabo. Večina anketirancev dobi skoraj vedno nasvet o jemanju zdravila od zdravnika in farmacevta, vendar je delež tistih, ki nasveta ne dobijo spontano, pomembnih od 25 do 30 odstotkov. Po-

datek, ki zopet kaže na premajhno zavzetost bolnikov: 10 odstotkov jih ne upošteva dani nasvet. Na osnovi te raziskave so študenti farmacije obiskali 99 naključno izbranih gospodinjstev in natančno popisali vsa zdravila v domači lekarni. Aleš Mrhar s Fakultete za farmacijo je predstavil prve podatke: med zdravili na recept se jih trenutno uporablja 70 odstotkov, po potrebi se uporablja 16 odstotkov zdravil, nikoli pa se ne uporablja 14 odstotkov zdravil. Delež neuporabljenih zdravil je primerljiv podatkom iz tujine.

Drugi sklop je bil posvečen vlogi države, zdravnika in farmacevta za pravilno rabo zdravil. S. Primožič, direktor Agencije RS za zdravila in medicinske pripomočke, je predstavil njeno vlogo in delovanje. Agencija je organ v sestavi Ministrstva za zdravje. Opravlja upravne, strokovne, inšpekcijske in razvojne naloge na področju zdravil in medicinskih pripomočkov za uporabo v humani in veterinarski medicini. Med najpomembnejšimi področji dela so postopki pridobivanja dovoljenja za promet z zdravili, postopki v zvezi s kliničnimi preizkušnji, priprava podatkov za podatkovno bazo, vodenje postopkov oblikovanja cen zdravil, priprava predpisov, medresorsko in mednarodno sodelovanje. Vsako zdravilo, ki je krito iz javnih sredstev, mora prestopiti štiri ovire. Agencija ugotavlja najprej njegovo kakovost, varnost in učinkovitost, sledi ugotavljanje skladnosti cene zdravila. Odločitev o razvrstitvi na listo kot tretja stopnja poteka na ZZS, Agencija pa ima zopet pomembno vlogo v nadzoru distribucije in maloprodaje.

M. Možina iz Centra za zastrupitve Kliničnega centra je govoril o vlogi zdravnika pri pravilni rabi zdravil. Farmakoterapija omogoča hitrejšo in uspešnejše zdravljenje bolezni, zmanjšuje zbolewnost in smrtnost, krajša zdravljenje v bolnišnici in izboljšuje kakovost življenja. Izdatki za zdravila naraščajo bistveno hitreje kot za ostala področja zdravstva, zato v vseh državah iščejo nove in učinkovite metode za njihovo obvladovanje. Ker je omejevanje pravic zdravstvenega zavarovanja verjetno neizogibno, je nujen pregleden in pravičen sistem oblikovanja prioritet. Zdravniki naj ne bi bili le udeleženci v sistemu, postati bi morali partnerji. Načela racionalne farmakoterapije so navidez enostavna, vendar postaja obseg podatkov, ki bi jih morali zdravniki poznati, izjemno velik in vse težje obvladljiv (novosti na področju medicine, terapevtske smernice, nova zdravila, nove cene nova medsebojno zamenljiva zdravila, spremembe temeljnih značilnosti zdravil, pogosto spreminjanje predpisov in pravil zavarovalnic, omejitve predpisovanja itd.). Po vzgledu Švedske, Danske, Velike Britanije, Kanade in Avstralije bi morali nameniti vsaj en odstotek sredstev za zdravila informiranju in izobraževanju na področju zdravil. Vlaganje v znanje učinkoviteje vpliva na obvladovanje izdatkov kot nadzor in mnogi drugi ukrepi. Realne slovenske prioritete so zbirka temeljnih značilnosti zdravil, terapevtske smernice, farmakoterapevtski priročnik, izobraževanje in informiranje, računalniška mreža, elektronsko predpisovanje in ekspertni sistemi za podporo predpisovanju. Potrebno je zagotoviti neodvisna strokovna glasila. Zdravniki prav tako potrebujejo realne časovne normative za obravnavo bolnikov. Zdravniki so pokazali dovolj zrelosti in pripravljenosti za sodobne izzive na področju racionalne rabe zdravil, vključno z uvajanjem osnovnih načel farmakoekonomike in upoštevanjem specifičnih razmer. Zato upravičeno pričakujejo, da bodo tudi drugi partnerji izpolnili svoj del obveznosti in tako omogočili nadaljnjo implementacijo sodobne racionalne farmakoterapije. Najdražje zdravilo je namreč napačno predpisano zdravilo.

O vlogi farmacevta pri zagotavljanju varne in pravilne uporabe zdravil je govorila A. Čufar, predsednica Lekarniške zbornice Slovenije. Osvetlila je zgodovinsko vlogo lekarnarja, potrebna znanja in pravne okvire ter postopke izdajanja zdravil. Ima pomembno vlogo svetovalca, ki mora ob izdaji zdravila uporabnika seznaniti s pravilno in varno uporabo zdravil. Farmacevt je tudi enostavno dostopen za vsa morebitna kasnejša dodatna pojasnila. Potrebuje pa zadosten čas za izdajo, ki je sedaj po

normativih skromno odmerjen in obremenjen z obveznimi administrativnimi opravili. Lekarnar lahko z nasveti pripomore k varnejši domači lekarni. Zdravila, hranjena doma, so lahko vzrok zastrupitev, usodnih pomot in samomorov. Pravilno ravnanje z neuporabljenimi, pretečenimi ali neustrezno hranjenimi zdravili je pomembno tudi z ekološkega vidika. Lekarne zbirajo in natančno popišejo vsa vrnjena zdravila ter jih oddajajo v uničenje, kar je zanje dodatna stroškovna obremenitev. Vzroki vračanja so smrt bolnika, pretečen rok uporabe in zamenjava terapije. Neredko so zdravila vrnjena v neprimernem stanju z zamešano osnovno in sekundarno ovojnino, poškodovano osnovno ovojnino in že navidez neprimerno hranjena. Vrednost vrnutih zdravil je v eni od lekarn znašala v letu 2003 800.000 tolarjev. Na tem področju bi bilo mogoče z optimizacijo vseh postopkov od predpisovanja in izdajanja do vračanja zdravil mnogo prihraniti. Ponovno vračanje izdanih zdravil v sistem pa ni sprejemljivo.

Zadnji sklop predavanj, ki je izzval največ vprašanj in polemik, je bil posvečen izzivom. A. Mrhar, predstojnik katedre s Fakultete za farmacijo, je govoril o farmacevtski skrbi za racionalno rabo zdravil. Prikazal je nekatere izsledke najpomembnejših raziskav o težavah, povezanih z zdravili (Drug Related Problem – DRP). Najpomembnejše so nezdravljene indikacije, nepotrebno zdravljenje z zdravili, napačno izbrana zdravila, prenizka doza, neželeni učinki zdravil, previsoka doza in z navodili neskladno jemanje. DRP ne povzročajo le nevarnosti za bolnike, temveč tudi ogromne stroške. V ZDA so ocenili stroške v letu 1995 na 30 do 137 milijard dolarjev. Zaradi DRP prihaja do pogostejših zdravljenj v bolnišnici zlasti starejših bolnikov (različne raziskave, od tri do 28 odstotkov zdravljenj v bolnišnicah zaradi DRP, metaanaliza: 4,3 odstotke). Večino (59 odstotkov) bi jih bilo mogoče preprečiti. Farmacevt v lekarni je v idealni poziciji za identifikacijo in preprečevanje DRP, saj ima primerno izobrazbo, redne stike z bolniki, enostavno dostopnost in zaupanje ljudi ter informacijski sistem. Lekarnar že izdaja zdravila brez recepta z nasvetom in izvaja triažo ter napoti bolnika do zdravnika, če je to potrebno. FS pomeni odgovorno zagotavljanje zdravljenja z zdravili z namenom doseganja načrtovanih terapevtskih izidov, ki izboljšajo bolnikovo kakovost življenja. Možne so različne oblike FS, od splošne (npr. pregled možnih interakcij) do posebnih programov za kronične bolnike. Predavatelj je prikazal primer FS za bolnike z astmo, kjer je prišlo do ugodnih kliničnih (boljša adherenca), humanističnih (izboljšana kakovost življenja) in ekonomskih izidov (znižana poraba zdravil za 31 odstotkov v sedmih mesecih in znižanje stroškov za 34 odstotkov). Na podlagi teh izidov je v Nemčiji pričela veljati nova zakonodaja, ki omogoča povračilo stroškov za kognitivne storitve lekarniških farmacevtov. V Sloveniji je nekaj omejitev, ki ne omogočajo razvoja FS. Le 57 odstotkov ljudi je vezano na eno in isto lekarno (na Nizozemskem 85 odstotkov), vodenje podatkov je za lekarno razdrobljeno, lekarnarje niso uvrščene med upravljavce zbirk zdravstvenih podatkov, zato bi jih bilo mogoče zbirati le s pisno privolitvijo bolnika. Obstoječi sistem preskrbe z zdravili bi bilo mogoče nadgraditi s sistemom upravljanja z zdravili s pomočjo institucije izbrane lekarnarje. Tako bi zagotovili nadzor nad vsemi zdravili ne glede na nadzor, zmanjšanje DRP ter zmanjšanje stroškov povezanih z zdravili. Pridobili bi vsi: v prvi vrsti bolnik; zdravnik, ki bi dobil povratne informacije glede DRP in v farmacevtu verodostojnega partnerja; farmacevt s trenutno ne dovolj izkoriščenim strokovnim potencialom; sistem zaradi sistemskega vrednotenja farmakoterapije ter boljšo varnostjo in stroškovno učinkovitostjo farmakoterapije.

Evidentiranje izdanih zdravil na kartici zdravstvenega zavarovanja je prikazala A. Bolka iz ZZS. Namen zapisa zdravil na kartico je večja varnost bolnikov, ki prejemajo vse več zdravil različnih predpisovalcev, kar lahko privede do podvajanja, zamenjav, nezdržljivosti in resnejših zapletov. Zapis bo omogočil informacijsko povezavo med zdravniki in

farmacevti pa tudi med različnimi zdravniki oziroma ravnimi zdravstvenega varstva. Pridobitve projekta bodo pripomogle k hitrejšemu razvoju informacijskih orodij za pomoč zdravnikom in farmacevtom (npr. strokovni ekspertni programi, elektronski recept). Pričakovati je tudi racionalnejše predpisovanje zdravil. Zapis izdanih zdravil na kartico se bo opravil v lekarni. Zdravniku bo omogočil vpogled v celoten nabor izdanih zdravil do določenega obsega (okrog 36 polj za vpis zdravil). Gre za zelo občutljive osebne podatke, zato je potrebno zagotoviti najvišjo stopnjo varovanja le-teh. Pooblastila za dostope bodo zelo restriktivna. Po sedanjih načrtih naj bi bil projekt predvidoma zaključen sredi leta 2005. Stroški projekta so ocenjeni na 76 milijonov tolarjev. Vzporedno poteka tudi projekt zapisa preobčutljivosti na zdravila na kartico. Prav tako poteka na ZZZS priprava sodobne zbirke zdravil, ki bo z minimalno dopolnitvijo obstoječe programske podpore pri zdravnikih bistveno posodobila sedanji način dela.

M. Toth iz ZZZS je prikazal evropske pristope in izkušnje pri obvladovanju porabe zdravil. Z vse višjimi in vse težje obvladljivimi izdatki za zdravila se soočajo povsod po svetu. Na področju zdravil z zdravili se srečujeta dva nasprotna interesa, in sicer tržno naravnana farmacevtska industrija z interesi po dobičku ter javni interes zdravstvenega varstva. V ta "konflikt" interesov vstopa in posega država, ki skuša z različnimi mehanizmi vzpostavljati ravnovesje. Na višino izdatkov za zdravila vplivajo struktura predpisanih zdravil, količina in njihova cena. Vlade oziroma nosilci zavarovanj so v prvi fazi skušali vplivati predvsem na cene zdravil, ki se med državami zelo razlikujejo. Določali so zgornje možne cene glede na cene v primerljivih državah, neredko uvedli tudi zamrznitve cen. Korak naprej je bila uvedba referenčnih cen in pospeševanje predpisovanja generičnih zdravil. Vse bolj se uveljavljajo pogajanja za določanje cen zdravil. Limitiranje zneskov za predpisana zdravila se uvaja na ravni predpisovalcev ali na regionalni oziroma državni ravni. Smiselno je, če ga spremljajo drugi ukrepi, ki predpisovalcem omogočajo samokontrolo, obveščenost o njihovem ravnanju v primerjavi z zastavljenimi cilji in ukrepi za prilagajanje. Medsebojne obveznosti se določijo s pogajanjem med posameznimi partnerji, kjer vsak prevzema tudi materialne obveznosti. Praksa ne potrjuje teze, da ima doplačilo za izdano zdravilo pomemben vpliv na zmanjšanje zahtev zavarovanih oseb, njihovo racionalnejše obnašanje in večjo varčnost. Skupni izdatki za zdravila so najvišji ravno v državah z najvišjimi doplačili in najnižjim deležem kritja iz javnih sredstev (Belgija, Švedska, Italija). Liste zdravil lahko prištevamo med strokovne ukrepe. Novejši pristopi so usmerjeni k povečevanju kakovosti predpisovanja zdravil. Uvajajo se terapevtske smernice, temelječe na z dokazi podprto medicino. Države posvečajo vse več pozornosti izobraževanju in neodvisnemu obveščanju zdravnikov. Nosilci zavarovanja financirajo obdobja strokovna srečanja zdravnikov in farmacevtov, kjer se ukvarjajo z vprašanji farmakoterapije in farmakoeconomike. Vlaganje v sodobno informacijsko podporo z vsemi potrebnimi informacijami, ki jih potrebuje zdravnik pri svojem strokovnem delu, pomagajo k spremembi predpisovalnih navad.

M. Sajovic, M. Udovič (oba ZZZS) in A. Gradišek (koordinator skupine RSK za družinsko medicino in UO Združenja za družinsko medicino) so govorili o integriranem informacijskem sistemu za varno rabo zdravil. Takšen sistem je potreben za obvladovanje izdatkov, preglednost porabe sredstev, zagotovitev podatkov za nacionalne analize in pomoč pri predpisovanju zdravil. Predstavljen je bil medinstitucionalni projekt centralne baze zdravil, ki bo združil in nadgradil obstoječe baze podatkov o zdravilih. Cilj projekta je postaviti in upravljati ažurno in celovito bazo, ki bo enostavno dostopna in distribuirana vsem uporabnikom ter jo v drugi fazi nadgraditi s strokovnimi podatki. Prikazane so bile tehnične rešitve za vzdrževanje in distribucijo baze. Baza je predpogoj za nadaljnji razvoj nacionalne informacijske podpore na

področju zdravil. A. Gradišek je predstavil dosedanje delo na projektu elektronske podpore kartoteki družinske medicine in vizijo razvoja. Dosedanje programske rešitve v Sloveniji niso prijazne zdravniku in le podpirajo kartoteko družinske medicine. Glede na racionalizacijo v zdravstvu in zahteve EU bi moralo imeti vsako zdravniško delovno mesto v ordinaciji računalnik z dostopom do svetovnega spleta. Namen projekta je izboljšati kakovost in poenostaviti postopke administrativnega dela, olajšati strokovno in poslovno komunikacijo, standardizirati zapise ambulantnega dela, poenostaviti izpisovanje obrazcev in receptov, poenotiti šifrance, baze podatkov, standarde za delo in prenos podatkov in drugi. Takšne rešitve bi povečale propustnost ambulantnega dela, časovne prihranke, večjo kakovost dela, spremljanje obsega in kakovosti dela, možnosti za nadzor dela, predpisovanja zdravil in napotitev na sekundarno raven, večjo sodnomoedicinsko varnost zdravnika in boljše možnosti izobraževanja.

Celovit prikaz problematike varne in pravilne uporabe zdravil je vzpodbudil izčrpano razpravo, v kateri je sodelovala dobra četrtina udeležencev. Udeleženci posveta so podprli zamisel, da v Sloveniji na partnerski način izvedemo ustrezne ukrepe in dejavnosti za uveljavitev bolj varne in pravilne uporabe zdravil. Sprejeli so naslednje ugotovitve, priporočila in zaključke:

- Raziskave v Sloveniji potrjujejo primerljive izsledke raziskav po svetu, ki kažejo, da se iz različnih razlogov kot neporabljeni zavrže med 10 in 20 odstotkov vseh zdravil, ki se predpišejo v breme zdravstvenega zavarovanja.
- Ekonomska škoda, ki nastaja zaradi neporabljenih ali zavrženih zdravil, je velika, saj na podlagi teh ocen znaša zgolj iz naslova javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji med 5,8 do 11,6 milijard tolarjev. Avtorji prispevkov na posvetu so ta podatek natančneje zaokrožili na okoli šest milijard letnih izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- Potrebno je doseči boljše ravnanje prebivalcev z zdravili, ki bo usklajeno s strokovno doktrinarnimi načeli varne in pravilne rabe zdravil. Z bolj odgovornim ravnanjem prebivalcev z zdravili bi lahko izboljšali zdravje in kakovost življenja prebivalcev, hkrati pa bistveno zmanjšamo ekonomsko škodo zaradi neporabljenih in zavrženih zdravil, kakor tudi škodo, ki nastaja posredno kot posledica uničevanja teh zdravil.
- Za bolj odgovorno ravnanje prebivalcev z zdravili je potrebno izvesti nacionalno promocijsko akcijo, v kateri bodo sodelovali vsi partnerji na področju zdravil s ciljem verodostojno informirati, izobraževati in vzgajati prebivalce za varno in pravilno uporabo zdravil ter varno in strokovno ravnanje z neporabljenimi zdravili.
- Partnerji za varno in pravilno rabo zdravil so predstavniki vseh ključnih členov v verigi od proizvodnje do uporabe zdravil. Gre za predstavnike Ministrstva za zdravje, zdravnikov in farmacevtov oziroma Zdravniške in Lekarniške zbornice ter obeh društev, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kot tudi predstavnike proizvajalcev in distributerjev zdravil ter predvsem tudi predstavnike zavarovanih oseb, bolnikov oziroma uporabnikov zdravil.
- Z vidika racionalne farmakoterapije so ključna ravnanja in dejavnosti zdravnikov ter farmacevtov, zato bi bilo po vzoru skandinavskih držav potrebno zagotoviti stalne finančne vire (npr. v višini enega odstotka skupne vrednosti prometa z zdravili) in jih usmerjati v kakovostno, neprekinjeno in neodvisno informiranje in izobraževanje zdravnikov ter farmacevtov.
- Temeljnega pomena za pravilno uporabo zdravil je svetovanje bolniku, ki ga opravlja (izbrani oziroma družinski) zdravnik. Osnoven izziv pri tem je obvladovati izjemno količino strokovnih informacij, za kar je nujno čimprej zagotoviti ustrezne načine neodvisnega in-

formiranja zdravnikov oziroma ekspertne sisteme za informacijsko podporo za racionalno predpisovanje zdravil. Poseben izziv predstavlja tudi razbremenitev zdravnikov in omogočanje ustreznega razpoložljivega časa za kakovosten pregled bolnika, predpisovanje zdravila in svetovanje bolnikom.

- Ključna za kakovostno, učinkovito in varno uporabo zdravil je tudi vloga farmacevta, ki bolnikom ob ustreznih strokovnih pojasnilih in nasvetih zdravila izdaja, ali od njih sprejema tudi neporabljena zdravila. Poseben izziv za pravilno ravnanje z zdravili predstavljajo prizadevanja za okrepljeno farmacevtsko skrb za izbrane skupine bolnikov, ki bi lahko pomembno dopolnila celostno zdravstveno oskrbo bolnikov predvsem pri odpravljanju problemov povezanih z nepravilno uporabo zdravil. Natančnejšo vsebino, način in obseg farmacevtske skrbi je potrebno uskladiti z medicinsko stroko in partnerji v sistemu zdravstvenega varstva.
- Za varno in pravilno uporabo zdravil je bistveno učinkovito sodelovanje med zdravniki in farmacevti na osnovni in ostalih ravneh izvajanja zdravstvene dejavnosti. Posebnega pomena pri tem je nadaljnje uveljavljanje vloge kliničnih farmacevtov v zdravstvenih skupinah kot pomemben dejavnik optimizacije kliničnih izidov.
- Nacionalni projekt promocije zdravju prijazne rabe zdravil bo vzpodbuda za druge razvojne projekte, ki bodo omogočili uveljavljanje bolj varne, kakovostne in učinkovite uporabe zdravil. Pri tem je ponovno ključno sodelovanje partnerjev, ki se v usklajeni akciji usmerjajo k istemu skupnemu cilju: zdravju prijazne rabe zdravil.
- Za varno in pravilno rabo zdravil je potrebno poleg informativnih, izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti vzpostaviti tudi informacijske podlage, ki bodo podpirale in krepile vlogo partnerjev za varno in

pravilno rabo zdravil. Pri tem naj bi se uveljavilo razvojno načelo, da naj bi vsak partner prispeval k temu skupnemu napredku po svojih možnostih oziroma z lastnimi (kadrovskimi, finančnimi in drugimi) viri.

- Partnerji se zavezujejo za vzpostavitev informacijske podpore za zapis izdanih zdravil na recept in elektronski recept na kartico zdravstvenega zavarovanja s ciljem odpraviti nekatere vrzeli pri predpisovanju in izdajanju zdravil (odsotnost informacij o zdravilih predpisanih ali izdanih s strani drugih zdravstvenih delavcev, podvajanje zdravil in terapij, stranski učinki interakcij med zdravili idr.).
- Partnerji se zavezujejo za vzpostavitev integriranega informacijskega sistema - nacionalno računalniško bazo podatkov o zdravilih, ki jo upravljajo in uporabljajo skladno s svojimi pristojnostmi vsi partnerji na področju zdravil.
- Partnerji sodelujejo pri pripravi vsebinskih in informacijskih podlag za uvedbo orodij, ki bodo zdravnikom in farmacevtom v strokovno pomoč pri predpisovanju in izdaji zdravil ter pri svetovanju bolnikom.
- Prihranki akcije bodo namenjeni pokrivanju izdatkov za preudarno uvajanje novih, bistveno učinkovitejših, a praviloma tudi do nekajkrat dražjih zdravil v sistem zdravstvenega zavarovanja.
- Temeljni cilj vseh projektov za varno in pravilno rabo zdravil je izboljšanje ravnanj z zdravili v korist in zadovoljstvo zavarovancev oziroma bolnikov.
- S povzetkom prispevkov in zaključki strokovnega posveta se seznanani celotno javnost, strokovno javnost pa se seznanani z objavami v Receptu, Občasniku ZZS in drugih strokovnih periodičnih glasilih. ■

Ali mora zdravnike res biti sram sodelovanja s farmacevtsko industrijo?

Davorin Dajčman

Ko smo postali navadni smrtniki in se od bogov spremeni-
nili le v ljudi v belem, smo se začeli zanimati za "safari"
– poti in stranpoti strokovnih izpopolnjevanj slovenskih
zdravnikov.

Ob dolgih vrstah v ambulantah, prepolnih bolniških
oddelkih in hitrem razvoju medicinskih znanj je združevanje kliničnega
dela, sledenja stroki in kakovostnega življenja, ki izhaja iz psihosocialnih
in bioloških temeljev človeka – zdravnika prava umetnost združevanja
mogočega z nemogočim. V uvodu naj poudarim, da ob znanih finančnih
zmogljivostih zdravstvene blagajne (ZZZS), blagajne Ministrstva
za zdravje in Ministrstva za šolstvo, znanost in šport zgoraj omenjeno
združevanje ne bi dosegalo današnje hitrosti. Jasno je, da vse omenjene
strukture z vso intenzivnostjo in zmogljivostjo podpirajo razvoj slo-
venske medicine in zdravstva, vendar so pomembno omejene s "pre-
možnostjo" državnega proračuna. Da so izobraževalne, znanstvene in
raziskovalne želje ter vizije razvoja moderne domače medicine večje od
zmožnosti, je znano, zato so druge finančne možnosti izpolnjevanja na-
črtov ustvarjalnih zdravstvenih delavcev zanesljivo dobrodošle. Poslovna
sodelovanja med slovenskimi zdravniki in farmacevtsko industrijo (v na-
daljevanju farmacevtika), tako domačo kakor tujo, je v Sloveniji dozorelo
v strokovno obliko zagotavljanja skupnih interesov, ki združuje hitrejšo
pridobivanje novih znanj, izkušenj, zdravil in tehnologije na zdravniški
strani ter pospeševanje uporabe (prodaje) modernih in varnejših zdravil
ter sodobne tehnologije v diagnostiki in terapiji na strani proizvajalcev,
slonečo na upoštevanju zakonodaje predpisovanja zdravil, preprečevanju
korupcije in brez vplivov na specifičnost zdravljenja slehernega bolnika.
Gre za razmerje med dvema med seboj povezanimi deloma družbe, v
kateri si vsi skupaj prizadevamo za hiter razvoj domačega medicinskega
znanja, tehnologije in s tem v zvezi zdravstvenih storitev in možnosti
sodobnega zdravljenja s skupnim interesom po zagotavljanju kakovost-
nega zdravstvenega varstva državljanov. Donacije farmacevtike v obliki
sredstev za organizacijo strokovnih srečanj, medicinske tehnologije,
izvajanja kliničnih študij, organizacija strokovnih srečanj doma in
obisk v tujini, pomoč pri izobraževanju in drugih materialnih dobrin
omogočajo v zdravstvu zaposlenim strokovnjakom dodatne možnosti
izobraževanja v običajno strokovno razvitejši tujini, ki seveda lahko za
nepoznavalca neredko v smislu logike agencijskih turističnih križarjenj
predstavlja lepe kraje, bogato zgodovinsko dediščino, dobro hrano,
lepa dekleta in še kaj. Količina absorbiranih strokovnih informacij na
strokovnem srečanju ali zanimivosti okolja zanimive tujine, predvsem
pa razmerje med njima, je v rokah vsakega posameznika, zanesljivo pa
se v večini vračamo z novimi idejami, neredko mednarodnimi priznanji
zaradi strokovnega ali znanstvenega sodelovanja ali članstva v tujih
strokovnih medicinskih organizacijah, ki nam v nadaljevanju odpirajo
svoja dokaj tesno zaprta vrata. Marsikomu izmed nas pri tem pomaga
tudi sodelovanje s proizvajalci zdravil in medicinske opreme v povsem
legalnih strokovnih, raziskovalnih in tudi promocijskih programih
farmacevtske industrije. Včlanjevanje v tuje strokovne zveze običajno
zahteva trdo delo na področju strokovnih objav, obiskov delavnic in
drugih tečajev, ki niso le daleč od doma, temveč tudi stanejo. Investicija

v dobrega zdravnika-raziskovalca-človeka, četudi iz različnih možnih
finančnih virov, je zato lahko največja pridobitev slovenskega zdravstva.
Ali smo zaradi tega zdravniki postali podkupljivi ali ne, ni mogoče
ocenjevati brez široke analize potrošnje posameznih zdravil ali drugih
medicinskih pripomočkov za posameznega zdravnika posebej, vendar
neutemeljena namigovanja o "safarijskem turizmu" brez omembe
naraščanja pozitivnih povratnih učinkov vse številčnejšega aktivnega
obiskovanja strokovnih srečanj, pa je zgolj enostransko podtikanje
dobičkonosnega odnosa med zdravstvenimi delavci in predstavniki
farmacevtike, ki bo zaradi monopolnosti informacijskih sredstev in nji-
hove interpretacije nekakšnega skorumpiranega znanstvenega turizma
spet prinesla najmanj koristi prav odnosom v slovenskem zdravstvu.
Zaradi preprečevanja pretiranega znanstvenega turizma si v zadnjem
času prizadevamo v čim večjem številu prikazati svoje znanje v tujini
in se aktivno udeležiti različnih strokovnih srečanj, v domačem okolju
pa organizirati strokovna srečanja z mednarodno udeležbo. Izvedba
slednjih je velik finančni zalogaj za vsak organizacijski odbor, pomoč
farmacevtike in s tem pridobitev pravice za promocijo svojih izdelkov
pa povsem legalna oblika sodelovanja brez katere velikokrat srečanja
sploh ne bi bilo. Če želimo s svojim znanjem v svet in tuje znanje pri-
nesti v Slovenijo, potrebujemo velika sredstva, ki jih finančne institu-
cije slovenskega zdravstvenega sistema in šolstva ne zmorejo v celoti
ponuditi, še manj nam jih lahko omogočijo javni zavodi, v katerih nas
dela večina, ki pa se običajno odzovejo po svojih najboljših močeh. Brez
dlake na jeziku lahko priznamo, da je pomoč marketinških skladov
farmacevtike dobrodošla za razvoj slovenske medicine, na drugi strani
pa odpira možnost še večjim poslovnim uspehom že tako zelo uspešnih
domačih proizvajalcev zdravil in vrata tujim kakovostnim koncernom
z novimi investicijami, zdravili in drugimi medicinskimi pripomočki
in s tem rast kakovosti zdravstvenega varstva državljanov. Zmotno je
prepričanje, da želijo nekateri zdravniki le dobro zaslužiti, vsekakor pa
obstajajo razlike glede na položaj, prizadevnost, ustvarjalnost, odprtost
za dialog in strokovno usmeritev, kajti v poslovnem svetu farmacevtike
vladajo povsem enaka pravila kot drugod. Marsikdaj se nad načinom pro-
mocije ali oblike ponujenega sodelovanja tudi jezimo, zato pozdravljam
vse pogostejše ankete o učinkovitosti promocijskih akcij in možnosti
njihovega spreminjanja, ki jih v zadnjem času pogosteje izvajajo številni
proizvajalci zdravil med nami zdravniki.

Ali smo zdravstveni delavci vpeti v poslovne spletke in iščemo
osebno korist!? Na to vprašanje je poskušala odgovoriti Irena Sedej,
diplomantka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, v diplomskem
delu z naslovom Korupcija v zdravstvu ob koncu leta 2003. Gre za
analizo pojava korupcije v naših vrstah, a se v večjem obsegu ukvarja
s korupcijskimi razmerji med zdravniki in bolniki, vendar ocenjuje
tudi splošno nagnjenost k podkupovanju med zdravniki in drugimi
zdravstvenimi delavci. Pred nadaljevanjem se spomnim rezultatov ne-
strokovne ankete, ki jo je opravila medijska hiša POP TV januarja 2003
v oddaji Trenja in je pokazala, da kar 67 odstotkov gledalcev meni, da
smo podkupljivi in to na podlagi le pičlega neanalitičnega kramljanja.
Irena Sedej je s svojo nalogo želela podrobneje predstaviti korupcijo v

zdravstvu, ki je po javnomnenjskih raziskavah ena najbolj razširjenih in menda spretno skritih oblik korupcije. V ožjem pomenu se korupcija nanaša na (pod)kupljivost in (pod)kupovanje ljudi, zlasti skupin z visoko specifičnimi dejavnostmi ali vplivi oziroma javne delavce, ki neupravičeno in nezakonito pridobivajo koristi. V Sloveniji korupcijo opredeljuje Kazenski zakonik, medtem ko so bila dejanja v boju proti njej opredeljena tudi v nedavni resoluciji Urada za boj proti korupciji Vlade Republike Slovenije. Merjenje korupcije je izjemno zahtevano, običajno pa jo omogočajo policijske in predvsem pravosodne statistike oziroma poročila raziskovalnega novinarstva, o katerem sem v Izidi že pisal v prispevku o medijih. Naj spomnim, da nas zdravnike na škodljivost in nezakonitost korupcije veže več aktov, še zlasti Kodeks medicinske deontologije Slovenije, medtem ko pri Zdravniški zbornici Slovenije deluje tudi etično razsodišče, ki presoja primere kršitve kodeksa. Pri sodelovanju s farmacevtiko, naj poudarim že znano zahtevano omenjenega kodeksa, ki pravi, da je vsaka neposredna ali posredna reklama ali publiciteta brez vzgojno varstvenega in izobraževalnega cilja za zdravnika prepovedana. Zaradi tega vstopamo v sodelovanje s proizvajalci strokovno in nevezano na neposredno promocijo izdelkov, kar v strokovnih simpozijih (znanih pod imenom "sateliti") vedno prepustimo predstavnikom proizvajalca. Predstavitev strokovnomedicinskega vidika novega načina zdravljenja v smislu izobraževanja in večanja vzgojno-varstvenega duha in zakonita oblika poplačila sodelovanja (tudi z DDV-jem) tako ne predstavlja korupcije ali celo nemorale, obiski dodatnih mednarodnih strokovnih srečanj pa so pogosta oblika "nagrajevanja" uspešnega sodelovanja z namenom pridobitve dodatnih novih znanj. Poznano je nesorazmerje med razpoložljivimi sredstvi za zdravljenje in pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja prebivalcev. Podobno velja za nesorazmerje med sredstvi za pridobivanje sodobnih znanj in količino razpoložljivega novega znanja. Združevanje interesov različnih subjektov razvoja zdravstvenega varstva državljanov je tako lahko le dobrodošlo. Ker je za zdravstveno stanje prebivalstva odgovorna predvsem država, lahko državne institucije takšnemu sodelovanju odpirajo vrata, saj predstavlja tako vir dodatnih sredstev v državni blagajni iz avtorskih pravic na eni strani in pomoč pri večanju zdravstvene zavesti prebivalstva brez dodatne obremenitve proračuna na drugi strani. Prav nasprotno pa Irena Sedej ugotavlja, da se korupcija, torej nelegalna izplačila in podkupnine, pojavlja na vseh področjih: v zdravstvu, zobozdravstvu, lekarništvu, pri bolnišničnem zdravljenju in invalidskih komisijah. Vendar so izsledki podprti s primeri iz medijev (omenjeni so znani primeri, ki jih lahko imenujemo kar "sindrom operacijskih miz ali kenijski safari") in ne na analizo v zdravstvu sklenjenih pogodb med zavodi ali zdravniki in farmacevtiko ali na anketi naključno izbranih bolnikov, ki so bili zdravljeni v določenem časovnem obdobju in njihovih izkušnjah. Ker se zdravniki borimo proti korupciji na področju promocije zdravil, je sporadični primer navidezne moralne neodgovornosti ob nekdanjem medijsko odzivnem obisku Kenijskega nacionalnega parka botroval še posebnemu pravilniku, ki določa pravila na področju oglaševanja zdravil in medicinskih pripomočkov. Pri tem naj poudarim, da nikoli ni bila dokazana nelegalnost povabila ali izmerjena posledična korist gostitelja s strani povabljenca (vsaj ne medijsko znana). Raziskava v diplomskem delu je uprta tudi na raziskavo Centra za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij, ki deluje v okviru Inštituta za družbene vede, izvedena pa je bila na osnovi klicev 914 naključnih polnoletnih telefonskih naročnikov v Sloveniji. Ugotavljajo, da več kot 52 odstotkov poklicanih meni, da je korupcija v Sloveniji velik problem. Na podlagi predstavitev primerov korupcije v zdravstvu in omenjene telefonske analize splošnih stališč o korupciji med Slovenci, raziskava zaključuje, da korupcija v zdravstvu obstoja, predvsem na področju pospeševanja zdravstvenih storitev, nabavi medicinskega in nemedicinskega mate-

riala in nakupu zdravil: torej predvsem na mestih, kjer nosilci javne zdravstvene službe sodeluje z zasebnim oziroma drugim kapitalskim sektorjem. Delo bi lahko bolj natančno imenovali: Pogled medijev in naključnega vzorca telefonskih naročnikov na korupcijo v zdravstvu. Le v tem primeru lahko zdravniki rezultate resnično posvojimo; bistveno bolj želimo realne ocene relativnega deleža znanih koruptivnih dejanj (ne le medijsko, ampak na etičnem odboru Zdravniške zbornice Slovenije, pri policiji in pravosodnih organi ter na Uradu za zatiranje korupcije) v primerjavi s številom opravljenih storitev in predpisanih zdravil v določenem časovnem obdobju. Takšno oceno bomo morali verjetno opraviti sami! Strinjam se, da je potrebno dvigniti moralne standarde v sistemu zdravstva na strani vseh udeleženih in družbe kot celote ter dobro izvajati protikorupcijske strategije. Pridružujem se mnenju o potrebi novih in jasnih akcij Ministrstva za zdravstvo in Urada za preprečevanje korupcije, kot osrednjih struktur preprečevanja in pregona korupcije, za zaščito naših vrednot pred podkupljivostjo na eni strani in neutemeljenimi zaključki na drugi strani. Civilna družba in nepolitične stanovske organizacije lahko pri tem odigrajo pomembno vlogo.

Slednjič naj poudarim še delimo, ki izhaja iz večne polemike, ali je družbeno sploh sprejemljivo ustvarjanje dobička iz bolezni in stiske posameznika, kar je osnovno gonilo javnih moralnih presojanj sodelovanja med zdravniki in farmacevtiko s pogostimi neutemeljenimi namigovanji po ustvarjanju dobička v zdravniških vrstah in korupcijo na strani proizvajalcev zdravil. Zdravniki smo proti nestrokovnemu in pretiranemu predpisovanju določene oblike zdravljenja ali predpisovanja zdravil zaščiteni s številnimi akti, ki nam prepovedujejo subjektivni odnos do izbiranja posameznih oblik. Sodobni trg farmacevtske industrije je izpostavljen hudemu konkurenčnemu boju, zato sta ponudba in prodaja podvržena številnim notranjim in zunanjim nadzorom med proizvajalci samimi in zakonodaji države, kar ponudnike prisili v jasen in predvsem legalen tržni nastop pred ciljno skupino zdravnikov. Pri tem se zdravniki kot ciljna skupina ljudi, ki zdravljenje predpisujemo, ne moremo pojaviti v enakem položaju kot zastopniki prodaje avtomobilov, saj smo za vsako bolezen obvezani predpisati najboljšo možno zdravljenje, ki temelji na znanstvenih izsledkih in sodobnem strokovnem znanju. Težišče morebitnega vpliva zdravnikov na količino predpisanih zdravil se je še dodatno premaknilo proč od nas z novimi skupinami med seboj zamenljivih zdravil, s čimer se je zmanjšala neposredna obveza farmacevta, da izda na receptu predpisano zdravilo. Zdravnikova subjektivna odločitev ostaja znotraj posamezne skupine zdravil, kjer pa izbor zdravila prvenstveno temelji na najnovejših študijah o učinkih posameznega zdravila iz skupine in ne na analizah poslovnega uspeha določenega zdravila. Tak način pospešuje proizvajalce k razvoju preparatov z večjim zdravilnim učinkom in zmanjševanju njegovih škodljivih dejavnikov. Sodelovanje zdravnikov s farmacevtiko ima tako pozitivne družbene učinke, ki so večinoma prikriti, saj zaznamo številne javne ocene o dodatnem zaslužkarstvu na račun manjše učinkovitosti zdravstvenega sistema. Gre za še eno obliko novodobnega družbenega pojava brezkompromisnega nezadovoljstva nad zdravstvenim sistemom zaradi neučinkovitosti zdravnikov in pomanjkanja poslušnosti za zdravniške tegobe. Zanesljivo je javno mnenje o splošni korupciji v zdravstvu občutljivo na medijsko preslikavo o tem dogajanju, pogosto izpostavljanje posameznih nepravilnosti ali nemoralnosti v zdravniških vrstah pa zanimiv družbeni pojav, ki bi ga bilo potrebno prav tako natančneje preučiti. Številna poročila in novosti iz strokovnih srečanj, predstavljena v Izidi, katerih obisk so omogočile različne farmacevtske družbe, jasno pričajo o pozitivnem prispevku medsebojnega sodelovanja na področju znanja in tehnologije. Brez sramu lahko pričakujemo številna nova poročila. ■

Digitalna medicina

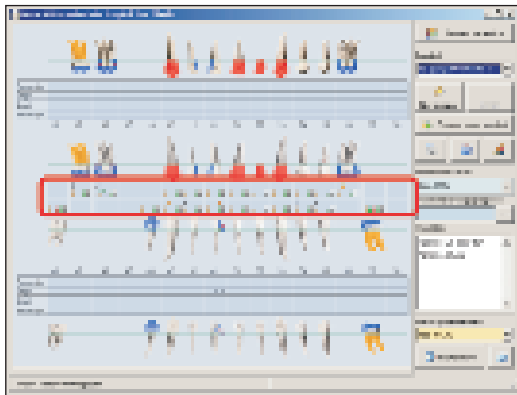
Elektronski zapis zobnega in parodontalnega statusa pacienta

Krištof Zevnik, Peter Kadunc

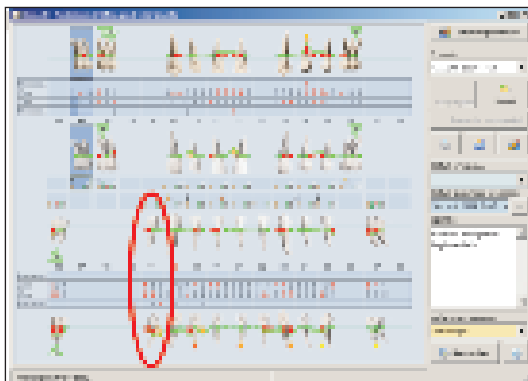
Vsak zobozdravnik se v svojem delovnem okolju vsak dan srečuje s problemom zapisa podatkov anamneze, statusa in ostalih podatkov o pacientu in posegih. Vsi ti podatki ustvarjajo arhiv podatkov, ki predstavlja osnovo zobozdravniku za vpogled v njegovo delo, spremljanje zdravljenja in načrtovanje prihodnje terapije.

Celovit stomatološki pregled, določen s strani ZZZS, vključuje kratko ali ciljano anamnezo bolezni ali poškodbe, pregled glave, obraza, vratu, zlasti regionalnih bezgavk, pregled in registriranje stanja zob (KEP po ploskvah) preizkušanje njihove občutljivosti na perkusijo ali termične dražljaje. Tak pregled je osnovna za nadaljnji načrt zdravljenja in kasnejšo komunikacijo z Zavarovalnico.

Prvemu in pogosto edinemu celovitemu stomatološkemu pregledu v javni zdravstveni mreži je zaradi slabega vrednotenja ZZZS posledično namenjeno premalo časa in s tem povezane pozornosti zobozdravnika.



Parodontalni status: žepi nad 3 mm so prikazani rdeče, žepi in recesija nad 3 mm so označeni rumeno.



Zobni status: Kazalci pod/nad zobom prikazujejo določena stanja - karies, senzibiliteta, abrazija itd. (obkroženo rdeče).

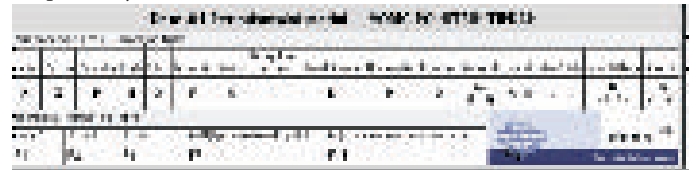
Kako pri vseh teh omejitvah zadostiti kriterijem, ki jih skušajo zobozdravniki ohraniti kljub zaprekam njihovega delovnega vsakdanjika?

Elektronski zapis zobnega in parodontalnega statusa omogoča zobozdravniku kakovostnejši in hitrejši vnos podatkov ter njihovo obdelavo, ki mu služi v vsakdanji praksi. Digitalna medicina je s pomočjo avtorjev članka ustvarila prvi slovenski program za zapis zobnega in parodontalnega stanja pacienta.

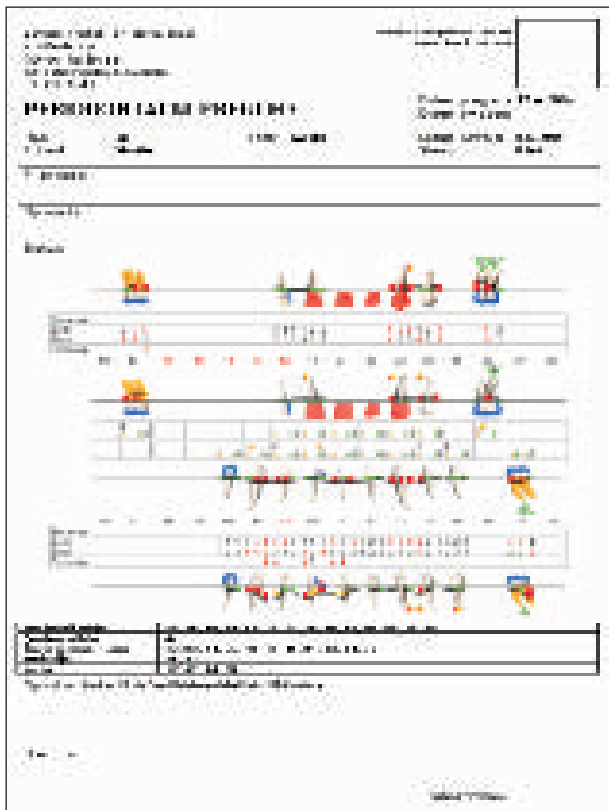
Program **Dens.01 Periodontalni modul** je namenjen kot pomoč zobozdravniku pri njegovem delu. Z logičnimi postopki zapisa skrajšuje čas vpisovanja podatkov in nudi pregledno grafično shemo zobozdravniku pri njegovem kasnejšem delu. Za uporabo programa v ordinaciji sta potrebni dve osebi; zobozdravnik - izvajalec pregleda in asistentka, ki opažanja vpiše v računalnik.

Elektronski zapis se od klasičnega loči v nekaterih lastnostih, ki igrajo pomembno vlogo pri odločitvi, katerega uporabljati. Za lažjo odločitev smo nekaj teh lastnosti našli:

- **Hitrost zapisovanja** je običajno resna omejitev elektronskega zapisa. Dejavniki, ki vplivajo na hitrost zapisa, so predvsem prilagojenost programa običajnemu toku dela ter izurjenost uporabnikov. Program **Dens.01** je zasnovan tako, da omogoča hitro zapisovanje pregleda. Hitri vodič in programska pomoč novim uporabnikom pomagata pri učenju.



- **Obstojnost zapisa** je pomemben aspekt tako elektronskih kot papirnatih dokumentov. Arhiviranje dokumentacije je preprostejše v elektronski obliki. Res pa je, da tehnologija ponovno zahteva določena splošna znanja računalništva. Program **Dens.01** je zasnovan tako, da je arhiviranje mogoče preprosto vključiti v način arhiviranja, ki jo zobozdravnik uporablja na računalniku v ordinaciji. Če arhiviranja na računalniku še ne uporabljate, je verjetno zadnji čas, da se posvetujete z vašim računalniškim svetovalcem.
- **Pristnost zapisa:** Za zagotovitev pristnosti običajnih zapisov navadno uporabljamo podpis in žig. V elektronskem zapisu zagotavljanje pristnosti omogočajo posebni mehanizmi elektronskega podpisovanja in enkripcije. Program **Dens.01** omogoča določeno stopnjo verodostojnosti z geslom, ki ga morate vnesti ob vstopu v program. Natisnjen pregled je še vedno potrebno podpisati, pošiljanje po elektronski pošti pa uporablja svoja pravila glede pristnosti dokumenta. Večina elektronskih sporočil, ki jih uporabniki pošiljajo, nima posebnih varnostnih elementov, ki bi zagotavljali avtentičnost. Za "varno" pošiljanje elektronske pošte lahko uporabimo sistem digitalnih certifikatov, podobno kot ga uporabljajo banke za preverjanje pristnosti uporabnikov spletnih bančnih okenc.
- **Verodostojnost zapisa** je v običajnih zapisih pogosto vprašljiva.



Izpis zobnega in parodontalnega pregleda: tabelarni povzetek patologije (rdeči pravokotnik).

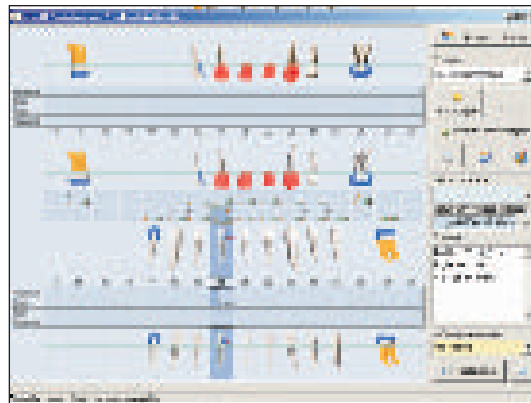
Pisni zapis je vedno mogoče spremeniti. Samo znanje posebnih strokovnjakov lahko potrdi ali ovrže sum, da je bil zapis naknadno spremenjen. Zapis je mogoče tako zaščititi, da spremembe zapisa niso mogoče. Program **Dens.01** je zasnovan tako, da popravljanje in brisanje shranjenih zapisov ni mogoče. Vse ostale spremembe (npr. spremembe podatkov o pacientu) pa se beležijo. Shranjen pregled je možno prenesti v nov zapis in na kopijo vpisati spremembe statusa pacienta. Po shranitvi kopije le-te ni možno več spremenjati.



Originalni shranjen pregled: prenos pregleda v duplikat (obkroženo rdeče).

Za učinkovito in nemoteno uporabo programa je seveda potrebno zadostiti še nekaterim pogojem:

- **Zaščita računalnika pred vdorom:** Računalnik brez ustrezne zaščite je kot organizem brez imunskega sistema, še posebno, če ima dostop do svetovnega spleta. Antivirusni program ter zaščita pred vdorom (požarni zid) sta nujna varnostna elementa v vsaki ordinaciji. Posodabljanje programov (operacijskega sistema, antivirusne zaščite in uporabnih programov) je del rednega vzdrževanja vašega računalnika.

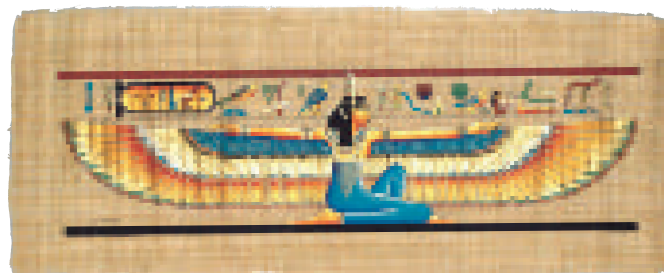


Kopija originala in zapisane spremembe: Datum izvirnega pregleda (obkroženo zeleno).

- **Varnostne kopije:** Elektronski podatki so varni šele, ko so zapisani v varnostni kopiji. Zato je nujno potrebno, da pomembne podatke redno shranjujete na arhivski medij. Kako pogosto boste shranjevali podatke, je odvisno od vaše odločitve, vendar je priporočljivo, da varnostno kopijo naredite vsaj enkrat na teden. Program **Dens.01** ob izhodu iz programa ustvari varnostno kopijo, ki si jo lahko prenesete na različne računalniške medije.
- **Učinkovita uporabniška podpora:** Ko ob uporabi računalnika naletite na probleme, pride do izraza dobra uporabniška podpora. Na podporo je vredno misliti že ob nakupu računalnika (za splošno uporabniško podporo) oziroma programa (za specifično podporo za program). Upabniška podpora programa **Dens.01** je dostopna preko spletne strani www.dmedicine.com, kjer najdete pogosto zastavljena vprašanja in popravke programa. Vsa ostala vprašanja glede podpore pošljite po elektronski pošti na naslov podpora@dmedicine.com.

Program **Dens.01** lahko tudi preizkusite. Preizkusno verzijo dobite na spletni strani www.dmedicine.com/Dens/try.htm. Deluje 60 dni in dovoljuje zapis 20-ih pacientov. Po preteku preizkusne dobe je potrebno program kupiti. Študentje dentalne medicine za čas študija prejmejo akademsko licenco brezplačno.

Za vsa ostala vprašanja pišite na info@dmedicine.com. ■



Zdravje na daljavo

Drago Rudel

Zdravljenje ob uporabi medicinskih naprav je bilo včasih omejeno zgolj na ambulante, bolnišnice, klinike in druge medicinske ustanove. Hiter razvoj tehnike in komunikacij prinaša vse več "medicinskih" naprav v domače okolje. Skoraj ni starejšega človeka, ki doma ne bi imel merilnika krvnega tlaka, medtem ko si mnogi sladkorni bolniki doma sami merijo sladkor in odmerjajo potrebno količino inzulina itd. Marsikdaj bi jim bila pri skrbi za lastno zdravje v domačem okolju potrebna pomoč tudi "od zunaj".

Telemedicina je hitro razvijajoči del medicine, ki zdravniku na daljavo pomaga najti medicinsko rešitev za zdravstvene težave njegovega pacienta. Razvoj telemedicine gre naprej, tako da se vse bolj pojavljajo rešitve tudi za pomoč posamezniku v njegovem domačem okolju. Tej mladi stroki pravimo angleško "home telecare". Zanj ustreznega slovenskega imena še nimamo, uporabljamo pa približni prevod "oskrba na domu na daljavo". Je "sestra" telemedicine, obe pa skrbita za ohranjanje zdravja na daljavo.

Cilj "oskrbe na daljavo" je olajšati bolnikom dostop do nekaterih zdravstvenih storitev in znižati stroške zdravljenja. Nekdo je zapisal: "Smo v informacijski dobi, zato premikajmo informacijo, ne pacienta!" Pri "medicinski oskrbi na daljavo" gre prav za to: bolnik ostaja v domačem okolju, podatke, za merjenje katerih bi sicer moral v zdravstveno institucijo, pa pridobimo "na daljavo". Primer udejanjanja take ideje prihaja iz ZDA, kjer že gradijo več mrež za spremljanja pokazateljev zdravstvenega stanja bolnikov z merjenjem na daljavo npr. krvnega tlaka, frekvence srčnega utripa, stopnje sladkorja v krvi, temperature, šumov v prsih itd. Bolnik ima doma nameščeno kombinirano merilno napravo, priključeno na telefonski priključek. Meritve opravi pacient sam ob telefonski pomoči medicinsko usposobljenega operaterja iz "telecare centra", ki mu svetuje in ga vodi pri izvajanju meritev. Izmerjeni kodirani podatki se preko svetovnega spleta prenesejo v zbirni center, kjer so dostopni zdravniku prav tako na daljavo preko računalniške mreže ali spleta. Zdravnik tako spremlja potek zdravljenja oziroma stanje bolezni velikega števila bolnikov "od daleč" in ukrepa le v primeru, če je to potrebno. Rečemo lahko, da je bolnik tako vsak dan na "pregledu" pri zdravniku.

V Sloveniji takšnega servisa še nimamo, imamo pa servis in rastočo mrežo uporabnikov, ki bo prerasla v podobno mrežo. Pričeli smo s "socialno pomočjo na daljavo" oziroma z "varovanjem na daljavo". Že sedaj se kaže, da bo mreža vedno bolj skrbela za zdravje starejšega prebivalstva, ki sama živi v svojem okolju. Mreža ima več različnih imen: med uporabniki je znana kot "rdeči gumb", strokovni krogi pa jo poznajo kot "program Lifeline". S pritiskom na "rdeči gumb", ki je dejansko daljinsko sprožilo posebnega telefona Lifeline, uporabnik/bolnik vzpostavi telefonsko zvezo s skrbnikom. Vzpostavljena telefonska zveza in poseben telefon omogočita, da se oseba potrebna pomoči in skrbnik pogovorita. Skrbnik je lahko nekdo od svojcev, ali pa dežurni operater v centru za pomoč na domu, ki klic sprejme s posebno sprejemno napravo. Ta razpozna klic in na zaslonu računalnika prikaže kartoteko s podatki o osebi, ki kliče. Klicu sledi odziv skrbniške mreže. Če je mogoče, nudi pomoč kar na daljavo v obliki nasveta, informacije ali pogovora. V kolikor to ni dovolj, pošlje na dom osebo, ki nudi ustrezno pomoč. Izvajalci pomoči so v prvi vrsti svojci, sosledje, znanci (neformalni izvajalec pomoči), osebe



Detektor padca pripet na pas ter posebni telefon, ki ob padcu vzpostavi telefonsko zvezo s skrbnikom.

iz javnega sektorja (socialni delavec, patronažna sestra, nujna zdravniška pomoč), ali pa servis, ki opravi storitev za neposredno plačilo. Center organizira pomoč, koordinira delo izvajalcev na domu in delno ureja plačila storitev formalnim izvajalcem. V Sloveniji že več let delujeta po programu Lifeline dva regijska "telecare" centra, in sicer v Ljubljani in Celju. Center pri Zavodu za oskrbo na domu v

Ljubljani je v dvanajstih letih dela podpiral pri samostojnem življenju doma okoli 400 uporabnikov.

Razvoj "telecare" v svetu in pri nas gre naprej od opisane osnovne dejavnosti. Dodajamo nova sprožila, ki jih lahko uporablja oseba, vključena v program Lifeline ter senzorje, ki jih nameščamo v bivanjski prostor. Nekatera med njimi sama sprožijo klic, če je ogroženo zdravje osebe/bolnika, kar pomeni, da njeno/njegovo posredovanje sploh ni potrebno.

V "telecare" vse pogosteje vključujemo tudi namenske naprave, s katerimi je mogoče spremljati funkcionalno zdravje osebe v domačem okolju in opozoriti skrbnika na morebitno poslabšanje zdravstvenega stanja "varovane" osebe. Takšno spremljanje je mogoče izvajati s tipali, kot so blazina pred posteljo, stikalo na hladilniku, senzor gibanja v stranišču, detektor padca, detektor vlage v postelji inkontinentnega bolnika itd., ali pa z inteligentno "ročno uro", ki meri srčni utrip, vlažnost kože, gibanje itd. Posebna naprava, ki zbira in obdeluje podatke, se nato odloči, ali je potrebno na spremenjeno stanje opozoriti skrbnika ali ne. S tipali ustvarjamo "varen" dom osebi, ki morda sama ni več sposobna v celoti obvladovati okolja. Tako prirejen dom je primernejši za življenje oseb s posebnimi zahtevami, zato v tujini vlagajo velike napore, da bi s pomočjo "telecare" rešitev omogočili čim bolj samostojno življenje tudi ljudem z demenco, pa naj bo to v domačem okolju ali v okviru socialnih zavodov.

V nadaljevanju predstavljamo dve rešitvi, ki sta že vključeni v "telecare" in obstajata že tudi pri nas v Sloveniji.

Ugotavljanje padca v domačem okolju ◆

Marsikateri starejši ima težave s hojo oziroma z ravnotežjem. Zdravniki trdijo, da po 65. letu enkrat težko pade vsak tretji starostnik. In kako poklicati nekoga, da bo pomagal, če se to zgodi med štirimi stenami v stanovanju, ko nikogar ni v bližini?

Za marsikoga med njimi bi bila rešitev že majhna naprava imenovana "detektor padca". Je komaj nekaj večja od škatlice vžigalic. Deluje skupaj s posebnim telefonom z "rdečim gumbom", ki smo ga že predstavili. Oseba, ki je nagnjena k padcem, nosi detektor padca za pasom. Če

pade, naprava sama ugotovi, da je prišlo do padca. Nekaj časa počaka in če se oseba ne dvigne, sproži telefon z rdečim gumbom. Ta sam pokliče osebo-skrbnika, ki bi lahko pomagal oziroma organiziral pomoč. Če je prišlo do padca dovolj blizu posebnega telefona, se lahko oseba, ki je padla, kar s tal pogovarja s skrbnikom. Če to ni mogoče, bo skrbnik kljub temu vedel, da je prišel klic s posebnega telefona, saj ta oddaja dovolj razpoznaven znak oziroma sporočilo. Kadar je klic usmerjen v center za pomoč na domu, so stvari še bolj urejene. Telefon z "rdečim gumbom" se namreč zna predstaviti posebni računalniški sprejemni napravi v centru, ki dežurnemu operaterju prikaže kartoteko s podatki o osebi, ki je padla.

Pot do rešitev pred stisko, ki jo prinaša grozeč padec, je torej preprosta tudi za naše bolnike. Priskrbeti si morajo posebni telefon iz družine Lifeline, ki ga pooblaščen oseba priključi namesto obstoječega ali pa dodatno k obstoječemu telefonu. Posebnemu telefonu je potrebno povedati, kam naj kliče, za pas je potrebno zatakni detektor padca in "varovanje" deluje.

Pomoč pri jemanju zdravil

Tudi pomoč pri jemanju tablet/kapsul v domačem okolju je zanimiva rešitev. Ob načrtovanem času elektronski delilnik tablet/kapsul opozarja pacienta, da mora zaužiti odmerek tablet/kapsul. Če tega ne stori v času pol ure, ga bo na to opozoril oddaljeni skrbnik, kar omogoči posebni telefon iz družine Lifeline.

Elektronski delilnik tablet/kapsul je okrogel zalogovnik s predalčki, v katere skrbnik na primer nekdo od svojcev, sosed ali patronažna sestra, namesti odmerke tablet/kapsul. Te pripravi za vsak obrok posebej in za daljše časovno obdobje od 7 do 28 dni. Ob polnitvi s programiranjem ure delilnika določi tudi čas zaužitja vsakega odmerka. Delilnik nato zaklene in izroči uporabniku.

Ob nastavljenem času delilnik začne oddajati zvok, ki opozori pacienta, da je potrebno vzeti pripravljene odmerke. Naprava omogoči dostop le do tiste vrste in količine tablet/kapsul, ki jih mora oseba zaužiti ob tem času. Če oseba v določenem časovnem intervalu ne izprazni vsebine odjemnega mesta delilnika, ta aktivira z njim brezžično povezan poseben telefon iz družine Lifeline. Telefon vzpostavi govorno zvezo s skrbnikom. Skrbnik po telefonu dodatno vzpodbudi "varovano" osebo, da zaužije predpisana zdravila.

Z elektronskim delilnikom tablet/kapsul pridobimo nadzor nad pravočasnim jemanjem zdravil (pozitivni monitoring s strani skrbnika), objektivno informacijo o (ne)izvajanju navodil oziroma o bolnikovem neskladnem obnašanju s predpisanim jemanjem zdravil. Naprava daje možnost, da skrbnik dodatno motivira bolnika, da jemlje zdravila skladno

z navodili. Hkrati onemogočimo predoziranje z zdravili, saj je bolniku ob določenem času dostopen le en predal z določeno količino zdravil. Ker vse neporabljene tablete/kapsule ostajajo v zaklenjenem delilniku, je mogoče morebitne neporabljene tablete/kapsule ponovno razporediti v delilniku, s tem pa prihraniti pri izdatkih za tovrstna zdravila.

Za širšo uporabo "telecare"

Za večjo uveljavitev in širjenje "medicinske oskrbe na daljavo" v Sloveniji bo potrebno obstoječo javno mrežo pomoči na domu v prihodnosti sistematično dopolnjevati. V precejšnjem številu slovenskih občin je namreč mreža še nerazvita. Prihodnost ima cenovno nezahtevna mreža, v katero bodo v sinergiji delovali tako neformalnimi skrbniki (svojci, sosedje, znanci itd.) kot formalni izvajalci pomoči na domu. Z vključevanjem informacijske in organizacijske podpore, kot jo nudi "telecare" program Lifeline, se bo za bolnika povečala dostopnosti pomoči na domu, organizacija in koordinaciji izvajanja te pomoči pa bosta bolj učinkoviti.

Pravi izziv izvajanju "oskrbe na daljavo" predstavlja načrtovani nacionalni program dolgotrajne nege in zdravljenja na domu, ki ga pripravljajo zdravstvene zavarovalnice (ZZZS, Triglav), MDDSZ in MZ kot del dodatnega obveznega zavarovanja. Cilj programa je zmanjšati stroške nege in zdravljenja kronično bolnih s prenosom dela izvajanja teh storitev v domače okolje. Nakazane "telecare" rešitve lahko močno podprejo uresničitev ter izvajanje tega programa. Z vključitvijo Lifeline programa bi se povečala vloga bolnika v programu, njegov dom bi postal bolj urejen in primernejši za izvajanje zdravljenja. Povečala bi se tudi učinkovitost dela izvajalcev storitev zdravljenja in nege, saj v opisani mreži že deluje telekomunikacijski in informacijski sistem za podporo izvajanju storitev na domu. Ob ustreznih nadgradnji programske opreme obstoječi sistem omogoča registriranje vrste ter obsega izvedenih storitev na domu oskrbovanca. Ob prihodu bo izvajalec prek bolnikovega posebnega telefona poklical računalnik v "telecare centru", vpisal svojo identifikacijsko kodo ter vrsto storitve, ki jo namerava opraviti. Ob odhodu bo postopek ponovil, s čimer bi registriral tako vrsto kot obseg izvedene storitve. Takšna registracija bi bila podlaga za obračunavanje storitev v okviru programa. Tudi bolnik z "rdečim gumbom" bo v pomoč pri zagotavljanju kakovosti storitev. Le s pritiskom na gumb bo namreč v stiku z operaterjem v "telecare centru" in mu "poročal" o kakovosti prejete storitve in svojem zadovoljstvu. Tako bo "telecare center" ves čas posredno spremljal delo izvajalcev na terenu in seveda ustrezno vplival na izvajalca in kakovost njegovih storitev.

Več informacij o opisanih "telecare napravah" lahko najdete na spletni strani: www.mks.si.



Zapisniki IO ZZS

Zapisnik 12. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 10. junija 2004

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je podal predlog za razširitev predlaganega dnevnega reda, in sicer pod točko razno se uvrsti sledeče točke:

- a) Predlog Pravilnika o skupnih osnovah in kriterijih, na podlagi katerih zdravnikom specializantom v javni zdravstveni mreži, pripada nadomestilo za ločeno življenje;
- b) Predlog Pravilnika o spremembah in dopolnitvah pravilnika o vsebini in poteku sekundarijata;

Prim. Oton Herman, dr. dent. med., je predlagal, da se na predlog odbora za zobozdravstvo na dnevni red današnje seje uvrsti problematika v zvezi z razpisom specializacij z dne 1. 5. 2003 na področju zobne in čeljustne ortopedije. Zaradi pritožbe na odločbo o neodbitvi specializacije je Zbornica ponovno odločala in odobrila specializacijo trem kandidatom. Odbor za zobozdravstvo meni, da je s tem kršena pravica odbora, da po strokovnih kriterijih izbere specializanta. Odbor meni, da je zaradi ponovnega odločanja in s tem odobritve specializacije trem kandidatom izven mreže v Kranju prišlo do zapiranja javne mreže (Maribor, Ptuj). Novih specializantskih mest na navedenem področju ne bo moč razpisati, dokler ne bodo začeli specializirati vsi kandidati, ki jim je Zbornica že odobrila specializacijo.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je pojasnil, da je bil za razrešitev problematike v zvezi z razpisom specializacij z dne 1. 5. 2003 na področju zobne in čeljustne ortopedije imenovan arbiter mag. Zlatko Fras, dr. med. Predsednik odbora za zobozdravstvo se je strinjal s predlagano arbitražo. Arbiter je pri odločanju upošteval mnenje neodvisnega pravnega strokovnjaka. Odločitev arbitra je dokončna, zato izvršilni odbor o tem ne bo razpravljal.

Na glasovanje je dal odločitev o njegovem predlogu za razširitev predlaganega dnevnega reda.

V času glasovanja je bilo navzočih sedem članov izvršilnega odbora. ZA potrditev predloga je glasovalo sedem članov, PROTI potrditvi predloga ni glasoval noben član, VZDRŽAL se ni noben član.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 257/12/2004:

Sprejme se naslednji dnevni red:

1. Potrditev zapisnika 11. seje izvršilnega odbora z dne 20. 5. 2004
2. FIDES – predlog Dogovora o reševanju spornih vprašanj
3. Razno

K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 11. seje izvršilnega odbora z dne 20. 5. 2004

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je podal pripombo na zapis njegove izjave v zapisniku 10. seje izvršilnega odbora z dne 20. 5. 2004, in sicer se v njegovi razpravi na strani št. 6, pod točko 2) dnevnega reda, besedilo "... je postavil vprašanje kandidatki za predsednika Zbornice, in sicer koliko znašajo stroški njene predvolilne kampanje oziroma če je njena kampanja sponzorirana." pravilno glasi "... je postavil vprašanje finalnima kandidatom za predsednika Zbornice, in sicer koliko znašajo stroški njune predvolilne kampanje oziroma če je kampanja sponzorirana." Za njegovo razpravo se doda odgovor prof. dr. Vladislava Pegana, dr. med.:

"Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je odgovoril, da za svojo predvolilno kampanjo ni porabil niti tolarja."

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da se potrdi zapisnik 11. seje izvršilnega odbora z dne 20. 5. 2004, s tem da se zapisnik redakcijsko popravi, kot je razvidno iz razprave ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

V času glasovanja je bilo navzočih sedem članov izvršilnega odbora. ZA potrditev predloga je glasovalo sedem članov, PROTI potrditvi predloga ni glasoval noben član, VZDRŽAL se ni noben član.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 258/12/2004:

Izvršilni odbor potrdi zapisnik 11. seje izvršilnega odbora z dne 20. 5. 2004, s tem, da se v zapisniku pod točko 2) "Poročilo volilne komisije o izvedbi volitev predsednika in poslancev skupščine Zdravniške zbornice Slovenije", v razpravi prof. dr. Matije Horvata, dr. med., na strani št. 6 besedilo "... je postavil vprašanje kandidatki za predsednika Zbornice, in sicer koliko znašajo stroški njene predvolilne kampanje oziroma če je njena kampanja sponzorirana.", nadomesti z besedilom: "... je postavil vprašanje finalnima kandidatom za predsednika Zbornice, in sicer koliko znašajo stroški njune predvolilne kampanje oziroma če je kampanja sponzorirana." Za njegovo razpravo se doda odgovor prof. dr. Vladislava Pegana, dr. med.: "Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je odgovoril, da za svojo predvolilno kampanjo ni porabil niti tolarja."

K 2. točki dnevnega reda: FIDES - predlog Dogovora o reševanju spornih vprašanj

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predstavil predlog Dogovora o reševanju spornih vprašanj. Usklajevanja v zvezi z dogovorom so potekala 24. 5. 2004. Nekatera vprašanja so ostala med usklajevanji odprta. Zbornica pri dogovoru ne more sodelovati kot samostojni subjekt, vendar podpira zahteve sindikata FIDES. Odziv zdravnikov na akcijo FIDES-a v zvezi z opozorilno stavko je bil dober. Menil je, da s podpisom dogovora problematika še ne bo rešena. Kljub temu pa strinjanje vlade za podpis dogovora predstavlja pomemben disciplinski pomik pri reševanju spornih vprašanj.

Točko je dal v razpravo.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je menil, da v tej fazi pogajanj različni mnenji Zbornice in FIDES-a ne bi bili učinkoviti. Kaj se bo zgodilo po podpisu dogovora, se ne da predvideti. Predlagal je, da Zbornica podpiše predlagani dogovor.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da Zbornica podpiše predlagani dogovor o reševanju spornih vprašanj, kot je naveden v gradivu ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

V času glasovanja je bilo navzočih sedem članov izvršilnega odbora. ZA potrditev predloga je glasovalo sedem članov, PROTI potrditvi predloga ni glasoval noben član, VZDRŽAL se ni noben član.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 259/12/2004:

1. Izvršilni odbor je obravnaval predlog Dogovora o reševanju spornih vprašanj, ki ga je pripravil sindikat FIDES.
2. Izvršilni odbor je odločil, da Zdravniška zbornica Slovenije podpiše Dogovor o reševanju spornih vprašanj, kot je naveden v prilogi.

K 3. točki dnevnega reda: Odstop iz članstva RSK za ginekologijo in porodništvo

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je pojasnil, da mora Zbornica ime-

novati novega člana RSK za ginekologijo in porodništvo, ker je sedanja članica imenovana s strani Zbornice podala odstop iz članstva.

Prim. Andrej Možina, dr. med., je predlagal, da predlog za imenovanje novega člana RSK za ginekologijo in porodništvo pripravi podskupina za ambulantno ginekologijo.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal na glasovanje odločitev o predlogu prim. Možine.

V času glasovanja je bilo navzočih sedem članov izvršilnega odbora. ZA potrditev predloga je glasovalo sedem članov, PROTI potrditvi predloga ni glasoval noben član, VZDRŽAL se ni noben član.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 260/12/2004:

Izvršilni odbor je odločil, da zaradi odstopa članice RSK za ginekologijo in perinatologijo zaprosi podskupino za ambulantno ginekologijo, da pripravi predlog za imenovanje novega člana RSK za ginekologijo in perinatologijo.

K 4. točki dnevnega reda: Razno

a) Povabilo k sodelovanju v mreži TTnet Slovenija

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predstavil povabilo k sodelovanju v mreži TTnet Slovenija in predlagal, da izvršilni odbor za predstavnika Zbornice imenuje mag. Zlatka Frasa, dr. med., ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

V času glasovanja je bilo navzočih sedem članov izvršilnega odbora. ZA potrditev predloga je glasovalo sedem članov, PROTI potrditvi predloga ni glasoval noben član, VZDRŽAL se ni noben član.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 261/12/2004:

Izvršilni odbor za predstavnika Zdravniške zbornice Slovenije pri sodelovanju v mreži TTnet Slovenije imenuje mag. Zlatka Frasa, dr. med.

b) Predlog Pravilnika o skupnih osnovah in kriterijih, na podlagi katerih zdravnikom specializantom v javni zdravstveni mreži pripada nadomestilo za ločeno življenje

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je pojasnil, da letni načrt za leto 2004 za opredelitev višine sredstev za plače in nadomestila specializantov ter druge stroške v zvezi s programom specializacij predvideva tudi povračilo stroškov za ločeno življenje. Ker to področje za zdravnike ne ureja še noben predpis, je koordinacija za letni načrt v sestavi Dorijan Marušič, dr. med., mag. Zlatko Frasa, dr. med., in Karmen Grom, univ. dipl. ekon., predlagala Zbornici, da pripravi predlog Pravilnika o skupnih osnovah in kriterijih, na podlagi katerih zdravnikom specializantom v javni zdravstveni mreži pripada nadomestilo za ločeno življenje. Predlog pravilnika je pripravila pravna služba Zbornice na osnovi odgovorov ankete, kako so posamezni zavodi to področje urejali do sedaj ter na osnovi Uredbe o skupnih osnovah in kriterijih, na podlagi katerih

delavcem v državnih organih in funkcionarjem, ki jih imenuje Vlada Republike Slovenije, pripada nadomestilo za ločeno življenje.

Pravilnik bo pomenil navodila zavodom za enotno obračunavanje nadomestil za ločeno življenje ter bo osnova za oceno potrebnih stroškov za pripravo letnega načrta.

Točko je dal v razpravo. Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi predlog Pravilnika o skupnih osnovah in kriterijih, na podlagi katerih zdravnikom specializantom v javni zdravstveni mreži pripada nadomestilo za ločeno življenje v predlagani obliki ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

V času glasovanja je bilo navzočih sedem članov izvršilnega odbora. ZA potrditev predloga je glasovalo sedem članov, PROTI potrditvi predloga ni glasoval noben član, VZDRŽAL se ni noben član.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 262/12/2004:

1. Izvršilni odbor se strinja s predlogom Pravilnika o skupnih osnovah in kriterijih, na podlagi katerih zdravnikom specializantom v javni zdravstveni mreži pripada nadomestilo za ločeno življenje, kot je naveden v prilogi.

2. Predlog pravilnika se posreduje Ministrstvu za zdravje.

c) Predlog Pravilnika o spremembah in dopolnitvah pravilnika o vsebini in poteku sekundarijata

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predstavil predlog Pravilnika o spremembah in dopolnitvah pravilnika o vsebini in poteku sekundarijata, ki se nanaša na spremembo 23. člena pravilnika, ki bo pooblaščenemu izvajalcu, kateri usposablja zdravnika sekundarijata, ki je slovenski državljan, v skladu s 25. členom zakona o zdravniški službi, sredstva za plačilo osebnih dohodkov, prispevkov za pokojninsko in invalidsko zavarovanje ter zdravstveno zavarovanje zagotavljal proračun Republike Slovenije.

Točko je dal v razpravo. Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi predlog Pravilnika o spremembah in dopolnitvah pravilnika o vsebini in poteku sekundarijata v predlagani obliki ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

V času glasovanja je bilo navzočih sedem članov izvršilnega odbora. ZA potrditev predloga je glasovalo sedem članov, PROTI potrditvi predloga ni glasoval noben član, VZDRŽAL se ni noben član.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 263/12/2004:

1. Izvršilni odbor se strinja s predlogom Pravilnika o spremembah in dopolnitvah pravilnika o vsebini in poteku sekundarijata, kot je naveden v prilogi.

2. Predlog pravilnika se posreduje v obravnavo na jesensko sejo skupščine Zbornice. ■

Zapisala: Darja Klančar



PRIJAVNICA

ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)



prijavljam se za udeležbo
(ustrezno obkrožite oziroma dopišite)

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 _____

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 _____

SEPTEMBER 2004 **TEMA****VSEBINA**

št. kandidatov

SREČANJE ŠOLSКИH ZDRAVNIKOV TREH DEŽEL – SLOVENIJA, HRVAŠKA, ITALIJA

150

strokovno srečanje

1.–4.

LJUBLJANA
Grand Hotel Union3RD CENS MEETING

conference

7.–11. ob 9.00

KRANJSKA GORA

13. MEDNARODNI TEČAJ

40

Mednarodno srečanje pod pokroviteljstvom EURACT-a, ki bo potekalo v angleščini, za zdravnike družinske medicine in mentorje družinske medicine.

[podroben program](#) • Isis 7/2004

10.–11. ob 16.00

KRANJSKA GORA1ST ANNUAL MEETING OF GP/FM TEACHERS IN EUROPE

strokovno srečanje

[podroben program](#) • Isis 7/2004

10.–12.

NOVO MESTO ALI KOPER

TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA (DPO) EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO

tečaj

[podroben program](#) • Isis 3/2004

15. ob 9.00

LJUBLJANA,
hotel Union

JAVNO ZDRAVJE V SLOVENIJI OD YU DO EU

100

okrogla miza z razpravo

18.

MARIBOR,
teniški klub Branik

8. DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV V TENISU

Igralne skupine so razdeljene po spolu in starostnih kategorijah (načeloma na pet let).

18.–21.

NOVA GORICA
hotel Perla

BIOZNANOST '04

ni omejeno

kongres za zdravnike v osnovnem zdravstvu, interniste, zdravnike medicine dela, prometa in športa, javnega zdravja in epidemiologe

[podroben program](#) • Isis 6/2004

23.–25. ob 11.00

PORTOROŽ
Grand hotel Emona

3. SLOVENSKI PSIHIATRIČNI KONGRES

ni omejeno

kongres z mednarodno udeležbo za psihiatre, psihologe, zdravnike

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino SZD (soorganizator)	Marisa Višnjevec Tuljak, dr. med., ZD Izola, T: 05 663 50 35, asist. mag. Mojca Jurčič, MF Katedra za javno zdravje, Higiena, E: mojca.jurcic@mf.uni-lj.si	***	***
University Medical Centre Ljubljana, Division of surgery, Department of neurosurgery	Cankarjev dom, Prešernova 10, 1000 Ljubljana, F: 01 241 72 96	***	20
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prof. dr. Igor Švab, dr. med.	ga. Ana Artnak, MF, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 43 86 915, F: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000,00 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***
Slovene family medicine society – Slovenian medical association, Department of family practice – University Ljubljana, Institute of public health of the RS, Institute of family medicine	doc. dr. Janko Kersnik, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, T: 04 588 46 01, F: 04 588 46 10, E: janko.kersnik@s5.net, W: www.drmed.org, www.drmed-mb.org, prof. dr. Igor Švab, Department of Family Medicine, Poljanski nasip 58, P. O. Box: 2218, 1001 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: igor.svab@mf.uni-lj.si	***	***
Slovensko združenje za urgentno medicino, Svet za reanimacijo	Dušan Vlahovič, dr. med., KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, W: www.ssem-society.si	71.000,00 SIT TRR: 02014-0019966250	***
Inštitut za varovanje zdravja RS	ga. Urša Križaj, Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, T: 01 244 15 35, F: 01 244 14 47, E: ursa.krizaj@ivz-rs.si	***	v postopku
Slovensko zdravniško športno društvo Medicus, Rene Male, dr. med.	Rene Male, dr. med., GSM: 041 369 775, E: rene.male@email.si, Jože Vogelcnik, dr. med., GSM: 031 308 311 in Gregor Kompara, dr. med., E: gregor.kompara@email.si	kotizacije ni	***
Slovensko toksikološko društvo, prof. dr. Metka V. Budihna	prijave: Bomark d. o. o., Predjamska 1, 1000 Ljubljana, T: 01 519 93 41, F: 01 510 88 22, E: info@bomark.si, informacije: A. Franko, T: 01 522 21 19, 01 522 24 78, E: lifesci04@slotox-drustvo.si, W: www.slotox-drustvo.si/lifesci04/	60.000,00 SIT, TRR: 02010-0254132788	***
Združenje psihiatrov SZD, prim. Andrej Žmitek, asist. mag. Virginija Novak Grubič	asist. mag. Urban Groleger, T: 01 587 21 48, F: 01 549 35 10, E: urban.groleger@psih-klinika.si	200 EUR (48.000,00 SIT) TRR: 01261-6030357790, sklic na št. 05 09772 651102104	***

SEPTEMBER 2004 **TEMA****VSEBINA**

23.–25. ob 13.00

št. kandidatov

PORTOROŽ
Grand hotel Emona21ST DANUBE SYMPOSIUM OF PSYCHIATRY
– PSYCHIATRY IN 21ST CENTURY

ni omejeno

kongres z mednarodno udeležbo za psihiatre,
specializante psihiatrije, klinične psihologe, nevrologe

24.–25. ob 14.00

PORTOROŽ
Grand hotel Emona

JOINT MEETING: UROGYNECOLOGY TODAY

ni omejeno

simpozij za ginekologe, urologe, kirurge

podroben program • Isis 7/2004

29. 9.–2. 10.

BRDO PRI KRANJU
hotel Kokra3. SLOVENSKI NEFROLOŠKI KONGRES Z
MEDNARODNO UDELEŽBO

200-250

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

OKTOBER 2004

1.–2. ob 9.00

ŠIBENIK, hotel "Ivan",
hotelsko naselje SolarisXVI. SIMPOZIJ SOCIALNE PEDIATRIJE KAKO
ORGANIZIRATI ZDRAVSTVENI SISTEM PO
POTREBAH OTROK

ni omejeno

simpozij za pediatrie, družinske zdravnike, zobozdravnike

1.–3. ob 8.30

MARIBOR
Oddelek za fizikalno
in rehabilitacijsko
medicino SB MariborCYRIAXOVA ORTOPEDSKA MEDICINA
– KOMOLEC, ZAPESTJE, ROKA

20

učna delavnica za fiziatre in ortopede

podroben program • Isis 8-9/2004

2. ob 8.30

LJUBLJANA
predavalnica Krka,
Dunajska 65

SREČANJE MLADIH ZDRAVNIKOV

ni omejeno

strokovno srečanje

podroben program • Isis 7/2004

7.–8. ob 8.30

CELJE
Narodni dom

NAJPOGOSTEJŠE TEŽAVE PRI DOJENJU

250

strokovno srečanje za zdravnike in medicinske sestre

podroben program • Isis 8-9/2004

7.–9. ob 9.00

LJUBLJANA
1. predavalnica
Kliničnega centraKIRURŠKA DELAVNICA IN SIMPOZIJ
"KIRURGIJA JETER IN VRANICE"

ni omejeno

učna delavnica in simpozij – podiplomsko izpopolnjevanje za
specializante in specialiste kirurgije ter splošne zdravnike

podroben program • Isis 8-9/2004

8. ob 9.30

OTOČEC
hotel Šport

STROKOVNO PEDIATRIČNO SREČANJE

ni omejeno

strokovno izobraževanje za vse zdravnike

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

za prijave, kontaktne osebe, tel., faks

kotizacija

Združenje psihiatrov SZD, DANUBIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, prim. Andrej Žmitek, asist. mag. Virginija Novak Grubič, asist. mag. Urban Groleger	E: danube.symposion@psih-klinika.si, urban.groleger@psih-klinika.si, T: 01 587 21 48, F: 01 549 35 10	200 EUR (48.000,00 SIT) TRR: 01261-6030357790 s pripisom "21ST PSYCHIATRY" (udeležba za udeležence 3. slovenskega psihiatričnega kongresa brez dodatnega plačila)	***
Društvo za uroginekologijo, Avstrijsko združenje za uroginekologijo in rekonstruktivno kirurgijo medeničnega dna, doc. dr. Adolf Lukanovič	ga. Martina Pečlin, Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3, 1525 Ljubljana, T: 01 522 60 20, F: 01 43 97 590	130 EUR člani društva, ostali 150 EUR TRR: 02010-0253620628	v postopku
SZD Slovensko nefrološko društvo	doc. dr. Marko Malovrh, dr. med., Center za hemodializo Leonišče, Zaloška 13, 1525 Ljubljana, T: 01 522 24 60, F: 01 522 24 60, E: marko.malovrh@mf.uni-lj.si, ga. Mida Kandus, KO za nefrologijo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 31 21, W: http://www.kclj.si/NEF-SLO	***	***
Hrvaško zdravniško društvo, Hrvaško društvo za socialno pediatrijo, Klinika za otroške bolezni Zagreb, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Otroški oddelek SB Šibenik, ZD Šibenik, prof. Josip Grguric, prim. mag. Eugen Stoini, Martin Bigec, dr. med.	Martin Bigec, dr. med., Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, OE VŽOM, Vošnjakova 2, 2000 Maribor, T: 02 228 63 56, F: 02 228 65 81, E: martin.bigec@zd-mb.si	300 hrvaških kun TRR 236000-1400136900 , sklic na št. 0221301	***
Zdravniško društvo Maribor, Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD, asist. mag. Breda Jesenšek Papež, asist. Dragan Lonžarič	ga. Marija Kobalej, Oddelek za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 16 18, F: 02 331 23 93, E: med.reh@sb-mb.si	70.000,00 SIT TRR: 04515-0000124280 , sklic na št. 1029	***
Sekcija mladih zdravnikov SZD	ga. Alenka Seliškar, Krka d. d., Dunajska 65, 1000 Ljubljana, T: 01 47 51 228, E: alenka.seliskar@krka.si	***	7
Ginekološko-porodniški oddelek – SB Celje, Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja Unicef Slovenija, Neonatalna sekcija Združenja za pediatrijo SZD	prijave: ga. Petra Nataša Vodišek, Pisarna, Ginekološko-porodniški oddelek, SB Celje, Oblakova ul. 5, 3000 Celje, F: 03 423 37 58, informacije: E: zlata.felc@guest.arnes.si in mojca.gobec@guest.arnes.si, T: 03 423 33 36, 423 33 51	dvodnevna 25.000,00 SIT (DDV je vključen), enodnevna 18.000,00 SIT (DDV je vključen) TRR: 01100-6030276827 , sklic na št. 760100-282704	10,5
KO za abdominalno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, KC, prim. Dragoje Stanisavljevič, dr. med., prof. dr. Stane Repše, dr. med.	ga. Saša Rus, KO za abdominalno kirurgijo (tajništvo), KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 47 88, F: 01 522 22 09	40.000,00 SIT delavnica+simpozij, 10.000,00 SIT simpozij TRR: 02053-0012745211 , sklic na št. 00600, s pripisom imena udeleženca	20
Združenje za pediatrijo SZD, dr. Ivan Vidmar	Tatjana Pavlin, dr. med., SB Novo mesto, Šmihelska c. 1, 8000 Novo mesto, T: 07 391 61 00	kotizacije ni	***

OKTOBER 2004

TEMA

VSEBINA

8. ob 18.00

št. kandidatov

KRANJSKA GORA,
hotel Kompas**JAVNI FORUM – NADZOR NAD ZDRAVNIKOVIM
DELOM**

ni omejeno

okrogla miza za zdravnike, ambulantne in patronažne medicinske sestre, vodstvene delavce in institucije

podroben program • Isis 6/2004

8.–9. ob 9.00

KRANJSKA GORA,
hotel Kompas**6. FAJDIGOVI DNEVI**

150

strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine

podroben program • Isis 7/2004

8.–9. ob 15.00

LJUBLJANA
Velika predavalnica
Medicinske fakultete**7. SLOVENSKI PEDONTOLOŠKI DNEVI**

250

strokovno srečanje z mednarodno udeležbo za vse zobozdravstvene delavce

podroben program • Isis 8-9/2004

8.–9. ob 14.00

ANKARAN
Ortopedska bolnišnica
Valdoltra**OKUŽBE VSADKOV**

Strokovno srečanje za zdravnike vseh specializacij, mikrobiologe in druge, ki se ukvarjajo s problematiko okužb vsadkov.

podroben program • Isis 8-9/2004

8.–9. ob 7.45

LJUBLJANA
velika dvorana Smelt,
Dunajska 160**INTERNA MEDICINA 2004**

strokovni sestanek za zdravnike interniste in zdravnike v osnovnem zdravstvu

podroben program • Isis 8-9/2004

8.–9. ob 9.00

**PREDDVOR PRI
KRANJU**
Hotel Bor – Grad Hrib**OSKRBA DIABETIČNEGA STOPALA**

do 40

učna delavnica za skupine (zdravniki in medicinske sestre) v osnovnem zdravstvu, diabetoloških in kirurških ambulantah

podroben program • Isis 8-9/2004

9. ob 9.30

PTUJ
igrišče za golf Ptuj**SREČANJE GOLFISTOV ZDRAVNIKOV
VZHOD – ZAHOD**

ni omejeno

družabno srečanje

11.–15.

**GOLNIK IN BRDO
PRI KRANJU**
Bolnišnica Golnik,
Hotel Brdo**GOLNIŠKI SIMPOZIJ – UČNE DELAVNICE
TORAKALNE RADIOLOGIJE, BRNHOLOGIJE,
PLJUČNE FUNKCIJE IN CITOPATOLOGIJE**30 v vsaki
delavnici,
predavanje –
ni omejeno

mednarodno strokovno srečanje za specialiste in specializanti pulmologije ter medicinske sestre

14.–3.2.2005 od 15.00 do 19.00

LJUBLJANA
KO za mentalno zdravje,
Zaloška 29**TEČAJ IZ FORENZIČNE PSIHIATRIJE**

24

podiplomski tečaj in učna delavnica za psihiatre

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, doc. dr. Janko Kersnik	prijave: ga. Jožica Krevh, Uprava osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, T: 04 208 25 23, F: 04 202 67 18, s pripisom "za forum", informacije: doc. dr. Janko Kersnik, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, T: 04 588 46 01, F: 04 588 46 10, E: janko.kersnik@s5.net	kotizacije ni	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Jožica Krevh, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, T: 04 20 82 523, F: 04 20 26 718, E: janko.kersnik@s5.net	35.000,00 SIT TRR: 02045-0253583120 s pripisom "6. Fajdigovi dnevi"	***
Sekcija pedontologov SZD in Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo MF, doc. dr. Narcisa Košir	Jelka Jožef, dr. dent. med., T: 01 522 43 69, F: 01 522 25 04	30.000,00 SIT do 15. 9. 2004, nato 35.000,00 SIT	9
Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične infekcije SZD, Zavod za zdravstveno varstvo Koper, Ortopedska bolnišnica Valdoltra	ga. Mihaela Oberdank Hrastar, Tajništvo katedre, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, MF Ljubljana, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, T: 01 543 74 08, F: 01 543 74 18, E: mihaela.oberdank-hrastar@mf.uni-lj.si	20.000,00 SIT (DDV vključen)	v postopku
Združenje internistov SZD	prim. mag. Primož Vidali, dr. med., T: 01 723 72 30, F: 01 723 00 18, GSM: 031 369 711, E: pvidal@siol.net	30.000,00 SIT (DDV je vključen)	17
SZD – Združenje endokrinologov Slovenije, Delovna skupina za diabetično nogo, mag. Vilma Urbančič	mag. Vilma Urbančič, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 27 38, F: 01 522 27 38, E: vilma.urbancic@kclj.si	40.000,00 SIT + DDV, plačilo na podlagi računa	10
Zdravniško športno društvo Medicus, Sekcija za golf	Vzhod: Sabina Markoli, dr. dent. med., GSM: 041 703 884, Bojan Krebs, dr. med., GSM: 041 380 214, Zahod: asist. mag. Janez Kirbiš, GSM: 041 663 039, prim. Marko Demšar, GSM: 041 345 300, igrišče za golf Ptuj, T: 02 788 91 10	kotizacije ni	***
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 25 69 111, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si, W: www.klinika-golnik.si	***	***
Združenje sodnih izvedencev za psihiatrijo, doc. dr. Slavko Zihertl	ga. Anica Mihič, KO za mentalno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, T: 01 587 49 55, 587 49 00, F: 01 520 21 58	120.000,00 SIT, posamični modul (4) 30.000,00 SIT	3

OKTOBER 2004

TEMA

VSEBINA

15. ob 9.00

št. kandidatov

VOJNIK

Oddelek za zdravljenje
odvisnosti, Psihiatrična
bolnišnica Vojnik

MEDICINA ODVISNOSTI – MEDICINA
SODELOVANJA

ni omejeno

6. slovenska konferenca o medicini odvisnosti za vse zdravnike

15.–16.

LJUBLJANA

XI. KONGRES IN 141. SKUPŠČINA
SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

strokovno srečanje

15.–16.

LJUBLJANA

1. predavalnica KC
Ljubljana

MEDNARODNI FLEBOLOŠKI KONGRES

60

kongres za vse zdravnike

15.–16.

LJUBLJANA,

Medicinska fakulteta
ali Klinični center

3. TEČAJ POTOVALNE MEDICINE

Podiplomski seminar z učnimi delavnicami za zdravnike specialiste,
sekundarije, študente medicine, ki se pri svojem delu srečujejo s
problematiko tropske in potovalne medicine ter za vse, ki jih zanima
tropska medicina.

15.–16. ob 10.00

MARIBOR

16. etaža – velika
predavalnica, SB Maribor

INTERDISCIPLINARNI SIMPOZIJ O KIRURGIJI
LOBANJSKE BAZE

ni omejeno

simpozij (počastitev 60. letnice samostojnosti oddelka ORL
v Mariboru) za otorinolaringologe, nevrokirurge,
maksilofacialne kirurge

20.–23.

PORTOROŽ

Grand hotel Emona

3. SLOVENSKI PULMOLOŠKI IN ALERGOLOŠKI
KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO

ni omejeno

strokovno srečanje

podroben program • Isis 7/2004

20.–22.

PORTOROŽ

Grand hotel Emona

2. SLOVENSKI IMUNOLOŠKI KONGRES Z
MEDNARODNO UDELEŽBO

ni omejeno

strokovno srečanje

podroben program • Isis 7/2004

20.–23. ob 9.00

BLED GRAND

HOTEL TOPLICE,
Festivalna dvorana

1. SLOVENSKI GASTROENTEROLOŠKI
KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kongres za gastroenterologe (kirurge, interniste),
rentgenologe, patologe, družinske zdravnike

podroben program • Isis 6/2004

21.–24. ob 14.00

PORTOROŽ

Kongresni center
Bernardin

9. BREGANTOVI DNEVI – REPARACIJA,
STRPNOST, SPRAVA

ni omejeno

psihoterapevtski simpozij – bienale za psihoterapevte,
psihiatre, psihologe

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Oddelek za zdravljenje odvisnosti	prim. Darja Boben Bardutzky, Oddelek za zdravljenje odvisnosti, Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Celjska c. 37, 3212 Vojnik, T: 03 780 01 00, F: 03 780 02 00, E: darja.boben@pb-vojniki.si	15.000,00 SIT TRR: 01100-6030279349 , sklic na št. 15102004, s pripisom »za 6. konferenco medicine odvisnosti«	5
Slovensko zdravniško društvo	Slovensko zdravniško društvo, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, T: 01 43 42 580	***	***
Dermatovenerološka klinika – KC Ljubljana, doc. dr. Tomaž Lunder	ga. Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika, KC Ljubljana, Zaloška c. 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33	***	v postopku
Tadeja Kotar, dr. med., Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 21 10, GSM: 041 738 575, E: tadeja.kotar@hotmail.com		od 25.000,00 do 30.000,00 SIT, sekundariji in študentje oproščeni kotizacije	***
Oddelek za ORL in CFK SB Maribor, Združenje otorinolaringologov, mag. Bogdan Čizmarič	Boštjan Lanišnik, dr. med., Oddelek za ORL in CFK SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 15 92, E: bostjan.lanisnik@siol.net	20.000,00 SIT z DDV	***
KO za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik	doc. dr. Mitja Košnik, dr. med., KO za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik, 4104 Golnik, T: 04 25 69 111, F: 04 25 69 117, E: mitja.kosnik@klinika-golnik.si, http://www.klinika-golnik.si	glej rumene strani	***
MF, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo	prof. dr. Vladimir Kotnik, dr. med., MF, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, T: 01 543 74 86, F: 01 543 74 85, E: vladimir.kotnik@mf.uni-lj.si, W: www.klinika-golnik.si	glej rumene strani	***
Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo	prof. dr. Borut Štabuc, E: borut.stabuc@kclj.si	glej rumene strani	***
Združenje psihoterapevtov Slovenije, dr. Polona Matjan	ga. Fani Zorec, Združenje psihoterapevtov Slovenije, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, T: 01 587 49 08, F: 01 540 22 78	člani ZPS 60.000,00 SIT (štiri dni), 45.000,00 SIT (dva dni), nečlani 75.000,00 SIT (štiri dni), 60.000,00 SIT (dva dni) TRR: 02060-0051436422	***

OKTOBER 2004

TEMA

VSEBINA

22.–23. ob 9.00

št. kandidatov

LJUBLJANA

bela dvorana Grand hotel
Union

SIMPOZIJ O SPANJU

podroben program • Isis 8-9/2004

simpozij:
ni omejeno,
tečaj: 20

Strokovno srečanje za vse, ki jih raziskovalno zanima raziskovanje spanja, in vsem, ki zdravijo bolnike z motnjami spanja.

23.

LJUBLJANA

Slovensko zdravniško
društvo, Dalmatinova 10DELAVNICA O PISANJU MEDICINSKIH
PRISPEVKOV

podroben program • Isis 7/2004

20

delavnica

28.–30. ob 9.00

BLED

Kongresna dvorana Bled

3. KONGRES SLOVENSКИH RADIOLOGOV

ni omejeno

Kongres za radiologe in vse ostale, ki jih zanimajo radiološke teme.

29. ob 9.00

IDRIJA

predavalnica Psihiatrične
bolnišnice IdrijaOBRAVNAVA BOLNIKOV Z DEMENCO IN
STAROSTNO DEPRESIJO

podroben program • Isis 8-9/2004

je omejeno

seminar za psihiatre, družinske zdravnike, delovne terapevte,
medicinske sestre, zdravstvene tehnike in socialne delavce

28.–29. ob 13.00

LOGARSKA
DOLINA

hotel Plesnik

SPOROČANJE SLABE NOVICE

podroben program • Isis 8-9/2004

strokovno srečanje in učna delavnica

NOVEMBER 2004

5.–6.

PORTOROŽ

Zdravilišče Terme Palace

POSEBNOSTI REHABILITACIJE BOLNIKA Z
BOLEZNIMI IN POŠKODBAMI KOLENA

redno jesensko strokovno srečanje ZFRM za zdravnike in
člane rehabilitacijskih skupin

5.–7.

CELJE

TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA
(DPO) EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO

podroben program • Isis 3/2004

tečaj

5.–7. ob 17.00

MARIBOR

hotel Habakuk

II. DERMATOLOŠKI DNEVI V MARIBORU

podroben program • Isis 5/2004

100

simpozij za vse zdravnike

5.–6. ob 9.00

PORTOROŽ

Kongresni center
Bernardin

46. TAVČARJEVI DNEVI

strokovno srečanje

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

za prijave, kontaktne osebe, tel., faks

kotizacija

Inštitut za klinično nevrofiziologijo, SPS Nevrološka klinika, KC Ljubljana in sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD, asist. dr. Leja Dolenc Grošelj	g. Tone Žakelj, Inštitut za klinično nevrofiziologijo (Simpozij o spanju), KC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 15 09, F: 01 522 15 33, E: tone.zakelj@kclj.si, W: www.kclj.si/ikn/Dejavnosti/FAGA/2004/prijavnica.doc	simpozij: 31.000,00 SIT do 15. 6. 2004, po tem datumu 36.000,00 SIT, tečaj: 12.000,00 SIT organizator izstavi račun na osnovi prijave	v postopku
Sekcija mladih zdravnikov SZD, Zdravniški vestnik, Zdravstveno varstvo Sekcija mladih zdravnikov, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, E: delavnica.smz@szd.si	W: www.smz.szd.si	kotizacije ni	7
Združenje radiologov Slovenije SZD, Katedra za radiologijo MF Ljubljana, Živa Zupančič, Vladimir Jevtič	ga. Metka Zupančič, Katedra za radiologijo MF, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, T: 01 232 35 56, F: 01 232 35 56	60.000,00 SIT, na osnovi prijavnice bo izstavljen račun	***
Psihiatrična bolnišnica Idrija	mag. Marko Pišljar, Psihiatrična bolnišnica Idrija, T: 05 37 34 400, F: 05 37 73 651, E: marko.pisljar@pb-idrija.si	10.000,00 SIT TRR: 01100-6030276924, sklic na št. 24102004	v postopku
Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana	ga. Barbara Ravnik, Zavod za paliativne oskrbe Ljubljana, Vegova 8, 1000 Ljubljana, GSM: 031 632 168, E: ravnikbar@mail.ljudmila.org ali urska.lunder@mail.ljudmila.org	29.000,00 SIT (DDV ni vključen) TRR: 03171-1085403050	***
Združenje fizikalne in rehabilitacijske medicine SZD, prim. asist. Hermina Damjan	asist. mag. Klemen Grabljevec, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 47 58 184	***	***
Slovensko združenje za urgentno medicino, Svet za reanimacijo	Dušan Vlahovič, dr. med., KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, W: www.ssem-society.si	71.000,00 SIT TRR: 02014-0019966250	***
Oddelek za kožne in spolne bolezni SB Maribor, Združenje dermatologov Slovenije, prim. mag. Jovan Miljković	ga. Branka Sabolek, Oddelek za kožne in spolne bolezni, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 27 05, F: 02 331 23 93, E: miljkovic.j@sb-mb.si	20.000,00 SIT TRR: 02014-0089341717	***
Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta – Katedra za interno medicino	Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana	40.000,00 SIT (DDV ni vključen)	***

NOVEMBER 2004 **TEMA****VSEBINA**

11.–12. ob 9.00

št. kandidatov

LJUBLJANA
SAZU**II. MEMORIAL LEVA MILČINSKEGA**

ni omejeno

Strokovno srečanje je namenjeno vsem, ki se ukvarjajo s suicidalnimi osebami (zdravniki splošne medicine, psihiatri, psihologi, socialni delavci itd.).

[podroben program](#) • Isis 8-9/2004

11.–13. ob 17.00

ROGAŠKA
SLATINA**18. REPUBLIŠKI STROKOVNI SEMINAR**
DRUŠTVA ZOBOZDRAVSTVENIH DELAVCEV
SLOVENIJE

strokovni seminar

[podroben program](#) • Isis 8-9/2004

12. ob 9.00

GOLNIK
Bolnišnica Golnik**TEČAJ CITOPATOLOGIJE PLEVRALNEGA**
IZLIVA

20

tečaj, delavnica za patologe, citologe, citoskrinerje

[podroben program](#) • Isis 6/2004

12. ob 10.00

MARIBOR
velika predavalnica – 16.
etaža, SB Maribor**I. MARIBORSKO – MARBURGŠKI**
OFTALMOLOŠKI SIMPOZIJ

ni omejeno

mednarodno strokovno srečanje za oftalmologe in ostale zdravnike

12.–13. ob 13.00

LOGARSKA
DOLINA
hotel Plesnik**SPOROČANJE SLABE NOVICE**

strokovno srečanje in učna delavnica

[podroben program](#) • Isis 8-9/2004

18.–19.

LJUBLJANA**7. PINTARJEVI DNEVI – PATOGRAFIJA – VPLIV**
BOLEZNI NA ŽIVLJENJE IN DELO VELIKIH
OSEBNOSTI

ni omejeno

mednarodno srečanje zgodovinarjev medicine, paleopatologov in zgodovinarjev

18.–20.

KRANJSKA GORA
hotel Lek**OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME**

20

učna delavnica za zdravnike splošne prakse

[podroben program](#) • Isis 7/2004

19. ob 9.00

MARIBOR
kongresni center
Habakuk**STROKOVNI SIMPOZIJ Z MEDNARODNO**
UDELEŽBO OB 50. OBLETNICI ODDELKA
ZA TORAKALNO KIRURGIJO SB MARIBOR

ni omejeno

simpozij za vse zdravnike

[podroben program](#) • Isis 8-9/2004

19.–20. ob 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

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Slovensko združenje za preprečevanje samomora, Psihiatrična klinika Ljubljana, SAZU, ZRC SAZU, prof. dr. Onja Tekavčič Grad	mag. Tina Zdravec, KO za mentalno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, E: sasp@zrc-sazu.si	15.000,00 SIT člani združenja, 20.000,00 SIT nečlani (DDV je vključen)	10
Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije	ga. Martina Kajzer, Stomatološka klinika, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, T: 01 300 21 10, GSM: 040 528 655	glej rumene strani	***
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, asist. Izidor Kern	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	25.000,00 SIT, TRR: 01100-6030277603, sklic na št. 00 291002	6
Oddelek za očne bolezni SB Maribor, doc. dr. Dušica Pahor	ga. Majda Jurkovič, tajništvo, Oddelek za očne bolezni, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 16 30, F: 02 331 23 93	kotizacije ni	***
Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana	ga. Barbara Ravnik, Zavod za paliativne oskrbe Ljubljana, Vegova 8, 1000 Ljubljana, GSM: 031 632 168, E: ravnikbar@mail.ljudmila.org ali urska.lunder@mail.ljudmila.org	29.000,00 SIT (DDV ni vključen) TRR: 03171-1085403050	***
Inštitut za zgodovino medicine, doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec	doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec, Inštitut za zgodovino medicine, Zaloška 7 a, 1000 Ljubljana, T: 01 439 62 40, 522 45 49, F: 01 439 62 45, E: zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si, zgmed@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	***
Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo	ga. Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 25 69 111, F: 04 25 69 117, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	80.000,00 SIT	***
SB Maribor – oddelek za torakalno kirurgijo, asist. mag. Anton Crnjac	asist. mag. Anton Crnjac, Oddelek za torakalno kirurgijo, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 14 20, E: anton.crnjac@sb-mb.si	kotizacije ni	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. Mateja Bulc, dr. med., asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Marko Kocijan, dr. med.	ga. Ana Artnak, MF, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 43 86 915, F: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000,00 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***

NOVEMBER 2004 **TEMA****VSEBINA**

19.–20. ob 8.00		št. kandidatov	
VELENJE hotel Paka	XII. DNEVI ORALNEGA ZDRAVJA SLOVENIJE podroben program • Isis 7/2004	250	seminar iz zobozdravstvene preventive za zobozdravnike preventive in medicinske sestre
19.–20.			
PORTOROŽ hotel Metropol	REDNO LETNO SREČANJE SEKCIJE ZA PREVENTIVNO MEDICINO	ni omejeno	strokovno srečanje – aktualne teme na področju javnega zdravja, letno srečanje cepiteljev
19.–20. ob 9.00			
LJUBLJANA Klinični center	KRITIČNO BOLAN IN POŠKODOVAN OTROK – RAZPOZNAVA, ZDRAVLJENJE IN PREVOZ podroben program • Isis 8-9/2004	***	strokovno srečanje
26. ob 14.00			
LJUBLJANA	URGENTNA STANJA V OTROŠKI NEVROLOGIJI	ni omejeno	strokovno srečanje za vse zdravnike
26.–27. ob 12.00			
LJUBLJANA 1. predavalnica Kliničnega centra	XVIII. PODIPLOMSKA ŠOLA – SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2 podroben program • Isis 6/2004	30	podiplomska šola z učnimi delavnicami za zdravnike v osnovnem zdravstvu in interniste
26.–27. ob 13.00			
LOGARSKA DOLINA hotel Plesnik	SPOROČANJE SLABE NOVICE podroben program • Isis 8-9/2004	***	strokovno srečanje in učna delavnica
26.–27.			
LJUBLJANA dvorana Krke	XIV. ANNUAL ENTOG (EUROPEAN NETWORK OF TRAINEES IN OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY) MEETING	ni omejeno	simpozij za specializante ginekologije in porodništva ter njihove učitelje
26.–27. ob 9.00			
MARIBOR Kongresni center Habakuk, Pohorska ul. 59	3. MARIBORSKI KONGRES DRUŽINSKE MEDICINE – MEDICINSKO-TEHNIČNI PRIPOMOČKI podroben program • Isis 4/2004	250	kongres za zdravnike družinske medicine
27. ob 9.00			
LJUBLJANA Unionska dvorana	XI. ČELEŠNIKOVSKI DNEVI - 6. STROKOVNI SEMINAR ZDRUŽENJA ZA MAKSILOFACIALNO IN ORALNO KIRURGIJO SLOVENIJE: CISTE V ČELJUSTIH	500	strokovno srečanje za zobozdravnike in zdravnike

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Društvo za oralno zdravje Slovenije, prim. Danica Homan, dr. dent. med.	ga. Melita Trop, Društvo za oralno zdravje Slovenije, Klanjškova 7, 3000 Celje, GSM: 031 695 131, E: danicahoman@volja.net	35.000,00 SIT za člane, 40.000,00 SIT za ostale in na dan prireditve, TRR: 06000-0117518127	***
Sekcija za preventivno medicino, prim. Metka Macarol Hiti	ga. Valerija Marenče, Inštitut za varovanje zdravja RS, Sekcija za preventivno medicino, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, T: 01 244 14 10	***	***
KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana	doc. dr. Janez Primožič, ga. Karmen Boh, KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 33 49, 522 48 29, F: 01 430 17 14, E: karmen.boh@kclj.si	50.000,00 SIT (DDV je vključen), TRR: 01100-6030277894 , sklic na št. 299 30 32, z oznako "Kritično bolan otrok"	***
Združenje za pediatrijo SZD, Sekcija za otroško nevrologijo SZD, dr. Ivan Vidmar, mag. dr. Jana Frelih	ga. Nevenka Lepin, KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, KC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 01 430 17 14	kotizacije ni	***
KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni – KC Ljubljana, prim. Miha Koselj	prim. Miha Koselj, KC Ljubljana, SPS Interna klinika, KO EDPB, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 28 37, 522 27 38, kotizacije ni	v postopku	13
Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana	ga. Barbara Ravnik, Zavod za paliativne oskrbe Ljubljana, Vegova 8, 1000 Ljubljana, GSM: 031 632 168, E: ravnikbar@mail.ljudmila.org ali urska.lunder@mail.ljudmila.org	29.000,00 SIT (DDV ni vključen) TRR: 03171-1085403050	***
Sekcija specialistov ginekologije in porodništva (SATOG), mag. Gorazd Kavšek	ga. Martina Pečlin, SPS Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, KC Ljubljana, Štajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, T: 01 439 75 90, E: infos@satog.org, W: www.satog.org	do 1. 10. 2004 50 EUR, nato 60 EUR	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Stanislava Ban, dr. med., Darja Belec, dr. med., asist. Ksenija Tušek Bunc, Zora Bojc, dr. med., Majda Kamenik, dr. med., Majda Masten, dr. med., Lidija Praper, dr. med., asist. Suzana Židanik	Majda Masten, dr. med., ZD Maribor, Ul. talcev 5, 2000 Maribor, T: 02 228 63 67, E: majda.masten@zd-mb.si	35.000,00 SIT, 25.000,00 SIT za medicinske sestre (DDV ni vključen) TRR: 02045-0253583120	v postopku
Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, asist. dr. Andrej A. Kansky, dr. dent. med.	ga. Milena Žajdela, Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 041 573 791, E: maxfac.oral@kclj.si	TRR: 02014-0087754603	***

DECEMBER 2004 **TEMA****VSEBINA**

2.–3. ob 8.00

št. kandidatov

LJUBLJANA
velika predavalnica
Medicinske fakultete,
Korytkova 2

XXXV. MEMORIALNI SESTANEK PROF.
JANEZA PLEČNIKA

250

mednarodni sestanek z naslovom: Virusni hepatitis za patologe,
klinike, študente

3.–4. ob 9.00

PORTOROŽ
Grand hotel Bernardin

6. PODIPLOMSKI SEMINAR ZDRAVLJENJE S
KRVJO

seminar za ginekologe, porodničarje, hematologe, anesteziologe,
transfuziologe, pediatre, kirurge, babice ter višje medicinske
sestre in zdravstvene tehnike omenjenih strok

podroben program • Isis 8-9/2004

3.–4. ob 9.00

PTUJ
SB Ptuj

1. KUHARJEVI DNEVI OB 130. LETNICI
SPLOŠNE BOLNIŠNICE PTUJ

ni omejeno,
delavnice 12

strokovno srečanje in delavnica

podroben program • Isis 7/2004

4.

ENDOKRINOLOŠKE MOTNJE V
ODRAŠČAJOČEM OBDOBJU

50-60

strokovno srečanje z občnim zborom

9.–11. ob 9.00

STRUNJAN
hotel Krka - Zdravilišče
Strunjan

21. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE
DRUŽINSKE MEDICINE

35

strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge
zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine

JANUAR 2005

21.–22. ob 9.00

LJUBLJANA
Katedra za družinsko
medicino

21. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE
DRUŽINSKE MEDICINE

35

strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, druge
zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine

MAREC 2005

4.–5. ob 12.00

LJUBLJANA
1. predavalnica
Kliničnega centra

XVIII. PODIPLOMSKA ŠOLA – SLADKORNA
BOLEZEN TIPA 2

30

podiplomska šola z učnimi delavnicami za zdravnike v osnovnem
zdravstvu in interniste

18.–19. ob 9.00

LJUBLJANA
Cankarjev dom

8. SCHROTTTOVI DNEVI: NOVOSTI V
ZDRAVLJENJU

250

strokovno srečanje

APRIL 2005

17. ob 13.00

MURSKA SOBOTA
Mestni park

V. PREKMURSKI ZDRAVNIŠKI TEK

ni omejeno

tek za zdravnike, zobozdravnike, zdravstvene sodelavce
in udeležence izven kategorije

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

za prijave, kontaktne osebe, tel., faks

kotizacija

MF – Inštitut za patologijo, prof. dr. Vera Ferlan Marolt, dr. med.	doc. dr. Boštjan Luzar, dr. med., Medicinska fakulteta, Inštitut za patologijo, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, T: 01 543 71 30, F: 01 543 71 04, E: bostjan.luzar@mf.uni-lj.si	***	***
KC Ljubljana, Zavod RS za transfuzijsko medicino, Evropska šola za transfuzijsko medicino	ga. Natalija Lampreht, T: 01 543 82 45, E: natalija.lampreht@ztm. si, ga. Tea Tollazzi, T: 01 543 82 70, E: tea.tollazzi@ztm.si, Zavod RS za transfuzijsko medicino, Štajmerjeva 6, 1000 Ljubljana, W: http://www.ztm.si	***	***
Kirurški oddelek SB Ptuj, Herniološka sekcija Združenja kirurgov Slovenije, prof. dr. Slavko Rakovec	asist. Mag. Teodor Pevec, Kirurški oddelek, SB Ptuj, Potrčeva 23-25, 2250 Ptuj, T: 02 749 14 00	35.000,00 SIT (DDV ni vključen), za delavnico 50.000,00 SIT (DDV ni vključen) TRR: 01100-6030278670	***
Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino SZD	Marisa Višnjevec Tuljak, dr. med., ZD Izola, T: 05 663 50 35	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Ana Artnak, MF, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 43 86 915, F: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000,00 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Ana Artnak, MF, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 43 86 915, F: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000,00 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***
KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni – KC Ljubljana, prim. Miha Koselj	prim. Miha Koselj, KC Ljubljana, SPS Interna klinika, KO EDPB, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 28 37, 522 27 38, kotizacije ni	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. Tonka Poplas Susič	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, W: www.drmed.org in www.drmed-mb.org	40.000,00 SIT TRR: 02045-0253583120	***
Zdravniško društvo Pomurja, Slovensko zdravniško športno društvo Medicus, asist. mag. Mitja Lainščak, dr. med.	Vlasta Petric, dr. med., SB Murska Sobota, dr. Vrbnjaka 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	***

OBRAZEC

UREDNIŠTVU REVije ISIS
Dalmatinova 10
p.p. 1630

fax: 01/30 72 159

1001 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:

Datum 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 dru(tva...)) _____

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 _____

PROGRAMI

CYRIAXOVA ORTOPEDSKA MEDICINA – KOMOLEC, ZAPESTJE, ROKA III. učna delavnica

organizatorja • Združenje za fizikalno in
rehabilitacijsko medicino, Oddelek za fizikalno
in rehabilitacijsko medicino SB Maribor

MARIBOR, Splošna bolnišnica Maribor
1.–3. oktober 2004

PROGRAM

- Uvod v Cyriaxovo ortopedsko medicino;
- funkcionalna anatomija in biomehanika poškodb komolca, zapestja in roke;
- anamneza in fizikalni pregled (specifični testi) komolca, zapestja in roke;
- opisna anatomija;
- anatomija in vivo (površinska anatomija);
- konzervativna terapija.

Delavnica je namenjena predvsem zdravnikom fiziatrom in ortopedom. V učni delavnici bo poudarek predvsem na praktični obravnavi ter učenju funkcionalne in površinske anatomije. Namen delavnice je seznanitev s Cyriaxovo ortopedsko medicino, posebej poglobiti znanje manuelne terapije – prečne fricije, mobilizacijskih in manipulacijskih tehnik za komolec, zapestje in roko.

Vaje bodo potekale pod neposrednim vodstvom predavatelja in ob pomoči strokovnih sodelavcev. Tečaj bo potekal v angleškem jeziku.

Vodja tečaja: Rene de Bruijn, Senior Lecturer in Orthopedic Medicine (Nizozemska).

Sodelavci: assist. mag. Breda Jesenšek Papež, dr. med., assist. Dragan Lonžarič, dr. med., prim. doc. dr. Zmago Turk, dr. med.

Število udeležencev: 20

Kotizacija: 70.000,00 tolarjev vključuje udeležbo na srečanju, osvežitve in prigrizke med predvidenimi odmori ter skupna kosila. Kotizacijo nakažite na TRR pri NKB, d. d., Maribor št.: 04515-0000124280, sklic na št. 1029.

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

Nočitve so možne v Garni hotelu Tabor, T: 02 421 64 10, F: 02 421 64 40

DOJENJE: IZ PRAKSE ZA PRAKSO I. strokovni sestanek z mednarodno udeležbo Najpogostejše težave pri dojenju

organizatorji • Odsek za neonatalno pediatrijo,
Ginekološko-porodniški oddelek Splošne
bolnišnice Celje, Nacionalni odbor za spodbujanje
dojenja Unicef Slovenija, Neonatalna sekcija
Združenja za pediatrijo SZD

CELJE, Narodni dom Celje
7.–8. oktober 2004

PROGRAM

Četrtek, 7. oktobra 2004

- 8.00 Registracija
8.30 Uvodne besede ob izteku Tedna dojenja v Sloveniji
8.45–9.30 Uvodni predavanji
8.45–9.15 Dojenje pri nas in v Evropi; ukrepi za izboljšanje, Borut Bratanič (Ljubljana)
8.45–9.00 Pomen kadrovanja v Novorojenčku prijazni porodnišnici, Damjana Medved Arbeiter (Celje)
9.30–11.00 **Komunikacija z materami**
Moderatorici: Silvestra Hoyer, Andreja Golob Tekauc
9.30–9.50 Komunikacija z materami; formalna in neformalna vzgoja, Silvestra Hoyer (Ljubljana)
9.50–10.10 Krepitev materine samozavesti, Andreja Tekauc Golob (Maribor)
10.10–10.30 Komunikacija v porodnišnici: pričakovanja mater in zdravstvenega osebja, Ana Ilijaš Trofenik (Celje)
10.30–11.00 Razprava
11.00–11.30 Odmor s kavo

11.30–13.00 **Zobozdravstveni zapleti pri dojenčkih**

- Moderatorja: Borut Bratanič, Rok Kosem
11.30–12.00 Prolonged breastfeeding and dental complications, Satu Alaluusua (Finska)
12.00–12.15 Natalni zobje in dojenje, Marta Škapin, Marija Snežna Fludernik (Celje)
12.15–12.30 Zobozdravstvena preventiva in dojenje, Rok Kosem (Ljubljana)
12.30–13.00 Razprava

- 13.00–15.00 Odmor za kosilo
15.00–16.30 **Prepoznavanje ovir za uspešno dojenje**
Moderatorja: Vladimir Weber, Zlata Felc
15.00–15.30 Poskušajmo odkriti resnično oviro za uspešno dojenje, Zlata Felc (Celje)
15.30–15.45 Novejši pogledi na anatomijo dojke in fiziologijo laktacije, Vladimir Weber (Celje)
15.45–16.00 Pomen pravilnega pristavljanja pri vdrtih bradavicah, Cvetka Skale, Elizabeta Lajlar (Celje)
16.00–16.10 Uspešno dojenje, kljub vdrtim bradavicam, Slavica Drame (Šmarje pri Jelšah)
16.10–16.30 Razprava
16.30–17.00 Odmor s kavo
17.00–18.30 **Pogoste težave pri dojenju (I. del)**
Moderatorici: Ilse Bichler, Marija Ocvirk
17.00–17.30 Sore nipples, Ilse Bichler (Avstrija)
17.30–17.45 Zastojna dojka, mastitis in absces, Marija Ocvirk (Celje)
17.45–18.00 Vzrok obravnave otrok zaradi težav pri dojenju na Otroškem oddelku SB Celje, Lidija Vučajnik (Celje)
18.00–18.30 Razprava
19.00 Večerja

Petek, 8. oktobra 2004

- 8.30 Registracija
9.00–10.30 **Pogoste težave pri dojenju (II. del)**
Moderatorici: Marjeta Sedmak, Ana Ilijaš Trofenik
9.00–9.15 Energijske potrebe za doseg optimalnega pridobivanja telesne teže pri podhranjenih dojenčkih; klinični vidik. Marjeta Sedmak, Jernej Brečelj, Irena Hren, Nataša Fidler Mis, Andreja Širca Čampa, Ciril Kržišnik, Berthold Koletzko (Ljubljana, Nemčija)
9.15–9.25 Energijske potrebe za doseg optimalnega pridobivanja telesne teže pri podhranjenih dojenčkih; prehranski vidik, Irena Hren, Marjeta Sedmak, Jernej Brečelj, Nataša Fidler Mis, Andreja Širca Čampa, Ciril Kržišnik, Berthold Koletzko (Ljubljana, Nemčija)
9.25–9.35 Novosti v prehrani doječih mater; prehrana doječih mater: nova spoznanja in priporočila, Nataša

9.35–9.45	Fidler Mis, Andreja Širca Čampa, (Ljubljana) Novosti v prehrani doječih mater; prehrana doječih mater: stanje v Sloveniji, Andreja Širca Čampa, Nataša Fidler Mis (Ljubljana)
9.45–10.00	Primer hude podhranjenosti otroka ob dojenju, Peter Najdenov, Jožica Trstenjak (Jesenice)
10.00–10.15	Skrb za ohranitev dojenja v času bolezni novorojenčka, Jožica Trstenjak, Peter Najdenov (Jesenice)
10.15–10.30	Razprava
10.30–11.00	Odmor s kavo
11.00–12.30	Pogoste težave pri dojenju (III. del)
Moderatorici: Magda Brložnik, Mojca Kosi Jereb	
11.00–11.20	The use of human milk and breastfeeding in premature infants, Rosalia Da Rioli (Italija)
11.20–11.30	Vzpodbujanje dojenja s kožnim stikom, Irena Perinič, Mojca Stopar (Celje)
11.30–11.45	Prvi dnevi skupaj, Ivica Smalja (Ilirska Bistrica)
11.45–12.00	Dojenje pri razdražljivem otroku, Matej Slivnik (Rogaška Slatina)
12.00–12.15	Kaj vse vpliva na uspešnost dojenja doma, Jasna Tekauc Gojzdnik (Žalec)
12.15–12.30	Težave, ki motijo uspešno dojenje, Magda Brložnik (ZD Celje)
12.30–12.45	Nekateri dejavniki, ki vplivajo na dolžino dojenja, Mojca Kosi Jereb, Marjana Kugonič, Bernarda Dobnik Renko (Celje)
12.45–13.00	Zaključna razprava s sklepi
13.00	Zaključek srečanja
Organizacijski odbor: Ginekološko-porodniški oddelek, Splošna bolnišnica Celje, predsednica: Ana Ilijaš Trofenik, dr. med., člani: prim. Vladimir Weber, dr. med., prim. dr. Zlata Felc, dr. med., IBCLC, Elizabeta Lajlar, VMS, Cvetka Skale, dipl. med. ses., Irena Perinič, zdr. tehnik	
Programski odbor: predsednica: prim. dr. Zlata Felc, dr. med., IBCLC, člani: asist. dr. Borut Bratanič, dr. med., dr. Silvestra Hoyer, univ. dipl. ped., Andreja Tekauc Golob, dr. med., IBCLC	
Tehnični odbor: Petra Nataša Vodišek, Igor Lešnik	
Kotizacija:	
<ul style="list-style-type: none"> • dvodnevna kotizacija (z vključenim DDV-jem) znaša 25.000,00 tolarjev, 	

- enodnevna kotizacija (z vključenim DDV-jem) znaša 18.000,00 tolarjev.

Kotizacijo nakažite na podračun Splošne bolnišnice Celje, št. 01100-6030276827, sklic na št. 760100-282704 od dne 28. 9. 2004 dalje. Prijave so obvezne. V kotizacijo so všteta predavanja, zbornik, večerja in pogostitve med odmori.
Račun za kotizacijo bo izstavljen po prijavi.

Prijavnice pošljite do 1. oktobra 2004 na naslov: ga. Petra Nataša Vodišek, Pisarna, Ginekološko-porodniški oddelek, Splošna bolnišnica, Oblakova ulica 5, 3000 Celje, F: 03 423 37 58

Informacije lahko dobite na telefonsko številko 03 423 33 36 in 03 423 33 51 ter po elektronski pošti: zlata.felc@guest.arnes.si ali mojca.gobec@guest.arnes.si

Hotelske rezervacije sprejema:
Služba rezervacij Hotel Evropa, Celje,
T: 03 426 90 00, E: hotel.evropa@siol.net

KIRURŠKA DELAVNICA IN SIMPOZIJ »KIRURGIJA JETER IN VRANICE«

organizatorji • Kirurška šola, Kirurška klinika, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Klinični center Ljubljana
LJUBLJANA, Klinični center
Delavnica: operacijski blok KC, operacijski dvorani 44 in 54, Simpozij: 3. predavalnica Kliničnega centra, 7.–9. oktober 2004

PROGRAM

Četrtek, 7. oktobra 2004

- | | |
|------------|--|
| 9.00 | Sprejem udeležencev; predavalnica I., Klinični center, pritičje
Navodila
Predstavitev OP programa |
| 9.30–14.00 | Učna delavnica – OP blok KC, operacijska 44 in 54
Demonstracijske operacije – domači in vabljeni operaterji |

Asistence, spremljanje operacij in video prenosov v predavalnici I

- | | |
|-------|--|
| 14.00 | Kosilo |
| 14.45 | Skupinska fotografija udeležencev na ploščadi KC |
| 15.00 | S. Repše: Odprtje simpozija |

15.10–16.30 **Predavanja**

Moderator: S. Repše

- Kirurška anatomija jeter, E. M. Gadžijev (Maribor)
- Kirurška anatomija vranice, A. Tomažič
- Načrtovanje operacijskih posegov v 3D prostoru navidezne resničnosti, V. Sojar
- Diagnostične metode pri boleznih jeter in vranice, M. Glušič, E. Brenčič, P. Popovič

16.15–16.45 Odmor za kavo

16.45–18.30 **Predavanja**

Moderator: V. Pegan

- Poškodbe jeter, E. M. Gadžijev (Maribor)
- Poškodbe vranice, A. Baraga
- Laparoskopske operacije na jetrih, V. Sojar

Petek, 8. oktobra 2004

- | | |
|------------|---|
| 9.00 | Predstavitev OP programa – predavalnica I, KC pritičje |
| 9.30–14.00 | Učna delavnica – OP blok KC, operacijska 44 in 54
Demonstracijske operacije – domači in vabljeni operaterji
Asistence, spremljanje video prenosa
Video posnetki laparoskopskih posegov |

14.00–15.00 Kosilo

15.00–16.30 HCC – **okrogla miza**

Moderator: E. M. Gadžijev (Maribor)

- HCC danes in jutri, S. Markovič
- Kirurško zdravljenje – resekcija ali transplantacija, D. Stanislavljevič
- Radiofrekvenčna ablacija, V. Sojar
- PEI, P. Berden
- Kemoembolizacija, P. Popovič
- Zaključek, E. M. Gadžijev (Maribor)
- Rezultati desetletne serije operiranih bolnikov na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo KC, B. Trotovšek

16.30–17.00 Odmor za kavo

17.00–18.00 **Predavanja**

Moderator: F. Jelenc

Sekundarni tumorji jeter

- Katere metastaze nekolorrektalnega karcinoma zahtevajo kirurško zdravljenje?, M. Omež

- Onkološko zdravljenje jetrnih metastaz kolorektalnega karcinoma, J. Ocvirk
- Kirurško zdravljenje jetrnih metastaz – prikaz naše serije, D. Stanislavjevič

Sobota, 9. oktobra 2004

9.00–9.30 Predavanja

Moderator: M. Sever

- Bolezni vranice, ki zahtevajo kirurško terapijo, D. Andoljšek
- Laparoskopna splenektomija, V. Pegan, D. Stanislavjevič, V. Sojar
- Lastna serija splenektomij zaradi hematoloških bolezni, S. Repše

9.30–10.30 Predavanja

Moderator: A. Pleskovič

- Transplantacija jeter
- Organizacijski aspekt programa transplantacij jeter v Sloveniji, V. Sojar
- Multiorganski odvzem, R. Juvan, Z. Štor, A. Tomažič, B. Trotošek, M. Omejc
- Transplantacije jeter v Kliničnem centru Ljubljana, D. Stanislavjevič
- Anestezija pri presaditvi jeter, N. Požar Lukanovič

10.30–11.00 Odmor za kavo

11.00–13.00 Predavanja

Moderator: D. Stanislavjevič

Prispevki udeležencev

Zaželeni referati udeležencev iz splošnih bolnišnic na temo poškodbe jeter in/ali vranice (kazuistični primeri ali serije – splenektomije itd.)

Vabljen predavanja

Recent advances in dissection techniques for liver resection: Stapler hepatectomy, Helmut Friess (Heidelberg, Germany)
Surgery of liver metastasis, Thomas Meyer (Erlangen, Germany)

13.00 Zaključek simpozija in podelitev potrdil o udeležbi na delavnici

Medicinska razstava: avla KC v času simpozija.

Ciljni udeleženci: specialisti in specializanti kirurgije, internisti gastroenterologi, splošni zdravniki.

Kotizacija:

delavnica in simpozij: 40.000,00 tolarjev (vključen DDV), simpozij: 10.000,00 tolarjev (vključen DDV).

Kotizacijo v tolarjih nakažite na poslovni račun Kongres d.o.o.: NLB, d. d., številka: 02053-

0012745211, sklic na številko 00600, s pripisom imena udeleženca.

Kotizacijo za simpozij je možno vplačati tudi na mestu.

Organizator: prim. Dragoje Stanislavjevič, dr. med., KO za abdominalno kirurgijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana.

Prijave in informacije: ga. Saša Rus, tajništvo Kliničnega oddelka za abdominalno kirurgijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 47 88, F: 01 522 22 09, E: sasa.rus@kclj.si

Povzetki bodo tiskani v zborniku simpozija, ki bo izšel v času simpozija.

7. SLOVENSKI PEDONTOLOŠKI DNEVI Glavna tema: Prirojene in pridobljene okvare trdih zobnih tkiv

organizatorja • Sekcija pedontologov SZD, Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo MF Ljubljana

**LJUBLJANA, velika predavalnica
Medicinske fakultete, Korytkova 2
8.–9. oktober 2004**

PROGRAM

Petek, 8. oktobra 2004

15.00–19.00

- M. Bartenjev: Vpliv migracij na spremembe zobnih tkiv
- N. Košir: Zdravljenje kariesa – pomen in vloga operativnega postopka nekoč in danes
- M. Škapin Križnar, T. Štruc: Predlog klasifikacije skleninskih okvar na mlečnem

zobovju

- N. Ihan Hren: Odontomi
- R. Kosem, N. Košir: Pogostnost razvojnih okvar sklenine pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji
- S. Alaluusua (Helsinki, Finska): Hypomineralised permanent first molars

Sobota, 9. oktobra 2004

9.00–17.30

- A. Pavlič: Točkovna hipoplastična oblika amelogenesis imperfecta
- N. Bratanič: Osteogenesis imperfecta
- V. Cvikl: Motnje mineralizacije sklenine pri celiakiji
- J. Jan: Ekologija in okvare sklenine
- R. Kosem: Poškodbe zob in obzobnih tkiv mlečnega zobovja kot vzrok razvojnih okvar stalnih zob
- L. Marion: Možnosti polnokeramičnih tehnik pri oskrbi hipodontij in prirojene okvare trdih zobnih tkiv
- A. Šenk Erpič: Možnosti klinične obravnave pacientov z razvojnimi okvarami sklenine
- F. Farčnik, M. Drevenšek, M. Ovsenik: Izguba prvega stalnega kočnika z vidika možnosti ortodontske obravnave
- A. A. Kansky: Možnosti avtotransplantacij pri izgubi prvega stalnega kočnika
- D. Gašperšič, I. Potočnik, I. Štamfelj: Hipodontija osmice
- K. Renner Šitar: Bruksizem pri otrocih in mladostnikih – klinični znaki in terapija
- B. Jelen: Pojavnost malokluzij v mlečnem zobovju pri otrocih na Obali
- A. Forstner: Poševna ravnina
- P. Vukovič: Interceptivni ortodontski posegi pri križnem grizu
- F. Farčnik, M. Ovsenik: Zgodnje in pozno ortodontsko zdravljenje pri enostranskem funkcionalnem križnem grizu

Kotizacija: 30.000,00 tolarjev do 15. 9. 2004, nato 35.000,00 tolarjev.

Informacije: ga. Jelka Jožef, dr. dent. med., Center za otroško in preventivno zobozdravstvo, SPS Stomatološka klinika, KC Ljubljana, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, T: 01 522 43 69, F: 01 522 25 04.

INTERNA MEDICINA 2004

Novosti in aktualnosti

organizator • Zdrženje internistov SZD

LJUBLJANA,
velika dvorana Smelt,
Dunajska cesta 160
8.–9. oktober 2004

PROGRAM

Petek, 8. oktobra 2004

7.00–7.45 Registracija udeležencev

7.45–8.00 Odprtje sestanka

- P. Vidali: Poročilo o delu Zdrženja internistov SZD

8.00–9.00 **Hematologija**

- D. Andoljšek: Način delovanja rekombinantnega faktorja VII
- I. Preložnik Zupan: Profilaksa in zdravljenje motenj hemostaze z rekombinantnim aktiviranim faktorjem VII bolnikov s krvnimi boleznimi
- S. Zver: Profilaksa in zdravljenje motenj hemostaze z rekombinantnim reaktiviranim faktorjem VII bolnikov v kirurgiji

9.00–10.00 **Kardiologija I**

- N. Ružič Medvešček: Resinchronizacija krčenja levega prekata – novo zdravljenje dilatativne kardiomiopatije
- M. Šinkovec: Zdravljenje motenj ritma s katetersko ablacijo
- B. Vrtovec: Vloga intervala QTc pri bolnikih s srčnim popuščanjem

10.00–11.00 **Žilne bolezni**

- I. Keber: Farmakološko zdravljenje v sekundarni preventivi po srčnem infarktu – slovenske smernice
- A. Blinc: Farmakološko zdravljenje pri perifernih arterijskih žilnih boleznih – slovenske smernice
- M. Štalc, P. Peternel: Novi pogledi na zdravljenje venske tromboze
- N. Vene: Preprečevanje in zdravljenje venske tromboze pri bolnikih z rakom

11.00–11.30 Satelitski simpozij (Lek)

11.30–12.00 Odmor

12.00–13.00 **Pulmologija**

- V. Tomič, A. Rozman: Nadzor nad širjenjem

bolnišničnih okužb v KOPA

- D. Eržen, M. Žolnir Dovč: Sledenje mikroepidemij tuberkuloze
- S. Šuškovič: Zagotavljanje kakovosti pri obravnavi respiratornih okužb – klinične poti

13.00–13.30 Satelitski simpozij (Krka)

13.30–14.30 Kosilo (pokrovitelj Krka)

14.30–15.30 **Gastroenterologija**

- B. Štabuc: Jetrni tumorji
- Ž. Mrevlje: Enteroskopija z brezžično kapsulo
- R. Janša: Celiakija

15.30–16.00 Satelitski simpozij (Astra)

16.00–17.00 **Kardiologija II**

- M. Koželj: Obravnava prirojenih in pridobljenih srčnih napak v nosečnosti
- I. Zupan: Farmakološko in nefarmakološko zdravljenje malignih motenj srčnega ritma v nosečnosti
- M. Bunc: Diagnostika in zdravljenje bolezni koronarnih žil
- U. Breskvar: Peripartalna kardiomiopatija

17.00–17.30 Satelitski simpozij (Pfizer)

17.30–18.00 Odmor

18.00–19.00 **Prispevki iz Nove Gorice**

- J. Maver: Občutljivost barorefleksa in srčno-žilne bolezni
- N. Fikfak: Gaucherjeva bolezen – prikaz primerov
- M. Klemenc: Elastičnost arterij in arterijska hipertenzija

19.00–20.00 **Prispevki iz Novega mesta**

- I. Gradecki: Obremenitvena ehokardiografija srca
- R. Okrajšek: Primarna PTCA – prikaz napotitev iz internega oddelka SB Novo mesto v obdobju od 2001 do 2003
- M. Piletič: FIT – funkcionalna inzulinska terapija

20.00 Večerja

Sobota, 9. oktobra 2004

8.00–9.00 **Prispevki iz Maribora**

- P. Skok: Epidemiološke značilnosti bolnikov s krvavitvami iz prebavne cevi – pregled 10-letnega obdobja
- R. Ekart, R. Hojs: Arterijska hipertenzija pri dializnih bolnikih
- V. Kanič, A. Lobnik: 24-urna pripravljenost pri akutnem koronarnem sindromu
- Z. Pehanec: Sodobni srčni spodbujevalniki v internistični praksi
- D. Vokač: Perkutano vgrajevanje

biventrikularnega srčnega spodbujevalnika

9.00–10.00 **Intenzivna interna medicina**

- D. Štajer: Uporaba ultrazvočne preiskave v urgentni in intenzivni terapiji
- V. Gorjup: Ehokardiografska diagnostika akutnih srčnih bolezni
- A. Pernet: Ehokardiografska ocena hemodinamskega stanja na intenzivnem oddelku

10.00–11.00 **Nefrologija**

- S. Kaplan Pavlovčič, K. Cerk: Zdravljenje kronične ledvične bolezni
- B. Knap: Kardiorenalna anemija

11.00–11.30 Satelitski simpozij (Novartis)

11.30–12.00 Odmor

12.00–13.00 **Hipertenzija**

- R. Accetto: Model ambulantne obravnave bolnikov s hipertenzijo
- J. Dobovišek: Zdravljenje hipertenzije pri bolnikih s srčno boleznijo

13.00–14.00 **Endokrinologija**

- U. Gantar Rott: Hipoparatiroidizem
- M. Koselj: Diabetes in ledvične bolezni
- B. Vujkovic, F. Verovnik, D. Benko: Nadomestno encimsko zdravljenje Fabryjeve bolezni – naše izkušnje

14.00–14.30 Satelitski simpozij

14.30–15.30 Kosilo (pokrovitelj Novartis)

15.30 Skupščina Zdrženja internistov SZD

Namen strokovnega sestanka

Strokovni sestanek je namenjen zdravnikom internistom in zdravnikom v osnovnem zdravstvu. Predstavljene bodo novosti in aktualnosti z več področij interne medicine.

Kotizacija: 30.000,00 tolarjev (cena vključuje DDV) zagotavlja udeležbo na vseh predavanjih in satelitskih simpozijih ter ogled razstave proizvajalcev zdravil. Udeleženci prejmejo zbornik predavanj. Plačilo kotizacije vključuje tudi kosilo prvi in drugi dan predavanj, osvežitve, parkirnine ter zajtrka v petek in soboto. Študentje in upokojeni zdravniki kotizacije ne plačajo.

Kontaktna oseba: prim. mag. Primož Vidali, dr. med., T: 01 723 72 30, F: 01 723 00 18, GSM: 031 369 711, E: pvidal@siol.net

Prijavnico pošljite na naslov: Zdrženje internistov SZD, Računovodstvo, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana. Po prejemu prijavnice vam bomo poslali račun za plačilo kotizacije.

OKUŽBE VSADKOV

organizatorji • Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije SZD v sodelovanju z Zavodom za zdravstveno varstvo Koper in Ortopedsko bolnišnico Valdoltra

ANKARAN, Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Jadranska cesta 31

8.–9. oktober 2004

PROGRAM

Petek, 8. oktobra 2004

13.00–14.00 Registracija udeležencev

14.00–14.15 Otvoritev srečanja

14.15–15.00 Uvodno predavanje: Zimmerli W. Surgical/medical treatment of orthopedic devices-associated infections

15.00–15.30 Sprejem ob otvoritvi

15.30–15.50 Mueller Premru M.: Povzročitelji okužb vsadkov in njihove posebnosti

15.50–16.10 Trampuž A.: Biofilmi: Kako izboljšati diagnostiko in zdravljenje okužb vsadkov

16.10–16.25 Kavčič M., Drinovec B., Trebše R.: Mikrobiološka diagnostika okužb ortopedskih vsadkov – naše izkušnje

16.25–16.45 Beović B.: Antibiotična profilaksa pri bolnikih z vsadki

16.45–17.00 Razprava

Odmor s kavo in čajem

17.15–17.30 Trebše R., Faganelli N.: Antibiotiki v kostnem cementu

17.30–17.40 Faganelli N.: Perioperativna antimikrobna profilaksa v ortopediji

17.40–17.55 Musić D.: Preprečevanje možnosti okužb v operacijskih dvoranah

17.55–18.10 Razprava

20.00 Svečana večerja

Sobota, 9. oktobra 2004

8.30–8.45 Lotrič Furlan S., Meglič Volkar J.,

Lejko Zupanc T.: Okužbe kolčnih endoprotez

8.45–9.00 Pišot V., Bešič D.: Operativno zdravljenje okužb sklepnih protez v OBV od leta 1993 do 2003

9.00–9.10 Trebše R., Trampuž A., Pišot V.: Okužbe ortopedskih vsadkov; Izhod zdravljenja brez odstranjevanja vsadka

9.10–9.20 Stražar K., Pavlovič V.: Okužbe totalnih kolenskih endoprotez – naše izkušnje

9.20–9.30 Travnik L.: Okužbe postoperativnih ran po spondilodezah z instrumentacijami

9.30–9.40 Moličnik A., Lorencič Robnik S., Kramberger S.: Pregled okužb ortopedskih vsadkov v SB Maribor v obdobju od 1999 do 2003

9.40–9.50 Podobnik J., Zdolsek B.: Okužbe vsadkov na Oddelku za ortopedijo in športne poškodbe SB Celje

9.50–10.00 Prlja A., Grmek Košnik I., Dermota U.: Primerjava punktativ kolena po rekonstrukciji križnih vezi s punktati kolena brez vsadkov

10.00–10.20 Razprava

Odmor s kavo in čajem

10.50–11.10 Lejko Zupanc T.: Okužbe umetnih srčnih zaklopk

11.10–11.25 Gasparini M.: Septični zapleti žilnih vsadkov

11.25–11.35 Grom I., Kariž S.: Okužbe pri trajno vstavljenih srčnih vzpodbujevalcih

11.35–11.45 Razprava

Odmor s kavo in čajem

12.00–12.20 Ihan Hren N.: Okužbe povezane z zobnimi implantati

12.20–12.40 Čretnik A.: Okužbe pri učvrstitvi zlomov

12.40–12.55 Kansky A. A.: Okužbe pogojevane z osteosintetskim materialom v obraznem skeletu

12.55–13.15 Bokal Vrtačnik E.: Okužbe pri nosilkah materničnega vložka

13.15–13.30 Razprava

13.30 Zaključek srečanja

Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom vseh specializacij, mikrobiologom in drugim, ki se ukvarjajo s problematiko okužb vsadkov.

Organizacijski odbor: predsednika: prof. dr. Mario Poljak, dr. med., Martina Kavčič, dr. med.,

člani: Bojan Drinovec, prof., mag. Rihard Trebše, dr. med., prim. mag. Venčeslav Pišot, dr. med., prof. dr. Marija Gubina, dr. med., doc. dr. Stanka Lotrič Furlan, dr. med., doc. dr. Katja Seme, dr. med., prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., Tjaša Žohar Čretnik, dr. med., prim. mag. Šime Kopilović, dr. med., Alenka Štorman, dr. med., prof. dr. Srečko Koren, dr. med.

Kotizacija znaša 20.000,00 tolarjev (z DDV-jem) ter vključuje udeležbo na srečanju, zbornik predavanj, večerjo in pogostitev med odmori. Plačila kotizacije so oproščeni predavatelji, upokojeni zdravniki in upokojeni člani Sekcije za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije ter člani organizacijskega odbora srečanja.

Pisne prijave s podatki za izstavitve računa za plačilo kotizacije (točen naziv in naslov plačnika, davčno številko in oznako da ste/niste davčni zavezanec (navedite tudi vašo telefonsko številko, številko faksa in elektronski naslov) pošljite na naslov: Tajništvo katedre, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, F: 01 543 74 18.

Dodatne informacije: ga. Mihaela Oberdank Hrastar, E: mihaela.oberdank-hrastar@mf.uni-lj.si, T: 01 543 74 08.

OSKRBA DIABETIČNEGA STOPALA

Tečaj za skupine v osnovnem zdravstvu, kirurških in diabetoloških ambulantah

PREDDVOR PRI KRANJU,

Hotel Bor – Grad Hrib

8.–9. oktober 2004

PROGRAM

Petek, 8. oktobra 2004

8.00–9.00 Registracija udeležencev
9.00 Pozdrav in uvod v šolo: V. Urbančič

9.20–10.30 Uvod, moderator: M. Piletič

- Epidemiologija, etiopatogeneza in klasifikacija: V. Urbančič
- Nevropatično stopalo: M. Piletič
- Periferna žilna bolezen in diabetična noga: A. Blinc

10.30–11.00 Odmor s kavo, ogled farmacevtske razstave

11.00–12.30 Okužba, moderator: M. Koselj

- Glivične okužbe stopal in nohtov: M. Dolenc Voljč
- Konzervativno zdravljenje inficiranih razjed na stopalu: V. Urbančič
- Kirurško zdravljenje inficiranih razjed na stopalu: C. Triller
- Preprečevanje prenosa rezistentnih sevov: J. Kolman

12.30–14.00 Odmor za kosilo, ogled farmacevtske razstave

14.00–15.30 Zdravljenje razjed, moderator: C. Triller

- Obvezilni materiali: Z. Parač, M. Prešeren
- Mavčenje in kirurške metode razbremenitve: K. Schara
- Fizikalne metode zdravljenja razjed: B. Sedej, N. Kos

15.30–16.00 Odmor s kavo, ogled farmacevtske razstave

16.00–16.40 Obutev, rehabilitacija, moderator: D. Kaloper

- Indikacije, izbira in izdelava ortopedске obutve: H. Burger, P. Novak
- Rehabilitacija po amputaciji: M. Prešern Štrukelj

16.40–18.30 Prikazi primerov iz klinične prakse
Praktični prikaz mavčenja

19.00 Skupna večerja

Sobota, 9. oktobra 2004

9.00–14.00 Delavnice

- Program za medicinske sestre
- Presejalni test za diabetično stopalo: V. Kosmina Novak
- Merjenje perfuzijskih pritiskov: M. Čuk
- Medicinska pedikura: M. Slak
- Program za zdravnike
- Primeri – ishemična noga: M. Kozak, J. Zaletel
- Primeri – nevropatična noga: C. Triller, K. Schara
- Okužba: N. Alikadič, V. Urbančič

14.00 Zaključek tečaja, skupno kosilo in podelitev diplom

Kotizacija: 40.000 tolarjev + DDV. Znižana kotizacija 30.000 tolarjev + DDV za udeležence, ki bodo prikazali lastne klinične primere. Plačilo kotizacije na podlagi računa, ki ga pošljemo po prehodni prijavi.

Informacije in prijave:

mag. Vilma Urbančič, T: 01 522 27 38,
F: 01 522 27 38,
E: vilma.urbancic@kclj.si

SIMPOZIJ O SPANJU

organizatorja • Inštitut za klinično nevrofiziologijo, SPS Nevrološka klinika, KC Ljubljana in Sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD

LJUBLJANA,
bela dvorana Grand hotela Union
22.–23. oktober 2004

PRELIMINARNI PROGRAM:

Četrtek, 21. oktobra 2004

Dopoldanski program

Al W. de Weerd, Renilde A. S. van den Bossche:

- Tehnični vidiki polisomnografije in testa srednje latence uspanja
- Tehnični vidiki ostalih metod snemanja spanja (aktimetrija)
- Vrednotenje polisomnografskih posnetkov

Popoldanski program

Al W. de Weerd, Renilde A. S. van den Bossche:

- Vrednotenje polisomnografskih posnetkov (nadajevanje)
- Avtomatična analiza posnetkov spanja in medicinsko tehnična ocena posnetkov

Petek, 22. oktobra 2004

Predavanje v spomin dr. Janeza Faganela

- Prekomerna dnevna zaspanost: klinična in laboratorijska obravnava, Michel Billiard

Dnevni ritmi

- Melatonin, spanje in cikel budnost – spanje, Bruno Claustat
- Cirkadiani ritmi v povezavi s psihosocialnimi boleznimi, Vito Starc
- Melatonin in ritem spanja ter budnosti pri dojenčkih, Barbara Gnidovec Stražisar

Sindrom nemirnih nog in sindrom periodičnih gibov udov v spanju

- Sindrom nemirnih nog in sindrom periodičnih gibov udov v spanju, Jacques Montplaisir
- Termotest, polisomnografija, makro - in mikrocirkulacija pri bolnikih s sindromom nemirnih nog, Duška Meh
- Obravnava sindroma nemirnih nog pri slovenskih bolnikih, Dušan Flisar

Nevrološke motnje spanja pri otrocih

- Otroške parasomnije, Marie Joseph Challamel
- Spanje pri bolnikih s Prader-Willijevim sindromom, Al W. de Weerd

- Motnje spanja in njihova obravnava v zgodnjem življenjskem obdobju, Barbara Gnidovec Stražisar
- Somnambulizem pri mladostnikih, Leja Dolenc Grošelj

Nevrološke bolezni in motnje spanja pri odraslih

- Epilepsija in epileptični sindromi v spanju, Bogdan Lorber
- Karakteristike spanja pri bolnikih z neuroakantocitozo, Jan Kobal, Leja Dolenc Grošelj, Imad Ghorayeb, François Tison
- Nevrofiziološki mehanizmi motenj spanja, Zoran Djogaš
- Obravnava in zdravljenje nespečnosti v starosti, Leja Dolenc Grošelj

Proste teme

- Fibromialgija, epilepsija med spanjem, bolečinski sindromi in spanje, amiotrofična lateralna skleroza in spanje, narkolepsija in katapleksija, nespečnost

Sobota, 23. oktobra 2004

Nenormalno dihanje med spanjem

- Ali je pri bolnikih z obstruktivno apnejo v spanju dovolj le zdravljenje s trajnim predihavanjem s pozitivnim zračnim tlakom?, Matjaž Fležar
- Sodelovalnost hrvaških bolnikov, zdravljenih s trajnim predihavanjem s pozitivnim zračnim tlakom, Krešimir Hrabrić, Igor Bošnjak, Pavao Krmpotić, Radmila Buljan, Danilo Hodoba
- Nenormalnosti dihanja v spanju otrok, Silvester Kopriva, Barbara Gnidovec Stražisar, David Neubauer
- Uvulopalatoplastika in zvečana upornost v zgornjih dihalih, Igor Fajdiga
- Obravnava in zdravljenje motenj dihanja v spanju, Goran Račić

Kognicija in spanje

- Spanje in kognicija: vloga hemisferne dominantnosti, Danilo Hodoba
- Pomnenje sanj po prebujanju zdravih preiskovancev iz tonične ali fazične REM-faze spanja, Pavao Krmpotić, Danilo Hodoba, Krešimir Hrabrić
- Spanje pri bolnikih z demenco, Radmila Buljan

Proste teme

- Motnje kognicije in spanje

Informacije:

g. Tone Žakelj, Inštitut za klinično nevrofiziologijo (simpozij o spanju), KC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 15 09, F: 01 522 15 33, E: tone.zakelj@kclj.si, W: www.kclj.si/ikn/Dejavnosti/FAGA/2004/prijavnica.doc

OBRAVNAVA BOLNIKOV Z DEMENCO IN STAROSTNO DEPRESIJO

organizator • Psihiatrična bolnišnica Idrija

IDRIJA,
predavalnica Psihiatrične bolnišnice Idrija
29. oktober 2004

PROGRAM

Petek, 29. oktobra 2004

- 8.00–9.00 Registracija udeležencev
9.00–9.15 Otvoritev seminarja in pozdravni nagovor
9.15–9.45 Zvezdan Pirtošek: Nevrološki vidiki demenco
9.45–10.15 Aleš Kogoj: Racionalno zdravljenje psihičnih in vedenjskih motenj pri bolnikih z demenco
10.15–10.45 Sanja Šešok: Nevropsihološki pregled bolnika z demenco
- 10.45–11.00 Razprava
- 11.00–11.15 Odmor
- 11.15–11.35 Marinka Rudolf: Depresija v starosti
11.35–11.55 Marko Pišljar: Pseudodemenca – motnje spoznavanja pri starostni depresiji
11.55–12.15 Sabina Vihtelič, Andreja Kodela: Ohranjanje samostojnosti pri bolniku z demenco
12.15–12.35 Martina Uršič: Pomoč svojcem bolnikov z demenco
- 12.35–14.00 Kosilo
- 14.00–14.20 Mateja Kavčič: Delovnoterapevtska obravnava klientov z demenco
14.20–14.35 Andreja Leban: Delovnoterapevtska obravnava klientov s starostno depresijo
14.35–14.55 Cvetka Bačar, Marko Pišljar: Sodelovanje med farmacevtom in zdravnikom - prikaz primerov
- 14.55–15.00 Odmor
- 15.00–16.30 **Delavnice**
Število udeležencev delavnice je omejeno na 25.

Delavnica A

Mateja Kavčič, Andreja Kodela: Senzorno motivacijska skupina za kliente z demenco

Delavnica B

Marko Pišljar, Martina Uršič: Skupinski pristop pri obravnavi oseb z demenco

Delavnica C

Marinka Rudolf, Sabina Vihtelič, Andreja Leban: Obravnava bolnikov s starostno depresijo

16.30–17.00 Razprava

Zaključek seminarja

Seminar je namenjen psihiatrom, družinskim zdravnikom, delovnim terapevtom, medicinskim sestram zdravstvenim tehnikom in socialnim delavcem.

Organizacijski odbor: Pišljar Marko, Rudolf Marinka, Uršič Martina, Vihtelič Sabina, Kodela Andreja, Kavčič Mateja, Leban Andreja

Strokovni odbor: Pirtošek Zvezdan, Kogoj Aleš, Pišljar Marko, Rupnik Nande, Čuk Vesna, Može Aleksander

Število udeležencev je omejeno. Upoštevali bomo vrstni red prijav.

Kotizacija znaša 10.000,00 tolarjev in vključuje zbornik, potrdilo o izobraževanju, kosilo in osvežitev med odmori. Vplačila sprejema Psihiatrična bolnišnica Idrija, številka TRR 01100-6030276924, sklic na številko 24102004.

Prijave: Sabina Vihtelič, viš. med. ses., in Andreja Kodela, viš. med. ses., Gerontopsihiatrični oddelek, Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot sv. Antona 49, 5280 Idrija, T: 05 37 34 498 (od 8. do 14. ure).
Pisne prijave pošljite do 20. oktobra 2004.

Dodatne informacije:

mag. Marko Pišljar, Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot sv. Antona 49, 5280 Idrija, T: 05 37 34 400, F: 05 37 73 651, E: marko.pisljar@pb-idrija.si

II. DERMATOLOŠKI DNEVI

organizatorja • Oddelek za kožne in spolne bolezni SB Maribor, Združenje dermatologov Slovenije

MARIBOR,
hotel Habakuk
5.–7. november 2004

PROGRAM

Petek, 5. novembra 2004

- 17.00–17.15 Klinična slika genodermatoza u dermatovenerologiji, M. Šitum (Zagreb)
17.15–17.30 Mb. Darier v Sloveniji – epidemiološko-genetična raziskava, A. Godič, J. Miljković, A. Kansky, T. Glavač (Ljubljana, Maribor)
17.30–17.45 Eritropoetična protoporfirija pri prebivalcih Slovenije, P. Marko, A. Kansky, T. Glavač, J. Miljković, M. Gorenjak, I. Krajnc (Maribor, Ljubljana)
17.45–18.00 Difuzne palmoplantarne keratodermije v Sloveniji J. Miljković, A. Kansky, J. Arzenšek, M. Šitum, S. Vuletić, P. Kokol (Maribor, Ljubljana, Celje, Zagreb)
- 18.00–18.30 Odmor
- 18.30–18.45 Mal de Meleda, A. Basta Juzbašič (Zagreb)
18.45–19.00 Papulozna palmoplantarne keratodermija v Sloveniji, J. Miljković, A. Martinez-Mir, AM. Christiano, A. Stanimirović, A. Kansky (Maribor, New York, Zagreb, Ljubljana)
19.00–19.15 Mb. Fabry v Sloveniji – skupinska obravnava in zdravljenje, J. Kotnik (Slovenj Gradec)

Sobota, 6. novembra 2004

- 9.30–9.45 Novosti v zdravljenju atopičnega dermatitisa, V. Dragoš (Ljubljana)
9.45–10.00 Sodoben pristop k zdravljenju urtikarije, M. Kalač Pandurović (Maribor)
10.00–10.15 Zdravljenje najpogostejših spolno

prenosljivih okužb, M. Belič (Maribor)

10.15–10.30 Zdravljenje glivičnih okužb na koži, M. Dolenc Voljč (Ljubljana)

10.30–10.45 Terapija golenje razjede, S. Luft (Maribor)

10.45–11.00 Sodobna terapija psoriaze, P. Marko, J. Miljković (Maribor)

11.00–11.30 Odmor

11.30–11.45 Rozacea – sodobna terapija, B. Žgavec (Ljubljana)

11.45–12.00 Sodobno zdravljenje alopecij, A. Godič (Ljubljana)

12.00–12.15 Sodobna terapija akne, B. Kralj (Ljubljana)

12.15–12.30 Sodobni načini zdravljenja kondilomov, L. Stojanović, B. Mlakar (Ljubljana)

12.30–12.45 Terapija kožnih manifestacij Lymse borelioze, P. Marko, J. Rejc Marko, J. Miljković (Maribor)

12.45–13.00 Psihosomatski aspekti nekaterih kožnih bolezni, S. Vujanović, J. Miljković (Celje, Maribor)

13.00–13.30 Odmor

13.30–13.45 Uporaba laserja v dermatologiji, M. Adamič (Ljubljana)

13.45–14.00 Terapija kožnih tumorjev, I. Bartenjev (Ljubljana)

14.00–14.15 Lokalna terapija prekancerov, M. Rogl Butina (Ljubljana)

14.15–14.30 Uporaba laserja pri zdravljenju nekaterih dermatov, M. Rogl Butina, I. Bartenjev (Ljubljana)

Nedelja, 7. novembra 2004

9.00–10.00 Prikaz primerov

10.00–11.00 Proste teme

Kotizacija: 20.000,00 tolarjev (DDV je vključen). Nakažete jo na račun ZSD Nova LB, KC, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, št.: 02014-0089341717.

Informacije: ga. Branka Sabolek, Oddelek za kožne in spolne bolezni, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 27 05, F: 02 331 23 93, E: miljkovic.j@sb-mb.si

II. MEMORIAL LEVA MILČINSKEGA Vpliv spola na suicidalno vedenje

organizatorji • Slovensko združenje za preprečevanje samomora, Psihiatrična klinika Ljubljana, SAZU, ZRS SAZU

LJUBLJANA,
Slovenska akademija znanosti in umetnosti
11.–12. november 2004

PROGRAM

Četrtek, 11. november 2004

8.00–9.00 Registracija udeležencev

9.00–9.30 Otvoritev Memoriala in pozdravni govori (predsednik Slovenske akademije znanosti in umetnosti, minister za zdravje Republike Slovenije, predsednica Slovenskega združenja za preprečevanja samomora)

9.30–12.00 Plenarna predavanja

- Prof. Silvia Sara Canetto, PhD, University of Colorado, USA: Suicidalno vedenje žensk in moških: Vloga spolnih ideologij
- Assoc. Prof. Heidi Hjelmeland, PhD, University of Trondheim, Norway: Komunikacijski aspekt suicidalnega vedenja: Ali obstajajo razlike po spolu?
- Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., Medicinska fakulteta, Ljubljana: Primerjava imunološkega in kulturološkega pogleda na moški in ženski samomor
- Prof. Lanny Berman, PhD. American Association for Suicidology, USA: Iskanje pomoči pri suicidalnih moških in ženskah

14.00–16.00 **Delavnice in razpravljalne skupine**

Delavnica 1:

• doc. dr. Marina Zorman, asist. mag Borut Škodlar, dr. med.: Primer samomorilnega vedenja skozi okno jezika

Razpravljalska skupina 1:

• Nuša Konec Juričič, dr. med., asist. Darinka Klančar, dr. med.: Krepitev duševnega zdravja in preprečevanje samomorilnega vedenja v skupnosti - primer iz prakse

Delavnica 2:

• Jana Borštnar, dr. med., Mojca Močnik Bučar, dr. med.: Prikaz obravnave pacientke s poskusom samomora – ali – kako je gospa X želela umreti

16.30–18.00 Pogovor s prof. dr. Bazilijo Pregelj

Petek, 12. november 2004

9.00–10.30 Plenarna predavanja

- Prof. dr. Slavica Selaković Bursič, dr. med., Institute of Psychiatry, Novi Sad, SČG: Moški samomor po obdobju vojne

- Prof. dr. Svetlana Slapšak, Institutum Studiorum Humanitatis, Ljubljana, Slovenija: Arhetip ženskega samomora skozi zgodovino

11.00–13.00 **Delavnice, razpravljalne skupine**

Razpravljalska skupina 2:

- Vlasta Meden Klavora, dr. med., Dubravka Trampuž, dr. med.: Smrt v slikah

Razpravljalska skupina 3:

- Miha Horvat, univ. dipl. antropolog, Anja Simonič, univ. dipl. psih.: Kako samomor bližnjega odmeva v ženskem in kako v moškem svetu?

Delavnica 3:

- Asist. Darinka Klančar, dr. med.: Ali so moški manj krepotni od žensk

15.00–17.00 Okrogla miza

- Moč spola, Berman, Canetto, Hjelmeland, Ihan, Marušič, Selaković Bursič, Slapšak
Moderatorica: Onja Tekavčič Grad

Zaključek

Kotizacija: 15.000,00 tolarjev člani združenja, 20.000,00 tolarjev nečlani (DDV je vključen).

Informacije: mag. Tina Zdravec, KO za mentalno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

XVIII. REPUBLIŠKI STROKOVNI SEMINAR DZDS Strokovna doktrina Stomatološke klinike

organizator • Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije (DZDS)

ROGAŠKA SLATINA

11.–13. november 2004

PROGRAM

Četrtek, 11. novembra 2004

16.00 Prihod in prijava udeležencev
17.00 Otvoritev
17.15 Ljubo Marion: Algoritem celovite stomatoprotetične oskrbe
17.45 Ecijo Sever: Učinkovitost žvečenja kot kazalec kakovosti stomatoprotetične oskrbe

18.00–18.30 Razprava

Petek, 12. novembra 2004

- 9.00–9.30 Narcisa Košir: Predšolski otrok kot pacient v zobozdravstvu
- 9.30–9.45 Rok Kosem: Rentgenska diagnostika pri poškodbah zob in obzobnih tkiv
- 9.45–10.15 Franek Klemenc: Doktrinarna izhodišča pri endodontskem zdravljenju
- 10.15–10.45 Odmor
- 10.45–11.00 Janja Jan: Sodoben pristop pri uporabi apeks lokatorja v endodontiji
- 11.00–11.20 Marjana Longar: Kontrola kakovosti rentgenskih posnetkov
- 11.20–12.00 Razprava
- 12.00–15.00 Kosilo
- 15.00–15.45 Franc Farčnik, Maja Ovsenik, Martina Drevnšek: Zgodnja in pozna obravnava čeljustnih in zobnih nepravilnostih
- 15.45–16.15 Uroš Skalerič: Algoritem parodontalnega zdravljenja
- 16.15–16.30 Rok Schara: Stanje obzobnih tkiv pri nosečnicah s sladkorno boleznijo
- 16.30–17.00 Odmor
- 17.00–18.00 X. memorialno predavanje prof. dr. Jožeta Ranta
Prof. dr. Aris Tripodakis (Grčija): Implantoprotetična oskrba pacientov
- 18.00–19.00 Razprava
- 20.00 Skupna večerja

Petek, 12. novembra 2004**Program za stomatološke sestre**

- 15.00–15.20 Loti Hreščak: Komunikacija v procesu zdravstvene nege
- 15.20–15.40 Marja Jelnikar: Psihofizična priprava bolnika na poseg v zobni ambulanti
- 15.40–16.00 Zorica Kardoš: Nujna stanja v zobni ambulanti
- 16.00–16.20 Marjeta Lonar, Metka Halik: Zdravila in pripomočki pri nujnih stanjih
- 16.20–16.50 Razprava

Sobota, 13. novembra 2004

- 9.30–10.00 Nenad Funduk: Dentalni implantat v zagotavljenem programu
- 10.00–10.15 Dušan Šušterčič: Problemi stomatoprotetične rehabilitacije pacientov po kirurških posegih
- 10.40–11.00 Razprava
- 11.00 Zaključek

Obvestilo

Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije (DZDS) obvešča vse zobozdravstvene delavce, da prireja XVIII. republiški strokovni seminar DZDS, Strokovna doktrina Stomatološke klinike Rogaška 2004.

Strokovna predavanja so izbrana tako, da bodo zanimala večino zobozdravstvenih delavcev. Udeleženci seminarja bodo dobili potrdilo, ki se bo upoštevalo za podaljšanje licence.

Kotizacija:

- za zobozdravnike do 30. 10. 2004 36.000,00 tolarjev; po tem datumu 38.000,00 tolarjev
- za zobotehnike in rentgenske tehnike 30.000,00 tolarjev; po tem datumu 32.000,00 tolarjev
- za medicinske sestre 25.000,00 tolarjev

V ceni kotizacije sta všteta 20-odstotni davek in skupna večerja.

Prijavnice pošljite na naslov: ga. Martini Kajzer, Stomatološko kliniko, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana. Po prejeti prijavnici bomo osem dni pred pričetkom seminarja izstavili račun. Datum prijave se upošteva pri višini kotizacije.

Dodatne informacije dobite na
T: 01 300 21 10 ali GSM: 040 528 655.

Prenočišče lahko rezervirate pisno ali po telefonu v Zdravilišču Rogaška na
T: 03 811 47 09 ali po F: 03 811 47 32.

V času seminarja bo organiziran tudi teniški turnir. Za organizacijo bo poskrbel g. Peter Goltes, pri katerem se lahko prijavite pisno ali po T: 01 522 42 43.

S priručnimi pozdravi in nasvidenje v Rogaški.

STROKOVNI SIMPOZIJ Z MEDNARODNO UDELEŽBO OB 50. OBLETNICI ODDELKA ZA TORAKALNO KIRURGIJO SPLOŠNE BOLNIŠNICE MARIBOR

organizator • Oddelek za torakalno kirurgijo SB Maribor

MARIBOR,
Kongresni center Habakuk
19. november 2004

PROGRAM**Petek, 19. novembra 2004**

- 8.00–12.00 Registracija
- 9.00–9.40 Otvoritev
Nastop godalnega kvarteta bratov Feguš
Pozdravni govor predsednika organizacijskega odbora (Crnjac A.)
Podelitev priznanj
Pozdravni govor direktorja SBM
- 9.40–10.00 Predstavitve Oddelka za torakalno kirurgijo – predstojnik oddelka (Antonič J.)
- 10.15 Začetek predavanj

Bolezni pleuralnega prostora in hiperbarična kirurgija

- 10.15–10.30 Smolle - Juttner F. M., Pinter H., Gabor S., Matzi V., Lindenmann J., Klemen H. (Gradec, Avstrija): Hyperbaric Surgery - Hyperbaric Medicine. New frontiers.
- 10.30–10.40 Maier A., Gabor S., Matzi V., Lindenmann J., Pinter H., Smolle - Juttner F. M. (Gradec, Avstrija): Surgery in Mesothelioma - a therapeutic challenge
- 10.40–10.50 Debeljak A., Kecelj P., Kern I., Eržen J., Kovač V., Debevc L. (Golnik, Slovenija): Diagnostična torakoskopija pri malignem pleuralnem mezoteliomu
- 10.50–11.00 Eržen J. (Ljubljana, Slovenija): Sodobno zdravljenje malignega pleuralnega mezotelioma
- 11.00–11.10 Kecelj P., Debeljak A., Kern I., Vidmar S. (Golnik, Slovenija): Benigne solitarne spremembe na

11.10–11.20 plevri opredeljene s torakoskopijo
Zorko A., Antonič J., Crnjac
A., Veingerl B., Vidovič D.
(Maribor, Slovenija): Empiem po
pnevmonektomiji

11.20–11.30 Jerman J. (Ljubljana,
Slovenija): Videotorakoskopska
simpatektomija

11.30–11.40 Crnjac A., Sok M., Kamenik M.,
Antonič J., Zorko A., Veingerl B.,
Vidovič D. (Maribor, Slovenija):
Vrednost pH malignega
plevralnega izliva kot napovedni
dejavnik uspešnosti plevrodeze

11.40–12.00 Razprava

12.00–12.30 Odmor za kavo

Kirurško, bronhoskopsko in onkološko zdravljenje boleznij pljuč in dihalnih poti

12.30–12.45 Slobodnjak Z., Janevski Z.,
Jalšovec D., Stančić-Rokotov
D., Nikolić I. (Zagreb, Hrvaška):
Naša izkustva u liječenju
postintubacijskih stenoza traheje

12.45–13.00 Sok M., Vidmar S., Jerman J., Turel
M., Cerovič O., Aleš A., Jankovič V.,
Oberauner L., Strauch L. (Ljubljana,
Slovenija): Prva transplantacija
pljuč v Sloveniji

13.00–13.10 Debeljak A., Triller N., Kecelj P.,
Letonja S. (Golnik, Slovenija):
Bronhoskopsko odstranjevanje
tumorjev sapnika in velikih
bronhijev

13.10–13.20 Triller N., Kecelj P., Kern I. (Golnik,
Slovenija): Endobronhialni
ultrazvok v diagnostiki povečanih
mediastinalnih bezgavk in
perifernih pljučnih lezij

13.20–13.30 Varga T., Vidovič D., Osrajnik I.
(Maribor, Slovenija): Terapevtska
bronhoskopija z Nd: Yag laserjem
na Oddelku za pljučne bolezni
Splošne bolnišnice Maribor

13.30–13.40 Kovač V., Smrdel U. (Ljubljana,
Slovenija): Ali lahko metaanaliza
kliničnih študij razreši
nekatero dilemo pri zdravljenju
nedrobnoceličnega raka pljuč?

13.40–13.50 Osrajnik I., Debevc M., Edelbaher
N. (Maribor, Slovenija): Naše
izkušnje z zdravljenjem
drobnoceličnega pljučnega raka z
ifosfamidom in etoposidom

13.50–14.00 Edelbaher N., Debevc M.,
Osrajnik I. (Maribor, Slovenija):
Naše izkušnje z zdravljenjem
nedrobnoceličnega pljučnega raka

s cisplatinom in gemcitabinom

14.00–14.20 Razprava

14.20–15.00 Odmor s prigrizkom

GERB, diagnostični posegi in anestezija v torakalni kirurgiji

15.00–15.10 Vadnjal A., Kučič J. (Maribor,
Slovenija): Petdeset let torakalne
anestezije v SBM

15.10–15.20 Borovšak Z., Zorko N. (Maribor,
Slovenija): Poškodbe toraksa in
ARDS

15.20–15.30 Bitenc M. (Ljubljana, Slovenija):
Laparoskopsko zdravljenje GERB

15.30–15.40 Veingerl B., Antonič J., Zorko
A., Crnjac A., Vidovič D., Urlep
D. (Maribor, Slovenija): Kirurško
zdravljenje preponske hiatalne kile
in GERB

15.40–15.50 Skok P., Očepek A., Čeranič D.,
Pocajt M. (Maribor, Slovenija):
Tujki v zgornji prebavni cevi in
endoskopski posegi

15.50–16.00 Čeranič D., Skalicky M., Skok
P., Urlep D. (Maribor, Slovenija):
Bolezni požiralnika in EUZ

16.00–16.10 Osolnik K. (Golnik, Slovenija):
Kirurške pljučne biopsije – naše
izkušnje (1999-2004)

16.10–16.20 Matela J., Tomažič D., Frangež
T., Naji J., Ruprecht M. (Maribor,
Slovenija): Posegi interventne
radiologije pri obolenjih požiralnika

16.20–16.30 Vadnjal S., Zalar J. (Maribor,
Slovenija): Diagnostika pljučnih
in mediastinalnih boleznij z MR
– izkušnje v SBM

16.30–16.40 Zalar J., Vadnjal S. (Maribor,
Slovenija): Pojavne oblike raka na
preglednem posnetku

16.40–17.00 Razprava

17.45 Slavnostna večerja

Kotizacije ni.

Informacije: asist. mag. Anton Crnjac, Oddelek
za torakalno kirurgijo, SB Maribor, Ljubljanska
5, 2000 Maribor, T: 02 321 14 20, E: anton.
crnjac@sb-mb.si.

KRITIČNO BOLAN IN POŠKODOVAN OTROK – RAZPOZNAVNA, ZDRAVLJENJE IN PREVOZ

organizator • KO za otroško kirurgijo in intenzivno
terapijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana

LJUBLJANA, Klinični center

19.–20. november 2004

PROGRAM

Petek, 19. novembra 2004

8.00–9.00 Registracija
9.00–9.10 J. Primožič: Uvodne besede
9.10–9.35 I. Lazar, A. Škofljanec: Kačji piki pri
otroku
9.35–9.50 A. Borinc Berden: Doktrinarni
pristop k zdravljenju akutnega
laringitisa
9.50–10.15 B. Stirn Krajnc: Akutne poškodbe
oči pri otroku
10.15–10.45 Odmor
10.45–11.10 M. Edlinger: ECG in Paediatric
Rescue
11.10–11.30 D. Gvardijančič: Topa poškodba
trebuha
11.30–11.45 Razprava
11.45–13.00 Kosilo

13.00–13.30 J. Primožič: Razpoznavna kritično
bolnega otroka
13.30–14.00 Š. Grosek, M. Kremesec: Oskrba
dihalnih poti
14.00–14.30 G. Kalan: Prikaz temeljnih
postopkov oživiljanja in odstranitve
tujka
14.30–15.00 Odmor

15.00–17.00 Enourne vaje (dvakrat)
17.00–17.30 Odmor

17.30–19.30 Enourne vaje (dvakrat)

Vaje

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

Sobota, 20. novembra 2004

8.30–9.15 I. Vidmar: Aritmije
9.15–9.45 B. Gaber: Pristop k
poškodovanemu otroku
9.45–10.15 Odmor

10.15–12.15 Enourne vaje (dvakrat)
12.15–12.45 J. Babnik: Oživiljanje novorojenčka
12.45–14.00 Kosilo

14.00–16.00 Enourne vaje (dvakrat)
16.00–16.30 A. Škofljanec: Oskrba po oživiljanju
16.30–16.45 M. Derganc: Hipotermija in pomen vazopresina pri oživiljanju otrok
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

Kotizacija 50.000 tolarjev (v ceno je že vključen DDV). Nakazilo: Klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana. Podračun EZR št.: 01100-6030277894, sklic 299 30 32 z oznako »Kritično bolan otrok«.

Informacije: doc. dr. Janez Primožič, ga. Karmen Boh, KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Klinični center Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 33 49, 522 48 29, E: karmen.boh@kclj.si

Organizator si pridržuje pravico do manjših sprememb v dokončnem programu!

6. PODIPLOMSKI SEMINAR - ZDRAVLJENJE S KRVJO "Zdravljenje s krvjo v nosečnosti"

organizatorji • Klinični center Ljubljana, Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino, Evropska šola za transfuzijsko medicino

PORTOROŽ,
Grand Hotel Bernardin
3.–4. december 2004

PROGRAM

Petek, 3. decembra 2004

Fiziološke spremembe v nosečnosti

- 9.00–9.20 Spremembe v krvi (Blejec)
9.20–9.40 Anemije (Premru Sršen)
9.40–10.00 Koagulacija v nosečnosti in ob porodu (Andoljšek)
10.00–10.20 Trombocitopenije v nosečnosti (Meglič Matoh, Novak)
10.20–10.40 Diagnostika trombocitopenij v nosečnosti (Rožman)
10.40–11.00 Laboratorijska diagnostika hemostatskih motenj (Urlep Šalinovič)

11.00–11.15 Odmor

Urgentna stanja

- 11.15–11.55 Urgentna stanja v nosečnosti in ob porodu (Kretschmer)
11.55–12.35 Smernice za ukrepanje pri urgentnih stanjih (Messmer)
12.35–13.15 (Rossi)
13.15–13.30 Razprava

13.30–15.00 Odmor

Krvavitve

- 15.00–15.20 Krvavitve v zgodnji nosečnosti (Vogler)
15.20–15.40 Krvavitve v drugi polovici nosečnosti (Blejec)
15.40–16.00 Krvavitve ob in po porodu (Cerar)
16.00–16.20 Anestezijske tehnike in obvladovanje ob- in poporodnih krvavitev (Beljanski Rogan)
16.20–16.40 Avtotransfuzija in hemafereza (Cukjati)
16.40–17.00 Razprava

19.00 Večerja

Sobota, 4. decembra 2004

Krvotvorne matične celice iz popkovnične krvi

- 9.00–9.40 Krvotvorne matične celice iz popkovnične krvi (Rebula)
9.40–10.00 Zbiranje in predelava (Domanovič)
10.00–10.20 Vpliv tkivne (ne)skladnosti pri transplantaciji KMC iz popkovnične krvi (Jeras)
10.20–10.40 Banka in register (Tonejc)
10.40–11.00 Razprava

11.00–11.20 Odmor

Učne delavnice

- 11.20–12.05 Vodenje nosečnice
12.05–12.50 Ukrepi pri krvavitvah v nosečnosti, ob in po porodu

Sklepna konferenca

- 13.00–13.20 Delovanje sistema hemovigilance v Sloveniji (Potočnik)
13.20–14.00 Zaključki

Strokovni koordinatorji seminarja: asist. Slavenka Beljanski Rogan, prim. Tanja Blejec, prim. Irena Bricl, prim. Vanda Brubnjak Jevtič, prof. dr. Umberto Rossi

Informacije: ga. Natalija Lampreht, T: 01 543 82 45, E: natalija.lampreht@ztm.si, ga. Tea Tollazzi, T: 01 543 82 70, E: tea.tollazzi@zt
Prijava in podrobnejše informacije o seminarju se nahajajo na spletni strani Zavoda RS za transfuzijsko medicino
W: <http://www.ztm.si>

OBVESTILO

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Vrazov trg 2 razpisuje v zimskem semestru šolskega leta 2004/2005 naslednje podiplomske tečaje:

1. Klinična nefrofiziologija – smer elektromiografija
2. Družinska dinamika
3. Psihopatologija
4. Bolnišnična higiena
5. Zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine

ad 1)

Na tečaj iz Klinične nefrofiziologije (področje elektromiografije) se lahko prijavi kandidati - specialisti oziroma specializanti s posameznih področij medicine. Sprejeti bodo največ trije kandidati. Podiplomski tečaj iz klinične nefrofiziologije bo trajal šest mesecev, od novembra 2004 do konca aprila 2005. Šolnina je odvisna od števila prijav: 1.200.000,00 tolarjev na osebo, če se bodo prijavi trije kandidati, oziroma 1.500.000,00 tolarjev ob prijavi dveh oziroma enega kandidata.

ad 2)

Na dvosemestrski podiplomski tečaj "Družinska dinamika II" se lahko prijavi diplomanti Medicinske fakultete, Filozofske fakultete, oddelka za psihologijo, Visoke šole za socialne delavce ter diplomante humanističnih smeri univerzitetnega študija, ki delajo z družinami in so uspešno zaključili tečaj Družinske dinamike I. Prednost pri izbiri bodo imeli diplomanti Medicinske fakultete ter diplomanti Filozofske fakultete, oddelka za psihologijo. Sprejetih bo 30 slušateljev. Šolnina znaša predvidoma 220.000,00 tolarjev na semester. Pričetek tečaja bo v mesecu oktobru 2004.

ad 3)

Na dvosemestrski podiplomski tečaj »Psihopatologija« se lahko prijavi diplomanti Medicinske fakultete in Filozofske fakultete, oddelka za psihologijo. Sprejetih bo do 25 slušateljev. Šolnina znaša predvidoma 230.000,00 tolarjev na semester. Pričetek tečaja bo v mesecu oktobru 2004.

ad 4)

Na enosemestrski podiplomski tečaj »Bolnišnična higiena« se lahko prijavijo diplomanti višje in visoke šole za medicinske sestre, fizioterapevti in sanitarni inženirji, ki so zaposleni v zdravstvenih zavodih v Sloveniji. Na tečaj bo sprejetih od 20 do 30 slušateljev. Šolnina za semester bo predvidoma 220.000 tolarjev. Pričetek tečaja bo 15. novembra 2004.

ad 5)

Na dvosemestrski podiplomski tečaj »Zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine« se lahko prijavijo diplomanti Medicinske fakultete. Na tečaj bo sprejetih 30 kandidatov. Šolnina za en semester bo predvidoma 347.638,00 tolarjev.

Prijave sprejema tajništvo Medicinske fakultete, Vrazov trg 2, Ljubljana do 31. avgusta 2004. Prijavi oziroma prošnji priložite: življenjepis, fotokopijo diplome, potrdilo o opravljenem specialističnem izpitu (pri tečajih, kjer je pogoj), izjavo ustanove ali kandidata o plačilu šolnine. Vsi kandidati bodo pravočasno obveščeni o kraju in začetku tečaja.

SPOROČANJE SLABE NOVICE

organizator •
Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana

LOGARSKA DOLINA, hotel Plesnik
28.–29. oktober 2004
12.–13. november 2004
26.–27. november 2004

PROGRAM

Prvi dan

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

Drugi dan

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

Učna delavnica je namenjena vsem, ki se srečujejo z okoliščinami, ko morajo bolnikom in njihovim svojcem sporočiti neugodno diagnozo, slabše prognozične izgleda, poslabšanje bolezni, vsakodnevene neprijetne spremembe zdravstvenega stanja, neuspešno zdravljenje, nenadno smrt ali slab izid zdravljenja.

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

Opredelitev teoretičnih znanj, ki jih pridobijo udeleženci:

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

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

- veščine za osnovni intervju z bolnikom,
- veščine sporočanja slabe novice,
- veščine opazovanja v sporazumevanju z bolnikom za učinkovito prilagajanje bolnikovim potrebam,
- veščine za spodbujanje bolnikovega soodločanja in sodelovanja v oskrbi,
- veščine ukrepanja v sporazumevanju ob težavnih situacijah (šok, jeza, žalost, zanikanje,...),
- veščine za boljše sporazumevanje z bolnikovimi bližnjimi in sodelavci v skupini,
- prepoznavanje in opuščanje neučinkovitih načinov sporazumevanja, ki vodijo v izčrpanje.

Kotizacija za udeležbo na učni delavnici znaša 29.000,00 tolarjev (DDV ni vključen) in zagotavlja: udeležbo na teoretičnem in praktičnem delu učne delavnice, pisna gradiva, osvežitve in prigrizke med odmori. Kotizacija ne vključuje drugih obrokov hrane in prenočišča. Račun za plačilo kotizacije bomo izstavili plačniku po končani učni delavnici, ne glede na datum prijave. Kotizacijo nakažite na transakcijski račun Zavoda za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana, odprt pri SKB BANKA d.d., št.: 03171-1085403050.

Informacije, prijave in rezervacije prenočišča: ga. Barbara Ravnik, Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana, Vegova 8, 1000 Ljubljana, T: 031 632 168, E: ravnikbar@mail.ljudmila.org ali urska.lunder@mail.ljudmila.org

Namestitev udeležencev: prenočišča so na voljo v Hotelu Plesnik in v Vili Palenk v Logarski dolini

DELOVNA MESTA

Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika

s polnim delovnim časom. Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas za delo v urgentni ambulanti in ambulanti splošne medicine.

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta splošne smeri,
- opravljen strokovni izpit oziroma sekundariat s preizkusom usposobljenosti,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v osmih dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom dr. Julija Polca, Novi trg 26, 1241 Kamnik.

Zdravstveni dom Lenart

objavlja prosti delovni mesti

zdravnika specialista splošne medicine in zdravnika specialista pediatra ali specialista šolske medicine

Pogoji:

- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- specialistični izpit,
- aktivno znanje slovenskega jezika (ustno, pisno),
- šoferski izpit B kategorije.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom s trimesečnim poskusnim delom.

Rok prijave osem dni po objavi razpisa. Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju zahtevanih pogojev in s kratkim življenjepisom naj kandidati pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Lenart, Kadrovska služba, Maistrova ul. 22, 2230 Lenart.

O izidu izbire bodo kandidati obveščeni v tridesetih dneh po preteku roka za prijavo.

Zdravstveni dom Ljubljana

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika

za določen čas.

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije.

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

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. Imamo vizijo in zastavljen cilj: postati najboljša regijska bolnišnica v Sloveniji. Pridružite se nam! Pričakujemo, da boste poslali vaše cenjene ponudbe za zasedbo naslednjih delovnih mest: **zdravnik/zdravnica specialist anesteziologije z reanimatologijo zdravnik/zdravnica specialist radiologije zdravnik/zdravnica specialist interne medicine zdravnik/zdravnica specialist pediatrije**

Pogoji:

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

Delovno razmerje s posameznim kandidatom oziroma kandidatko bomo sklenili za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom in polnim delovnim časom.

Nudimo vam možnost strokovnega in osebnega razvoja, stimulativen zaslužek in vam po potrebi poiščemo ustrezno najemno stanovanje. Vaše ponudbe pričakujemo v roku petnajst dni po objavi na naslov: Splošna bolnišnica Jesenice, C. M. Tita 112, 4270 Jesenice.

Javni zavod Zdravstveni dom Trebnje

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika splošne medicine

Delovno razmerje bomo sklenili za določen čas (eno leto) s polnim delovnim časom (možnost podaljšanja delovnega razmerja).

Pogoji:

- diploma Medicinske fakultete,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- opravljen vozniški izpit B kategorije.

Ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov:
Zdravstveni dom Trebnje,
Goliev trg 3, 8210 Trebnje.

Javni zavod Zdravstveni dom Radeče

objavlja prosto delovno mesto **zdravnika specialista splošne ali družinske medicine ali zdravnika z opravljenim sekundarijatom in licenčnim izpitom**

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas s poskusno dobo treh mesecev (za nadomeščanje delavke v času porodniškega dopusta). Delovno mesto je prosto po dogovoru.

Pogoji:

- zdravnik specialist splošne/družinske medicine ali zdravnik po opravljenem sekundarijatu,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B kategorije.

Rok za oddajo vlog je petnajst dni. Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratak življenjepis pošljejo na naslov: Javni zavod Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče. Za vse dodatne informacije pokličite na tel.: 03 568 02 00.

OZG OE Zdravstveni dom Škofja Loka

objavlja prosto delovno mesto za **dva zdravnika splošne medicine s končanim sekundarijatom oziroma zdravnika splošne medicine, ki bo končal sekundarijat v enem letu.**

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta – smer splošna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije oziroma, da jo pridobi v enem letu,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- potrdilo o slovenskem državljanstvu,
- delo z računalnikom.

Z izbranim kandidatom bomo delovno razmerje sklenili za nedoločen čas s poskusnim delom tri mesece.

Pisne prijave naj kandidati pošljejo v osmih dneh po objavi na naslov: OZG OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka.

Dental design d.o.o.,

Zasebna zobozdravstvena ambulanta Velike Lašče

objavlja prosto delovno mesto

doktorja/direktorice dentalne medicine

s polnim delovnim časom.

Pogoji:

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

Prijave pričakujemo na naslov:
Dental design d.o.o.,
Javorškova 9, Velike Lašče.

**Preobrazba, Zasebna psihiatrična ordinacija
dr. sc. med. Janez Rugelj, dr. med.,**

razpisuje delovno mesto

zdravnika

(specializanta psihiatrije ali psihiatra)

Pogoji:

- diploma Medicinske fakultete, oddelek za medicino,
- opravljen strokovni izpit oziroma sekundarijat,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poznavanje osnov računalništva,
- vrhunsko telesno, socialno, duševno in duhovno zdravje,
- dar za delo z ljudmi, ustrezno karizmo in z dobro elokvenco,
- družinsko stanovanje v Ljubljani.

Kandidat bo deloma doma, deloma v Zagrebu opravil specializacijo iz psihiatrije in se še dodatno usposobil za delo z alkoholiki, drugimi odvisniki in "ljudmi v stiski" po originalni Hudolinovi in socialno-andragoški metodi (metodi radikalne psihoterapije in osebnostne preobrazbe), kar pomeni, da mora izpolnjevati naslednje dodatne pogoje (Rugelj: Pot samouresničevanja, Lj. 2000, - 1200 strani):

- da je sposoben s pacientom vzpostaviti tvoren empatični odnos in ga z lastnim zgledom in odločno voditi (preko uvida in vsestranskega ter dolgoročnega delovanja) iz mizerije zdrsa in nevrotičnega životarjenja v smer poklicanosti, zakoreninjenosti, elitizma in samouresničevanja,
- da je sposoben vzpostavljati in se z nadpovprečno naklonjenostjo odzivati na tri vrste transferja (ženske v krizi, resnega in ambicioznega moškega in izgubljenega mladeniča),
- da ima vrhunsko strokovno izobrazbo, ali pa da je vsaj na poti do nje,
- obvladati mora zgodovinsko in antropološko znanje, ki so ga za oblikovanje osebnosti človeka premgli v plemenskem in patriarhalnem sistemu, delno pa tudi v samostanih in raznih internatih (moja terapevtska skupnost dela po modificiranem plemenskem sistemu, kar pomeni, da bi moral moški, ki bi se lotil dela po moji metodi, imeti nekatere lastnosti plemenskega poglavarja),
- mora imeti svoj sistem skupin, ki so

integrirane v terapevtski skupnosti z močnim »zdravim jedrom«,

- obvladati mora subtilno kombinacijo usklajenega avtoritativnega in permisivnega vodenja skupinske, družinske, partnerske in individualne psihoterapije,
- mora oblikovati natančen (in objavljen!) stopnjevanj (1. in 2. stopnje) program psihoterapije, ki dovolj dolgo traja (osnovni tri leta, stabilizacijski deset let ter doba vračanja vsaj pet let) in ki vsebuje terapevtski pakt ter seznam čez 50 vzgojno-terapevtskih sredstev,
- da je učitelj vseh vzgojno-terapevtskih sredstev, zlasti pa: telovadbe, teka, planinarjenja, biblioterapije, kreativnega pisanja, avtoritativnega vodenja, elitizma, terapevtskega postenja, zakoreninjevanja v družini, poklicu in družbi, radikalne usmeritve v zdravo in ustvarjalno življenje itd.,
- redno mora ovrednotiti rezultate svojega dela in jih tudi objaviti,
- imeti mora vrhunsko urejeno dokumentacijo: popisi bolezni, zborniki, knjižnica itd.,
- poskrbeti mora za ustrezno supervizijo, ali pa (če je ogrožen, kot sem jaz) za poseben sistem utrinkov in preglednih referatov,
- z ustrezno redno publikacijo (podobno kot je moja revija Pot v sožitje in Bilten ATS) mora skrbeti za posebno spodbudnost in transparentnost delovanja sistema.

Kandidat se bo moral obvezati, da bo opravil magistrski in doktorski študij in se usposobil za poljudno strokovno in znanstveno publicistiko ter za že utečeno nadpovprečno precizno dokumentiranje celotnega delovanja. Specializacija se začne po polletni preizkusni dobi uvodnega usposabljanja za delo po socialno-andragoški metodi. Delo je za nedoločen čas, z možnostjo, da do konca poklicnega življenja, kot moj naslednik, deluje v prostorih "Fundacije dr. R. za pomoč ljudem v stiski", na Zasavski cesti 42.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev sprejemam 15 dni po objavi na naslov: Preobrazba, Zasebna psihiatrična ordinacija, dr. sc. med. Janez Rugelj, dr. med., Zasavska cesta 42, 1231 Ljubljana Črnuče, T: 01 561 31 67, 561 31 71, E: janez.rugelj@guest.arnes.si, W: www.preobrazba-rugelj.si

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

Javni zavod Zdravstveni dom Trbovlje

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika – zdravnice dentalne medicine

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta, odsek za stomatologijo,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece.

Nudimo družinsko stanovanje.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratak življenjepis v osmih dneh po objavi tega razpisa pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Trbovlje, Kadrovska služba, Rudarska cesta 12, 1420 Trbovlje.

O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v tridesetih dneh po izbiri.

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 uredništvo je 10. v mesecu za objavo v številki, ki izide prvega v naslednjem mesecu.

OGLASI

Radi bi povečali našo ekipo v
Okrajni bolnišnici
Lienz/ Vzhodna Tirolska/ Avstrija,

zato iščemo

zdravnike specialiste za psihiatrijo
in
diplomirane psihiatrične negovalce
(DGKS/P)
za naš novi psihiatrični oddelek.

Naša bolnišnica je opremljena z vso nujno medicinsko opremo, ima 362 postelj in je ena največjih specializiranih okrajnih bolnišnic na čudovitem tirolskem podeželju.

Zaposlitev sledi skladno z določili veljavnega občinskega zakona o delovnih razmerjih, z vsemi dodatno sprejetimi zakonskimi določili.

Če menite, da je ponudba primerna za vas, nas prosim pokličite (ga. dr. Branka Marsenic-Saciri, tel. +43 4852 606 82050) ali nam pošljite svoje ponudbe z običajnimi dokazili (rokopis življenjepisa, potrdilo o državljanstvu, potrdilo o nezakovanosti, potrdilo o specializaciji, strokovna diploma ali diploma iz zdravstvene ali bolniške nege, delovna spričevala in potrdilo o znanju nemškega jezika) na naslov:

A.ö.BKH-Lienz, Verwaltungsleitung,
zH Dr.Egger, Emanuel-von-Hibler Str. 5,
A-9900 Lienz, tel. +43 4852 606-600;
e-mail: bkh.l.verwaltung@osttirolnet.at

Lienz, 07.04.04.
Dr. Andreas Köll e.h.
Predsednik občinskega sveta okrajne
bolnišnice Lienz

NAROČILNICA - MLADOSTNIK IN DROGA

Asist. Andrej Kastelic, dr. med. in ga. Marija Mikulan sta napisala knjigo Mladostnik in droga. Knjiga je zamišljena kot priročnik za starše in učitelje.

Knjigo je izdala Prohealth d. o. o..
Cena knjige je 5.200,00 + 8,5 % DDV.

Ime in priimek (delovna organizacija):

..... Naročam(o) izvodov knjige

Davčna številka: Davčni zavezanec: da ne

Ulica, kraj, poštna številka:
.....

Ime in priimek kontaktne osebe:
.....

Datum: Podpis in žig ustanove:

Naročilnico pošljite na naslov: Prohealth d. o. o., Stegne 13, 1000 Ljubljana, T: 041 507 863.

NAROČILNICA - BOŽIDAR LAVRIČ

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

Knjigo je izdala Zdravniška zbornica Slovenije.
Cena knjige je 2.500,00 SIT + PTT-stroški. Za upokojenca: 1.500,00 + PTT-stroški.

Ime in priimek (delovna organizacija):

..... Naročam(o) izvodov knjige

Davčna številka: Davčni zavezanec: da ne

Ulica, kraj, poštna številka:
.....

Ime in priimek kontaktne osebe:
.....

Datum: Podpis in žig ustanove:

Naročilnico pošljite na naslov: Uredništvo revije Isis, Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana.

NAROČILNICA - MOŽGANSKE POŠKODBE

Prof. dr. Boris Klun je napisal knjigo Možganske poškodbe. Monografija je zamišljena kot priročnik za diagnostiko in terapijo ter tudi kot učbenik za študente medicine. Predvsem bo v pomoč zdravnikom, ki se ukvarjajo s problematiko cerebralne travme.

Knjigo je izdala Zdravniška zbornica Slovenije. Cena knjige je 4.300,00 SIT, + PTT-stroški.
Za člane Zbornice 3.900,00 SIT + PTT-stroški.

Ime in priimek (delovna organizacija):

..... Naročam(o) izvodov knjige

Davčna številka: Davčni zavezanec: da ne

Ulica, kraj, poštna številka:
.....

Ime in priimek kontaktne osebe:
.....

Datum: Podpis in žig ustanove:

Naročilnico pošljite na naslov: Uredništvo revije Isis, Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana.

EUROPEAN SURGERY

ACA Acta Chirurgica Austriaca

The Official Journal of the Austrian Society of Surgery and its Affiliated Societies,
the Czech Surgical Society (Member of the Czech Medical Society),
and the Slovenian Association of Surgeons

Why publish in "European Surgery"?

- peer reviewing of papers
- no page charges
- free copies to authors
- rapid publication
- available online: springer.at/aca



SpringerWienNewYork

European Surgery – Acta Chirurgica Austriaca

Editor in Chief

F. M. Riegler

Division of General Surgery/Department of Surgery
Medical University of Vienna
Währinger Gürtel 18–20
1090 Vienna, Austria
Fax: + 43.1.40400-6898
E-mail: franz.martin.riegler@univie.ac.at



Section Editors

General and Vascular Surgery: H. Hauser, Graz
Cardiothoracic Surgery: L. Ch. Müller, Innsbruck
General and Plastic Surgery: G. Wetscher, Innsbruck
Selected Summaries: S. Roka, Vienna

Editorial Board

W. O. Bechstein, Frankfurt/Main, Germany
C. G. Bremner, Los Angeles, CA
V. Cervinka, Pardubice, Czech Republic
I. Dolenc, Šempeter pri Gorici, Slovenia
A. Fingerhut, Poissy, France
R. A. Hinder, Jacksonville, FL
J. Hoch, Prague, Czech Republic
T. Lehnert, Bremen, Germany
J. B. Matthews, Cincinnati, OH
H. Nelson, Rochester, MN
B. Radovancevic, Houston, TX
S. Repše, Ljubljana, Slovenia
M. Ryska, Prague, Czech Republic
V. Schumpelick, Aachen, Germany
S. Uranüs, Graz, Austria
J. Wallwork, Cambridge, United Kingdom



European Surgery – Acta Chirurgica Austriaca is the official journal of the Austrian Society of Surgery and its affiliated societies, the Czech Surgical Society (Member of the Czech Medical Society) and the Slovenian Association of Surgeons. Published bimonthly, the journal is dedicated to all colleagues interested in original articles, reviews, case reports, short communications on current developments in surgical practice and research.

The main focus of the journal is general surgery, endocrine surgery, thoracic surgery, plastic surgery, heart and vascular surgery, and traumatology. Special editorial features include “new surgical techniques” (minimally invasive surgery, robot surgery, bariatric surgery) and “advances in biotechnology related to surgery” (equipment, interdisciplinary perioperative management, surgical oncology). Besides the journal's scientific value for research, it has become a powerful instrument for bringing up-to-date scientific information to specialized surgery units of General Hospitals. **European Surgery – Acta Chirurgica Austriaca** has therefore developed a unique concept in order to promote surgical research.

Submission of manuscripts

All manuscripts are to be sent to:
European Surgery – Editorial Office
Sachsenplatz 4–6, P.O. Box 89
1201 Vienna, Austria
Phone: +43.1.330 24 15-238
Fax: +43.1.330 24 26-260
E-mail: european_surgery@springer.at

Order Form

○ Please enter my subscription* starting with the year _____

European Surgery – ACA Acta Chirurgica Austriaca

2004. Vol. 36 (6 issues), Title No. 10353
ISSN 1682-8631 (print), ISSN 1682-4016 (electronic)

I am a member of the

Czech Surgical Society Slovenian Association of Surgeons

and I subscribe at the **special subscription price of Eur 89.–**
including carriage charges (instead of Eur 342.– + Eur 18.– carriage charges)

Please send me a sample copy

Name _____

Address _____

E-mail _____

Date/Signature _____

*Please note: I realize that I may cancel this order within ten days by writing to the address on the order form, whereby the postmark will suffice as proof that the cancellation was made within the deadline.
I confirm my understanding of this with my second signature: _____

*For customers in EU countries without VAT identification number 10 % VAT will be added to the subscription price. Recommended retail price. Net price subject to local VAT.
2349b.07.04.23.VI. Printed in Austria. Prices are subject to change without notice.

Please bill me

Please charge my credit card

Visa Mastercard Amex Diners

Card No. _____

Expiry date _____

Please order directly from:

Springer-Verlag

• P.O. Box 89, 1201 Vienna, Austria

Tel. +43.1.330 24 15-227

Fax +43.1.330 24 26-62

journals@springer.at, springer.at



Springer WienNewYork

Stališče razširjenega strokovnega kolegija za pediatrijo o vlogi pediatra in zdravnika šolske medicine na primarni ravni

Polona Brcar, Margareta Seher Zupančič

Smernice razvoja pediatrije ♦

RSK za pediatrijo je na pobudo Ministrstva za zdravje in Zdravniške zbornice Slovenije celovito obravnaval problematiko zagotavljanja kakovostnega zdravstvenega varstva otrok, mladostnic in mladostnikov.

Ob upoštevanju veljavne zakonodaje s področja zdravstva, dolgoletne tradicije organiziranega zdravstvenega varstva otrok in mladine, ki se kaže v pozitivnih kazalnikih zdravja in zdravstvenega varstva te prebivalstvene skupine, ter na podlagi usmeritev Evropskega združenja zdravnikov specialistov, Evropske konfederacije specialistov pediatrov in Zveze nacionalnih evropskih pediatričnih sekcij in združenj ter Evropskega združenja ambulatornih pediatrov, Razširjeni strokovni kolegij za pediatrijo še naprej zagovarja dosedanje organizacijo zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov:

- na primarni ravni je izbrani osebni zdravnik otrok in mladostnikov do dopolnjenega 19. leta starosti specialist pediater ali specialist šolske medicine, ki izvaja zdravljenje in preventivno zdravstveno varstvo;
- na otroških oddelkih splošnih bolnišnic mora za otroke in mladostnike do dopolnjenega 19. leta starosti skrbeti specialist pediater,
- na oddelkih drugih specialnosti (okulistika, dermatologija, ORL, kirurgija itd.) za otroke skrbi tudi konziliarni pediater, če otrok in mladostnikov ni mogoče namestiti na otroškem oddelku;
- izvajanje specialistično ambulantne dejavnosti, v kateri je nosilec skupine pediater, na strokovnih področjih z največjo incidenco bolezni in stanj oziroma na strokovnih področjih z zahtevo po dobri dostopnosti;
- za najbolj zahtevne bolezni bolnišnično zdravljenje na kliničnih pediatričnih oddelkih in izvajanje subspecialistične pediatrične ambulantne dejavnosti na terciarni ravni.

Izhajajoč iz navedene strokovne opredelitve RSK za pediatrijo pripravlja:

- predlog akcijskega načrta razvoja pediatrije na primarni ravni,
- predlog akcijskega načrta razvoja pediatrije na sekundarni ravni z DCOM,
- predlog akcijskega načrta razvoja pediatrije na terciarni ravni.

Imenovane delovne skupine so najprej pripravile posnetke stanja kadrovske mreže na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov glede na nosilce skupine. Preverile so vse veljavne predpise ter vso zakonodajo in pravilnike, ki določajo te predpise. Pregledale so vse smernice razvoja pediatrije v EU, obstoječe opise stanja v državah članicah ter predloge stroke.

Akcijski načrti razvoja pediatrije na primarni ravni je pripravljen tako, da upošteva zatečeno stanje, predvidene demografske spremembe, strokovni standard, postavljene predpise in predvidene upokojitve (upoštevali smo prvi pogoj za upokojitev) ter število specializantov za desetletno obdobje, in sicer od leta 2004 do 2013 po dveh petletnih obdobjih. Predpisano je število pediatrov (nosilcev skupine) glede na organizacijsko enoto (upravna enota).

Stanje preskrbljenosti z nosilci skupine v zdravstvenem varstvu otrok in mladostnikov na primarni ravni, posebnosti, dileme in predlagani ukrepi ♦

Zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov na primarni ravni je organizirano v 59-ih zdravstvenih domovih in pripadajočih zdravstvenih postajah teh 41-ih zasebnih ordinacijah za zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov. Do zdravnikov lahko otroci, mladostniki in njihovi starši pridejo brez napatnice - ko zbolijo, poiščejo pomoč v "zdravstvenem varstvu predšolskih otrok", "zdravstvenem

varstvu šolskih otrok in mladine", "zdravstvenem varstvu otrok in mladine" ali v "zasebni pediatrični (šolski) ordinaciji", kjer se srečajo s specialistom pediatrom, specialistom šolske medicine ali splošnim zdravnikom, ki je dodatno usposobljen za delo z otroki in mladostniki. V teh varstvih je zaposlenih 182 specialistov pediatrov, 87 specialistov šolske medicine in 62 zdravnikov (zdravnikov brez specializacije, specialistov splošne medicine, večina od njih ima opravljen podiplomski tečaj iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine). Ti zdravniki praviloma skrbijo polni delovni čas samo za otroke in mladostnike, izvajajo zdravljenje bolnih otrok in mladostnikov ter opravijo celoten nacionalni preventivni program (sistematične preglede, namenske preglede, cepljenja, svetovanja, skupinske obravnave, zdravstveno vzgojo itd.). V naštetih monovalentnih in bivalentnih zdravstvenih varstvih za otroke in mladostnike je skupaj zaposlenih 331 zdravnikov, ki opravijo delo 300 zdravnikov, izračunanih iz ur. 9,4-odstotna razlika med številom zaposlenih zdravnikov in zdravnikov izračunanih iz ur nastane zaradi več zaposlitev s skrajšanim delovnim časom, nekaj zaposlitev s podjemnimi pogodbami (3,5 odstotkov) in zaradi dela zunaj varstva, najpogosteje v dejavnosti splošne medicine in redkeje zaradi dela na sekundarni ravni. Na specializaciji iz pediatrije je 24 zdravnikov in eden še zaključuje specializacijo iz šolske medicine.

Poleg tega v posameznih manjših okoljih skrbijo za otroke in mladostnike tudi splošni zdravniki in specialisti splošne medicine v "dejavnosti splošne medicine" (polivalentna služba - kjer en zdravnik skrbi za vse starostne skupine). Teh zdravnikov je 47. V večini ti zdravniki zdravijo otroke in mladostnike, medtem ko nekateri izmed njih izvajajo tudi nacionalni preventivni program, če so otroci in mladostniki za njih opredeljeni oziroma so imenovani zdravniki šole. V povprečju predstavlja delo z otroki in mladostniki 21 odstotkov njihovega delovnega časa, kar pomeni,

da opravijo delo za deset polno zaposlenih zdravnikov. S polivalentno službo izstopajo posamezni predeli Slovenije: na celjskem zdravstvenem območju Savinjska dolina in področje, ki ga pokriva nekdanja občina Šmarje pri Jelšah, na kranjskem območju Selška dolina, Poljanska dolina in Kranjska Gora, na novomeškem Žužemberk, Dolenjske Toplice, Šmarjeta in Šentjernej ter Bela krajina, vendar pokrivajo le manjše število otrok in mladostnikov. Na ravenskem zdravstvenem območju je drugače, saj so le štirje specialisti pediatri, zato zdravstveno varstvo za otroke in mladostnike izvajajo pretežno splošni zdravniki, ki skrbijo za otroke in mladostnike več kot polovico svojega rednega delovnega časa.

Pogosto poslušamo očitke, da zdravniki v otroštem in mladinskem zdravstvenem varstvu na osnovni ravni posegajo po področju dela zdravnikov v dejavnosti splošne medicine. Res je, da imajo zdravniki v otroškem in mladinskem varstvu opredeljene tudi mladostnike starejše od 18 let in to iz več razlogov. Baze o številu in starosti opredeljenih zavarovancev, ki jih vodi ZZZS, opazujejo dinamiko glavarin po drugačnih starostnih skupinah, kot jih za delo pediatrom in šolskim zdravnikom določa Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov. ZZZS spremlja opredeljene paciente po starostnih skupinah 0 let, 1-6 let, 7-18 let, 19-49 let, 50-64 let, 65-74 let in 75-150 let. Pravilnik opredeljuje predšolsko varstvo do vstopa v šolo, varstvo šolskih otrok in mladine pa do zaključene srednješolskega programa, ko so mladostniki praviloma stari 19 let (statistično do 19,99 let). Poleg tega zdravnikom v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine nalaga, da v krajih, kjer so visokošolski študiji (razen v Ljubljani in Mariboru), skrbijo tudi za izvedbo preventivnega programa študentov, kar nehote povečuje interes študentov, da se opredelijo pri svojem preventivnem zdravniku. Vendar prav v šolskem varstvu nastaja anomalija, ker si mladostniki lahko izberejo osebnega zdravnika v kraju bivanja, preventivnega zdravnika - imenovanega zdravnika šole pa imajo v kraju šolanja, kar pogosto srečamo prav pri srednješolcih. Le-ti nemalokrat poiščejo pomoč zaradi bolezni kar v kraju šolanja pri imenovanem zdravniku šole, kljub temu, da so opredeljeni pri zdravniku v kraju bivanja, kjer se nahajajo konec tedna, ko gredo domov. Če zbolijo ob koncu tedna, pridejo v domačem kraju v roke dežurnemu zdravniku, tako da svojega osebnega zdravnika srečajo le malokrat. V manjših krajih, kjer je huda kadrovska stiska, tudi zdravniki v otroškem in mladinskem varstvu opredeljujejo odraslo skupino prebivalcev, vendar najpogosteje mlajše osebe.

Zaradi stalnih očitkov, da prav v mestni občini Ljubljana, kjer naj bi bilo razkošje pediatrov in specialistov šolske medicine, le-ti opredeljujejo odraslo skupino prebivalcev, ker nimajo več dovolj dela s svojo skupino prebivalcev, smo analizirali baze o opredeljenih pacientih ZZZS za MOL. V zdravstvenem varstvu predšolskih otrok ZD Ljubljana imajo zdravniki naslednjo deležno opredelitev prebivalstva: 6,0 odstotkov 0-let, 48,7 odstotkov 1-6 let, 42,8 odstotkov 7-18 let, 2,3 odstotke 19-49 let, 0,3 odstotke starejših od 50 let, v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine je opredelitev 0,0 odstotka 0 let, 0,6 odstotkov 1-6 let, 44,3 odstotke 7-18 let, 54,4 odstotke 19-49 let in 1,3 odstotke starejših od 50 let. Ker baza ZZZS ne omogoča vpogled v natančnejšo opredelitev v starostni skupini od 19 do 49 let, smo prosili direktorja ZD Ljubljana za natančnejše podatke. Ti kažejo, da imajo v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine opredeljenih 42,5 odstotkov starih od 19 do 22 let, 38,5 odstotkov starih od 23 do 26 let, 15,8 odstotkov starih od 27 do 30 let in 3,1 odstotek starih od 31 do 49 let (N=27312). Ti podatki potrjujejo, da zdravniki v otroškem in predvsem v šolskem varstvu skrbijo za študentsko skupino prebivalcev ter mlade delavce. Dogaja se, da dijaki in študenti ne morejo izbrati zdravnika v dejavnosti splošne medicine, ker zdravnikov tam ni dovolj, ali preprosto nočejo zamenjati zdravnika, na katerega so navajeni, in oditi, kar jim omogoča Zakon in pravilnik o zdravstvenem zavarovanju.

Otroški in mladinski zdravniki opozarjamo na pomanjkljivo znanje za obravnavo odrasle skupine prebivalcev, še posebno prihajajo zdravniki v tisko v času dežurstev. Zato je RSK za pediatrijo dal pobudo Ministrstvu za zdravje, da se vzporedno splošni dežurni službi postavi še dežurne centre za otroke in mladostnike, ki bi združevali dežurno službo za otroke in mladostnike primarne in sekundarne ravni. Tako bi otroški in mladinski zdravniki dežurali v centrih za otroke in mladostnike, splošni zdravniki pa za odraslo skupino prebivalcev v splošni dežurni službi, kar bi bilo v olajšanje obema strokama. Povsem se strinjamo, da bi se morali zdravniki za obravnavo odrasle skupine prebivalcev, ne pa mladostnikov in mlajših odraslih, starejših od 18 let, dodatno usposabljeni. Skrb za odraslo prebivalstvo ni v interesu otroških in mladinskih zdravnikov, zato bi jim bilo potrebno ponuditi formalno možnost, da lahko odslovijo študente in mlajše odrasle vsaj po 28. letu starosti, ko se zaključijo študij.

Preventivni program za otroke, mladostnike in študente je obsežen, zato ga večina ne opravi v celoti. Iz podatkov je razvidno,

da se v visokem deležu opravi storitveni del (sistematični in namenski pregledi, cepljenje) zanemarjen je del programa, ki sodi v pet in deset odstotni urni fond, kar zmanjšuje kakovost preventivnega zdravstvenega varstva.

Pogosto se oporeka, da je kadrovska preskrbljenost otrok in mladostnikov izračunana za Slovenijo glede na preskrbljenost odraslega prebivalstva razkošna. Povprečna preskrbljenost z nosilci skupine je 836 otrok (0-6 let) na skupino pediatra v zdravstvenem varstvu predšolskih otrok in 1.944 mladih (7-19 let) na skupino šolskega zdravnika v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine. Vendar tudi povprečna preskrbljenost odraslega prebivalstva, starega 19 let in več, ni slaba, saj je 1.912 oseb na zdravnika (Zdravstveni statistični letopis 2002). Če iz prej navedenega upoštevamo dejstvo, da si veliko študentov in mlajših odraslih poišče zdravnika v otroškem in mladinskem varstvu, je obremenitev zdravnikov v dejavnosti splošne medicine še manjša, kar je prav, saj predvidevamo, da je delo s starostniki zelo zahtevno, tako strokovno kot časovno. Odstopanja po posameznih upravnih enotah v vseh varstvih so velika in na nekaterih področjih kritična. Zato je potrebno v otroškem in mladinskem zdravstvenem varstvu na primarni ravni takoj zaposliti šest zdravnikov, razporediti delo med varstvi ali zagotoviti pomoč med zdravstvenimi zavodi vsaj za izvedbo preventivnega programa.

V prihodnjem desetletnem obdobju bo neugodna starostna struktura zaposlenih zdravnikov otežila reševanje kadrovske preskrbljenosti, saj bo prvi pogoj za upokožitev doseglo 115,7 zdravnikov izračunanih iz ur v prvem in 54,5 zdravnikov izračunanih iz ur v drugem petletnem obdobju. Glede na dosedanjo dinamiko upokoževanja zdravnikov ni pričakovati, da se bodo upokojevali že ob prvem pogoju, vendar je kljub temu potrebno načrtovati specializacije iz pediatrije za 113 zdravnikov v prvem in 64 zdravnikov v drugem petletnem obdobju, da bi ohranili mrežo stabilno.

Zaključek

Predlagane rešitve Akcijskega načrta razvoja pediatrije na primarni ravni so izvedljive, vendar so potrebni določeni ukrepi, ki so nedvomno v domeni Ministrstva za zdravje.

Slovenija je država, ki je ratificirala Konvencijo o otrokovih pravicah in to svojo opredelitev do zdravja otrok in mladostnikov ter njihovi staršev zapisala v Ustavo Republike Slovenije. Del te skrbi predstavlja tudi zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov, ki ga ima Slovenija pravno-formalno vzorno

urejenega z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju RS (Ur. list RS 20/04), Zakonom o zdravstveni dejavnosti (Ur. list RS 36/04), Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. list RS št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02), Zakonom o nalezljivih boleznih (Ur. list RS 69/95), Programom imunoprofilakse in kemoprofilakse (za vsako leto) in s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. list RS 30/03, 35/03). S temi pravnimi dokumenti država ureja pravično, dostopno, kakovostno in učinkovito zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov.

Nejasna zdravstvena politika v Sloveniji je vodila v neenakomerno in stihijsko oblikovanje zdravstvenega varstva na osnovni ravni, zato mora Ministrstvo za zdravje takoj dopolniti zakonske podlage in pripraviti Nacionalni načrt razvoja zdravstvenega varstva vsaj za desetletno obdobje (sedanji poteče v letošnjem

letu). Takojšna, z ustreznimi zakonodajo in načrtom razvoja podprta opredelitev slovenske vodilne politike, da na primarni ravni ostane specialist pediater kot izbrani osebni zdravnik otrok in mladostnikov do vključno 19. leta starosti, je temeljni pogoj za ohranitev stabilne mreže otroškega in mladinskega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

Nejasna zdravstvena politika v Sloveniji, predvsem pa pomanjkljiv Nacionalni načrt zdravstvenega varstva do leta 2004 na področju reševanja kadrovske podhranjenosti na depriviligiranih področjih, se bo morala reševati z materialnimi ugodnostmi za zdravnike in drugo zdravstveno osebje na teh področjih. Tak način reševanja se je v tujini izkazal kot uspešen.

Prav tako bo moralo Ministrstvo za zdravje s predpisom urediti možnost izvedbe predlogov za takojšna rešitev kadrovske ali strokovne podhranjenosti, kot je npr. pomoč med

zdravstvenimi zavodi (tudi iz bolj oddaljenih, npr. Ljubljane). Ta možnost je bila dana že s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni leta 1998, ker pa to ni bilo dodatno pravno-formalno in finančno urejeno, se ni nikjer izvajalo. RSK za pediatrijo bo ob pripravi posodobljenega preventivnega programa predpisal tudi minimalni nabor storitev, ki jih mora opraviti specialist pediater ali specialist šolske medicine z namenom zagotavljanja pravične dostopnosti in v izogibitev izgubljenih priložnosti.

Za spremljanje izvajanja zdravstvenega varstva in kadrovske preskrbljenosti bo moralo Ministrstvo za zdravje zagotoviti pravno-formalne, finančne in kadrovske možnosti za pripravo informacijske podpore, ki naj bi po strokovnih smernicah držav z več izkušnjami združevala uporabo rutinskih baz podatkov, redne vzorčne raziskave in sentinele. ■

STROKOVNA SREČANJA

Portoroško druženje slovenskega zobozdravništva

Matjaž Rode

Ko se prične pomlad poslavljati, se že skoraj 30 let v slovenskih zobozdravnicah in zobozdravnikih nekaj zgane. V velikem številu se namreč pričnejo pripravljati na obisk strokovnega vikenda v Portorožu, ki ga že od leta 1975 vsako leto pripravijo člani izvršilnega odbora Stomatološke sekcije pri Slovenskem zdravniškem društvu.

Ta strokovna srečanja imajo različne uradne nazive, saj so enkrat Slovenski stomatološki dnevi, drugič Srečanje stomatologov Alpe-Adria in vsako četrto leto Kongres slovenskih stomatologov.

Letos je bil na sporedu 4. kongres slovenskih stomatologov, ki je potekal od 4. do 5. junija. Organizatorji so sklenili, da morajo povabiti kot aktivne udeležence predvsem tiste klinične zobozdravnike iz vse Slovenije, ki si ob delu vzamejo še toliko časa, da svoje uspehe, ugotovitve in tudi dileme vestno beležijo in jih zato lahko prikažejo poslušalstvu.

Ideja je uspela, saj so udeleženci lahko poslušali veliko predavateljev, ki so v dobro pri-



Dvorana je bila že med svečano otvoritvijo skoraj polna, med predavanji pa se je povsem zapolnila.



Profesor dr. Voja Leković je navdušil s svojim predavanjem o regenerativnih možnostih zdravljenja parodontalnih bolezni.



Kongresne udeležence je pozdravil tudi predsednik Slovenskega zdravniškega društva prof. dr. Poredoš.



Predsednik Stomatološke sekcije SZD prim. Janez Vrbošek je spregovoril uvodne besede.

pravljenih predavanjih prikazali veliko takega, kar je upravičilo tudi podnaslov kongresa "Iz prakse za prakso".

Organizatorji so povabili tudi dva priznana tuja strokovnjaka. Še posebno je navdušil dekan Stomatološke fakultete v Beogradu prof. dr. Voja Leković, ki je mednarodno priznan strokovnjak, raziskovalec in predavatelj s področja parodontologije in dentalne implantologije. Prof. Leković je eden tistih učiteljev, ki ima poleg obsežnega teoretičnega znanja tudi sposobnost, da ne ostaja le pri teoriji, ampak je poleg tega spreten parodontalni kirurg.

Drugi gost je bil prof. dr. Ohrun Dörtbudak, ki je do pred kratkim deloval na Dunaju, sedaj pa je eden od pomembnih členov raziskovalne skupine pri slavnem švicarskem profesorju Langu v Bernu. Profesor Dörtbudak je po osnovni izobrazbi mikrobiolog in je v svojem predavanju prikazal možnosti delovanja na oralne mikroorganizme s posebnimi vrstami laserjev.

Predavanja so potekala v portoroškem avditoriju, kjer je bilo možno obiskati tudi za slovenske razmere zelo obsežno razstavo domačih in predvsem tujih firm, ki proizvajajo ali prodajajo vse, kar pri svojem delu potrebujejo zobozdravniki.

V soboto dopoldne so organizatorji pripravili okroglo mizo, za katero so se pred številnim poslušalstvom pogovarjali z vodilnimi predstavniki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in skušali razjasniti nekatere nesporazume, ki so se pojavili v zadnjem času pri nadzorih Zavoda. Gospodu Borutu Miklavčiču, ki se je tega pogovora tudi

sam udeležil, gre zasluga, da je pogovor potekal kot prazno besedovanje.

Glavna misel tega srečanja bi lahko bila, da nadzorni Zavodovi zobozdravniki lahko komentirajo – ampak samo komentirajo – strokovno raven storitev pri obiskovanemu zobozdravniku, ne morejo pa zaradi domnevne strokovne nepravilnosti kakšno registrirano storitev črtati. Dogovorjeno je bilo, da se bodo predstavniki zobozdravnikov, ki jih bosta določila Stomatološka sekcija SZD in odbor za zobozdravstvo pri Zbornici, pogosteje sestajali s predstavniki Zavoda in usklajevali probleme, ki motijo delo. ■



Za boljše počutje na začetku sta poskrbela tudi glasbenika.



Med odmori je bilo na številnih razstavnih pultih, kjer so sodelovale domače in tuje firme, nadvse živahno.

30. srečanje delovnih skupin

Aleksander Stepanovič

Srečanje z najdaljšo tradicijo v osnovnem zdravstvu pri nas in edino, na katerem poleg zdravnikov sodelujejo tudi medicinske sestre in zdravstveni tehniki, je letos praznovalo že 30. jubilej. Program je bil tudi tokrat oblikovan s posebnim poudarkom na skupinskem pristopu in kakovostni obravnavi bolnika v družinski medicini. Letos smo našteali več kot 250 udeležencev, ki so z zanimanjem spremljali predavanja in delavnice.

Za nekoliko drugačen in osvežen pristop je že na začetku poskrbela skupina Improteam, ki je s pomočjo "interaktivnega glasovanja" občinstva predstavila položaj v čakalnici pred ordinacijo v treh različnih žanrih: komediji, grozljivki in "tistem po drugi uri zjutraj"... Smeh v dvorani je bil neizbežen. Sledila je predstavitev bolnika s KOPB z vnaprej pripravljenim posnetkom, ki pa ni bil klasična "zgodba o uspehu" (v slogu: uh, kako dobri smo), ampak prikaz težav, s katerimi se zdravniki srečujemo pri pomoči bolnikom pri odvajanju od kajenja. Velikokrat dobro dene, ko ugotoviš, da nisi edini, ki je pogosto nemočen v primerih trdovratnih kadilcev. Predvsem taka predstavitev pomaga pri postavitvi meja naših zmožnosti in tudi odgovornosti. KOPB je v zadnjem času zvezda stalnica raznih strokovnih srečanj tudi zaradi novih možnosti terapije, prav zato pa je bila dobrodošla delavnica, na kateri smo se naučili interpretirati (beri: znajti se v množici števil, kratic in indeksov) spirometrijo. Gre za dokaj preprost diagnostični postopek, ki si tako pri nas kot drugod po svetu žal le stežka utira pot v splošne ambulante. Razlogi za to so večplastni, in sicer od pomanjkanja časa, denarja in tudi znanja. Nekateri kolegi so kljub temu "zaorali ledino" in se pohvalili s prvimi rezultati. Vredno razmisleka in posnemanja.

Sklop predavanj iz psihiatrije je bil namenjen prepoznavanju znakov nasilja in zlorab v družini in depresiji. Nasilje v družini in družbi žal narašča, pri tem pa smo zdravniki praviloma nemočni, saj zaradi podcenjenosti tega pojava država nima skoraj nikakršnih vzvodov, ki bi nam bili v pomoč pri reševanju teh težav. Celovita obravnava nasilja v družini je naloga in odgovornost države, seveda pa je potrebno dopolniti tudi programe izobraževanja zdravnikov, predvsem na področju sodelovanja s policisti, kriminalisti in tožilci.

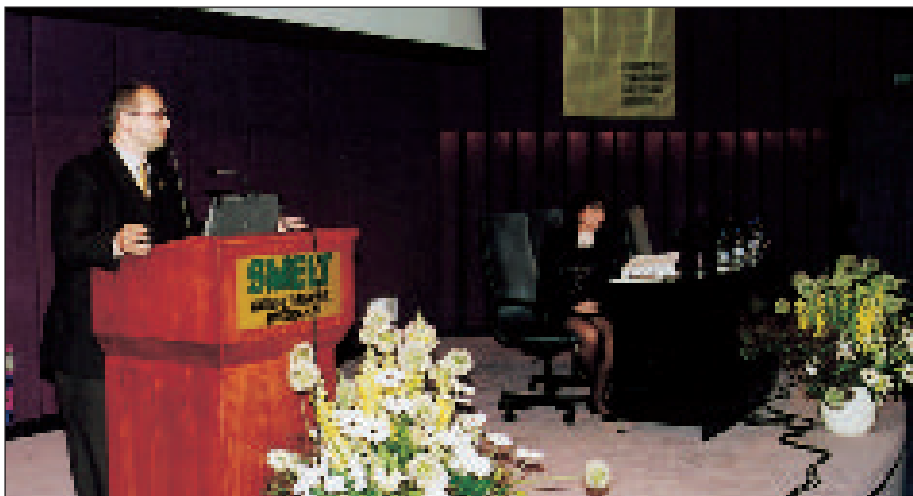


Depresija, sicer še ena "zimzelena" tema strokovnih srečanj, je postregla z nekaj novimi spoznanji in možnostmi motivacije bolnika za terapijo. Zelo zanimivo je bilo tudi predavanje o generalizirani anksiozni motnji (GAM), ki je zelo pogosta in velikokrat nerazpoznana, čeprav se pojavlja ravno med pogostimi obiskovalci ambulante.

Ob petkih popoldan se velikokrat odpravimo na pot. Tokrat smo v tem času prisluhnili predavanjem iz potovalne medicine. Seznanili smo se z možnostjo okužbe na poti in zaščito pred njo ter sestavo potovalne lekarne. Pred poletjem se vsi srečujemo z bolniki, ki želijo imeti na dopustu pri sebi zdravila "za vsak slučaj", praviloma je to antibiotik, nekateri pa se pojavijo v ambulanti celo s spiskom zdravil, ki so ga dobili v potovalni agenciji, mi pa naj bi kot administratorji vse to le prepisali na recepte. Stališče stroke je, da se antibiotik v teh primerih piše res le izjemoma, morda nekomu, ki potuje daleč stran od civilizacije, nikakor pa ne vsevprek vsem dopustnikom na Jadranu. Stališče ZZSZ je prav tako jasno – vse le na bel recept. Zelo koristno je bilo tudi predavanje o opremi za nudenje prve pomoči na letalih. Dejstvo je, da zdravniki veliko potujemo z letalom in prej

ali slej nas tam zaprosijo za pomoč potniku ali članu posadke. Avtor tega članka je opremo za prvo pomoč na letalu prvič spoznal sredi noči 11.000 metrov nad Indijskim oceanom na poti na medeni teden – k sreči se je vse dobro izšlo. Tudi tokrat nismo mogli mimo bolečine; predstavljen je bil stopenjski pristop pri lajšanju ravmatične bolečine ter nove smeri zdravljenja nevropatske bolečine. Za kronično bolečino je značilno, da jo, še zlasti če je huda, spremljajo psihične težave, zato je zdravljenje zahtevno, interdisciplinarno in žal tudi dolgo trajno. Vseeno pa s potrpežljivim pristopom lahko pomagamo številnim bolnikom, tudi tistim, za katere se je na začetku morda zdelo, da bo bolečina neobvladljiva. Večer smo zaključili s predstavitev novih specializantov in magistrstrov znanosti. Želja organizatorja je, da bi tudi ta predstavitev postala tradicionalna.

Soboto smo pričeli s slabostjo, bruhanjem in glavobolom. Zveni znano? K sreči je šlo le za nov sklop predavanj na to temo. Predstavljen je bil tudi bolnik z glavobolom, ki spada med tiste, zaradi katerih pogosto boli glava tudi njegovega zdravnika. Poseben problem predstavlja zmožnost za delo takih bolnikov in to tista nad 30 dni, zaradi katere potem boli glava



tudi imenovanega zdravnika na ZZS. Vendar se s potrpežljivostjo včasih reši tudi nerešljivo. Sledil je prikaz veččin, ki lahko družinskemu zdravniku, če jih obvlada, močno olajšajo delo: pregled očesnega ozadja, interpretacija EKG in spirometrije, UZ trebuha. Delo je olajšano predvsem v smislu hitrega dostopa do omenjenih preiskav, po drugi strani pa zato toliko bolj zamudno. Prav bi bilo, da bi tudi plačnik storitev to priznal družinskim zdravnikom kot dodatno delo in jih zato razbremenil na nek drug način, na primer z omejitvijo navala bolnikov v splošne ambulante za vsako malenkost. Vendar je to že drugo področje.

Odmevi udeležencev 30. jubilejnega srečanja delovnih skupin so bili pozitivni. Trudili se bomo, da bodo taki vsaj še naslednjih trideset let. ■

Poročilo o letni konferenci CESP

David Neubauer, Ivan Vidmar

Letošnja konferenca Konfederacije evropskih specialistov pediatrije (CESP), ki je sekcija UEMS, je potekala v Sigtuni blizu Stockholma od 20. do 22. maja in je prvič vključevala kar 25 enakopravnih članov in članic nove Evrope.

Slovenija je bila že prej izredno dejavna, saj je bila najstarejša redna opazovalka že od leta 1997, medtem ko so se predstavniki nekterih novih držav v začetku težko navadili na značilen uraden način potekanja konference. Tudi okolje je bilo letos (v primerjavi z lanskoletnim Rodosom) bolj strogo in hladno – sestanki so namreč potekali v starem samostanskem središču Stiftelsen, ki ga verniki uporabljajo predvsem za dolgotrajnejše umike iz vsakodnevnega življenjskega vrveža in za mediacije v miru.

Med posameznimi delovnimi skupinami se je ponovno izkazala delovna skupina za medicinsko etiko, ki ji še vedno duhovno predseduje Ronald Kurz iz Gradca, čeprav je uradno predsednikovanje prevzel Dennis Gill iz Irske. V času od sestanka v preteklem letu

so ponovno nastali novi članki v zvezi z etiko v pediatriji, ki so izšli vezani v poseben zvezek (in so na voljo pri Združenju za pediatrijo). Pravkar je izšel članek z naslovom Etična načela in smernice za dobro klinično prakso v pediatričnih raziskavah (Eur J Pediatr 2004; 163: 53-57), katerega glavne sestavine smo predstavili že v lanskoletni številki revije Isis, v pripravi pa je tudi članek z naslovom Etika v vsakdanji pediatrični praksi. Etični skupini se je pridružil tudi nov član, in sicer Hugo Lagercrantz, znan pediatrični raziskovalec iz Karolinskega inštituta, ki se je vrsto let ukvarjal s fiziologijo dihanja pri novorojenčkih in dojenčkih ter s povezavo nenadne in nepričakovane smrti dojenčka, sedaj pa je eden vodilnih švedskih neonatologov na področju etike v perinatologiji, prav tako tudi predsednik ESPR – European Society for Pediatric Rese-

arch in novi glavni urednik Acta Paediatrica. Na začetku je skupini za etiko v pediatriji zastavil novo vprašanje za prihodnje sestanke: "Ali naj bo v prihodnosti evtanazija v neonatologiji legalizirana?"

Delovna skupina za stalno podiplomsko izobraževanje v pediatriji (CME/CPD) se je organizirala povsem na novo ter se dopolnila z novimi člani in članicami, ki kažejo več energije za prihodnja leta, ko bo moral CESP organizirati lastno komisijo za akreditacijo kreditnih točk za pediatrične sestanke po vsej Evropi.

Delovna skupina za mladostniško medicino je izdala smernice za Prioritete varnosti otrok v Evropski uniji, saj še vedno v Evropi umre več otrok in mladostnikov zaradi poškodb kot zaradi vseh drugih bolezni skupaj.

Delovna skupina za osnovno pediatrijo si je na zadnjem srečanju decembra 2003 v Bruslju

zadala nalogo, da tokrat pripravi z dokazi podprto razpravo o prednostih pediatra na osnovni zdravstveni ravni. Pregledali so evropsko medicinsko slovstvo in poiskali znanstvene članke z velikim številom preiskovancev, ki obravnavajo to področje. Izkazalo se je, da pediatri bistveno redkeje predpišejo zdravljenje v bolnišnici za svoje bolnike v primerjavi s splošnimi zdravniki, ki zdravijo otroke, in da dispanzerski pediatri predpišejo znatno manj zdravih otrokom kot splošni zdravniki. Zelo zanimivo bi bilo izvedeti, kako je s temi številkami v Sloveniji, vendar so kasneje kolegi povedali, da pri nas statistična obdelava podatkov žal ne omogoča tovrstne študije.

Zelo resno se je lotila dela tudi delovna skupina o raziskavah zdravil pri otrocih, ki je bila ustanovljena šele pred enim letom. Po ameriškem vzoru se tudi v Evropi pripravlja zakonodaja, ki bi farmacevtskim družbam podaljšala časovno pravico do patenta za zdravilo, ki bi bilo ustrezno preizkušeno na otrocih in bi bile indikacije ter kontraindikacije jasneje določene za posamezna starostna obdobja. Podatki namreč kažejo, da otroci prejemajo v več kot polovici primerov zdravila, ki sploh niso bila preizkušena na pediatrični skupini prebivalcev. Naloga te delovne skupine naj bi bila predvsem v nadzoru znanstveno-bolnišničnih centrov, kjer bi se izvajale te raziskave. Seveda ni potrebno posebej poudariti, da imajo pri tej spremembi zakonodaje zadržke farmacevtske družbe, ki proizvajajo pretežno generična zdravila. Dogovor s temi družbami, ki so v Evropi vplivnejše kot v ZDA, bo v marsičem določil pravila igre.

V skupini za bolnišnično-terciarno pediatrijo je največ pozornosti in pohval požel izpopolnjen program vizitacije terciarnih pediatričnih centrov (pripravil ga je Max Zach z Dunaja) in popoln vprašalnik ter točkovanik za center, ki zaprosijo za akreditacijo (pri-

pravil ge je Peter Milla iz Londona). Tudi oba omenjena dokumenta sta na voljo na Združenju za pediatrijo.

Na plenarnem zasedanju obeh odborov (CESP in EBP – European Board of Pediatrics) so se najprej predstavili novi člani in članice (z izjemo Malte, Poljske in Estonije, ki so bili odsotni). Nato je vsak izmed nas poročal, kaj je bilo novega na področju stroke izobraževanja in zlasti zakonodaje na področju pediatrije.

Poročali smo o tem, da je nevarnost, da bi pediatri in pediattrinje izginili iz osnovnega zdravstvenega varstva otrok in mladine v Sloveniji sicer nekoliko manjša, vendar se zavedamo, da bitka še zdaleč ni dobljena. Zelo podobne težave (nekje celo še večje) imajo tudi kolegi in kolegice na Madžarskem, Češkem in v Litvi, medtem ko se razmere v Italiji, Franciji in na Nizozemskem izrazito popravljajo in se obračajo v korist pediatrije na osnovni ravni. Poročali smo tudi o tem, da je bila na Zdravniški zbornici Slovenije kot prva od pediatričnih specialnosti potrjena specializacija s področja otroške nevrologije, ki sedaj čaka še na potrditev Ministrstva za zdravje.

Zanimiva je bila predstavitev londonske neonatologinje Pat Hamilton o novem programu specializacije iz pediatrije (MRCPCCH), ki ga že uporabljajo v Angliji in v nekaterih njihovih nekdanjih kolonijah v Aziji in na Bližnjem vzhodu. Program temelji na osebnotnem ocenjevanju in ocenjevanju večšin in video primerih, ki jih vsak kandidat ali kandidatka



“rešuje” na svojem prenosnem računalniku, in sicer v sklopih: komunikacijske večšine, večšine kliničnega pregleda (srčno-žilnega, nevrološkega, respiratornega, abdominalnega, razvojnega in drugih skupaj). Končno mnenje tričlanske komisije upošteva skupek vseh točk, dobljenih s temi večšinami, in etično-moralne ter osebnotne poteze posameznega kandidata/kandidatke. Predstavitev, zlasti njen končni namen – ponuditi sledeč izpitni program tudi drugim v EU, – je izzvala precej nejevolje, predvsem kolegov iz Avstrije in Nemčije, ki so menili, da Velika Britanija ne more nositi izobraževanja iz pediatrije, saj je ena redkih držav, kjer je večina zdravstvenega varstva otrok in mladine še vedno skoraj v celoti v rokah splošnih zdravnikov. Ugovor je bil splošno sprejet, z velikim odobravanjem večine prisotnih.

Na koncu je Sloveniji pripadla čast, da predstavi predvideni program naslednje letne konference, saj bo le-ta potekala od 28. aprila do 1. maja 2005 v Ljubljani. ■



Tretje rtiško srečanje

Breda Prunk Franetič

“V tretje gre rado”, so govorili naši dedje in pradedje. To še vedno velja.

Na tretjem strokovnem srečanju v Mladinskem zdravilišču in letovišču RKS Debeli rtič se nas je zbralo 78 pediatrov in šolskih zdravnikov. V soboto, 29. maja 2004, se je kljub slabemu vremenu s polževo hitrostjo pomikala kolona prvih turistov proti slovenski obali. Med njimi so bili tudi številni udeleženci tretjega rtiškega srečanja, ki so “hiteli” na strokovno srečanje zdravnikov. Atopijski dermatitis od “A” do “Ž” je vzbudil med kolegi izredno zanimanje. Bogat strokovni program so pripravili kolegi z alergološkega oddelka Pediatrične klinike in otroškega oddelka Dermatološke klinike.



Dobrodošlico so nam zaželeli razigrani otroci z zdraviliškega oddelka.

Uvodni govor je nadomestil kratek kulturni program otrok, ki so takrat koristili zdraviliško zdravljenje v Mladinskem zdravilišču Debeli rtič. Ganljiva pesem je marsikateremu poslušalcu prikradla solzico sreče v oči.

Strokovni del srečanja sta izvrstno vodili prim. Marijana Kuhar, dr. med., z alergološkega oddelka Pediatrične klinike in asist. Vlasta Dragoš, dr. med., z otroškega oddelka Dermatološke klinike. O patogenetskih mehanizmih in terminologiji atopijskega dermatitisa (AD) je spregovoril asist. mag. Tadej Avčin, dr. med., z alergološkega oddelka Pediatrične klinike. Prevalenca atopijskega dermatitisa pri otrocih je od 10 do 20 odstotkov in v zadnjih

letih prepričljivo narašča, kar pripisujejo tako imenovanemu “zahodnemu načinu življenja” in boljšemu prepoznavanju bolezni ter zgodnejši diagnostiki. Pri 80-ih odstotkih otrok z AD so prisotni pozitivni kožni testi ali zvišane vrednosti specifičnih IgE protiteles. Kar v 60-ih odstotkih otrok z AD ugotovimo senzibilizacijo na prehrabene alergene, manj pogosta pa je senzibilizacija na inhalacijske alergene.

Prispevek o diagnostiki in alergijskem pohodu je pripravila moderatorica prim. Marijana Kuhar, dr. med. Poudarila je, da je alfa in omega postavitev diagnoze dobra anamneza, ki jo podkrepimo z laboratorijsko diagnostiko. Tudi pri AD velja, da je boljše preprečevati kot zdraviti in s tem omiliti ali celo zaustaviti alergijski pohod. Izvajamo lahko osnovno, sekundarno in terciarno preventivo.

Moderatorica asist. Vlasta Dragoš, dr. med., je z bogato slikovno zbirko prikazala tipično klinično sliko AD pri dojenčku za razliko od malega otroka in mladostnika. Zaključila je s posebnimi kliničnimi oblikami AD, kot so inverzna oblika, numularna ekcematozna in generalizirana oblika bolezni ter nas opozorila na spremenjeno osnovno klinično sliko bolezni ob pridruženih okužbi kože z bakterijami, virusi ali glivami. V nadaljevanju je prav tako z izredno lepimi fotografijami podkrepila predavanje o diferencialni diagnostiki AD, ki je v večini primerov zelo zahtevna.

Na prvem mestu v shemi zdravljenja je odstranitev alergenov in dražečih dejavnikov, sta poudarili specialistki alergologije in dermatologije. Zdravimo lokalno in sistemsko. Prim. Marijana Kuhar je poudarila nujnost individualnega pristopa k zdravljenju AD, ko upoštevamo starost, lokalizacijo in razširjenost kožnih sprememb ter stopnjo vnetja in morebitno superinfekcijo ali atopiji pridružene dermatoze. Prepotrebna navodila za lokalno zdravljenje AD na osnovni ravni skupaj z recepturo nam je posredovala asist. Vlasta Dragoš in smo ji za to nadvse hvaležni.

Sledilo je predavanje o fototerapiji AD, ki ga je pripravila asist. N. Kecejl in poudarila, da sodi fototerapija v roke izkušenega specialista dermatologa, ki natančno odmerja dozo in



Zavzeto smo prisluhnili zanimivim predavanjem.

spremlja učinek zdravljenja. Potreben je strogo individualni pristop. Poudarila je zdravilni učinek naravnega sončenja in morske vode. Zato tudi je atopijski dermatitis pri otroku indikacija za zdraviliško zdravljenje v Zdravilišču Debeli rtič, ki je edino obmorsko otroško zdravilišče v Sloveniji. V nadaljevanju sem s pomočjo slikovnega materiala predstavila Mladinsko zdravilišče Debeli rtič in prikazala dvotedenski ali tritedenski program zdraviliškega zdravljenja otrok z AD. Na zdraviliško zdravljenje v Zdravilišču Debeli rtič lahko sprejmemo otroke in mladostnike do 18. leta starosti s kroničnim obolenjem dihal in kože ter po poškodbah in operacijah na lokomotornem aparatu.

Za zaključek strokovnega dela nas je produktna vodja centra Krka, ga. A. V. Bangijev, mag. farm., spomnila na Krkin antihistaminik Letizen, ki je izredno varen in učinkovit, saj v primerjavi z drugimi antihistaminiki najbolje prodira v kožo.

Bogatemu dopoldanskemu in popoldanskemu strokovnem delu, ki je trajal do 16. ure, je sledilo prijetno popoldansko druženje s poznim, vendar zelo dobrim kosilom. Za prijetno vzdušje so poskrbeli otroci iz Belorusije, ki so nas navdušili s petjem in poskočnim plesom.

Kot je razvidno, “rtiška srečanja” postajajo tradicija.

Hvala vsem, ki ste kakorkoli pripomogli k izvedbi strokovnega srečanja.

Srečanje je omogočila Krka, d.d. ■

Epilepsije v pediatriji

Mihael Rogač

Od 27. do 29. maja je potekal v Portorožu seminar Ipokrates z mednarodno udeležbo, posvečen tematiki epilepsij v pediatriji.

Pod okriljem Ipokratesa se vsako leto zvrsti večje število seminarjev, namenjenih predvsem temam, aktualnih pri zdravljenju otrok (več informacij na spletni strani www.ipokrates.info). Letos je v Sloveniji potekal seminar na temo, ki ima veliko skupnega s samimi začetki otroške nevrologije pri nas pred 50-imi leti, ko je mestna otroška bolnišnica dobila prvi EEG aparat. Za današnje znanje na področju epilepsije pa ni dovolj le EEG, temveč, kakor so pričala tudi predavanja letošnjega seminarja, je za diagnostiko in napredek znanja o epilepsijah potrebna širša integracija semiologije epileptičnega napada z znanji nevrofiziologije, slikovnih tehnik, genetike ter farmakologije protiepileptičnih zdravil (PEZ). Opisani so novi epileptični sindromi, jasnejša je klasifikacija med benignimi in katastrofičnimi epilepsijami, na tržišče prihajajo nova PEZ in novi nevrokirurški pristopi lajšajo bolezen pri na zdravila refraktornih epilepsijah.

Predavanja, ki so pokrivala področje epilepsije od rojstva do adolescence, so krasili številni nazorni video EEG posnetki. Reprezentativni primeri EEG posnetkov posameznih bolnikov, magnetno - resonančne slike strukturnih nepravilnosti možganov in rezultati genetskih študij so dopolnjevali celostno sliko. Predavalo je šest predavateljev. Prvo velja omeniti priznani ime francoske šole epilepsije Charlotte Dravet iz Centre Saint-Paul v Marseilleu, ki je letos prejela nagrado Eurepe za življenjsko delo na področju otroške epileptologije. Iz Francije sta prišla še Pierre Genton, prav tako iz Centre Saint-Paul v Marseilleu ter Perrine Plouin iz Hôpital Necker Enfants Malades v Parizu. Predavala sta tudi Federico Vigevano iz Bambino Gesù Children's Hospital v Rimu in Renzo Guerrini iz raziskovalnega inštituta IRCCS Stella Maris v Pisi, ki tudi tesno sodeluje s francoskimi kolegi v Marseilleu. Ameriški pristop k epilepsijam je zastopal Eli Mizrahi iz Baylor College of Medicine v Houstonu.

Simpozij smo pričeli na začetku s predavanjem Mizrahija o epilepsijah v novoro-



Udeleženci seminarja

jenčkovem obdobju, kjer imamo zaenkrat še vedno malo v celoti definiranih epileptičnih sindromov. Benigne oblike, kot sta benigne neonatalne konvulzije in benigne familiarne neonatalne konvulzije, se žal pojavljajo le pri dveh do sedmih odstotkih obolelih novorojenčkov. Vendar je prognoza v smislu nevrološkega statusa, doseganja razvojnih mejnikov in možnosti porojstne epilepsije najugodnejša. Zaradi svojega infaustnega poteka, če ostane neprepoznana, in ugodnega izida ob pravilnem zdravljenju, je bilo veliko govora o od piridoksina odvisni epilepsiji. Teme se je dotaknil tudi Vigevano v predavanju o epileptičnih sindromih in presnovnih boleznih. V Ameriki uporabijo za diagnostični poskus prekinitve krčev 200 mg piridoksina, medtem ko v Italiji kot tudi pri nas poskušajo s 100 mg piridoksina. Diagnostika presnovnih bolezni ob pojavu epileptičnih krčev je aktualna ravno v prvih mesecih življenja. Etiologija je pestra, identificiranih je 20 skupin presnovnih bolezni, ki se lahko klinično manifestirajo s epileptičnimi krči.

Več predavanj je bilo posvečenih katastrofičnim oblikam epileptičnih sindromov. Mizrahi je svoje predavanje zaključil še z opisom zgodnje infantilne epileptične encefalopatije in zgodnje mioklonične encefalopatije, medtem ko smo o epileptičnih sindromih West, Lennox-Gastaut in Dravet slišali dolga in izčrpna predavanja Plouinove in Dravetjeve. Plouin

je predstavila nekaj otrok s simptomatskim sindromom West, kjer je kirurško zdravljenje pripomoglo k izboljššanemu kognitivnemu izidu zdravljenja in umiritvi krčev. Udeleženci smo si izmenjali mnenja o možnosti izpadov vidnega polja po dolgotrajnem zdravljenju z vigabatrinom, ki ostaja zdravilo prvega izbora pri zdravljenju sindroma West. Vendar zanesljivih študij pri otrocih žal primanjkuje, predvsem na račun možnosti objektivne potrditve izpada vidnega polja pri otrocih mlajših od osem let. Dravet je govorila o pasteih in stran poteh EEG izvida v razvoju sindroma Lennox-Gastaut ter naredila natančno primerjavo med klinično in EEG sorodnim sindromom Doose, ki ima mnogo ugodnejšo prognozo. Iz prve roke smo slišali o sindromu Dravet. Prvi opisi t. i. hude mioklonične epilepsije zgodnjega otroštva so se pojavili med 1978 in 1982, vendar zaradi neustrezne terminologije, ki bi opisovala variabilnost pri teh otrocih, se je te vrste epilepsije oprijelo ime sindrom Dravet. Po novi klasifikaciji ga bodo uvrstili med epileptične encefalopatije. Sindrom se prične pred prvim letom starosti, sprva kot dolgotrajni vročinski krči, vodi pa v na zdravila refraktorno epilepsijo in umski zaostanek. Med sprožilnimi elementi epileptičnih napadov izstopata vročina in fotosenzitivnost. Bližamo se tudi etiološki opredelitvi sindroma in opisana je mutacija natrijevega kanalčka SCN1A.

Nevrogenetika je močno aktualna stična točka med kliniko epileptičnih sindromov in etiologijo, ki vodi k preobratu, da ne bomo več govorili o sindromih, temveč o boleznih. Že Mizrahi je omenil mutacije genov za natrijeve in kalijeve kanalčke pri benignih familiarnih neonatalnih konvulzijah. Prototip konstelacije mutacija gena-epilepsija nudi sindrom GEFS+ (generalizirana epilepsija z vročinskimi krči plus), o katerem je govoril Genton. Mutacije različnih natrijevih kanalčkov ali podenot receptorja za GABA vodijo v moteno funkcijo membrane živčne celice, spremenjeno občutljivost na zdravila in temperaturo. Guerrini je predstavil dognanja kliničnih povezav med mutacijami nekaterih genov, ki sodelujejo pri

razvoju možganov, in epileptogenimi nepravilnostmi možganov ter smernice njihovega zdravljenja.

Napredek molekularne biologije bo verjetno pripomogel tudi k razjasnitvi etiološko zelo heterogene skupine progresivnih miokloničnih epilepsij (PME), od katerih je po splošni predstavitvi PME Genton več časa namenil bolnikom z Unverricht-Lundborgovo boleznijo. S temi bolniki imajo veliko izkušenj ravno v Marseillu, saj ti bolniki večinoma prihajajo iz dežel Severne Afrike. Iz znanstvenega stališča je bolezen zanimiva, ker glavni problem niso generalizirani tonično-klonični in klonični napadi, ki se pojavljajo na začetku bolezni, temveč mioklonus. Zdravljenju mioklonusa z levetiracetamom je Genton namenil posebno predavanje.

Poudarek simpozija je bil tudi na razlikovanju, katere so značilnosti benignih epilepsij, kaj so lahko neepileptični krči in kaj so starosti ustrezne normalne oblike paroksizmalnih sprememb v EEG. Dravet in Vigevano sta si razdelila področje benignih epilepsij dojenčkov in otroške dobe ter prikazala EEG zapise možnih diferencialnih diagnoz. Guerrini je pokazal številne video EEG posnetke epileptičnih fenomenov in po klinični sliki sorodnih ekstrapiramidnih motenj gibanja. Mizrahi pa je šolsko predstavil normalne variante zapisa v otroškem EEG-ju.

Bllestala sta tudi Plouin in Genton s predstavitvijo skupine svojih bolnikov z zelo redko obliko epilepsije. Prva je govorila o migrirajočih parcialnih epilepsijah pri dojenčku in drugi o absencah, ki se pričnejo pred tretjim letom starosti. Obe skupini ostajata neznanka, saj do sedaj poznane preiskave razen EEG-ja dajejo normalne rezultate, prognoza pa je v obeh primerih slaba. Za konec je Mizrahi še spregovoril o semiologiiji epileptičnih napadov pri temporalni epilepsiji in predstavil lastno študijo o vplivu histološkega izvida hipokampusa na izid kirurškega zdravljenja temporalne epilepsije. Otroci s tipično sklerozo Amonovega roga ali tumorjem v področju hipokampusa imajo po operaciji boljšo kontrolo epilepsije in manjše kognitivne težave kot otroci z atipično sklerozo Amonovega roga.

Mislím, da je vsak od udeležencev odšel s seminarja z bogatimi, novimi spoznanji ali pa s potrditvijo svojih ugotovitev med vsakdanjim kliničnim delom. Tudi predavatelji so bili večkrat prijetno presenečeni nad rešitvami pri obravnavi določenih epileptičnih sindromov v različnih koncih Evrope. Program je dosegljiv na spletni strani otroške nevrologije: <http://animus.mf.uni-lj.si/neurology/dogodki/dogodki.htm>, kjer lahko najdete tudi kratek povzetek letošnjega seminarja v slikah. ■

Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb

Marija Gubina

V šolskem letu 2003/2004 sta Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete v Ljubljani in Klinični center v Ljubljani ponovno organizirala podiplomsko izobraževanje iz bolnišnične higiene z naslovom Preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb.

Tokrat je bila šola namenjena 22-im zdravnikom in je trajala štiri tedne, ki so bili umeščeni v november, januar, marec, april, in se je končala z zaključnim izpitom v mesecu maju 2004.

Izobraževanje je bilo namenjeno seznanjanju s konkretnimi problemi preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb. To področje je interdisciplinarna dejavnost. Z osnovami nastanka in preprečevanja okužb, povezanih z zdravstvenimi organizacijami, morajo biti seznanjeni vsi delavci v zdravstvu. Zato je pomembno, da ima vsaka zdravstvena organizacija zdravnike in diplomirane medicinske sestre z dodatnimi znanji s področja obvladovanja okužb, ki izvajajo svetovialno dejavnost s tega področja.

Vsebina izobraževanja na tokratni šoli je bila zopet zbrana z več področij. V prvem sklopu so slušatelji osvežili osnove infektologije, ponovili izbrana poglavja iz bakteriologije, virologije, parazitologije, imunologije in epidemiologije ter spoznali nekaj zakonov in predpisov, ki obravnavajo področje nadzora bolnišničnih okužb. V drugem sklopu so se srečali z bolnikom in tveganjem; spoznavali so tudi osnove zdravstvene nege bolnika in varovancev v domu. V tretjem sklopu so obravnavali probleme posegov in oddelke s tveganjem. Spoznavali so klinične težave pri izvajanju diagnostičnih in negovalnih postopkov. Bolnišnično okolje smo umestili v četrti sklop, v katerem so se seznanili z značilnostmi bolnišničnih okužb, pomenom epidemioloških

in tipizacijskih metod za njihovo odkrivanje, vlogo obvladovanja okužb pri oceni kakovosti dela ter pomenom nadzora bolnišničnih okužb pri uvajanju akreditacije v bolnišnicah. Pouk je bil raznoliko oblikovan: predavanja, ogledi, vaje na oddelkih in v laboratorijih, demonstracije, seminarji, razprave in skupna kosila so bili razporejeni v štiri tedne in se je zaključil na izpitni dan s pisnim in ustnim izpitom ter podelitvijo diplom. Izbor slušateljev je bil zelo pester, saj so bili med njimi infektologi, epidemiologi, pediatri, kirurgi, splošni zdravniki, intenzivisti, mikrobiologi in drugi. Z organizacijo in vsebino podiplomskega izobraževanja ter podajanjem predavateljev so bili slušatelji zadovoljni. Tudi sami so tvorno sodelovali, še zlasti z zanimivimi seminarji, v katere so pogosto vplekli tudi problematiko svojega dela.

Problemi bolnišnic in zdravstvenih ustanov se razlikujejo. Vsem pa je skupno spoznanje, da je potrebno za vsakega bolnika in za vsak poseg oceniti tveganje za nastanek okužbe in ravnati v skladu s tveganjem. Vsako okolje potrebuje posebne postopke in daje značilne možnosti za reševanje problemov. Vseh modelov nobena šola ne more dati. Zagotovo bo potrebno znanje dograjevati – tako slušatelji kot tudi organizatorji takih šol bodo iskali in ustvarjali nove poti za reševanje zagat in problemov na področju obvladovanja bolnišničnih okužb. Omenjene šole so koristne in zanimive, saj odprejo povsem nov, preventivni pogled na organizacijo postopkov pri celostni obravnavi bolnika – pri diagnostiki in zdravstveni negi. ■

Prvo srečanje oftalmologov graške in mariborske medicinske fakultete

Dušica Pahor



Pred začetkom srečanja: z leve: prof. dr. Y. El-Shabrawi, prof. dr. Andrea Langmann, mag. T. Gračner, dr. med., prof. dr. Ch. Faschinger, prof. dr. G. Langmann.

zelo priljubljen. Dvakrat na leto organizirajo enodnevna tematsko različna srečanja za oftalmologe širše regije (GRAFO), ki se jih oftalmologi našega oddelka redno udeležujemo. Kot dolgoletni člani Avstrijskega oftalmološkega združenja (ÖOG) sodelujemo aktivno že vrsto let na avstrijskih oftalmoloških kongresih in redno objavljamo članke v reviji Združenja oftalmologov Avstrije "Spectrum der Augenheilkunde", ki izide šestkrat na leto.

Srečanje je najprej otvoril prof. Faschinger, ki je v prelepem in zanj značilnem slogu ponovno poudaril pomen srečanja dveh univerz ter še posebej sodelovanja na področju oftalmologije. Srečanja bi naj postala tradicija, kjer bi se izmenjavala znanja, izkušnje in poglobljale medsebojne vezi. V prijetnem in sproščenem vzdušju so sledila po 30-minutna predavanja (prim. B. Gračner, mag. T. Gračner, doc. dr. D. Pahor, prof. dr. Y. El-Shabrawi, prof. dr. A. Langmann, prof. dr. G. Langmann, prof. dr. Ch. Faschinger). Teme so bile različne in

25. maja 2004 smo se v prijetnem majhnem hotelu sredi vinorodnega štajerskega področja na sredini poti med avstrijskim Gradcem in slovenskim Mariborom v kraju Kitzceek zbrali na pobudo predstojnika Univerzitetne očne klinike v Gradcu prof. dr. Christoph Fasc-

hingerja in predstojnice Oddelka za očne bolezni Splošne bolnišnice Maribor doc. dr. Dušice Pahor, dr. med., na prvem srečanju oftalmologov graške in mariborske medicinske fakultete. Temelje sodelovanja sta že pred leti ustvarila prim. Bojan Gračner in prof. dr. Gerald Langmann.



Med razpravljanjem: z leve: prim. B. Gračner, dr. med., M. Falež, dr. med., B. Jovović, dr. med.

Čeprav je sodelovanje naše bolnišnice z graško medicinsko fakulteto dobro, kakor tudi z Univerzitetno očesno kliniko, pa novoustanovljena Medicinska fakulteta v Mariboru predstavlja popolnoma nove možnosti sodelovanja.

Univerzitetno očesno kliniko v Gradcu vodi od upokojitve prof. dr. Jürgena Faulborna 1. 10. 2003 prof. dr. Christoph Faschinger. Na kliniki je trenutno osem univerzitetnih profesorjev in pet docentov. V lanskem letu so na kliniki opravili skoraj 3.000 operacij sive mrežne in več kot 530 operacij zadnjega očesnega segmenta. Posebno zanimiv je model pedagoškega procesa, ki je pri študentih



Ob prijetnem zaključku srečanja: z leve: prof. dr. Ch. Faschinger, doc. dr. D. Pahor, dr. med., prof. dr. Y. El-Shabrawi, prof. dr. G. Langmann

zelo zanimive. Po vsaki je sledilo še razpravljanje. Srečanje smo zaključili z večerjo v poznih popoldanskih urah v prijetnem prijateljskem vzdušju in ob pogledu na prečudovito ter z vinsko trto zasajeno hribovje in zahajajoče pomladansko sonce.

Šola klinične radiologije

Doktor, kaj pa pove slika?

Ksenija Tušek Bunc

Vselej, ko bolnik prinese rentgensko sliko, še zlasti rentgenogram prsnih organov in seveda od mene pričakuje, da jo tudi pogledam in povem svoje mnenje, sem v zadregi. Gledam, gledam in modrujem, resnici na ljubo pa žal tistega, kar je zapisal specialist radiolog ne vidim, ali ocenim za patološko tisto, kar je povsem normalno. Seveda me je to skrbno prikrivano neznanje jezilo in že dolgo sem si obljubljala, da bom to neljubo pomanjkljivost poskušala odpraviti. Tako torej odločitev o udeležbi v šoli klinične radiologije posvečene patologiji prsnih organov, ki je bila povrh vsega organizirana še v mojem rodnem Mariboru, nikakor ni bila težka.

Pred devetimi leti so prvič organizirali takšno Šolo klinične radiologije, ki je bila prav tako kot letošnja posvečena problematiki radiologije prsnih organov. Letošnja šola, že šesta po vrsti, je pomembna iz več vidikov. Od prejšnjih se je razlikovala predvsem po dejstvu, da se je po letih gostovanja na Bledu in Portorožu vrnila v Maribor. Njen nesporni oče in idejni vodja prim. mag. Jurij Zalar se je odločil, da je potrebno šolo kot uveljavljeno institucijo ohraniti ter jo vključiti v prihodnje delo in usmeritev Radiološkega oddelka Splošne bolnišnice Maribor, ki postaja nosilec radiološke dejavnosti v okviru novoustanovljene Medicinske fakultete univerze v Mariboru. Osnovni namen šole ostaja nespremenjen, saj predstavlja most med kliniki in radiologi ter je mesto, kjer se srečujejo ter medsebojno izmenjujejo izkušnje in poglede na različne probleme, pred katere so eni in drugi postavljeni pri svojem vsakdanjem delu in skrbi za paciente. Radiologi so spodbujeni h kliničnemu razmišljanju in reševanju problemov, medtem ko se kliniki seznanjajo z osnovami radiologije, spoznavajo možnosti, ki jim posamezne vrste radioloških preiskav ponujajo ter spoznavajo tudi njihove omejitve.

Posebej pohvalno je, da je bil namen organizatorjev šole vseskozi opozarjati udeležence na pomen in spoštovanje domačega jezika ter na njegovo pravilno uporabo. Predvsem mlade zdravnike so hoteli naučiti pravilnega razumevanja slik prsnih organov ter pomembnosti

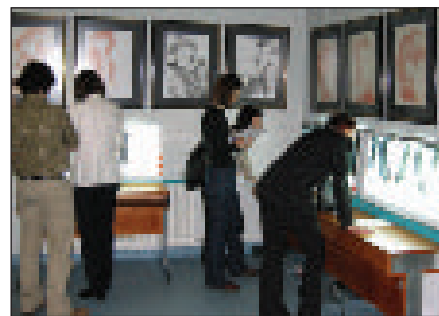
opisovanja patološkega dogajanja v jasni in pregledni obliki ter jeziku, rešenem vseh nepotrebnih tujk in domače latovščine.

Da je bila letošnja šola ponovno posvečena problematiki radiologije prsnih organov, je odraz želja mladih zdravnikov naše bolnišnice, pa tudi zdravnikov osnovne ravni, ki se pri vsakdanjem delu srečujemo s slikami prsnih organov ter si zato želimo dodatnega znanja s tega področja. Prav mladim zdravnikom različnih specialnosti, pa tudi tistim manj mladim, je bila namenjena letošnja šola, ki jo je v celoti organiziral Radiološki oddelek Splošne bolnišnice Maribor, kateri je že od vsega začetka šole sodeloval kot eden izmed njenih soorganizatorjev. Da bi velikemu številu udeležencev, ki jih je bilo kar 120, zagotovili dobro in kakovostno delo šole, je oddelek pridobil širok krog odličnih strokovnjakov z raznih področij medicine s skupno osnovo problematike prsnih organov. Kot predavatelji so se izkazali odlični strokovnjaki Kliničnega centra, bolnišnice Golnik, Onkološkega inštituta ter domači zdravniki, sodelavci internega, torakalnega in radiološkega oddelka.

Šola je bila razdeljena na dva sklopa, ki sta potekala v dveh dneh. Prvi dan je bila posvečen osnovnim radiološkim vprašanjem, ki so povezana s problematiko prsnih organov. Slušatelji smo imeli možnost spoznavanja osnov nastanka rentgenske slike, obnavljanja svojega znanja osnovnih procesov pljučne funkcije, spoznavanja normalne anatomije pljuč ter najpogostejših bolezenskih dogajanj na pljučih. Predstavljen nam je bil normalen in zboleli medistinum, spoznali smo izgled in pomen zgostitev na sliki prsnih organov. Prav tako smo lahko spoznali pljučni intersticij na pregledni sliki prsnih organov ter videli kakšne pasti nas lahko čakajo na preglednem posnetku pljuč.

Po predavanjih smo se udeleženci razporedili v tri skupine in pod vodstvom domačih radiologov spoznavali osnove odčitavanja rentgenogramov prsnih organov.

Drugi dan šole je bil posvečen problematiki pljučnega raka, njegovi diagnostiki z različnimi radiološkimi preiskavami ter možnostmi in oblikami tako konzervativnega kot kirurškega zdravljenja.



Na posebnih negatoskopih je bil za udeležence šole postavljen tudi zaključni kviz, sestavljen iz osmih primerov – vprašanj, na katere smo udeleženci prostovoljno odgovarjali in se tako preizkušali v pridobljenem in obnovljenem znanju.

Organizator je za vse udeležence pripravil lične mape in pisala ter grafično razpoznavna potrdila o udeležbi šole. Zbornica je potrdila, da bo za udeležbo podelila točke permanentnega izobraževanja. Kljub skoraj simbolični kotizaciji, smo imeli vsi udeleženci možnost, da se udeležimo kosila in večerje v prostorih bolnišnične jedilnice. Poleg tega je bil v odmorih med predavanji vsem na razpolago samopostrežni bife s prigrizki, kavo in sadnimi sokovi.

V vseh pogledih je bila organizacija in oskrba udeležencev šole več kot izvrstna. Vsi smo bili nad izvedbo šole, pridobljenim znanjem in njeno ponudbo izredno navdušeni.

Ob zaključku šole je predstojnik Radiološkega oddelka dr. Jože Matela pojasnil rešitev primerov iz zaključnega kviza in štirim najuspešnejšim udeležencem kviza predal uporabne knjižne nagrade. Poleg tega se je posebej zahvalil kolegicam z oddelka, dr. Sabini Vadnjal in dr. Andreji Dvoršak Erker, ki sta uspešno vodili in moderirali šolo, ing. radiologije Marku Vinterju, ki je bil zaslužen za tehnično izvedbo projekta in njegovo grafično podobo, predvsem pa organizatorju in očetu šole prim. mag. Juriji Zalarju. Vsem prisotnim se je zahvalil za njihov obisk in sodelovanje ter nas pozval na ponovno snidenje v sedmi šoli klinične radiologije.

Sama komaj čakam prvega bolnika z rentgenogramom pljuč in upam, da bo to pot zadrega manjša ali pa je sploh ne bo. ■

4. Ormoško srečanje

Kristjan Nedog

Z lanskim letom smo člani programskega odbora na Ormoškem srečanju zasnovali triletni tematski cikel na temo trajnih osebnostnih motenj, ki smo mu dali skupno ime "Nedokončana zgodba".

Z izrazom "trajna osebnostna motnja" se označuje široka paleta stanj oziroma vedenjskih vzorcev posameznika, ki lahko imajo svoj izvor že v njegovem zgodnjem razvoju ali pa so pridobljeni kasneje v življenju. Kot take predstavljajo značilne in močne odklone od načina, kako povprečni posameznik v dani kulturi misli, čuti ter se povezuje z drugimi. Večinoma so globoko zakoreninjene in precej težko dostopne raznim vrstam terapije. Ljudje s trajnimi motnjami osebnosti so bili vrsto let opredeljeni – in so neredko še danes – kot "psihopatske osebnosti". Ta stigma (do nedavnega tudi strokovna diagnoza) je vse prepogosto povzročila, da so se jih izogibali soljudje ter zdravniki različnih strok. Glede na težavnost shajanja s takšnimi pacienti, njihovo slabšo zmožnost socialne adaptacije ter precej slabega poznavanja narave oziroma ozadja njihovih težav, je takšen odnos okolice do pacientov z osebnostnimi motnjami do neke mere tudi razumljiv.

Po tem ko smo zaradi svetovno priznanih strokovnjakov s področja diagnostike in zdravljenja trajnih osebnostnih motenj, tako iz slovenskega prostora kot iz tujine na lanskem prvem delu "trilogije" obdelali splošne vidike etiologije, patogeneze, (diferencialne) diagnostike ter zdravljenja omenjenih motenj, je pozornost letošnjega simpozija veljala v prvi meri dvema tipoma trajne osebnostne motnje: shizoidni in borderline osebnostni motnji.

V zadnjih letih se je namreč na področju teorije in obravnave omenjenih dveh osebnostnih motenj zgodilo precej sprememb, ki so plod raziskovanj medsebojnega vpliva strukturnih sprememb v možganih in funkcionalnih sprememb tekom psihoterapevtskega procesa ter tudi sovplivanja novih metod farmakološkega zdravljenja v kombinaciji s psihoterapevtskim vodenjem, zlasti analitično usmerjeno psihoterapijo.

Na simpoziju se je ponovno predstavilo več uglednih strokovnjakov iz domačega in svetovnega prostora. Prvi dan je bil namenjen

shizoidni motnji osebnosti. Predno smo "zapluli" v resne strokovne vode, nas je v kratkem kulturnem uvodu z zvoki godal navdušil in sprostil znani godalni kvartet Feguš iz Maribora. V dopoldanskem delu prvega dne smo slišali tri plenarna predavanja. Prof. dr. Peter Praper, predstojnik inštituta za klinično psihologijo na oddelku za psihologijo Filozofske fakultete v Ljubljani, je prikazal značilnosti shizoidne osebnostne strukture ter klinične vidike shizoidne osebnosti. Nadalje je spregovoril o ego modifikacijah pri shizoidni osebnosti in kakšne so njene razvojne značilnosti ter o psihodinamskih in diagnostičnih specifičnostih pri shizoidni osebnosti. Na koncu je prikazal še možnosti psihoterapije shizoidnih pacientov s poudarkom na transferenceh in kontratransferenceh posebnostih v okviru le-te. Sledilo je zelo zanimivo predavanje prof. dr. Iva Urliča z Medicinske fakultete Univerze v Splitu, ki je z zelo nazornimi primeri prikazal terapijski potencial skupine v zdravljenju oseb s shizoidno osebnostno motnjo. Dopoldanski del je zaključila svetovno znana psihoanalitičarka Ilany Kogan z oddelka za psihoterapijo univerze v Tel Avivu. V svojem predavanju z naslovom "Psychic change – Reality or Illusion?" je na zanimiv in izčrpen način predstavila naslovno dilemo, torej ali so globoke psihične spremembe pri odraslem človeku sploh možne, ali pa si pri teh prizadevanjih delamo le utvaro. V popoldanskem delu prvega dne smo nato najprej slišali dve predavanji domačih strokovnjakov mag. Marjete Blinc Pesek ter asist. mag. Urbana Grolegerja, obeh s Psihiatrične klinike v Ljubljani, ki sta predstavila naslovno temo simpozija skozi oči psihiatra in razpravljala o tem, kakšni izzivi se pojavljajo pri prepoznavanju, diferencialni diagnostiki ter zdravljenju pacientov s shizoidno in borderline motnjo osebnosti, predvsem zdravljenju psihotičnih dekompenzacij pri njih. Slišali smo tudi, kje so razlike do zdravljenja klasičnih psihotičnih motenj. Zaključek prvega dne je pripadel trem predstavitev primerov.

V večernih urah je sledil družabni del srečanja s slavnostno večerjo in plesom, ki se je (po že stari navadi iz prejšnjih Ormoških srečanj) ustrezno zavlekel.

Tudi drugi dan, ko so se udeleženci zbrali

(bolj ali manj) spočiti, in je bil namenjen borderline motnji osebnosti, se je pričel s predavanjem velikega imena v svetovni psihoanalizi: nastopil je Ettore Jogan, psihoanalitik s Centro Veneto di Psicoanalisi "Giorgio Sacerdoti" v Padovi. Prikazal je celovit pregled teoretičnih in terapevtskih pristopov k borderline osebnostni motnji. Sledil je prispevek prof. dr. Francoisa Sauvagnata z Université de Picardie "Jules Verne" v Amiensu (Francija). Prof. Sauvagnat je v svojem prispevku skušal prikazati različne, včasih tudi nasprotujoče si modele psihoanalitične obravnave pacientov z borderline motnjo osebnosti. "Poslastica" simpozija pa je vsekakor bilo zaključno predavanje, ki ga je imel Prof. dr. Norman Sartorius z Univerze v Ženevi. Vsakomur, ki ima vsaj oddaljen strokovni stik s področjem duševnega zdravlja, verjetno ni potrebno posebej predstavljati te svetovne reference. Kljub navidezno morebiti nekoliko "dolgočasni" naslovni temi "Klasifikacija duševnih motenj – trenutno stanje in perspektive za prihodnost" je prof. Sartorius zadevo predstavil na ravni, ki je edinstvena samo njemu in ki ga na tem mestu z besedami ni možno opisati.

Tako smo se pod vtisom dveh dni vrhunskih predavanj in obilice novo pridobljenega znanja zbrali na zaključnem kosilu v prekrasni dvorani Palacij na Ptujskem gradu, ki je bila sicer tudi letos ves čas simpozija družabno središče za odmore s kavo in predstavniki pokroviteljev. Prijetno kramljanje se je izteklo v popoldanskih urah, ko smo na prizorišču ostali le še člani organizacijske ekipe.

Ormoško srečanje je še enkrat dokazalo, da je postalo ena osrednjih kongresnih prireditelj na področju duševnega zdravlja v naši državi. Neposrednih indikatorjev za to je več. Naj omenim zanimanje in zadovoljstvo udeležencev. Njihovo število bi bilo lahko, v kolikor ga ne bi bili primorani iz tehničnih in prostorskih razlogov omejiti, verjetno vsaj dvakrat večje, kot je bilo. Takorekoč pa so si bili vsi prisotni edini, da se je potrebno še vrniti v Ormož. Kakorkoli že, tisti, ki so letos zamudili udeležbo, in tisti, ki se radi vračajo, se bomo srečali prihodnje leto na "zaključku trilogije" o nedokončani zgodbi. Člani organizacijskega odbora že sedaj pripravljamo nova presenečenja...

Sredozemski kongres dentalne implantologije - MDIC 2004

Matija Gorjanc

Zdi se, da so v letošnjem letu bogovi z Olimpa radodarni do svojih človeških rojakov: evropski nogometni prvaki, olimpijske igre, kongres dentalne implantologije.

Ko je tradicionalni sredozemski kongres oralne in maksilofacialne kirurgije v letu 1999 na Siciliji zabredel v globoke rdeče številke, je "lastnik licence" dr. Bochlogyros izdelal sanacijski načrt v slogu velikih stečajnih upraviteljev: z evropsko konkurenco otepajočo se prireditelj je preimenoval v implantološki kongres, staval na prednost domačega terena, okreplil družinsko prisotnost v upravi in – uspel. Krf od 20. do 26. junija 2004, skoraj 200 udeležencev, zveneča imena svetovne implantologije, obiskani predkongresni seminarji, tudi nekaj razstavljalcev in subtilnega kongresnega biznisa.

Že v nedeljo, pred torkovo uradno otvoritvijo, je dvorano predkongresnega seminarja napolnil dr. Sascha Jovanovic. Ni "–č", ni "–č", ni "–ch". S svojo predstavitvijo je opravil takole: rojen na Nizozemskem, kjer je diplomiral, že 15 let živi in dela v Kaliforniji na losangeleški UCLA School of Dentistry, kjer je "vsak pacient igralec in vsak zobozdravnik direktor". O svojih koreninah nič. Za manj poznavalce dodajmo nekaj neskromnih podatkov: nekdanji predsednik Evropske akademije za oseointegracijo, predsednik Fondacije za oseointegracijo, dobitnik mnogih raziskovalnih nagrad, avtor več kot 60-ih člankov, več poglavij v učbenikih, knjige, neumoren predavatelj, voditelj tečajev. Naslednjega podatka sicer ni bilo moč preveriti, a ne more biti daleč od resnice: star je največ 40 let. Podatek je preverjen z damskimi očmi, in sicer da je zelooooo simpatičen. Skozi njegove temne oči lahko torej zgodovinsko pot implantologije delimo v tri obdobja: funkcionalnega (značilnost 80-ih let, ko je bilo glavno, da je držalo), estetskega (značilnost 90-ih let, ko je moralo biti tudi lepo) in biološkega, ki združuje oba koncepta in ju nadgrajuje s spoznanji o obnašanju perimplantatnih tkiv v različnih pogojih. Osnova vsega je "kostni temelj". Če ga ni, ga je potrebno izgraditi in Jovanovic prisega na avtologno kost, ki ji le redko in v posebnem sloju dodaja kostne nadomestke. Za idealno intraoralno odvezemo



Dr. Jovanovic in doc. dr. Naraša Ihan Hren: slovenski predstavniki na kongresu nismo bili neopaženi.

mesto je opredelil retromolarno področje spodnje čeljustnice, simfizno področje pa je zaradi neredkih in tudi trajnih senzibilitetnih motenj opustil. Kostni mora slediti primerno oblikovan in dimenzioniran implantat. Najprej je podal nekaj dragocenih priporočil o položaju implantata v estetskih področjih in nadaljeval z oblikovnimi značilnostmi. Ob veliki gorečnosti, ki jo je ob tem pokazal, se je zazdelo, da tudi sam sodeluje pri razvoju nekaterih novejših implantatov podjetja Nobel Biocare. Zanimivo je, da je implantat Nobel Direct, ki ga je predstavil, oblikovan tako, da s protetičnim elementom tvori nedeljivo celoto. Takšen implantat sicer zgodovina pozna, a morda njegova renesansa ni presenečenje. Upoštevali znane težave z zunanjo šesterkotno povezavo, se zdi verjetno, da so bili v izboljšave tega segmenta pravzaprav prisiljeni. Ker pa so bile nekatere rešitve konkurence že patentno zaščitene, je bilo potrebno poseči "nazaj v prihodnost". Končno je za biološki koncept pomembno, je poudaril Jovanovic, kaj se dogaja v "mehkotivnem prostoru" ali v prostoru biološke širine. Ta stopa v žarišče raziskovanja in izboljševanja: če je do nedavnega veljalo, da tukaj vlada epitelijski pripoj in temu usojena vzporednost vezivnotkivnih vlaken z vzdolžno osjo implantata, postaja aktualna biološka vezivnotkivna povezava sluznice z implantatom. Kako to doseči, je že druga zgodba... Presenetilo me je tudi predavateljevo stališče do takojšnje implantacije,

zgodnje obremenitve in funkcije. Je zadržan: raje ne, če to ni nujno in še takrat v kontroliranih pogojih dobre osnovne stabilnosti in brezhibnega stanja alveolarne kostnine ter dlesni. Osebo sem bil takšnega stališča vesel. V obdobju, ko proizvajalci izkoriščajo dobra raziskovalna izhodišča, takojšnje obremenitve in minimalne invazivnosti za nekritično propagiranje posameznih implantatov in se s tem namenom poenostavlja implantologijo v "vrtanje in privijanje brez potrebe po kirurgiji", se najde nekdo, ki temu postavi jasne in smotrne meje. In če je to človek, ki je v to industrijo vpet do vratu – pa ob tem ohranja strokovno neodvisnost, znanstveno kritičnost in osebno načelnost – mu kaže verjeti. Brez dvigovanja mukoperiostialnih režnjev je torej mogoče delati le v optimalnih pogojih v celoti ohranjene vestibularne lamine zobničnega odrastka in v odsotnosti akutnih vnetnih znakov. Kot kirurg se sam s protetiko ne ukvarja, zato je tudi na tem področju natresel nekaj sicer ne povsem novih zanimivosti. Da je dr. Jovanovic tudi po delovnih navadah že precej daleč od svojih korenin, je postalo jasno ob koncu seminarja, ko je na račun organizatorja pripomnil, da ne razume, zakaj ima svoje naslednje predavanje po programu šele v sredo in da prav zares ne ve, kaj bo s sabo počel kar dva prosta dneva. Da je deloholik res padel v manjšo abstinenčno krizo, se je čez dva dni skoraj poznalo...

Med osrednjim delom kongresa se je med torkom in soboto za govorniškimi pultom zvr-

stilo več deset predavateljev. Kot je to običajno, so prispevki po svoji kakovosti variirali, in sicer od tistih, ki bi jih lahko poimenovali "pri tem pacientu sem vstavil takšen implantat", preko "izložbenih oken" (prikaz sosledja kliničnih primerov, komentiranih s citati iz literature in brez tehtnega zaključka) do resnih kliničnih študij z jasnimi sporočili. Omenil bom nekaj slednjih ter tiste, ki so iz prvih dveh kategorij izstopali iz drugih razlogov.

Odlično je bilo predavanje dr. Moghadama iz Ottawe v Kanadi o "Starih mitih in novih konceptih pri kostnih presadkih". Kot prvega je ovrgel mit o večvrednosti spongioznih kostnih presadkov. Ti se hitreje resorbirajo, vsebnost kostnega morfogogenetskega proteina (BMP) in gostota vitalnih osteoprogenitornih celic pa ni večja kot v kortikalnih presadkih. Kot drugega je kritiziral mit o uporabi kostnih nadomestkov za boljše kostno celjenje alveol po ekstrakcijah. Edino smiselno je tu dopustil uporabo lastne kortikalne kosti. Nato se je spopadel še z vročo temo: uporabo PRP (z (rastnimi) proteini bogate plazme). Kljub kliničnim poročilom o boljšem celjenju kosti, ni nobenih resnih statističnih podatkov, ki bi te izkušnje podpirali. Njegov zaključek je bil, da bo prihodnost prinesla nove tehnologije obnove izgubljenih kostnih tkiv, temelječe na bioloških presadkih, do takrat pa je avtologni kortikalni kostni presadek edina pametna izbira. Dr. Bschorer iz Schwerina v Nemčiji je prikazal lepo študijo o uspešnosti implantatov namenjenih fiksaciji obraznih epitez. Te so vstavili v ohranjeno ortotopno kost ali v kostnino sestavljenih prostih režnjev. V seriji več kot 100 implantatov so zabeležili 93,5-odstotno uspešnost. V začetku perspektivno predavanje izkušenega in spretnega dr. Bergmanna, prav tako iz Nemčije, je žal na koncu izvenelo malo komercialno in se ni dvignilo nad "vitrino". Kar nekaj kolegov se je v razpravi z njim spotaknilo v prikazovanje očitno predimenzioniranih implantoloških rešitev. Po motoviljenju je le izdahljal, da mora tudi njegova bleščeča se praksa od nečesa živeti. A bi prav dobro živela tudi brez takšnih ekscesov. Prof. dr. Neukamm iz Erlangna je obravnaval obrazno estetiko in implantološko rehabilitacijo. V svoji prispevek je povezal dejstva o estetskih obraznih elementih, rekonstruktivne tehnike v maksilofacialni in oralni kirurgiji ter implantologijo.

Slovenska prispevka sta bila na programu v sredo. Doc. dr. Nataša Ihan Hren je pripravila retrospektivni pregled implantatov, s katerimi smo na Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo v Ljubljani reševali popolno brezzobost pacientov v zgornji ali v spodnji čeljusti. Prvih je bilo 22, slednjih pa 61. 98 odstotkov zgodnja uspešnost obeta tudi od-

lične dolgoročne rezultate. Sam sem predstavil implantološko zdravljenje popoškodbene brezzobosti. Ta se v več značilnostih razlikuje od drugih oblik brezzobosti. Najpomembnejše razlike najdemo pri starosti pacientov, lokalizaciji brezzobosti (popoškodbena je v estetsko pomembnem področju sprednjega dela zgornje čeljustnice) ter uporabi osteoplastičnih postopkov pred ali ob implantaciji. V sami uspešnosti večjih razlik nismo ugotovili (100 oziroma 97-odstotno).

Med dejavnimi udeleženci je bilo mogoče identificirati nekaj skupin, ki so prihajale iz iste ustanove ali pa so s svojimi usklajenimi nastopi kazale na skupni rezultat multicentričnih projektov. Ena od njih je prišla iz Freiburga, kjer vodi Klinični oddelek za oralno in kranio maksilofacialno kirurgijo prof. dr. Schmelzeisen. Dr. Schramm je prikazal klinično uporabnost tkivnega inženiringa pri nadomeščanju sluzničnih primanjkljajev v ustni votlini. Še večji vtis je napravil s prikazom dviga sinusnega dna s pomočjo kostnine vzgojene in vitro iz pokostničnih osteoblastov. Dr. Koulocheris je prikazal klinično uporabnost ultrazvočnega instrumenta za osteotomije. Čeprav je prekinjanje kostnine počasnejše, je nevarnost poškodbe mehkih tkiv manjša kot pri oscilacijskih žagah ali svedrjih. Dr. Dini je prikazal distrakcijo alveolarnih grebenov in ocenil uporabnost distraktorjev v različnih situacijah. O distrakcijski osteogenezi je govorila tudi dr. Koyeva, ki je prišla iz Dresdna. V študiji s kontrolno skupino, ki je zajela do štiriletno obdobje, je ugotovila, da izguba robne kostine ob implantatih v kosti, pridobljeni z distrakcijo, ni prav nič večja.

Druga skupina je predstavila tip implantata, ki naj bi bil rešitev za skrajno atrofične čeljusti, primeren za takojšnjo obremenitev. Popolne fiksne protetične rešitve pa naj bi omogočal na vsega štirih implantatih. Sliši se kot znanstvena fantastika in po prikazanem si je verjetno marsikdo v dvorani mislil, da bi bilo bolje, če bi takšne ideje za vedno ostale v fantastični sferi, medtem ko o znanstvenem sploh ne bi govoril. Bazalno oseointegrirani implantat (BOI) namreč izgleda kot eno-, dvo- ali trnadstropni disk, ki se ga vstavi v čeljust s strani (!), s svojim protetičnim nastavkom, ki je za implantološke standarde izjemno tanek, se nadaljuje v nadgradnjo, ki stoji ali visi nekaj milimetrov nad grebeni. Njegov avtor, dr. Ihde iz Švice, je v povzetku svojega prispevka zapisal, da njegovi implantati "omogočajo izoelastično zrast (?) s kostjo, kar naj bi vzpodbudilo njeno prehranjevanje in gnojenje". O slednjem ni dvoma. Ker so nam obveščeni kolegi diskretno namignili, da dr. Ihde s svojo pogruntavščino nima pravega

uspeha v domovini in v sosesčini ter si išče sodelavcev v manj razvitem svetu, srčno upam, da bo ta odstavek zadoščal za previdnost med slovenskimi kirurgi in zobozdravniki.

Kljub grozečemu naslovu "Resni zapleti po implantoloških posegih in njihovi pravni vidiki", je zelo optimistično izzvenel dr. Gehrke iz Hannovra. Je maksilofacialni kirurg in sodni izvedenec na nemških sodiščih. Na leto se sreča z vsaj 15-imi primeri tožb, povezanih z implantati. A ni strašil, ni žugal in grozil. Pojasnil je, da je v zadnjih letih v Nemčiji prišlo do premikov v vsebini teh tožb. Podkrepljeni s preteklimi pravnimi izkušnjami, si implantologi ne privoščijo več dela brez informiranega pristanka pacienta, zato teh vsebin na sodišču skoraj več ni. Stalno je število tožb zaradi strokovnih napak pri indikacijah, diagnostiki (premalo ali preveč diagnostičnih postopkov) in izvedbi (zlom čeljusti, poškodba živca, protetično neuporabni implantati). V krepkem porastu pa je število tožb, ki se nanašajo na ceno, saj je kar polovica primerov povezanih s stroški, ki pacientom niso primerno predstavljeni.

Med opoldanskimi odmori sta v sredo in petek potekala tečaja. Eden o uporabi ortodontskih implantatov, drugi o uporabi laserja v oralni kirurgiji in implantologiji. Slednjega je vodil dr. Romanos, ki sem ga spoznal med svojim strokovnim izpopolnjevanjem v Frankfurtu leta 1999. Takrat je "komaj že specialist" izdal monografijo o uporabi laserja v ustni votlini. Čeprav je bil "le" asistent prof. dr. Nentwiga, očeta implantološkega sistema Ankylos, je v ugodnem delovnem okolju in ob nespornih osebnih sposobnostih opravljal raziskovalno delo na implantološkem sistemu, ki se je vse bolj uveljavljal. Njegovi članki s tega področja so se v zadnjih petih letih dela v Frankfurtu in Maleziji primerno namnožili in po tečaju mi je Georg zaupal, da avgusta odhaja v ZDA, kjer je dobil učiteljsko mesto pri prof. Tarnowu na newyorški univerzi. Seveda sem mu čestital. A v glavi so se mi podile misli...

Pred dvema letoma je ameriška multinacionalna Dentsply, ki s svojimi proizvodi posega prav v vse kotičke zobozdravstvene dejavnosti, kupila kar dva močna nemška proizvajalca implantatov: podjetje Friadent in implantološko linijo Degussa-Ankylos. Ob nakupu ni bilo malo ugibanj, če to morebiti ne pomeni konca enega od njih. Glede na predhodno prisotnost Friadenta na ameriškem tržišču se je zdel ogrožen Ankylos. A nenadoma je prišla novica: jeseni 2004 načrtuje Dentsply obsežno tržno akcijo za uveljavitev sistema Ankylos v ZDA. In avgusta odhaja tja Romanos. Je tukaj še prostor za kakšen slučaj? Je slučajno vsaj to, da je dr. Romanos po poreklu Grk? Ali pa ima vmes prste spet Olimp...? ■

Festival estetike

Breda Tržan Grozdanov

V prijetnem švicarskem mestu Montreux ob Ženevskem jezeru je od 7. do 8. maja potekal drugi švicarski simpozij estetske stomatologije The Festival.

Avditorij Igorja Stravinskega je gostil preko 700 udeležencev iz 21-ih držav. Zaradi vedno večjih zahtev v svetu in tudi pri nas po estetski stomatologiji je vsebina simpozija privabila zobozdravnike in zobotehnike iz ZDA, Japonske, Mehike, Južne Afrike, Skandinavije, Anglije in tudi iz združene Evrope.

Prvi dan simpozija nas je navdušil izjemen predavatelj dr. David Garber iz Atlante. V sklopu dveh predavanj nam je preko celega dne predstavil temo "Popoln nasmeh" in s tem vse estetske rešitve v interkaninim in transkaninim področju.

Estetika vodi v lepoto, toda najpomembnejši elementi, ki jo sestavljajo, so zobje, nasmeh, ustnice, oči in nos.

Anketa med prebivalci ZDA je pokazala, da si le-ti v 87-ih odstotkih želijo popraviti svoje telo zaradi motnje v estetiki in sem spadajo tudi zobje, ki morajo biti popolnoma bele barve. Zakaj ne bi bili zobje nenaravno beli, ko pa je na obrazu že vse nenaravno: barva oči, ustnice, lica, veke, barva las. Trend posnemati naravo in s tem barvo zob prilagoditi že obstoječim zobem, v ZDA že zdavnaj ne velja več.

Zobozdravnik mora poznati anatomijo nasmeha z ustnicami, dlesnijo in zobmi, šele potem bo stomatoprotetična restavracija vodila v popoln nasmeh. Obvladati mora vse parametre, ki vodijo v lep in popoln nasmeh. Od labiogingivalne harmonije, interdentalne papile, dolžine, širine, naklona zob do teksture, barve in odtenkov.

V drugem sklopu predavanj nas je seznanil z takojšnjo estetsko implantološko oskrbo pacientov po ekstrakciji zoba. S pomočjo ortodontske ekstruzije in atravmatske ekstrakcije dosežemo popolno estetiko tudi ob zobnem vsadku.

Naslednji dan nam je Michael Magne iz Montreuxa, vrhunski zobotehnik na področju keramike, predstavil smernice in strategijo dela, ki omogočijo estetsko stomatologijo. Poleg odlične izdelave v laboratoriju je po-



Montreux, Avditorij Igorja Stravinskega

membem dejavnik dobra komunikacija, ne samo s terapevtom, temveč tudi s pacientom. Dobra zobotehnična diagnostika in modelacija v vosku ter izdelava provizorija vodijo v estetski izdelek. Po končani estetski rehabilitaciji pacienta pošljemo v laboratorij, kajti informacija o protetičnem nadomestku in situ bo dosegla svoj cilj pri ustvarjalcu.

Dr. Roberto Spreafico iz Milana nam je z videoprojkcijo predstavil estetske restorativne tehnike v transkaninim področju, še zlasti nas je navdušila semidirektna metoda izdelave inlaya iz kompozitnih materialov.

Dr. Mauro Fradeani, prav tako iz Milana, je podal informacijo o tem, katero vrsto keramike izbrati glede na protetični nadomestek, ki ga bomo vstavili v usta, da bo estetika brezhibna. Desetletna študija je pokazala, katera keramika je najustreznejša in najboljstojnejša za IKS in za

TKS. V drugem delu predavanj smo izvedeli veliko o sami tehniki preparacije za izdelavo estetskih faset.

Na koncu simpozija smo bili navdušeni nad izjemno videoprojkcijo prof. dr. Krejci in dr. Dietschi, dveh vodilnih predavateljev v svetu estetske stomatologije iz Ženeve.

Predstavila sta nam minimalno invazivne preparacije razreda II in razreda III, neposredne kompozitne restavracije v IKS v smeri The natural layering concept ter estetske in funkcionalne restavracije iz kompozitov v primerih aplazije in agenezije zob.

Iz Montreuxa smo odhajali obogateni z novimi spoznanji o številnih možnostih estetske stomatologije, ki jih bomo lahko ponudili pacientu, ko si bo zaželel popoln "filmski" nasmeh. ■

Kako je mogoče oziroma predlog Ministrstvu za zdravje

Zlata Remškar

Pred časom sem prejela dopis odvetnice M. K. L., ki me sprašuje, kako je mogoče, da je iz izvida računalniške tomografije prsnih organov razvidno, da ima njena klientka ugotovljene blage spremembe v pljučih v smislu začetne azbestoze, sodni izvedenec pa iste spremembe vrednoti, kot da niso posledica izpostavljenosti azbestnemu prahu. Pripiše še, da bi bilo lažje, če bi se zdravniki med seboj uskladili o obstoju azbestne bolezni pri posamezniku in da bi diagnoza azbestne bolezni ne zavisela od subjektivne presoje posameznega ocenjevalca.

Moram priznati, da sem ocenila zastavljena vprašanja za tehtna. Res, kako je mogoče? Nedvomno je za laika nerazumljivo, da dva zdravnika na osnovi iste zdravstvene dokumentacije ne ocenita bolezenskega stanja posameznika enako.

Nehote sem se spomnila svojega nekdanjega mentorja prof. dr. Branka Štangla, dr. med. V osemdesetih letih me je, ob prvih proučevanjih azbestne bolezni pri delavcih tovarne Anhovo, pogosto opozarjal: "Res je, da moraš delovati kot zdravnik v prid bolnika. Toda prav tako je res, da ugotovi vedno le stvari, ki so trdno prisotne in ki jih boš vedno lahko ponovno ugotovila. Zato bodi previdna pri opredeljevanju začetnih neprepričljivih sprememb ter jasna v izražanju svojih končnih ugotovitev in ne domnevaj diagnozo, če niso jasno podprte. Zavedaj se, da se v glavi laika lahko domneva bolezni preobrazi v prisotnost bolezni. Na drugi strani s tako doslednostjo tudi paziš na svojo strokovno ceno. Bolje je, da ne gradiš svoje strokovne cene na ugajanju komurkoli, še zlasti ne preiskovanemu, ampak jo gradiš na strokovni doslednosti, ki vzdrži tudi ponovno oceno stanja. "Moram priznati, da sem svojemu mentorju za omenjene nauke hvaležna in da dajem sedaj podobne napotke tudi sama mlajšim kolegom.

Potenciranje mejnih izvidov in njihove prezgodnje vrednotenje za pozitivne je pri obravnavanju azbestne bolezni v Sloveniji danes nedvomno velik problem. Zdi se, da smo iz negiranja bolezni v preteklosti sedaj zanihali v nasprotno smer.

Naj svojo domnevo osvetlim s svojim videjem odkrivanja prizadetih zaradi azbesta v letu 2003 v centralnih delavnicah slovenskih železnic, ki se bo lahko pokazalo v prihodnosti za potencialno številčnejše novoodkrito žarišče azbestne bolezni pri nas.

Leta 2002 so namreč opravili v centralnih delavnicah slovenskih železnic periodični zdravniški pregled, zaobsegajoč tudi rentgensko slikanje prsnih organov, vseh delavcev, ki so bili glede na opis delovnega mesta posredno ali neposredno v preteklosti oziroma do sredine devetdesetih let v stiku z azbestnim prašenjem. V svojih anamnezah so preiskovani, nekateri zaposleni v centralnih delavnicah slovenskih železnic že več kot 20 let, navedli, da je bil to njihov prvi periodični zdravniški pregled, na katerem so jim opravili rentgensko slikanje prsnih organov.

Po opravljenem rentgenskem slikanju prsnih organov so bili nato tisti z ugotovljenimi rentgenskimi odstopanji od normale, poslani v pregled različnim specialistom medicine dela ali pulmologije, ki naj bi po potrebi dopolnili preiskave in podali mnenje o obstoju ali neobstoju kazalcev azbestne bolezni pri pregledovanih.

Z mnogokrat priložnostnim ukvarjanjem nekaterih specialistov s problemom azbestne bolezni, h katerim so bili prizadeti usmerjeni, lahko razložimo ugotovitev zelo velikih razlik v presoji bolezni pri preiskovanih.

Iz omenjenih specialističnih izvidov je tudi razvidno splošno prevladovanje izrazito naklonjenega pristopa do preiskovanega, z zelo hitro odločitvijo za diagnozo azbestne bolezni, tudi v primerih nejasno izpolnjenih kriterijev za postavitev diagnoze ter na drugi strani, da so diagnostični kriteriji, kot se zdi, zelo neenakomerno poznani in upoštevani. Iz specialističnih izvidov še sledi, da sloni ugotovitev diagnoze bolezni praviloma na oceni računalniške tomografije prsnih organov visoke ločljivosti, ki je v slovenskih razmerah tudi odčitovana v prid preiskovanega, s tem, da se začetne, še ne povsem prepričljive spremembe, vrednotijo kot "verjetno že prisotna začetna bolezen". V nadaljevanju se zaradi predhodno omenjenega in bolniku naklo-

njenega pristopa verjetna diagnoza preobrazi v končno diagnozo ter s tem preiskovanega morda prezgodaj obremeni s prisotnostjo bolezni, ki je glede na dogovorjene zahtevane kriterije še vprašljiva.

V skladu z zakonsko predpisanim postopkom se nato vsa pridobljena medicinska dokumentacija prizadetih, pri katerih je bila v opisanem predhodnem postopku postavljena diagnoza azbestne bolezni, predstavi še Komisiji za verifikacijo poklicnih bolezni zaradi azbesta, kateri deluje na Inštitutu za medicino dela, ki naj bi skupinsko dokončno ugotovila obstoj bolezni in z ugotovitvijo le-te omogočila sproženje odškodninskega postopka za prizadeto zdravje obolelega. Ker je bil bolnik v predpostopku že obremenjen z obstojem azbestne bolezni pri sebi, je zato nemalokrat začuden, ko Komisija za verifikacijo poklicnih bolezni ne potrdi bolezni oziroma je ne potrdi v obsegu, kot je bila opredeljena predhodno.

Pogosto prav zaradi tega prizadeti nato sprožajo še tožniški postopek. V tožniških postopkih presojo o obstoju azbestne bolezni pri tožečem, na podlagi iste predhodno pridobljene medicinske dokumentacije, podaja pooblaščen sodni izvedenec, ki tudi ni vedno eden tistih specialistov, ki so se kdajkoli poglobljeno ukvarjali z omenjeno problematiko. Na njegovi (lahko bi ugotovili) "subjektivni" presoji sloni izid priznanja ali nepriznanja bolezni pri tožečem v tožniškem postopku.

Poleg tega povzročča uveljavljen sistem obravnavanja azbestne bolezni pri nas z dosedanjim priporočenim kontroliranjem obolelih na dve leti, da se bolnikom z brazgotinjenjem v pljučih in/ali na rebrni mreni na dve leti ponavlja nekatere preiskave, med njimi tudi računalniško tomografijo prsnih organov ter jih s kontrolnimi izvidi nato ponovno usmerja na verifikacijo obstoja azbestne bolezni ali ugotovitev poslabšanja že verificirane bolezni. Objektivno pa glede na dosedanje lastne izkušnje, ki so v skladu z ugotovitvami drugih, vidimo, da v razmiku dveh let ni pričakovati bistvenega napredovanja brazgotinskih sprememb. Drugače je pri morebitnem odkritju vznika malignoma, kjer je taka ponovna napotitev vsekakor upravičena.

Prikazano postopanje za priznanje poklicne bolezni zaradi azbesta je kot vidimo pravzaprav precej zapleteno in verjetno dražje kot bi lahko bilo ter povzroča precej dela zdravniški službi in nezadovoljnost pri pregledovanih.

Morda bi lahko Ministrstvo za zdravje sedaj ponovno, tako kot je to opravilo že v devetdesetih letih, pristopilo k reguliranju azbestne bolezni v Sloveniji zaradi upoštevanja pridobljenih praktičnih izkušenj in s tem prispevalo k bolj smotrnemu obravnavanju te problematike v Sloveniji.

Predlagala bi, da bi bilo smiselno za postavitev diagnoze azbestne bolezni zaradi predhodno opisanih razlogov uveljaviti v prihodnje že v začetni obravnavi bolezni skupinski pristop postavljanja diagnoze, ki bi bil proceduralno natančno predpisan in poznan vsem zdravnikom, sodelujočim v procesu diagnostike azbestne bolezni kot tudi obravnavanim in bi zato preprečeval nepotrebne dvome in nezadovoljnost prizadetih in na drugi strani zavrl pretirano prezgodnje postavljanje diagnoz, ko še niso izraženi prepričljivi diagnostični kriteriji za diagnozo.

Na podlagi dosedanjih izkušenj bi bilo morda celo priporočljivo utemeljiti rentgensko oceno pljučnih sprememb, ki je tako ključna v diagnostiki azbestne bolezni, na neodvisni presoji iste rentgenske dokumentacije dveh specialistov rentgenologije, morda celo iz različnih centrov, saj se danes opravlja omenjena diagnostika v več slovenskih centrih. Ob morebitnem neskladju ocene dveh neodvisnih ocenjevalcev, pa bi se ista rentgenska dokumentacija ocenjevala še konzilijsko s prisotnostjo obeh predhodnih in dodatnega tretjega ocenjevalca, na katerem bi se uskladili o naravi rentgenskih sprememb. Omenjeno bi prispevalo dolgoročno tudi k poenotenju rentgenoloških izvidov v Sloveniji in preprečilo monopolni položaj posameznika ali ustanove v rentgenološki diagnostiki azbestne bolezni.

Nedvomno bi bilo tudi smiselno pri brazgotinskih učinkih azbesta na rebrni mreni in/ali v pljučih podaljšati interval ponovnega preiskovanja in ponovnega predstavljanja Komisiji za verifikacijo poklicnih bolezni zaradi azbesta na okrog pet let, kar bi zmanjšalo nepotrebno delo in pocenilo obravnavo prizadetih.

Morda bi bilo potrebno na novo presoditi, glede na pridobljene izkušnje, naše dosedanje stališče, da so plevralni plaki že bolezen in ne le znak ekspozicije azbestu.

Nenazadnje bi morali poenotiti pot do pridobitve odškodnine obolelim, tako da bi posamezne skupine obolelih ne bile več privilegirane, kot so bile do sedaj, ter zavzeti tudi stališče do obolelih zaradi širšega ekološkega onesnaženja okolja z azbestom, saj je omenjeno, kot se kaže na primer v področju Anhovega, povzročilo naraščanje zbolewnosti tamkajšnjega prebivalstva za rakom rebrne mrene in bi veljalo razmisliti, ali niso morda prizadeti le upravičeni do določene odškodnine za zdravje.

Kot vidimo, pridobivamo z obravnavo azbestne problematike določene lastne izkušnje, ki bi jim bilo potrebno prilagoditi nekatere dosedanje postopke ter s tem izboljšati objektivnost izvidov in zmanjšati stroške obravnave te problematike. Koordiniranje teh dejavnosti bi verjetno najlažje in najuspešnejše opravilo, kot jih je že pred leti, Ministrstvo za zdravje s pooblaščenimi službami. ■

Ponosen sem, da živim v deželici na sončni strani Alp, kjer slovenska poštenost nikoli ne zamre

Aleksander Nardin

Od prvega maja tega leta je Slovenija tudi uradno postala članica Evropske unije (EU). Saj se svet premika v smeri vse večje globalizacije in multikulturalnosti ter bi v nasprotnem primeru bila naša domovina zapisana pozabi!

Vendar tudi v EU ni vse zlato, kar se sveti! Zato, čeprav z zamudo, ponavljam grajo ita-

lijanskega ministra za zdravje Sirchia, glede nepotrebne bega možganov tudi iz vrst medicinskih strokovnjakov in genijev, ki jih ignorirajo domače univerze.

Profesor Sirchia, vrhunski milanski zdravnik, nam odkriva, da za beg že odličnih študentov, zlasti v ZDA, ni krivda v pomanjkanju denarja, temveč v neobaronski mentaliteti vodstva univerz, ker slednja blokira mlade, da bi ne bila prizadeta gerontokracija in birokra-

cija z nepotizmom vred!

Nepotizem je grda bolezen in še nalezljiva, ker ni poguma med mlado generacijo, da bi se ji vsaj s kritiko zoperstavila in onemogočila nove barone v neupravičenem privzvanju vseh privilegijev, skupaj s finančnimi dotacijami.

Lahko smo veseli, da se, zaradi slovenske poštenosti, kaj takega ne more dogajati na naših univerzah!? ■

Specializanti – problemi kot jih vidim in doživljam

Eldar M. Gadžijev

Pridobitev javnega pooblastila za izvajanje specializacij je zagotovo eden najpomembnejših dosežkov naše Zbornice. Svet za izobraževanje in komisija za specializacije sta do sedaj napravila ogromno dobrega in pomembnega dela na tem področju, pa vendar so se pojavili predvsem v tem prehodnem obdobju nekateri problemi, o katerih je potrebno spregovoriti. Zaradi mojega področja delovanja se bom pri svojih razmišljanjih in ugotovitvah omejil na problem specializacije kirurgije.

Naj najprej spomnim vse odgovorne za kirurgijo v Sloveniji, da so specializanti kirurgije tisti, ki nas bodo nekoč nadomestili in kot specialisti operirali tudi nas in naše. Zato bi bilo prav, da bi težili k temu, da bodo bodoči specialisti kar najbolj izurjeni, sposobni in tudi operativno spretni. Ne pozabimo, da je kirurgija vendarle tudi obrt, za katero je potrebno čimveč izkušenj, čimveč dela in operiranja. Toda, kaj pa mi, sedanjí specialisti, naredimo za to, da bi v kirurgiji v prihodnje pri nas tako tudi bilo. Program novih specializacij je dober, če ne celo odličn, ravno v tem pogledu, da zahteva veliko dela, operacij in s tem izkušenj. Pri udejanjanju in izpeljavi programa pa prihaja do velikih težav. Zaradi takšne organizacije dela in »politike ali navad« na kirurških oddelkih, kot jih imamo in za katero nekateri menijo, da je kar prava, je marsikje specializant tisti, ki naj predvsem piše popise in drži kljuko, po možnosti pa tudi usta.

Ko so bili specializanti še »od bolnice ali

oddelka« so bili vsaj v ustanovah izven KC ponavadi zelo dobro vodeni in spremljani ter so imeli večinoma tudi dovolj takih posegov, ki so jih lahko dobili v domači ustanovi. Ko, so prišli v Ljubljano, so pogosto le s težavo dobili kakšno operacijo in so pač gledali, asistrali in na nek način doživljali tudi redkejšo patologijo.

Po novem bi moralo seveda biti drugače, pa je to težko izpeljati. Specializanti niso več oddelčni, so še regijski in vodstva nimajo več odločujočega vpliva na njihov sprejem na delovno mesto specializanta, kar sedaj to je. Malo drugače je v naši centralni ustanovi, kjer se dogaja, da specializanti delajo vrsto specialističnih ambulant ali zato ker specialisti pretežno operirajo ali pa na nekaterih oddelkih v službenem času pišejo izvedenjska mnenja za sodišča. Ja isto se dogaja tudi v drugih ustanovah! Ampak, saj to vendar ni prav; ne s strokovnega, ne z izobraževalnega in ne s kolegialnega aspekta. Žrtve takega načina so sedaj še samo specializanti in njihove družine, vendar posledice tega bi lahko čutilo kasneje še veliko drugih. Že tako je izobraževanje v medicini stalno, tisti potrebni čas za dosego specialističnega naziva pa pretirano dolg. In čas je vendar dragocen, zato ga morajo specializanti predvsem kar najbolj izkoristiti za doseganje potrebnega kirurškega znanja. Kirurgija je ne le veda in disciplina, ampak tudi obrt in včasih umetnost. Veliko dela in izkušenj je potrebnih, da se doseže kirurško znanje, spretnost in končno pravo kirurško modrost.

Prepričan sem, da se lahko delo marsikje drugače organizira. Zagotovo bi mnogokje pri-

zadelo specialiste, ki bi morali tudi v »navadne ambulate« in imeti ob sebi še specializanta, ki bi se učil! Prizadelo bi jih, ker bi se porušil njihov sistem »polzasebnih« bolnikov, ki jih »morajo« oni operirati. Mnogi se sicer zavedajo, da je ob asistenci izkušenega kirurga operacija specializanta lahko enako varna in korektno izpeljana, kljub temu vendar ne prepuščajo »svojih« operacij mladim. Res je, da nekateri danes »formirani« kirurgi niso še zadovoljili svojih kirurških želja, da niso »naoperirani« in da nekateri iz takega ali drugačnega razloga nikoli ne bodo. Pa vendar, kot je ljudem dana skrb za ohranjanje in nadaljevanje človeške vrste, bi morali vsi kirurgi skrbeti za to, da nas bodo pravočasno lahko zamenjali mladi, sposobni kirurgi, ki naj bodo boljši od nas. Končno naš zdravniški poklic nosi v sebi dožnost učenja in prenašanja izkušenj.

ZZS bo morala uveljaviti tudi način sankcioniranja neuspešnega izvajanja specialističnega programa. Za sedaj bi to za seboj potegnile specializanta, ki se mu bo izpit in status specialista z neizpolnjevanjem programa samo oddaljeval. Vprašanje je, če lahko samo mentorji uredijo ta problem. Menim, da je potrebno enostavno pritisniti na vodstva kirurških oddelkov in potrkati na vest vseh kirurgov, da bi specializantom zagotovili uspešno izvajanje kirurškega programa specializacije tudi v segmentu opravljenih operativnih posegov. Mislim tudi, da ne bo slabo, če bo to potegnile za seboj tudi nekatere organizacijske in druge spremembe ter odpravilo določene »navade« nekaterih kirurgov. ■



Damjan Korošec: Medicinsko kazensko pravo

Pravna obzorja

Najnovjša monografija iz strokovne in znanstveno usmerjene zbirke Pravna obzorja Cankarjeve založbe, ki jo je ob podpori Ministrstva za znanost, šolstvo in šport izdala Pravna fakulteta v Ljubljani, založila pa Cankarjeva založba, sodi med dragocena sodobna dela na področju medicinskega kazenskega prava, ki v zadnjih desetih letih postaja vse pomembnejše tudi v Sloveniji. V naši državi je bila pred osamosvojitvijo (v času našega sobivanja v nekdanji jugoslovanski federaciji) glavna povezava med medicino in pravom utelešena predvsem v sodni medicini, ki pri nas že od nekdaj velja za znanstveno disciplino (specialnost in stroko) "par excellence", tudi zahvaljujoč velikim možem (prof. dr. Milčinski in prof. dr. Dolenc), ki so jo postavili na piedestal in nam jo (svojim študentom) znali predstaviti tako, da nam je prirasla k srcu. Pričujoča znanstvena monografija, zahvaljujoč svojemu izčrpnemu, širokemu, poglobljenemu in bogatemu znanstvenemu aparatu, lahko igra večdimenzionalno vlogo – služi v znanstveno-raziskovalne, pedagoške (študij, specializacija), svetovalne in aplikativne (reševanje konkretnih situacij in problematike v medicinski, pravni in ostali praksi) namene.

Slovensko zdravstvo, ki se vse bolj "odpira" in povezuje ne le s sorodnimi, temveč tudi z ostalimi strokami in področji, obenem pa se (po sili razmer) tudi pospešeno prilagaja vedno bolj zahtevnim razmeram na tržišču, postaja vse bolj izpostavljeno in ranljivo tudi s pravne vidika. Zdravniki se soočamo z Evropo (in preko nje tudi s svetom), kar pomeni, da bomo morali bolj skrbeti za bolnike (ki postajajo vse bolj zahtevni, razgledani in informirani), hkrati pa več pozornosti in skrbi (poleg stroke) posvečati tudi financierjem, donatorjem in pokroviteljem. Če se bo kje zalomilo, bo v primeru zagate (nesporazuma, nezmožnosti soglasja na človeški, neformalni ravni) odločalo sodišče, v skladu s postulati medicinskega kazenskega prava. Strokovnjaki in poznavalci so si edini, da je na pragu 21. stoletja v državah EU obdobje nedotakljivosti, mistifikacije in glorifikacije zdravniškega poklica dokončno mimo. O opi-

sano ugotovitvijo je tesno povezano dejstvo, da bodo morali vsi zdravniki, tudi tisti, ki jih je doslej zanimala predvsem sodna medicina in analiziranje oziroma reševanje bolj ali manj rutinskih, ozko zastavljenih zdravstveno-pravnih vprašanj, ki zagotavljajo njihov obstoj in delovanje – nemoteno eksistenco, poglobiti svoje poznavanje sodnomedicinske in medicinskopravne problematike.

Potrebno znanje s tega vse bolj pomembnega in aktualnega področja si bo poslej mogoče pridobiti in zagotoviti tudi s pomočjo monografije Medicinsko kazensko pravo, v kateri nam avtor v prvem delu predstavi ključne probleme na tem izredno kompleksnem, pomembnem in občutljivem področju. Največ pozornosti posveča vlogi privolitve znotraj splošnega pojma kaznivega dejanja. V tem kontekstu je zanimivo in poučno poglavje, v katerem avtor s pomočjo primerjalno analitičnega pristopa podrobno prikaže vlogo volje bolnika (uporabnika) v kazenskem pravu nekdanje SFRJ in tedanje Republike Slovenije kot njene sestavne, federativne enote in ključne, odločilne spremembe v novi zakonodaji po osamosvojitvi naše države leta 1991. Njej ob bok pod drobnogled postavlja tudi nove pravne trende na tem področju v razvitih državah: Avstriji, Franciji, na Hrvaškem in v Švici. Pri tem poznavalsko opozori in mojstrsko analizira pomanjkljivosti ter nedorečene elemente slovenskega kazenskega prava na obravnavanem področju ter z njimi povezane kriminalitetno-politične elemente in posledice.

Zanimivemu predgovoru in poučnemu uvodu sledi prvi, splošni del, v katerem sem se kot "specialiteto" odločila izpostaviti mojstrski, prvi Ekskurz A "O napaki in zmoti v medicini". Aktualna vsebina, ki že nekaj časa vznemirja tako zdravnike in njihove sodelavce, kot ostali del strokove in nestrokovne javnosti. Vsem, ki sta se ta dva pojma doslej zdela

"ad hoc za lase privlečena artefakta" oziroma so ju smatrali in obravnavali predvsem kot "oportuna konstrukta", bo sedaj (bržčas) za spoznanje lažje verjeti, da imata tudi svojo legalno podobo in formalno-pravno osnovo. Čeprav zadeva nikakor ni črno-bela in povsem transparenta, kaj šele preprosta in jasna. Zato je imperativ avtorja po čimprejšnji uskladitvi kazenskopravne in medicinske terminologije več kot relevanten. Zanimiv izziv bi lahko ambiciozno strokovnjak (skupina le-teh) izkoristil/-a za svoje znanstveno-raziskovalno in aplikativno udejstvovanje (doktorat znanosti, postdoktorski študij itd.).

Drugi, posebni del Koroščeve monografije pa je bolj "specializiran" oziroma posvečen specifičnemu področju medicinskega kazenskega prava in je kot tak izredno zanimiv ter koristen za slehernega zdravnika (zdravstvenega delavca, menedžerja v zdravstvu in spremljajočih dejavnostih – zavarovalništvo itd.), v veliko pomoč pa bo gotovo tudi pravnim službam, sodnikom, odvetnikom in tožilcem, ki se bodo specializirali za medicinskopravno kazuistiko. V njem avtor po problemskih sklopih obravnava evtanazijo, pomoč pri samomoru, opustitev zdravstvene (medicinske) pomoči, splav (umetno prekinitev nosečnosti), telesne poškodbe fetusa, implantacije, transplantacije, eksplantacije in ravnanje z deli (proizvodi) človeškega telesa, biomedicinsko manipuliranje razmnoževanja (kloniranje), sterilizacijo, malomarno zdravljenje in biomedicinske posekuse na človeku. Ekskurz B pa je posvečen obrezovanju moškega v medicinskem kazenskem pravu. Zanimiva, poučna, aktualna, relevantna in praktično uporabna (v dobi AIDS-a, sarsa, MRSE in ostalih nevarnih okužb) pa je tudi vsebina, posvečena nalezljivim boleznim skozi prizmo postulatov in sodobne prakse kazenskega prava.

Delo, ki obsega 384 strani zanimivega, visoko strokovnega in aplikativnega branja, si nedvomno zasluži ustrezno pozornost ne le zdravnikov in zdravstvenih delavcev ter njihovih učiteljev, vzgojiteljev in mentorjev, temveč tudi pravnikov, ekonomistov, psihologov, sociologov in vseh, ki imajo kakorkoli opraviti z zdravjem oziroma vplivajo na psihofizično-socialno blagostanje slovenskega prebivalstva in o njem odločajo. ■

Nina Mazi



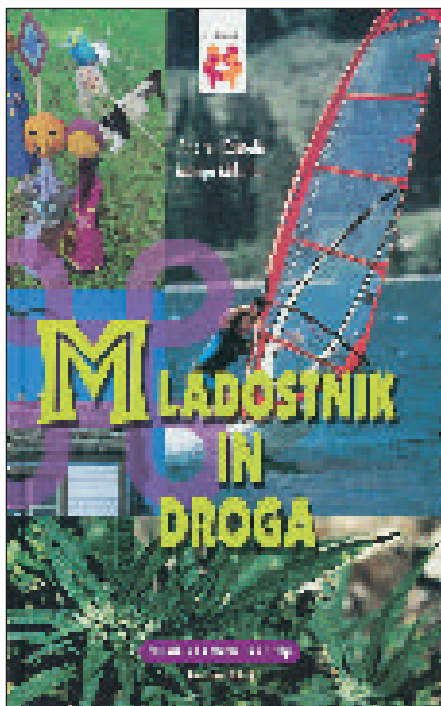
Andrej Kastelic, Marija Mikulan: Mladostnik in droga

Andrej Kastelic, Marija Mikulan:
Mladostnik in droga,
Priročnik za starše in učitelje
– dopolnjena izdaja
Prohealth d. o. o., Ljubljana, 2004.

Ob naraščajočih težavah, ki jih v našo družbo vnaša prisotnost drog, starši in učitelji potrebujejo ustrezna znanja. Za mlade so prav oni t.i. ključni odrasli. S pravim naborom znanj bodo lahko v odnosih z mladostniki bolje ravnali. Bistveno lahko mladim pomagajo pri sprejemanju odločitev, ki vodijo v zrelo opredelitev za dolgoročno zdrave življenjske izbire, ali pa bistveno pospešijo odločitev za izbire, ki na kratek ali dolgi rok življenje mladega človeka usodno negativno zaznamujejo. Pri tem je najtežje dojeti, da je meja med enim in drugim včasih ozka in težko razpoznavna.

Knjiga *Mladostnik in droga* se problematike drog med mladimi loteva zrelo in umirjeno ter ravno prav široko in dovolj poglobljeno.

Avtorjema je uspelo zajeti pahljačo pri-



stopov vse od osnovne preventive do predstavitve ambulantnih in bolnišničnih možnosti pomoči.

Poglavje “Živeti brez drog in z njimi” je predstavitev stanja v Sloveniji. Odstira tančice mitov, ki spremljajo uživanje drog in razkriva, da je dve tretjini slovenskih dijakov v življenju že bilo pijanih. Tudi pri nas sta dovoljeni drogi, s katerima lahko drugim najbolj škodimo – tobak in alkohol. Knjiga pomaga oblikovati ustrezen odnos tudi do teh dveh drog. Navaja dejstva, ki bi jih morali vsi v Sloveniji poznati, razumeti in v svojem delu ter življenju ustrezno upoštevati.

“Obdobje odraščanja” je napisano življenjsko stvarno, z velikim razumevanjem in poslušom za občutljiv in krhek svet mladih ljudi. Ob tem zvemo, da starši in učitelji pogosto sveta mladih ne poznajo dobro, saj desetkrat več otrok jemlje droge kot mislijo njihovi starši.

Družina kot najpomembnejši dejavnik preprečevanja odvisnosti obravnava vzgojo in oblikovanje vrednot. Daje priporočila za pogovor z otroki in bralce seznanja s tehnikami učinkovitega sporazumevanja. O uživanju drog se je potrebno pogovarjati, zato morajo biti starši seznanjeni tudi z napačnimi predstavami. Knjiga predlaga tudi dejavnosti za pravilno oblikovanje odnosa do drog.

V obdobju odraščanja je pritisk vrstnikov eden ključnih mehanizmov, ki ga morajo starši in učitelji poznati in razumeti. Preprečevalni programi, ki bi zajeli vrstnike, so predmet dejavnosti šole in lokalne skupnosti, v kateri lahko starši in učitelji ustvarjalno prispevajo svoj delež. Tudi za to jim je knjiga lahko v veliko pomoč.

Še posebej pozorno se teh vsebin dotikajo poglavja “Prosti čas”, “Kaj lahko stori lokalna skupnost” in “Kaj lahko stori šola”. Posebno zadnje je podrobno in vsebinsko zelo bogato, skladno s sodobnimi znanji o osnovni preventivi. Na tem področju so lahko šole zelo uspešne, kadar imajo ta znanja in jih uspejo vpeljati v svoje poslanstvo.

Poglavji “Vzroki uživanja drog in dejavniki

tveganja” ter “Uživanje drog in razvoj odvisnosti” predstavljata razvoj bolezni odvisnosti na dovolj poljuden pa strokovno vseeno neoporečen način. Kako ugotoviti, ali vaš otrok uživa droge, daje za učitelje in starše zelo uporabna navodila, prav tako pa tudi poglavje “Ukrepanje”. Mnogi mladostniki, ki jemljejo droge, so impulzivni, osamljeni in polni sovraštva do sebe. Trpijo zaradi pomanjkljivega nadzora nad svojim življenjem in nizkega samospoštovanja. Kadar starši ali učitelji ugotovijo, da otrok jemlje droge, se lahko odzovejo tako, da stanje še otežijo. Ta poglavja je zato vredno temeljito ponotranjiti.

“Kaj je odvisnost” predstavlja strokovno poglobitev teme in uvaja obsežno poglavje “Pomoč mladim uživalcem drog”. Knjiga opozarja, da mladostnik v težavah ne potrebuje dodatnih stisk, ampak pomoč. Potrebuje osebe, ki jim lahko zaupa in verjamejo vanj. Te osebe naj bi našel doma, v šoli in v programih zdravljenja, če želimo, da bi bilo zdravljenje čimbolj uspešno.

Sledijo vsebinsko zanimiva in slikovno bogata poglavja o alkoholu, tobaku in drugih drogah z informacijami, ki jih sodobni starši in učitelji nujno potrebujejo. Knjigo avtorja zaokroženo skleneta s poglavji “Nujna stanja pri uživalcih drog”, “Urinski testi” in “Hepatitis C”.

Podnaslov “Priročnik za starše in učitelje” ta knjiga zagotovo upraviči. Še več kot to! Lahko je prav tako kakovosten priročnik za zdravnike in druge zdravstvene delavce, ki se pri svojem delu vse bolj pogosto srečujejo tudi s problematiko drog. Posebej ustrezno sta predstavljeni tudi obe slovenski dovoljeni drogi.

Za mlade je značilno, da pri iskanju svoje poti v življenje pogosto spregledajo ali pa podcenjujejo škodo, ki jo povzročajo sebi ali drugim. Za odrasle je pomembno spoznanje, da lahko le pravilen odnos do alkohola in tobaka izoblikuje tudi ustrezen odnos do drugih drog.

Torej, zanimivo in uporabno znanje tudi za vse zdravnike, še posebej, če smo v isti osebi tudi starši. ■

Jasna Čuk Rupnik

SANJA LUCIJA PEČNIK: ZAJČEK SREČKO PRI ZOBOZDRAVNICI

Sanja Lucija Pečnik, dr. dent. med., *Zajček Srečko pri zobozdravnici*, ilustracije: Igor Ribič, 24 str., ilustr., Didakta, d. o. o, Radovljica, 2004, leposlovje za otroke, naklada: 1.000, maloprodajna cena: 3.500,00 tolarjev

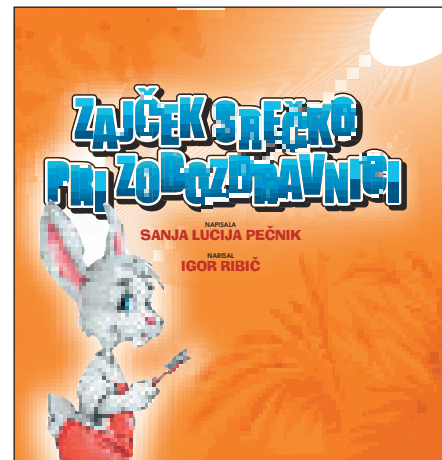
V začetku meseca aprila se je na slovenskih policah pojavila knjižica, ki so jo vsi pedontologi, pediatri in ostali zdravstveni delavci, ki se ukvarjajo z oralnim zdravjem otrok, že dolgo pogrešali. Avtorica Sanja Lucija Pečnik, dr. dent. med., nas s svojim izbrušenim občutkom za slovenski jezik in izrednim poznavanjem iskrivosti in nedolžnosti otroške duše popelje v prostran gozd, kjer domuje glavni junak otroške poučne pripovedke zajček Srečko. Med njegovimi vsakdanjimi in prav nič pravljicnimi dogodivščinami, ob katerih ima med drugim opravka z volkom, lisico, sovo, miško in veverico, si vsak mladi bralec prizna, da se je tudi sam v življenju že nešteto krat spoprijel s podobnimi težavami in problemi. Ščepec Srečkove neodločnosti in strahu se najde v vsakem izmed nas, kadar se nam v glavo prikraide brnenje zobozdravniške turbine in vonj po razkužilih. Pripoved poskuša otrokom odvrniti strah in

nelagodje, ki prepogosto spremljata njihove obiske pri "teti ali stricu zobozdravniku." Avtorici se poznajo večletne izkušnje, ki si jih je pridobila ob delu s predšolsko in šolsko mladino, zato nas prav nič ne preseneča, da je izredno precizno povezala v barvito pripoved znanstveno utemeljen pedagoški pristop pri odpravljanju strahu pred zobozdravniškimi posegi in koncizno literarno fabulo, ki jo proti koncu oplemeniti še otroška poezija.

Knjižica je najprej namenjena predšolski skupini otrok. Za lažje dojetje poučnega besedila poskrbijo odlične ilustracije večkrat nagrajenega avtorja Igorja Ribiča. Iz njegovega slikovnega dela je razvidna izjemno natančna značajska in psihološka razčlenitev vseh nastopajočih likov in podrobno poznavanje otroške psihe in hotenj.

Delu se pozna skupinski pristop obeh avtorjev, saj se jima je uspelo uspešno izogniti padcu napetosti in nepovezanosti med literarnim in slikovnim delom, ki pogosto spremlja ilustrirane zgodbe.

Zaradi izrednega zanimanja, na katerega je zajček Srečko naletel med slovenskimi bralci, so se pri založbi Didakta odločili, da delo predlagajo za dve nagradi, in sicer za najboljšo slovensko knjigo v kategoriji knjige za otroke in



mladino, ki jo podeljuje Strokovno združenje založnikov in knjigotržcev Slovenije pri GZS in mednarodno Andersenovo nagrado, ki jo vsaki dve leti podeljuje mednarodno neprofitno združenje za otroško literaturo IBBY (The International Board on Books for Young People). Lahko smo zadovoljni, da imajo slovenski zobozdravniki pedontologi po predolgih letih čakanja na voljo zopet knjižico, ki bo prikovala na čakalniške sedeže slovensko mladež in njihove starše, vsem strokovnjakom, ki skrbijo za oralno zdravje naših otrok, pa potisnila v roke močno orožje v boju proti otroškemu strahu pred obiski zobozdravniških ordinacij. ■

Borut Lunder

BERISLAV TOPIĆ, HAMID TAHMIŠČIJA: STOMATOLOŠKA PROPEDEUTIKA

Topić B., Tahmiščija H., *Stomatološka propedeutika*, Synopsis d. o. o., Sarajevo – Zagreb 2002, 116 str., Biblioteka Biomedicina; knj. 1.

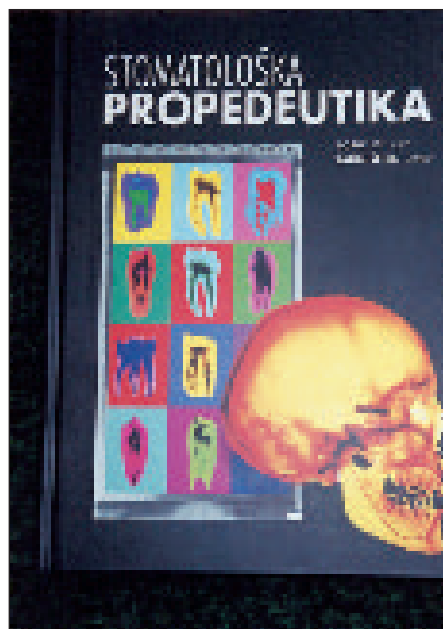
Čeprav je bila pot do izdaje pričujočega učbenika težavna, se je napor strokovnjakov po nekajletnem prizadevanju le uresničil.

Učbenik iz stomatološke propedeutike je vsekakor dobrodošel učbenik, ki bo zapolnil vrzel tako v strokovni stomatološki literaturi kot v praksi. Propedeutika (propedeutika – pripravljalski, uvodni nauk ali znanje, potrebno kot uvod v kako umetnost ali znanost) je prvi in uvodni del v medicinski znanosti, zato je v ve-

liko pomoč slehernemu zdravniku na začetku njegovega študija in potem še v nadaljevanju njegovega dela z bolniki. Glede na dejstvo, da je iz konteksta knjige razviden pomemben vir številnih relevantnih podatkov, ki so zelo uporabni pri delu z bolniki, je knjiga vredna podrobnejšega ogleda.

Skupina avtorjev s sarajevske univerze se je na podlagi številnih priporočil, izkušenj, pripomb ter razmišljanj študentov in njihovih učiteljev o nujnosti stomatološke propedeutike ter smiselnosti permanentnega izpopolnjevanja v procesu praktičnega in teoretičnega učnega programa odločila napisati učbenik iz stomatološke propedeutike.

Učbenik je iz didaktičnih razlogov



razdeljen na številna poglavja, in sicer: Splošni del, Zgodovina stomatologije, Oralna biologija, Oralna patologija, Metode preiskave stomatološkega pacienta, Klinični pregled, Testi za stomatološko diagnostiko, Stomatološka praksa v primarni zdravstveni zaščiti, Razvrstitev pacientov v stomatološki praksi, Sterilizacija in dezinfekcija, mednarodna klasifikacija bolezni v stomatologiji – MKB, Specializacije v stomatologiji, Stomatološka kartoteka, Literatura.

Kljub številnim poglavjem, se bralec lahko

osredotoči na branje posameznega poglavja, saj so pisana tako, da vsako predstavlja eno zaokroženo celoto.

Na kratak, jasen in jedrnat način uvajajo avtorji bralca v skrivnosti stomatološke propedeutike in na najbolj ustrezne načine uporabnosti le-te pri kliničnem pregledu bolnika.

Knjiga je napisana poljudno in zanimivo. Lahko je berljiva in je zaradi skrbno izbrane vsebine, številnih ilustracij, doslednih opisov različnih posegov ter kakovostnih in številnih

slik zelo zanimiva.

Prispevek lahko strnem z mislijo, da je knjiga napisana z namenom, da prikaže pomen stomatološke propedeutike in omogoči lažje razumevanje le-te.

Knjiga je vredna pozornosti in jo priporočam vsem kolegom, ki si želijo na podlagi posredovanih informacij poglobiti znanje na tem področju.

Upam, da pri branju knjige jezik ne bo ovira. Saj smo poliglotti, mar ne?

Željko Jakelič

ANA ZLATA DRAGAŠ, MARJETA ŠKERL: HIGIENA IN OBVLADOVANJE OKUŽB

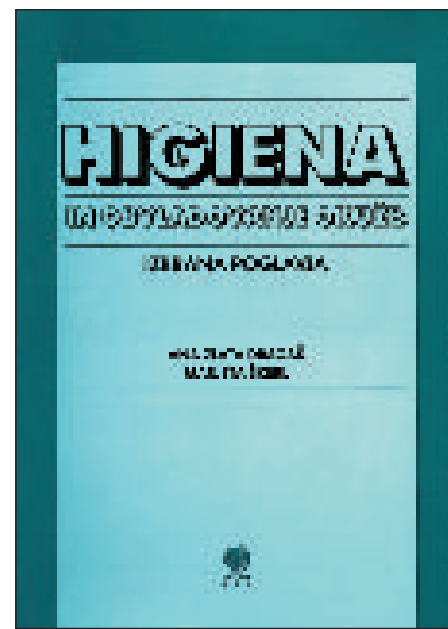
Ana Zlata Dragaš, Marjeta Škerl: Higiena in obvladovanje okužb, izbrana poglavja, Založba ZRC, ZRC SAZU, Ljubljana 2004, str. 170.

Z veseljem vas obveščam, da je pravkar v založništvu ZRC SAZU izšla knjiga avtoric prof. Ane Zlate Dragaš in Marjete Škerl s področja izbranih poglavij o higieni in obvladovanju bolnišničnih okužb. Knjiga, ki podaja nekaj teoretičnih osnov o metodah za uničenje in odstranjevanje mikroorganizmov, zajetni del namenja osnovam razkuževanja in sterilizacije, ki sta med najpomembnejšimi načini uničevanja mikroorganizmov in kar smo pogosto v drugih podobnih publikacijah pogrešali. V knjigi ne manjka poglavje o tipizaciji mikroorganizmov in pomenu v epidemiologiji okužb in je prva tovrstna publikacija pri nas, ki predstavlja tudi številne raziskave, opravljene v sodelovanju med mikrobiološkim inštitutom MF in posameznimi enotami v Kliničnem centru. Verjetno ni naključje, da je izšla ob 20-letnici ustanovitve podiplomskega izobraževanja iz področja obvladovanja bolnišničnih okužb za zdravnike in višje ter diplomirane medicinske sestre pri Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Prav prof. Dragaševa je bila namreč pobudnica in ustanoviteljica tovrstnega izob-

raževanja, ustanoviteljica Sekcije za klinično mikrobiologijo in hospitalne okužbe pri SZD ter je tvorno sodelovala tudi v podobnih združenjih v tujini. Kot podpredsednica Mednarodnega združenja za nadzor okužb (IFIC) je bila soorganizator srečanja, ki je prvič potekalo v obliki delavnice (IFIC Workshop) v Kliničnem centru v Ljubljani leta 1998.

Avtorici sta predstavili zanimive raziskave, pri katerih so sodelovali številni sodelavci iz vrst zdravnikov različnih specialnosti, stomatologov, biologov, medicinskih sester, laborantov in sanitarnih inženirjev na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo v Ljubljani in na posameznih oddelkih v Kliničnem centru, kot tudi različne strokovnjake na področjih, ki so vpletena v "življenje" zdravstvene ustanove. Še danes so rezultati nekaterih raziskav odmevni in cenjeni v tujini. To potrjuje tudi dejstvo, da je bil prispevek o higieni rok v multidisciplinarni pediatrični enoti za intenzivno terapijo v KC, objavljen v reviji *Hygiene und Medizin* 1991, izbran med deset najbolj odmevnih prispevkov iz področja higiene rok, objavljenimi v tej evropski reviji v zadnjih 25-ih letih.

Zagotovo bo branje knjige pritegnilo pozornost vsakogar, ki se ob svojem bolniku srečuje s problematiko okužb tako v bolnišnici kot v drugih zdravstvenih ustanovah. Morda bo našel odgovor na vprašanje, kaj lahko doprinese



k zmanjšanju prenosa oziroma k preprečevanju nalezljivih bolezni. Zanimivo branje nas bo brez dvoma prepričalo, da je tudi pri nas že vrsto let potekala raziskovalno-izobraževalna dejavnost na različnih ravneh obvladovanja bolnišničnih okužb.

Predstavljena knjiga je lahko odličan učbenik in avtoricama čestitam, ker sta nam na zelo privlačen način osvetlili različne mikrobiološke, epidemiološke in klinične vidike ter pomen higiene in drugih postopkov z bolnikom in v bolnikovem okolju.

Tatjana Lužnik Bufon

Usodna bolezen, ki je prežgodaj prekinila glasbeno ustvarjalnost Huga Wolfa in dr. Josipa Ipavca

Potek luetične progresivne paralize pri dveh skladateljih rojenih na naših tleh

Pavle Kornhauser

Z besedami s težavo orišemo tragično usodo in podoben konec življenja, ki sta zaznamovala dva skladatelja, zdravnika dr. Josipa Ipavca iz Šentjurja pri Celju (1873-1921) in Huga Wolfa, rojenega v Slovenj Gradcu (1860-1903). Oba sta umrla zmedena, osamljena, zanemarjena, "daleč od oči". Ipavec, zdravnik, je zmrazil v hlevu nedaleč od domače hiše, skladatelj Wolf pa v prisilnem jopiču v norišnici. Oba v letih, ko bi lahko od njiju pričakovali višek ustvarjalnosti.

Glasba obeh, skoraj sodobnikov (šolala sta se v šentpavelski samostanski gimnaziji na Koroškem), me je pritegnila že pred mnogimi leti. Ko pa sem spoznal tudi njuna tragična življenjepisa, predvsem zaradi posledic luetične okužbe (naziv sifilis je novejšega datuma), se je v meni zbudilo zanimanje za potek te skrivnostne bolezni, ki je ugonobila skozi zgodovino tudi številne nesmrtno umetnike (v 19. stoletju skladatelje Schuberta, Smetano, Donizettija, od pisateljev Heineja, Maupassanta, Nietzscheja). Glasbene govornice obeh skladateljev seveda ne moremo primerjati, ne njune odmevnosti ali glede pomena mednarodne uveljavitve, ne njunega vpliva na skladatelje, ki so živeli v zadnjih letih avstroogrške monarhije. Takšna muzikološka primerjava tudi ni moj namen. Naj se posvetim tako enemu kot drugemu, zlasti ko so se že pojavili znaki progresivne paralize.

Potek progresivne paralize

Ker sodobni zdravnik malo ve o tem luetičnem zapletu, ki vodi do okužbe možganov in organske psihoze, naj bolezen na kratko orišem (glej še prispevek profesorja Miloša Kobala v učbeniku Psihijatrija, Državna založba Slovenije, 1986, str. 220-223). V preteklosti, pred uvedbo delno uspešnega zdravljenja z malarijo, zlasti pa po uspeš-

nem zdravljenju primarne okužbe luesa s penicilinom, je bila bolezen pogosta, saj je zbolela približno četrtnina tistih, ki so bili okuženi z luesom. Še danes ni razjasnjeno, zakaj duševno zbolijo le nekateri luetiki. Inkubacijska doba od okužbe do psihoze je v povprečju 16 let. Patoanatomska podlaga kliničnim znakom je kronični, progresivni meningoencefalitis, najbolj izražen v frontalnem in temporalnem režnju. Mikrobiološko v možganovini odkrijejo spiroheto (*Treponema pallidum*). V začetku tožijo bolniki na povečano razdražljivost in motnje koncentracije. Postopoma opoša spomin, bolnik je zmešan, opušča ustaljene navade. Niso redke veličinske blodnje. Nezdravljena se bolezen dokončno prevesi v demenco in preko popolnega telesnega propada (*marasmus*) pripelje do smrti. Izvid likvorja zanesljivo potrdi diagnozo.

Izraz progresivna paraliza bega, saj je pri nekaterih bolnikih v ospredju slika manično-depresivne psihoze, ne pa motorična prizadetost. Ko so izraženi znaki prizadetosti perifernega živčevja, v medicinski literaturi zasledimo izraz *tabes dorsalis*. Patoanatomske spremembe, zlasti demielinizacijo, ugotovijo sprva v lumbalnem delu hrbtenjače. Patognomičen je trias: ozke zenice, izginitje patelnarnih refleksov in ataksija. Lahko pride do prizadetosti senzibilnih in vegetativnih živcev, kar vodi do t. i. tabičnih kriz, hudih kolik in visceralnih bolečin, do inkontinence in trofičnih okvar. Bolnik lahko oslepi ali oglušni.

Iz ljubljanske psihiatrične klinike sem na vprašanje o pogostnosti luetične progresivne paralize pri nas prejel odgovor, da v zadnjih tridesetih letih

niso imeli na zdravljenju nobenega bolnika. Tudi nimajo na voljo statističnih podatkov o številu bolnikov pred drugo svetovno vojno. Prav tako jim niso znane izkušnje naših starejših psihiatrov z zdravljenjem progresivne paralize s pomočjo okužbe bolnika z malarijo.



Dr. Josip Ipavec

Skladatelj Hugo Wolf in njegova bolezen

Zanimiv in sicer znan je podatek, da rod Huga Wolfa izvira iz Šentjurja pri Celju, kjer je rojen tudi Josip Ipavec. Njegov stari oče se je pisal Vouk, mamini predniki pa so bili iz Mojstrane. Wolfov oče je bil usnjar v Slovenj Gradcu, obenem goreč ljubiteljski glasbenik. V hišnem orkestru je mali Hugo že s petimi leti igral violino.

Hugo Wolf je bil že od zgodnjih let vzkipljive narave, za sodobnike čudaški, zapuščal je srednje šole, ne da bi jih dokončal, kar velja tudi za glasbeno akademijo na Dunaju. Izobraževal se je sam. Študiral je partiture svetovnih mojstrov. Hugo Wolf rojstnega kraja ni



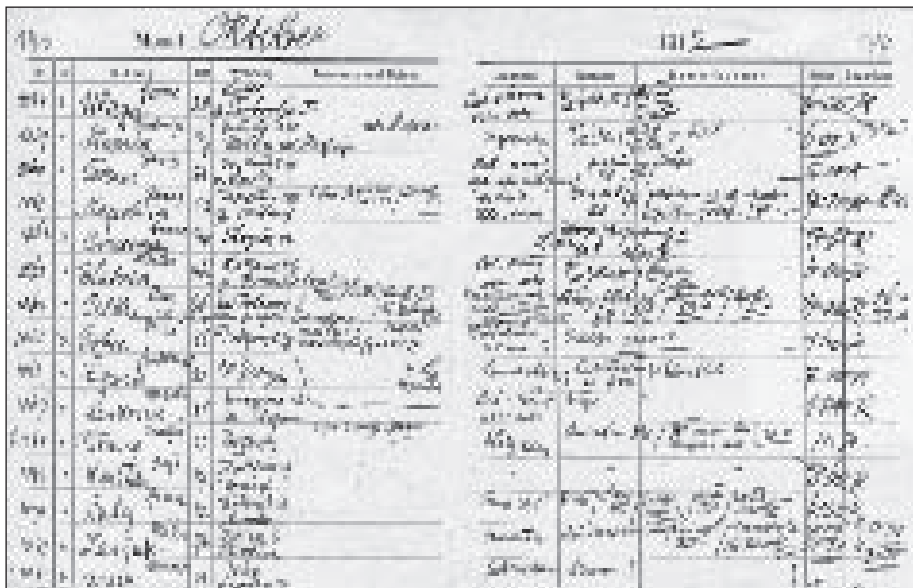
Hugo Wolf leta 1888

maral. Ohranjeno je njegovo pismo sestri, kjer izjavlja, "da je nasprotnik slovenskih posegov v nemško trdnjavo Celje".

Preživljal se je skromno, in sicer sprva kot učitelj klavirja in kot glasbeni spremljevalec na plesih, pozneje nekaj časa tudi kot violinist v orkestru. Vse življenje je bil v finančnih težavah. Enkrat je izjavil, "da se je navadil biti lačen". Pogosto je menjal prijatelje (pri katerih je tudi stanoval; bila sta podnajemnika skupaj z Gustavom Mahlerjem!). Imel je burne ljubezenske zgodbe in vse so se končale zanj nesrečno. Z zadovoljstvom se je udeleževal sprejemov in zabav, ki so jih prirejali njegovi premožni prijatelji ali zaščitniki iz vrst visokega plemstva ter o tem s ponosom poročal očetu.

Hugo Wolf je kot skladatelj postal najbolj znan s svojimi samospevi. Strokovnjaki ocenjujejo, da nobenemu od njegovih sodobnikov ni uspelo tako uspešno povezati besedila z glasbo, celo da mu F. Schubert ni enakovreden. Wolf je poudarjal, da uglasbitev pesnitve pomeni zanj uresničitev poetične ideje. Ker se je redkeje loteval večjih orkestralnih skladb, je tudi v tem verjetno razlog, da je danes za širše občinstvo, ki obiskuje koncertne prireditve, manj znan. Na Dunaju je še kot študent postal zelo priljubljen. Sprva mu je bil za vzornika Richard Wagner, vendar se mu je v skladanju kmalu oddaljil. Osebo je poznal vodilne nemške skladateljke njegove dobe: Johannesesa Brahmsa, Antona Brucknerja, Richarda Straussa, obiskal je tudi Franza Liszta. Komaj pri štiriindvajsetih, v letu 1884, je postal glasbeni kritik dunajskega, bolj senzacionalistično usmerjenega tednika. Med glasbeniki je kot kritik pridobil več sovražnikov kot prijateljev: zlasti, ker je omalovažujoče ocenjeval Brahmsa (pravijo zato, ker ga Brahms pri srečanju kot skladatelja, ni pohvalil, Wolf pa mu je do smrti zameril). Njegovo simfonično pesnitve Penthesilea so dunajski simfoniki zavrnil. Znana je anekdota, da so glasbeniki med vajo izsmejali skladatelja, sloviti dirigent Hans Richter pa jih je pomiril z izjavo, da je dovolil skladbo igrati do konca le zato, da bi spoznal človeka, ki si je drznil javno kritizirati mojstra Brahmsa. Deset let pozneje je Gustav Mahler kot vodja dunajske državne opere zavrnil izvedbo njegove edine opere Corregidor. Kako popularen je postal na nemškem glasbenem prizorišču, kljub neuspehom v nekaterih glasbenih krogih, govori ustanovitev društev prijateljev Huga Wolfa v Berlinu leta 1896, pozneje še v Stuttgartu in na Dunaju. Lahko se sprašujemo, kaj bi lahko še ustvaril Hugo Wolf na področju simfonične, orkestralne glasbe, saj je umrl razmeroma mlad, v letih, ko se še na primer ne Brahms in ne Bruckner nista lotila simfoničnih partitur.

Hugo Wolf ni bil ploden skladatelj: razen



Izveček iz ambulantskega zapisnika dr. Josipa Ipavca (original dokumenta hrani prof. ddr. Igor Grdina)

številnih in v nemškem krogu zelo čislanih samospenov in edine opere Corregidor, je zapustil malo skladb za klavir, za godala ali za veliki orkester. Ko poslušam zadnje, ugotavljam značilnosti, ki so znane tudi za njegove veliko bolj slavne sodobnike, kot so Bruckner, Wagner ali celo Mahler. Njihove skladbe so zelo razvlečene, pompozne, glasbena govorica se po nepotrebnem ponavlja. Ko skladatelj sklene kak motiv, melodično in harmonsko, nadaljuje razplet z vsebinsko nepomembno in za poslušalca nezanimivo glasbo. Tako mladostno delo Wolfa d-mol godalni kvartet priča, da je sicer izvrsten skladatelj, skladba je polna glasbenih domislic in drznih harmonskih, ritmičnih in kontrapunktih rešitev, hkrati pa se ti poraja misel, da se je avtor ustrašil melodije in toplo zvoneče harmonije ter ju je prekinil in nadaljeval z morda glasbeno bolj sodobno govorico, ki ne pove ničesar. Očitno je želel dokazati, da je glasbenik novega vala in da ne nadaljuje novoromantično tradicijo Johannesesa Brahmsa (o katerem je tako kritično pisal!). Verjetno zato tudi za življenja ni dočakal njene izvedbe, saj traja skoraj 50 minut: kdo bo v koncertni dvorani tako potrpežljiv, da žrtvuje toliko časa za poslušanje ne povsem dognane skladbe (sicer že tako za povprečno glasbeno uho težko dojemljivega godalnega kvarteta) malo znanega skladatelja? Diskografske hiše, celo nemške ne, niso kazale prevelikega zanimanja za snemanje skladb Huga Wolfa (simfonične pesnitve Penthesilea sploh ni na njihovem seznamu), zato prijetno presenetli odlični CD ljubljanskega godalnega kvarteta (prvo violino igra Monika Skalar,

koncertna mojstrica ljubljanskega simfoničnega radio orkestra), na kateri so skoraj vse Wolfove skladbe pisane za godalni kvartet. Med njimi je tudi vedra italijanska serenada, ki jo je avtor pozneje pripravil še za godalni orkester, in je bolj pogosto na sporedu simfoničnih koncertov (zadnjič pri nas v Gallusovi dvorani 8. novembra 2001).

Zluesom naj bi se Hugo Wolf okužil v javni hiši, ko je bil star sedemnajst let, kamor ga je zapeljal eden njegovih premožnih meščanskih prijateljev. Malo je izjav o poteku njegove bolezni, saj je bil sifilis za družbo tabu tema. O njej se javno ni govorilo ali pisalo, tudi zaradi obzirnosti do skladatelja. Zelo zanimivo je mnenje znanega dunajskega nevropsihiatra dr. Jožefa Breuerja (sodelavca Sigmunda Freudu), ki je dobro poznal mladega skladatelja, (saj je Wolf prihajal na njegov dom kot učitelj klavirja), da se je Hugo zavedal okužbe, ker pri mizi ni želel uporabljati jedilnega pribora in je zato v družbi jedel le kruh, sir ali sadje z roko. Bil je očitno prepričan, da lahko okuži druge! Še pred izbruhom duševne bolezni je bilo za Huga Wolfa znano, da pogosto spreminja razpoloženja: iz depresije, ko dneve in dneve ni napisal ene note, je nenadoma postal hiperaktiven, tudi v skladanju, nekritičen do sebe, hudo nevhvaležen do prijateljev, napadalen (pobijal je majhne ptice pevke, če so "motile njegov mir"), skliceval se je na svojo demonsko naravo. Njegovo predpsihotično vedenje so primerjali s potekom bolezni Roberta Schumanna, genialnega romantičnega pesnika klavirja.

Pri Hugu Wolfu naj bi se duševna bolezen

pojavi akutno, iz skoraj maničnega ustvarjalnega razpoloženja je postal psihotičen. Skladatelj je spremenil vedenje: nasprotno od dr. Josipa Ipavca (glej naprej!), ki nikoli ne prijateljem ne zdravnikom ni povedal, da je luetik (o tem namreč ni neposredno ne posredno nobenega pisnega dokumenta), je Hugo Wolf zdravnikom v anamnezi navedel, da se zaveda, da je bil okužen, kar je zdravniško zabeleženo. Približno leto dni pred izbruhom duševne bolezni je okulist, ki mu je odstranil tujek iz oči, ugotovil za lues patognomonične spremembe na zenici in ta izvid sporočil kolegom na Dunaj, vendar ni bilo odziva. (Zanimiv je podatek, da je medicinska dokumentacija o Hugu Wolfu, tako iz zasebnega sanatorija kot tudi iz državne norišnice, izginila; sumijo, da je bila ukradena, morda zato, da bi jo prodali osebi, ki ni želela, da bi medicinski podatki prišli v javnost?). Razlagal je celo na cesti mimoidočim, da je postal direktor dunajske opere. Čez kakšen teden pozneje je bil sprejet za krajši čas v zasebni sanatorij, kjer se je umiril. V bolniški sobi je imel celo klavir in ponovno je poskusil skladati. Ko so ga odpustili iz bolnišnice, ga je sprva prevzela njegova sestra, ki je živela v Celju, vendar ji je kmalu ubežal. Poskusil je napraviti samomor, vendar se je sam rešil iz mrzlega jezera. Ponovno je bila potrebno zdravljenje v bolnišnici, tokrat v dunajski norišnici. Za kritje stroškov je prispeval celo cesar! (Sprašujemo se lahko, ali bi danes naši vodilni državniki redno denarno prispevali za zdravljenje nekega norega skladatelja.). Hugo Wolf je v obupu pisno rotill prijatelje in svojo sestro, da bi ga rešili iz zamrežene postelje. Za več tednov je imel prepovedan vsak obisk. Ko se mu je duševno stanje v letu 1899 izboljšalo, se lahko z enim uslužbencem norišnice, ki

je bil ljubiteljski glasbenik, igral na klavirju štiriročno obdelave Beethovnovih simfonij in čeprav ga prsti niso vedno ubogali, je soigralca opozarjal na vsako najmanjšo napako. Potem je kmalu ponovno zapadel v manično-depresivno stanje, preganjal ga je strah, da ga bodo ubili, mu odrli kožo ali da ga bodo zastrupili. Imel je pogosto hude krče, čedalje težje je govoril in postal je inkontinenten. Zadnje leto življenja je le vegetiral. Umril je 26. februarja 1903. Igra usode: šele, ko je bil sprejet v norišnico, je na Dunaju postal znan in čaščen skladatelj. Pokopan je v bližini groba Ludvika van Beethovna in Franca Schuberta.

Zdravnik in skladatelj dr. Josip Ipavec ter njegova bolezen ◆

Življenje zdravnika in skladatelja dr. Josipa Ipavca (podpisoval se je Ipavic) je potekalo neprimerljivo z življenjskimi težavami njegovega mlajšega sodobnika Huga Wolfa. Josip je bil sin uglednega župana iz znane zdravniške družine, ki mu je omogočil denarno brezskrbno šolanje, med drugim tudi na medicinski fakulteti v Grazu. Oče, dr. Gustav Ipavec, je bil ljubiteljski glasbenik in uveljavljeni skladatelj, ki je na dom v Šentjurju vabil znane skladatelje, gostil je tudi Johannes Brahmsa. Njegov stric, dr. Benjamin Ipavec, pri katerem je Josip med študijem stanoval v Grazu, je bil ne le ugledni zdravnik, direktor otroške bolnišnice (1), temveč tudi cenjeni skladatelj, avtor slovite serenade za godalni orkester, ki spada med najlepše skladbe, katere so jih napisali naši skladatelji. Naj še omenim njegovo Anino četvorko (Annina kvadrilja), pisano za

klavir, violino in violončelo (prvi trio v naši glasbeni literaturi!), zato, ker smo jo predstavili pred štirimi leti na našem letnem koncertu Pro medico kot praižvedbo, koreografrirano za ples po zamisli kolege dr. Henrika Neubauerja.

Ob študiju medicine se je Josip Ipavec izpopolnjeval tudi kot glasbenik s področja teoretičnih predmetov, pozneje pa je nadaljeval zasebno, že kot zdravnik, študij kompozicije na Dunaju. Njegove skladbe iz mladostnih let so navduševale poslušalce, zlasti ženski spol, saj je bil zabaven in postaven mladenič, poimenovali so ga za "slovenskega Mozarta". Ni zapisana njegova izjava, zakaj se je odločil postati vojaški zdravnik: verjetno zaradi bolj lagodnega življenja in udeležbe na prireditvah v dunajskih "salonih". Toda njegova vojaška kariera je bila kratka, saj je bil zaradi disciplinskega prekrška kmalu kazensko premeščen v Zagreb. Ker pa se je njegov oče zaradi bolezni odpovedal lastni ordinaciji, se je Josip odločil, da bi izstopil iz vojske in prevzel dobro utečeno zdravniško dejavnost v domačem kraju. Kmalu se je poročil. Za ženo si je izbral Nemko iz družine nižjega plemstva. Zakon je bil srečen, do izbruha njegove bolezni. Josip Ipavec nikoli ni dobro obvladal slovenščine. Doma so se pogovarjali v nemškem jeziku, medtem ko je svoje samospelve skladal na nemška besedila.

Nekaj besed še o njegovi skladateljski poti. Že kot gimnazijec v Celju in kot študent v Gradcu je skladal več pesmi ob spremljavi klavirja in nekaj komornih del. Obenem je dirigiral na zborovskih nastopih in tudi godalnim orkestrom. Na teh prireditvah je – tako si predstavljamo – moralo prevladovati iskreno "čitalniško vzdusje". Že v tem času, še pred promocijo na medicinski fakulteti leta 1904, je nastala njegova pantomima Možiček, s katero ni le ustvaril prvi slovenski balet, temveč svežo, melodiozno in odrskemu dogajanju ustrezno ritmično glasbo polno domislic. Balet je doživel več uspešnih izvedb, sprva v Gradcu, tudi pod taktirko avtorja, potem še v Ljubljani (tudi z manj dobrimi kritikami v klerikalnih krogih, z oceno, da je "erotično in abotno"). Izreden uspeh je imel v Celju in Mariboru, Trstu in moravskemu Olomoucu. Do predstave na Dunaju ni prišlo, verjetno jo je preprečil izbruh prve svetovne vojne.

Do pantomime Možiček imamo ljubljanski zdravniki – ljubiteljski glasbeniki – poseben odnos. Spodbujeni z uspehom odrske izvedbe četvorke Benjamina Ipavca, smo želeli predstaviti tudi glasbeno in plesno izvedbo tega baleta. Ugotovili smo, da je domnevno edina dosegljiva partitura skladbe obdelava klavirskega izvoda avtorja,



Skedenj, v katerem je zmrznil некоč znan in slavljen zdravnik ter skladatelj (Zahvaljujem se za posnetek Aniti Koleša, vodji območne izpostave Republiškega sklada za ljubiteljsko kulturno dejavnost v Šentjurju).

kar je storil ljubljanski dirigent Kruno Cipci. Pripravil jo je za veliki simfonični orkester, kar je bilo prezahtevno za našo komorno skupino Pro medico. Nepričakovano sem v Narodni in univerzitetni knjižnici (NUK) v Ljubljani našel na originalno partituro avtorja, za katero so menili, da je zglubljena; Ipavec jo je napisal za manjšo zasedbo, za "salonski" orkester. Ponovno sem spodbudil kolego dr. Henrika Neubauerja, ki velja za enega vodilnih koreografov pri nas, da je z učenkami ljubljanske Srednje baletne šole pripravil z nami ta balet. Izvedli smo ga kot prvi, sprva le nekaj odlomkov – po skoraj stoletnem premoru se je ponovno pojavil na odru – na tradicionalnem poletnem koncertu Pro medico v cerkvi sv. Florjana in čez kakšen mesec v celoti na festivalu posvečenem zdravniški in glasbeni družini Ipavec v njihovem rojstnem kraju, Šentjurju pri Celju.

Razen že omenjenih samospevov je avtor skladal tudi za klavir, violino in violončelo ter za pevske zборе. Višek glasbenega ustvarjanja dr. Josipa Ipavca je njegova opera (opereta) Princeza vrtoglavka. Ob tem se mi poraja primerjava s Hugom Wolfom, ki je tudi skladal le eno opero. Oba sta vse upe za uveljavitev položila v njeni uspešni izvedbi. Medtem ko je prvi dočkal praiizvedbo Corregidora v Nemčiji (nikoli pa na Dunaju), je bil Josip Ipavec leta 1914 deležen izvedbe le treh odlomkov Princeze vrtoglavke na koncertu v Ljubljani, ki so ga priredili v čast njegovega očeta Gustava in strica Benjamina. Libreto za uredništev njegovih glasbenih zamisli je prispevala na Dunaju uveljavljena in svobodomiselna pisateljica Mara Berksova (podpisala se je kot plemkinja – plemenita), ki je živila v njegovi bližini, na graščini v sv. Juriju. Še v Zagrebu, torej v začetku leta 1907, naj bi dr. Josip Ipavec opero zapisal kot klavirski izvleček, partituro za orkester in soliste je dokončal šele dve leti pozneje, že ko je bil krajevni zdravnik. Muzikologi ocenjujejo, da je nezanimanju za izvedbo te opere dobral predvsem slab, zelo dolg scenarij. Vsebinska opera naj bi bila fantazijska igra, obenem naj bi predstavljala kritično ost na aktualne dogodke v dunajski družbi in je brez odrskega logičnega dogajanja. Zato so – po oceni Igorja Grdine – glasbene točke med seboj nepovezane, le zaporedje neodvisnih "slik" oziroma prizorov. Kljub temu je partitura prava zakladnica lepih melodij. Ko je bila leta 1910 opera pripravljena za izvedbo na odru, se je avtor odpravil na Dunaj, da bi jo predstavil vodilnim gledališkim ljudem. Žal je trkal na vrata brezuspešno. Upal je tudi, da si

bo z izvedbo opere izboljšal finančni položaj, saj je moral izplačati sorodnike, dediče po smrti očeta, in mu je celo grozil rubež klavirja! Poskušal se je uveljaviti tudi v Ljubljani, brezuspešno; morda bi bil uspešen v moravskem Brnu, saj se je za izvedbo opere ogled celo Leon Janaček, če ne bi prišlo septembra 1914 do prve svetovne vojne. Celó v vojnih časih, ko je bil mobiliziran za zdravnika v nekem begunskem taborišču, je pošiljal na Dunaj pisma in se zanimal za možnost izvedbe Princeze vrtoglavke. Že ko so se pojavili znaki duševne bolezni! Do izvedbe opere, do odra, je moralo miniti še več desetletij: z velikim uspehom je bila izvedena šele novembra 1997 v Mariboru. Na odprti sceni so bile posamezne arije deležne velikega aplavza. Libreto za opero je obdelal in posodobil Igor Grdina.

Zadnja leta življenja

dr. Josipa Ipavca ◆

O boleznih znamenitih glasbenikov je ohranjeno veliko podatkov. S tega področja so objavljene tehtne strokovne razprave, pisatelji so medicinske podatke uspešno vključili v biografije, scenaristi v filme. O poteku bolezni zdravnika dr. Josipa Ipavca pa je zelo malo dokumentov. Pronicljivi mlajši zgodovinar in odlični poznavalec glasbe, profesor ddr. Igor Grdina (ki je doktorsko nalogo opravil prav z raziskavo biografij zdravniške družine Ipavec), je v svoji obsežni knjigi z naslovom Ipavci, zbral tudi nekaj medicinskih podatkov, kot jih je zapisal celjski zdravnik dr. Anton Schwab (1886-1938), mlajši sodobnik, prijatelj dr. Josipa Ipavca. Če ga je ta tudi zdravil in kako, ni podatkov. Igor Grdina je zbral podatke za življenjepis dr. Josipa Ipavca v daljših pogovorih z Josipovim starejšim sinom. Jožetom, slikarjem in dolgoletnim scenografom zagrebške opere, vendar o poteku bolezni njegov sin skorajda ni ničesar vedel. Tudi ni ohranjena bolnikova medicinska dokumentacija. Očitno so se sorodniki, v prvi vrsti njegova žena ter njegovi vrstniki, sramovali njegove bolezni, zato so dokumentacijo zgubili oziroma uničili. Tudi poizvedba, da bi od občanov Šentjurja, na podlagi pričevanj njihovih staršev, dobil kakršnekoli podatke, ni bila uspešna. Zato je zelo težko dognati poteka progresivne paralize pri našem znanemu skladatelju in zdravniku. Če upoštevamo, da od primarne okužbe do duševne bolezni praviloma mine od 10 do 16 let, in da naj bi se Josip z luesom okužil kot študent ali šele kot vojaški zdravnik, domnevamo, da bi lahko prvi znaki zmedenosti nastopili že leta 1912, ko je poskušal storiti samomor. Dr. A. Schwab je zapisal:

"Nekega dne sem bil poklican k Josipu kot zdravnik, navzoča pa sta bila še dva druga kolega. Skladatelj je bil nezavesten in je ostavil vtis težko bolnega človeka. Napravil sem diagnozo in sem spoznal, da je Josip tako hudo bolan, da brez zdravniške pomoči gotovo umrje v najkrajšem času. Vedel sem sicer, da imamo zoper smrt v tem primeru sigurno zdravilo, ki je tudi res storilo svojo dolžnost, prilično in bistveno v osmih dneh in ki je rešilo trenutno ubogega skladatelja smrti, - a na svojo veliko žalost sem obenem spoznal, da mu bodo po zdravljenju telesne in duševne moči pešale stalno, tako da postane za kompozicije za vse življenje ter hkrati tudi na izvrševanje zdravniške prakse in za pridobitka možnost nesposoben in vedel sem, vse naprej, kako se bo godilo z njim še tekom kratkih let, ki jih je preživel. Zdravniku je najtežje, če gleda na ta način v bodočnost, a nima sredstev, da bi posledice preprečil. Kar sem videl v tistem trenutku, se je izvršilo vse točno."

Danes bi zdravnik podal drugačno izvedensko mnenje, saj iz pričujoče izjave dr. Schwaba ni razvidno, zakaj je bil klican, kaj se je v resnici zgodilo, koliko časa je minilo, da je po klicu prišel, on "in še dva kolega", do poškodovanja oziroma do bolnika; ali je do nezavestnega stanja dr. Ipavca prišlo zaradi možganske akutne okvare (kap?), ali zaradi zastrupitve. O kliničnem stanju ni besede. (Ni hče od avtorjev, ki so se ukvarjali z njegovim življenjepisom, ni prišel do teh podatkov!). Iz te izjave ni razvidno, katera zdravila oziroma antidot je uporabil, da je "rešil trenutno ubogega skladatelja smrti".

Tudi ni verjetno, da Josip, ki se je kot zdravnik moral zavedati usodne bolezni, ne bi uporabil zdravila zoper lastno bolezen, ki so bila zoper lues ta čas zapisana v farmakologiji: različna mazila in celo parenteralno dajanje izdelkov, ki so vsebovali soli metalov, kot je npr. živo srebro, bizmut ali arsen. Sprva znaki bolezni očitno še niso bili močno izraženi, če je lahko leta 1914 v Ljubljani dirigiral orkestru z odlomki iz Princeze vrtoglavke, če je bil med vojno mobiliziran, če je lahko še nekaj let opravljal zdravniško prakso v svoji ordinaciji. Ni podatkov ne o poteku njegovega duševnega razkroja, ne o nevroloških izpadih. Šele 31. maja 1919 je okrajno sodišče v Celju izdalo odločbo, da je dr. Josip Ipavec opravilno nesposoben zaradi umobolnosti. Pisal sem njegovemu mlajšemu sinu Teodorju, ki je po vojni emigriral v ZDA, če se še lahko spomni očetove bolezni. Ljubezno mi je odgovoril in

navedel le podatek, da je oče leta 1920 odšel na Dunaj, da bi se "zdravil z malarijo".

Danes o takem načinu zdravljenja zdravnik skoraj ne vemo ničesar. Pa je prav v tem času, ko je izbruhnila bolezen dr. Josipa Ipavca, na dunajski psihiatrični kliniki predstojnik Wagner v Jauregg uvedel revolucionarni način zdravljenja duševne bolezni z visoko temperaturo, s katero naj bi ugonobil povzročitelja – spirohete. Za svoje odkritje je leta 1927 dobil – kot doslej edini psihiater – Nobelovo nagrado. Res da je za nekaj časa nehal s takšnim zdravljenjem, ker je za okužbo paralitičnega bolnika uporabil kri bolnika s tropsko malarijo in je okuženi umrl. Zdravljenje s hiperpireksijo je bilo zelo učinkovito. Pisal sem na naslov dunajske psihiatrične klinike, ali imajo ohranjen arhiv iz leta 1920 in v njem morda priimek Ipavic. Tega ni. Vprašanje je tudi, ali bi ga sprejeli na zdravljenje, ko je bila pri njemu že hudo izražena psihoza, verjetno tudi že demenca z nevrološkimi izpadi. Tudi ni podatkov, kdo naj bi ga v takem zdravstvenem stanju spremljal na Dunaj.

In še to: v osebno tragedijo zdravnika in skladatelja sta se ob bolezniju vključila tudi ponižujoč odnos njegove soproge in nehuman odnos okolja do trpečega bolnika. Ko je njegova bolezen postala moteča, so ga dali v oskrbo sestri na kmetijo. Njegova žena si je kljub denarnim težavam oskrbela avtomobil in najela šoferja, ki je postal njen ljubimec. Josip ni smel vstopiti v lastni dom. Ženi je nabiral poljsko cvetje in ga puščal pred pragom. Postal je begavec in se je klatil po okolici. Nekega zimskega jutra, 8. februarja 1921, so ga našli zmrznjenega na bližnjem seniku.

Epilog ♦

Številni danes slavljene glasbeniki so umrli, ne da bi v času življenja dobili ustrežna priznanja. Marsikateri se je otepal z revščino in boleznimi. Zapustili so svet, ko bi šele lahko od njih pričakovali vrhunske stvaritve. Med temi skorajda ne najdemo bolj tragičnega konca, po dolgoletnemu duševnemu in telesnemu hiranju, kot sta ju doživela dva skladatelja, ki po naravi in ustvarjeni glasbi sicer izražata različno kreativnost, po bolezniju, ki ju je ugonobila, pa sta istovetna. (Morda bi lahko za primerjavo prišteli še usodo genialnega ruskega skladatelja Modesta Musorgskega, ki je iz vodilnih družabnih krogov zaradi pijančevanja padel v osamo in kot zapuščen, zanemarjen klošar zmrznil v kleti nekega stanovanjskega bloka v Moskvi). Tako Hugo Wolf kot zdravnik Josip Ipavec sta

bila po rodu Slovencev, čeprav sta, zlasti prvi, ustvarjala za nemški kulturni krog. Hugo Wolf je bil celo nasprotnik Slovencev. Oba sta predvsem po smrti postala znana. Hugo Wolf se je tudi mednarodno uveljavil, glasba Josipa Ipavca – njegova opera *Princesa vrtoglavka* – pa je šele leta 1997 na mariborskem odru doživela prazvedbo in viharno priznanje. Tudi na simpoziju v Slovenj Gradcu leta 2001, ki ga je pripravil muzikolog dr. Primož Kuret in je bil posvečen Hugu Wolfu in njegovim štajerskim rojakom – skladateljem, sta bila tako Hugo Wolf kot Josip Ipavec ustrezno ovrednotena.

Kot zdravnik sem skušal s predstavitvijo njune bolezni, ki je danes v civilizirani družbi skoraj izkoreninjena, obuditi področje medicine, ki ga je moja generacija sicer spoznala iz učbenikov, sedanja generacija študentov medicine pa ne sliši o njej skoraj ničesar več. Skozi zgodovino, vse do odkritja uspešnega zdravljenja s penicilinom, pa je bil lues (novejši izraz zanj je sifilis, "francoska bolezen", ki so jo proti koncu srednjega veka širili francoski vojaki, na bojnih pohodih so jih spremljale prostitutke) zelo razširjena smrtna bolezen na vseh kontinentih, ki je pohabljala do iznakaženosti in v poteku privedla do duševne bebavosti in telesni odpovedi.

Ob poslušanju glasbe Huga Wolfa in Josipa Ipavca ne mislimo na trpljenje obeh skladateljev. Hvaležni smo jima za njuno umetnost, za občutek lepote in zadovoljstva, ki ju zbujata njuna glasba, ko jo poslušamo v koncertni dvorani, na odru ali s tonsko dobrimi posnetki na domu. Kot zdravnik smo lahko ponosni, da je medicina premagala njuno bolezen, ki naj ne bi nikoli več povzročala tako hudega gorja, kot jo je v zgodovini človeštva.

Zahvaljujem se dr. Primožu Kuretu, da mi je iz osebne knjižnice dal na voljo biografije o Hugu Wolfu in mag. Simoni Šivic (NUK), da je posnela

na CD iz arhivske gramofonske plošče simfonično pesnitev Penthelesia Huga Wolfa.

1. Ob 100-letnici graške otroške bolnišnice me je poklical profesor Sauer, otroški kirurg in obenem dekan graške medicinske fakultete, naj bi za proslavo poskrbel za fotografijo dr. Benjamina Ipavca, utemeljitelja tega zavoda. Dobil sem jo v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani in je povečana krasila razstavo ob tem dogodku ■

Viri:

1. Reiner I. Lues. *Medicinska enciklopedija*, 1962, Zagreb, 6/443-72.
2. Jelašić F. *Paraliza progresivna. Medicinska enciklopedija*, 1963, Zagreb, 7/610-3.
3. Jelašić F. *Tabes dorsalis. Medicinska enciklopedija*, 1963, Zagreb, 9/451-4.
4. Kobal M. *Progresivna paraliza. V: Psihijatrija, Državna založba Slovenije, Ljubljana 1986/220-3.*
5. Wagner v. Jauregg J. *Über die Entwicklung der Malaria auf die progressive Paralyse. Psychiatrisch – Neurol. Wochenschrift*, 1918/20-132-4 in 251-5.
6. Wagner v. Jauregg J. *Die Malaria-therapie der progressiven Paralyse. Wiener Med. Wochenschrift*, 34, 1931/1115-7.
7. Eickenmeyer KA. *Die Krankheit Hugo Wolfs. Dissertation Jena 1945. (Rokopis sem dobil iz uredništva revije Österr. Musikzeitschrift, Wien, s posredovanjem mag. Anke Kolde).*
8. Grdina I. *Ipavci. Založba ZRC SAZU, Ljubljana, 2001/363-445.*
9. Kuret P. *Hugo Wolf – sodobniki in nasledniki. V: Zbornik Mednarodnega simpozija ob 140-letnici rojstva Huga Wolfa. Slovenj Gradec, 2001/12-9.*
10. Grdina I. *Hugo Wolf in Josip Ipavec – skica primerjalne biografije. V: Zbornik Mednarodnega simpozija ob 140-letnici rojstva Huga Wolfa. Slovenj Gradec, 2001/101-8.*
11. Slavec Z. *Dr. Josip (Joseph) Ipavec, The "Slovene Mozart". Rivista di Storia della Medicina*, 1-2/1996, 215-22.
12. Konolka K. *Hugo Wolf. Deutsche Verlags - Anstalt Stuttgart, 1988.*
13. Langberg D. *Hugo Wolf: Briefe und Kritiken. Reclam Verlag, Leipzig, 1991.*
14. Spitzer L. *Hugo Wolf: Werk und Leben. Holzhausen Verlag, Wien, 2003.*
15. Spitzer L. *Die Kreative Krise im Schaffen Wolfs. Österr. Musikzeitschrift, Wien, 1/2003/17-25.*



Nagrobni kamen dr. Josipa Ipavca (Ipavic) na pokopališču v Šentjurju pri Celju

Med pregnanci v Ugandi

Iza Ciglencečki

Stežavo sem se prebijala čez dvorišče pediatričnega oddelka bolnišnice Soroti, kjer si je zatočišče skupaj z vso svojo kramo našlo nekaj sto ljudi. Na oddelku s 50-imi posteljicami je bilo vsaj 150 otrok, k čemur je treba prišteti še njihove mamice ter kakšnega bratca in sestrico, ki ne moreta ostati sama doma. Za vse na oddelku ni bilo prostora, zato so si mamice pomagale po svoje ter se z bolnimi otroci in vsem imetjem utaborile zunaj. Pogled na majhne bolnike z nastavljenimi venskimi potmi in infuzijami (ki jih pri otrocih Afričani brez izjeme nastavljajo na skalp), ki so na živopisanih blagih ležali pod drevesi, je bil tako bizarno-grotesken, da mi je kljub cmoku v grlu uhajalo na smeh.

“Madam, pomagaj!”, me je za rokav cukala sivolasa ženska. Kazala mi je majhno koščeno bitje, ki ji je bingljalo iz cule in se ji obešalo na dojke. Dete se je na dojko obešalo z vso močjo, vleklo in sesalo, a lastnica nesojenega mlečnega vira je bila očitno otrokova babica. Še tako dobri nameni pa mlečne žleze odpirajo samo v magičnih zgodbah južnoameriških piscev.

Dečkovo mamico so ubili uporniki Lord resistance army, ki že 18 let divjajo po severu Ugande in zaradi katerih je bilo več kot milijon ljudi prisiljenih zapustiti svoje domove in polja ter se zateči v varnejše predele. Uporniki moti vlada predsednika Musevenija, a se ne pogajajo, zato ni čisto jasno, kaj bi sploh radi. A to ni ne



Na dvorišču ene od šol v mestu Soroti

prvi ne zadnji afriški spopad, kjer je osnovni cilj že zdavnaj pozabljen, ostali pa so tisoči obojnih borcev, večinoma še otroci, ki pogosto brez pravih voditeljev ustrahujejo prebivalstvo. Preživetje s kalašnikovim v roki je pač lažje kot z lopato. Uporniki ropajo in požigajo vasi, svojo vojsko pa obnavljajo na najbolj krut način, z ugrabljanjem otrok. Deklice namenijo za žene upornikom, dečki postanejo vojaki. Pod grožnjo smrti otroke prisilijo, da morijo tudi v lastni vasi najbližje sorodnike in sosede, s čimer jim je onemogočena vrnitev domov. Tudi če jim uspe pobegniti, jih svojci v domači vasi ne bodo nikoli več sprejeli medse.

Po več napadih v ugandski regiji Teso se je do konca avgusta 2003 v mestecu Soroti zateklo več kot 100.000 ljudi. Razpotegnjeno mesto je imelo prej okoli 40.000 prebivalcev, zdaj pa so ljudje mesto preplavili, naselili so se po šolah, cerkvah, v bolnišnici, kjerkoli je bilo kaj prostora, predvsem pa čim bolj v središču mesta, da so se počutili varneje. Vsak večer so pregnanci iz šolskih zgradb znosili mize in stole ter se naselili v učilnice, zjutraj pa so znesli svojo kramo ven, mize in stole nazaj v razrede, sami pa so se za čas pouka preselili na dvorišče. Tisti srečnejši so našli v mestu

sorodnike, ki so jih sprejeli po svojo streho in delili z njimi že tako borno hrano.

Ko je organizacija Zdravniki brez meja (Médecins Sans Frontières – MSF) v mestu odprla kliniko, smo začeli opažati tudi prve podhranjene otroke, take kot zgoraj opisani deček, katerih podhranjenost je posledica dejstva, da manjka hrane (njima ali pa njihovim doječim mamam) in tiste, katerih podhranjenost zapletajo ošpice. Ošpice so najstrašnejši morilec pregananih otrok. V Ugandi je precepljenost še kar velika (v regiji Teso okoli 70 odstotkov), a to ni dovolj. Ošpice so ena najbolj nalezljivih bolezni, zato zbolijo večina neimunih ljudi, ki živijo v tesnem stiku z obolelim. Tesnim stikom se je v nagnetenih pogojih pregnanskega življenja težko izogniti. Najbolj ogroženi so dojenčki med šestim in devetim mesecem starosti, ki jih rutinski programi cepljenja izpustijo. Zato je eno prvih pravil pri organizaciji begunskih taborišč, da je treba takoj cepiti vse otroke med šestim mesecem in petnajstim letom starosti. Kar je v organiziranih taboriščih mogoče, veliko težje pa je na odprtem, kjer so pregnanci neločljivo pomešani z lokalnim prebivalstvom in kjer ljudje neprestano prihajajo in odhajajo.



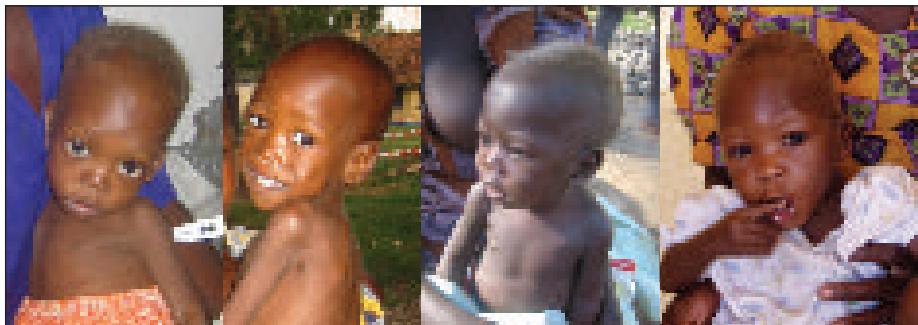
Avtorica pri hranjenju otroka po nazogastrični sondi



Kwashiorkor, oblika hude podhranjenosti z edemi

Pediatrični oddelek mestne bolnišnice je bil kar naenkrat poln otrok z ošpicami, vedno več jih je bilo tudi v našem centru za podhranjene otroke, ki je v nekaj dneh zrasel na dvorišču pediatričnega oddelka. Ošpice in podhranjenost gresta z roko v roki. Podhranjeni otroci so veliko bolj dovzetni za vse okužbe, otroci z ošpicami pa so nagnjeni k podhranjenosti. Smrtnosti pri takih otrocih je zelo velika. Tudi v našem centru z za afriške razmere relativno visokim standardom (na voljo smo imeli na primer kisik in širokospektralne antibiotike) smo velikokrat le nemočno gledali, kako dispozični malčki nemočno hlatajo za zrakom.

A ne bi smela tako otožno opisovati dela v Sorotiju. Po izvedeni akciji masovnega cepljenja proti ošpicam je bilo primerov vedno manj. Podhranjenih otrok zato še ni zmanjkalo, je pa skrb za njih postala mnogo enostavnejša. V centru sredi bolnišnice je bilo kmalu več kot sto otrok in nam je začelo zmanjkovati prostora, tako da smo drugo obdobje zdravljenja



Portreti podhranjenih otrok

Médecins Sans Frontières (MSF) ◆

Médecins Sans Frontières (MSF – Zdravniki brez meja) je največja neodvisna mednarodna humanitarna organizacija na svetu, ki zagotavlja urgentno medicinsko pomoč ljudem v nevarnosti v več kot 80-ih državah.

Médecins Sans Frontières pomaga žrtvam naravnih nesreč, oboroženih konfliktov in epidemij, ne glede na njihovo etnično, politično ali versko pripadnost. Ob svojih urgentnih misijah MSF deluje tudi v različnih dolgoročnejših programih, namenjenih obnovi zdravstvenih sistemov po krizah ali konfliktih. Naše delo je namenjeno tudi "pozabljenim skupinam prebivalcev", manjšinam, kot so staroselske družbe, prebivalci urbanih slumov ali brezdomni otroci. Preko specifičnih programov se naše skupine borijo proti "pozabljenim boleznim", kot so spalna bolezen, malarija, tuberkuloza ali HIV/aids.

Z navzočnostjo na ogroženih področjih MSF opozarja na probleme prebivalstva in govori v njegovem imenu. Svet opominja na sistematične kršitve humanitarnega prava in človekovih pravic.

Kjer je le mogoče, dela MSF znotraj obstoječih zdravstvenih struktur in z lokalnim osebjem. V okviru MSF deluje okoli 2.500 mednarodnih prostovoljcev in 15.000 lokalnih strokovnjakov. Naši prostovoljci učijo lokalne zdravnike, medicinske sestre, babice in drugo medicinsko in nemedicinsko osebje.

Médecins Sans Frontières je leta 1971 ustanovila skupina francoskih zdravnikov in se je z leti razvila v mednarodno organizacijo z 18-imi partnerskimi sekcijami po vsem svetu. Leta 1999 je organizacija prejela Nobelovo nagrado za mir.

MSF Avstrija, ki pokriva Avstrijo, Češko, Slovaško, Slovenijo in Madžarsko, je bila ustanovljena leta 1994, z namenom zbrati prostovoljce, zagotavljati informacije in zbirati nujno potrebna finančna sredstva.

Médecins Sans Frontières neprenehoma išče zdravnike, ki so pripravljeni deliti nekaj svojega časa in izkušenj z ljudmi v stiski.

Pogoji za zdravnike

Zdravniki morajo biti za prvo misijo z MSF na razpolago od šest do devet mesecev (za nekatera specialistična mesta tudi krajše).

Za mesta splošnih zdravnikov v projektih MSF – dokončana medicinska fakulteta z vsaj dvema letoma delovnih izkušenj v splošni medicini.

Za specialistična mesta – dokončana specializacija ustreznega področja (ginekologija s porodništvom, anesteziologija, kirurgija, interna medicina). Dobrodošle so izkušnje iz tropske medicine in javnega zdravja ter izkušnje s poučevanjem ali mentorstvom.

Jeziki: obvezno je tekoče obvladovanje angleščine, prednost predstavlja znanje drugih tujih jezikov (francoščina, španščina, portugalsščina, ipd).

Več informacij in naslovov najdete na naši spletni strani www.msf.at. ■

preselili ven iz bolnišnice, v nekdanji klub na igrišču za golf sredi mesta (Soroti je nekoč videl boljše čase, zraven kluba na golf igrišču je bil še bazen, pa igrišče za skvoš). Zdravljenje hude podhranjenosti ponavadi razdelimo na dve obdobji, prvo je namenjeno obnovi

presnovnih funkcij – zdravljenju ali preprečevanju vseh mogočih okužb in popravljanju ravnovesja elektrolitov in mineralov, količina hrane je v številnih majhnih obrokih previdno odmerjena zgolj za vzdrževanje potreb organizma. Otroci, ki imajo kwashiorkor, obliko podhranjenosti z edemi, morajo v tem obdobju izgubiti edeme. Drugo t. i. rehabilitacijsko obdobje je namenjeno povrnitvi telesne teže, v ospredju je hranjenje, mleka je dovolj tudi za pridobivanje teže.

Otroci, ki nimajo kakšne druge hude okužbe (na primer ošpic z zapleti, tuberkuloze ali aidsa), si hitro opomorejo ter želno začno segati po ponujeni hrani in pridobivati na telesni teži. Tako se na izsušene, zgubane, skoraj starčevske obraze začno risati nasmehi. Res, diagnostika izboljšanja je enostavna – ko se otrok enkrat začne smejati, veš, da od podhranjenosti zagotovo ne bo umrl! ■

S kolesom na vrh Hvara

Davorin Dajčman

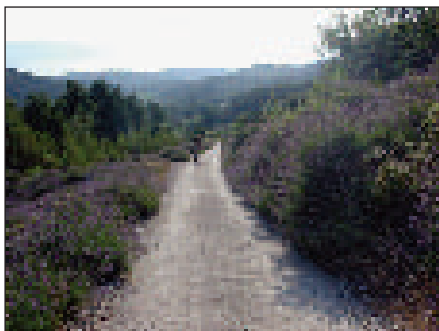
Otok sonca, kristalne vode in svežega zraka – Pharos, starogrško ime za kolonijo na otoku iz 4. st. pr. n. št., ko je srednjedrinski otok Hvar prvič omenjen v pisanih virih kot pomembna postojanka in naravni biser. To ime najdemo v današnjem času na številnih koncih otoka, seveda še posebej v Starem gradu (Civitas Vetus), mestu, ki so ga ustanovili antični grki v letih 385/384 pr. n. št. kot avtonomno državo – polis Pharos (v času rimskega cesarstva pa Pharis) in je bilo srce otoka vse do leta 1278. Po tem letu se je osrednje dogajanje preselilo v Hvar (Civitas Nova), današnje glavno mesto otoka. Naravne posebnosti otoka so se ohranile vse do danjšnjega časa, medtem ko se način življenja domačinov zelo spreminja. Otok Hvar je eden izmed turističnih zakladov Dalmacije in celotne južne sosedje nasploh, zaradi česar je postal prava turistična "enkla", saj na leto letuje več deset tisoč turistov na različnih koncih otoka, ki vsak po svoje nudijo možnosti za različne dejavnosti obmorskega turizma. V ekonomskem smislu otoka in proevropsko usmerjene Hrvaške je tak razvoj logičen in pričakovan. Ko pa v poletnih mesecih opazuješ trume ljudi na trgih romantičnih mediteranskih krajev otoka in drenjanje avtomobilov na njihovih parkiriščih, se avtentičnost in izjemnost okolja počasi izgubita v jezo ob slabih in majhnih parkiriščih, zdolgočasenem ogledu že prav tipiziranih stojnic s pisano ropotijo spominkov, oblačil ter igrač in tekmi za mizico v sicer dobri albanski slaščičarni (s sladoledom in baklavami) ali kavarnici (beri

"kafič") s preglasno glasbo. Ali je res možno turiste vabiti le na ta način oziroma vprašamo se lahko tudi drugače: "Kaj privablja množice ljudi v te kraje?" Kakor da se je bogastvo narave in skrivnostnost ribiškega življenja skrila moderni pošasti – turizmu. In res je tako, saj s prvim očesom lahko še zmeraj odkriješ, da otok Hvar (Hvor, kakor ga imenujejo domačini) zasluži ime biser Jadrana.

V turistični ponudbi otoka je reklama za kolesarske izlete še vedno povsem na repu. To je razumljivo, saj je takšnih turistov najmanj. Kot sem v tej rubriki že omenil, kolesarjenje med kraji ustvarja prav pisano podobo okolice in ljudi. Možnosti za takšne pustolovščine pa so na Hvaru neizmerne. Otok obsega kar 300 km² in v dolžino meri skoraj 70 km ter s svojim cestami ponuja krasne kolesarske etape, ki lahko kolesarja zaposlijo za cel dan. Na Hvaru smo letovali večkrat in prav tukaj se je ob našem zadnjem obisku priljubljenega zaliva Basine z "domačinskim zimmer frei" turizmom brez trgovin, lokalov in druge turistične ponudbe ter naših prijateljev Stipeta in Mornarke (ima sestro Jadranko – posebnost poimenovanja otrok staršev, ki živijo z morjem) porodila ideja o kolesarjenju po otokih Jadrana. Ker tokrat nisem imel svojega kolesa, ki je samevalo v hladni mariborski kleti, sem si za prvo otoško kolesarsko turo kolo sposodil od promorskega prijatelja "Portafolje" (primorski izraz za denarnico, ki izvira iz italijanščine), ki je ime dobil zaradi svoje denarnice. Ko jo je enkrat prepustil svoji zaročenki, jo je po nakupu znamk pozabila na pošti. Samo zaradi izjemne poštenosti starejših angleških turistov in vestnosti pošne uradnice je nesrečnej svojo denarnico dobil nazaj. Vrnimo se na kolo. Ker vrha otoka še nisem obiskal, sem se hitro navdušil za kolesarki "trim" na vrh otoka. Za pot sem ob večerji povprašal "gazdo" Stipeta, ki se je ideji čudil in nenehno ponavljal: "O, Davorine, Davorine, Davorine, ..." No, jasno je bilo, da se mu je ideja zdela neobičajna in smešna. Ko pa mi je zaupal, da sam še ni bil na vrhu, sem mu gladko odvrnil: "E, Stipe, Stipe, Stipe, ..." Tako sva si za tisti večer bila bot, pojedla še vsak krožnik Mornarkinega brodetja, bogatega s številnimi ribami in okusno začinjenega s česnom. Mornarka kuha najboljši brodet in tudi bistro ribjo juho, še posebej ljubi na

krompirju pečene hobotnice. Že med pripravo njene oči govorijo, da bo večerja slastna, ko pa te po polnoči povabi na nočno kopanje in te globoko "poduši" – potopi sprva z rokami nato še z nogami, tako da greš do dna ali v hladne temne globine – dobiš občutek, da se je še sama spremenila v roparsko hobotnico.

Naslednji dan kolo! Priprave so bile kratke, nekaj pijače, čim manj oblačil, dobri copati. Za kolo se nisem posebej zanimal, bilo je dobro, čvrsto s številnimi prestavami in malo voženo, ker je prijatelj imel druge obveznosti. Pot od Basine, ki leži na strani kanala med Bračem in Hvarom, je položna. Stranska cesta, ki nudi možnost za prijetno segrevanje, vodi do glavne ceste med Starim gradom in Jelso ter Vrbosko, jo prečka in se počasi prične vzpenjati proti Vrbanju, kraju v notranjosti Hvara. Tukaj Stipe in Mornarka živita s svojima dvema sinovoma, v Basino pa prihajajo na počitek in po zaslužek od turizma. O soncu in brezveterju med kolesarjenjem po jadranskih otokih sem že pisal, zato tega ne bi več poudarjal, obžaloval sem le, da kolo nima gladkih gum, ker bi lažje tekle po vročem asfaltu. Seveda sem kasneje ugotovil nasprotno, predvsem ko sem prišel v podnožje Hvarove strehe. Vasica Vrbanj ima mediteransko cerkev, ki je v mesecu avgustu ob prazniku "Vele gospe" čudovito okrašena s svežim cvetjem. Nakup cvetja in krašenje cerkve je doživetje, ki mu ni para, vaščani pa takrat pozabijo na svoje goste in njihove potrebe – v tem času jih je treba pustiti pri miru. Z Vrbanjem je povezana tudi čudovita ribiška vasica Vrboska, ki so jo "celinci" Vrbanjčani ustanovili kot svojo ribiško postajanko z izhodom na morje že leta 1331. Na majhnem griču vasice se nahaja privlačna renesančno-baročna cerkev, ki v svoji notranjosti skriva tudi sliko slavnega Tiziana. Ker se skriva v dolgem naravnem zalivu, je nudila varno zavetje ribiškim čolnom, danes pa tudi petičnim jahtam v ACI-jevi marini na njenem vhodu. Zgodnji jutranji izlet s kolesom po cesti ali čolnom skozi zaliv priporočam vsakomur. Prava kolesarska pot proti vrhu otoka se prične šele za Vrbanjem, cesta se nadaljuje proti vasici Pitve, ki leži še bolj v notranjosti otoka, poznana pa je po siru in olivnem olju. Poskusil sem že precej domačih olivnih olj, vendar moram priznati, da je bilo Stipetovo hvarsko do sedaj najbolj okusno in



Začetni del poti proti vrhu Hvara



Zanimivi bori z ravnimi krošnjami ob strmem delu steze

čudovite zelene barve. Seveda se v Pitvah nisem ustavljal v konobi, ampak sem nadaljeval kolesarjenje proti predoru skozi greben Hvara, kjer se cesta spusti proti Zavali in Veliki Nedelji na južni strani otoka s pogledom proti odprtemu morju in otočku Ščedro. Ko sem pripeljal do predora, ki nima elektrike in semaforja ter izgleda kot rudniški rov, promet pa prepušča le v eni smeri, in ga zato usmerjajo domačini s pomočjo poljskega telefona (vojaški telefon), sem ugotovil, da je odcep za kolovoz proti vrhu otoka pred Pitvami v smeri vasice Svirče. Kratek spust nazaj je omogočil počitek, ki je bil dobrodošel, kajti malo pod Pitvami se prične sprva še zbetoniran, kasneje pa pravi kolovoz posut z grobim kamenjem. Betoniran del ceste reže pokrajino po sredini zahodnega dela otoka in se po naravnem polju počasi vzpenja pri tem pa postaja vse bolj nemogoča tudi za debele in rebraste gume gorskega kolesa, ki zaječijo ob vsakem novem pritisku na pedale.

Vožnja po takem terenu zahteva tudi spretnosti v ravnotežju, saj se v nekaj zavojih in strminah kolo premakne le ob vsakem zagonu, vztrajnosti kolesa pa ne moreš izkoristiti, saj teren nenehno preprečuje, da bi se kolesa vsaj malo zavrtela v breg. Vse skupaj me je pričelo spominjati na veslanje proti toku, a vendarle sem počasi lezel naprej. Posamezni zavoji so zaliti z betonom, zato je tukaj vožnja lažja. V

ušesih so mi odmevale besede Stipeta: “O, Davorine, Davorine...!”, kar me je podžigalo k nadaljevanju s kolesom – do vrha s kolesom in nič drugače. Edina neprijetnost na prašni kamniti cesti so bili domači fantje, ki so z ne-registriranim fičkom drveli proti vinogradu pod vrhom. Fičo je rohnel in dvigal nemogoč prah, meni pa je šel v usta, oči in še kam. Hvar je znan po čudovitih borih in velikih travnikih lavendla (lavanda). Ob poti stoji nekaj mogočnih in zelo razvejanih borov, ki opazovalca prevzamejo tudi s svojim ravnimi krošnjami, medtem ko je za opazovanje vijoličastih lavendlovih travnikov najbolj primerna stara cesta proti mestu Hvar, ki se v svojem najbolj panoramskem delu vije ob pravih poljanah lavendla. Seveda tudi tukaj lavendla ne manjka, tako v okolici Svirč in pod vrhom.

Iz lavendla pridelujejo otočani številne pripravke, med najbolj množičnimi pa so olje, med in domače milo. Prav olje bi naj imelo številne zdravilne učinke na kožo, kupite pa ga lahko na vsakem koraku. Pod vrhom sem prilezel do manjše kotanje, ki spominja na naše gore, kajti pogled proti morju je na vseh straneh zaprt, slednjič pa mimo vinogradov na polju Poljica pod skalnat vrh, kjer pot enostavno izgine in sopihajočega kolesarja popolnoma zmede, če se ni posebej zanimal za markacije, ampak je sledil le stezi. Tukaj se kriva past, ki mi jo je

nastavil Stipe; s kolesom na vrh Hvara lahko prideš le tako, da ga neseš na ramenu! V popolnem zagonu sem celo zgrešil drobno markacijo v tleh, ki označuje stezo proti vrhu, tako da sem proti velikemu križu na vrhu krenil kar čez gole skale in nizko grmovje polno trnja, kolo pa sem pustil ob koncu poti. Zapodil sem se proti vrhu in se ustavil šele ob velikem betonskem križu, ves čas pa pogledoval nazaj proti kolesu, ki je ostalo nezaklenjeno v družbi s fičkom in razposajenimi domačini, ki po mojem mnenju še niso imeli šoferskega izpita, kar na otokih tako nima posebnega pomena. Na vrh Sveti Nikola, kakor se namreč imenuje, sem tako prispel v pričakovanju lepega razgleda, osvežil pa sem se z grozdem iz vinograda na polju pod vrhom, ki kolesarja spremlja praktično na vsakem otoku Dalmacije. Poleg večjega križa se na vrhu nahaja še manjša cerkvice, ki so jo v zadnjem času popravili in uredili. Z vrha je pogled na jug proti Visu in Korčuli čudovit in sproščajoč, vasica Zavala in otok Ščedro pa kakor iz razglednice. Proti zahodu lahko opazujemo Hudičeve otoke (Pakleni otoci), na celini pa planini Mosor in Biokovo za otokom Bračem. Vrnitev do kolesa je bila lažja, ker sem že z vrha sledil markacijam, ki so bile v tej smeri bistveno bolje označene. Domačini očitno zahtevajo, da najprej osvojiš vrh, šele nato pa ti pokažejo varno in prijetno pot nazaj, kajti markacije ob spustu so neprimerno bolj jasne. Spust po kamniti cesti polni lukenj in večjih kamnov ni prav nič enostaven, sedeti pa tako nima smisla, kajti sedež običajno neprimerno udarja v zadnjico. Gojko Grubor, hrvaški ljubitelj kolesarjenja po otokih, ki sodeluje pri urejanju zanimive spletne strani Pedala (www.pedala.hr), uvršča kolesarjenje na vrh Sveti Nikola med nezahtevne ture, dobre rekreacije pa kljub temu ne manjka. Poleg čolna in ribiške palice lahko na Hvaru zanesljivo izkoristite tudi kolo ali pohodne čevlje (“trejkerce”).

Otok poleg morja, nautike in dobre hrane, nudi torej veliko možnosti za kolesarjenje, zato naj poleg stare ceste proti mestu Hvar omenim še novejšo z modernim in osvetljenim dvo-smernim predorom. Njen potek na južni strani otoka je pravi panoramski biser, razgibanost terena pa omogoča dobro rekreacijo. Turizem ima na Hvaru izjemno tradicijo, saj so že leta 1868 ustanovili Higijskično društvo Hvara, katerega namen je bil vzpodbujanje turistične in gostinske dejavnosti. Hvarci so posebej ponosni na to društvo, ki je bilo prvo turistično združenje v Evropi nasploh, poleg vsega kar ponujata morje in sonce, pa se v zadnjem času zavzemajo tudi za razvoj kolesarstva in pohodništva. ■

Narodna parka Teide in Garajonay

Tomaz Rott

Pred časom so naju vznemirili skorajda mistični posnetki otoka Gomêra s strmimi bregovi in terasastimi nasadi, lovorjevimi pragozdovi v meglicah in mahovih, črnimi plažami. Odločila sva se, da ga enkrat obiščeva, saj ni cilj masovnega turizma in je primeren za slikovita pohajkovanja. Pri načrtovanju poti sva ugotovila, da morava na otok preko turistično bolj znanega otoka Tenerife. Poleg različnih naravnih in kulturnih znamenitosti sva si želela ogledati tudi slikovita narodna parka Teide na otoku Tenerife in Garajonay na 40 kilometrov oddaljenem otoku Gomêra.



Pico Teide in Roques de Garcia

Otoka pripadata vulkanskem arhipelagu, Kanarskemu otočju, ki ga sestavlja sedem večjih (po velikosti si sledijo Tenerife, Fuerteventura, Gran Canaria, Lanzarote, La Palma, La Gomera in El Hiero) in šest manjših otokov, ki se 115 kilometrov stran od afriške obale raztezajo v približno 500 kilometrov dolgemu loku proti zahodu. Včasih so mislili, da Kanarsko otočje skupno z otoki Madeira, Azori in Capo Verde predstavljajo vrhove potopljene Atlantide.

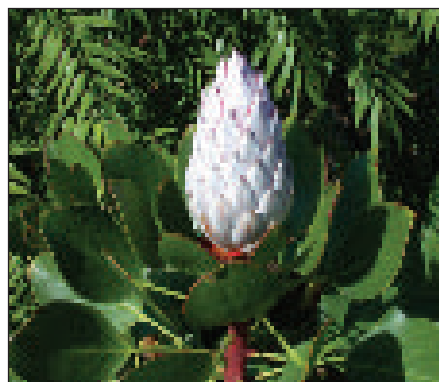
Kanarsko otočje seveda ni dobilo imena po kanarčkih. Divjji ptiček *Serinus canarius* ima

običajno rjavkasto perje z zelenimi in rumenimi lisami. Po osvojitvi otokov so jih Španci nekaj polovili in jih raznesli po svetu, kjer jih lahko najdemo v stotinah različnih barv.

Ime otočja morda izvira že iz antike. Rimski naravoslovec Plinij je pisal, da je rimski vazal in mavritanski kralj Juba v prvem stoletju pr. Kr. poslal raziskovalno odpravo na mistične "srečne otoke v temnem oceanu onkraj Herkulovih stebrov". Člani odprave so poimenovali današnji otok Tenerife kot otok Nivaria zaradi snega v visokih gorah, drugega kot Herbania zaradi razsežnih travnikov in tretjega Junonia zaradi številnih golobic, ki so jih Rimljani posvečali boginji Junoni. Enega od otokov pa so zaradi krdel divjih psov poimenovali Canaria. Potrditev te domneve so tudi psi, ki na zastavi Kanarskega otočja držijo grb. Drugi menijo, da je otočje dobilo ime po prvotnih prebivalcih današnjega otoka Gran Canaria, ki naj bi se imenovali Kanarijci.

Prvotni prebivalci Kanarskih otokov so sicer bili modrooki in svetlolasi Guanchi, ki jim pripisujejo berbersko poreklo. Španski osvajalci so jih zaradi upornišтва večinoma pobili. Od njih izvira tudi nenavaden način sporazumevanja na včasih zaradi strmih globeli težko prehodnem otoku Gomêri, poseben način žvižganja, "El Silbo". Z njim so se lahko "pogovarjali" v razdaljah do štiri kilometre. Študije melodike omenjenega žvižganja kažejo na afriško poreklo. Žal to spretnost sporazumevanja obvladajo le še redki.

Nepravilno trikotast otok Tenerife je s svojimi 2.354 km² največji otok arhipelaga in je gosto poseljen s preko 700.000 prebivalci,



Gomera, protea



Lovorjev pragozd

ki uživajo v dokaj visokem življenjskem standardu. To potrjuje tudi bogata prometna infrastruktura s preko 100 kilometri avtocest, na katerih poteka zelo živahen promet. Med drugim ga omogoča verjetno v Evropi najcenejši bencin. Oktobra 2003 je liter stal manj kot 0,6 evrov. Okroglasti otok Gomêra je s 378 km² predzadnji otok po velikosti. Včasih težko prehodni ima danes dobro speljane večjidel panoramske ceste s številnimi razgledišči, ki jih bogatijo zanimive poučne informacijske table. Iz enega dela otoka na drugega je možno le po cestah preko otoškega vrha ali pa z ladjo.

Kljub bližini obeh otokov obišče Tenerife preko dva milijona predvsem sonca in plaž želnih turistov, nasprotno pa Gomêro, najmanj poznan kanarski otok, le približno 20.000 turistov, ki ljubijo mirno dopustovanje v neokrnjeni naravi.

Otoka se razlikujeta po vulkanski dejavnosti. Na Gomêri je že dolgo ni več, temveč so za otok značilne in očitne posledice erozije. Okroglast, kopasto oblikovan otok je kot razrezana torta (nekateri ga primerjajo kravjeku), kjer je dolgotrajno delovanje vode izpralo manj odporne izbruhane vulkanske kamenine. Nastale so globoke doline s strmimi bregovi, ki se s središčnega kopastega vrha ugrezajo v globino na vse strani proti morju. Izredno



Gomera, Bajada

delavni prebivalci so na teh strmih bregovih uredili slikovite ozke terase, kjer ponekod še danes pridelujejo različno eksotično sadje in poljščine. Tam, kjer je vegetacija slaba in so v bregove vrezane ceste, so še lepo vidni sloji, ki pripadajo posameznim vulkanskim izbruhom v daljni preteklosti. Ponekod je voda izprala vulkanske stožce do take mere, da so ostali od njih le strženi iz odpornih bazaltnih kamenin, ki so med izbruhi zalile "dimnike" vulkanov. Ti zaliti "dimniki" predstavljajo več sto metrov visoke strme bazaltne stožce in jih imenujejo Los Roques. Dvigajo se od 1100 do 1200 metrov visoko.

Tenerife je nasprotno relativno "pred kratkim", in sicer leta 1706 prizadel katastrofalen izbruh vulkana, ki je skoraj v celoti uničil nekdanje pomembno pristaniško mestoce Garachico. Potres leta 1905 je znova opomnil prebivalce na še vedno prisotne naravne sile. Stari vulkan Pico Viejo je kot zadnji vulkan na Tenerifu izbruhnil leta 1798. Na območju narodnega parka Teide, predvsem neposredno na vzpetinah visokega vulkana Pico del Teide (s 3718 metri je najvišja španska gora) sulfatare opominjajo na sicer umirjen, a še vedno tleč vulkan. Za havajskima vulkanoma Mauna Loa in Mauna Kea je Teide tretji največji vulkan na svetu.

Oba otoka bogatijo gozdovi, ki zagotavljajo velike zaloge pitne vode. Gozdovi, ki so pomemben "zbiralnik" vode na obeh otokih, se močno razlikujejo. Na Gomèri se na višini od približno 900 do 1487 metrov visokega vrha predvsem proti severni strani otoka raztezajo bogati lovorjevi pragozdovi, ki jih edini v Mediteranu in Severnem Atlantiku ni prizadela zadnja ledena doba in se neprekinjeno obnavljajo (v manjšem obsegu se jih je le nekaj ohranilo še na Madeiri). To področje predstavlja narodni park Garajonay. V gozdovih so se ob lišajih zaradi stalne vlažnosti nastajajočih meglic razrastle praproti in mahovi, ki odevajo drevesa v zelene tančice. Meglice, ki se dvigajo z morja in jih povzročajo azorski vetrovi, obliku-

jejo v višini gozdov skorajda stalno oblačnost. Sprehodi po številnih večinoma nezahtevnih sprehajalnih poteh po teh gozdovih, v sencah dreves, ki so ovešena z mahovi, in med praproti, lahko ob prodirajočih sončnih žarkih delujejo čarobno, skrivnostno in včasih kar brezčasno pravljичno, ob gosti oblačnosti pa kar srhljivo. Na otoku so možni tudi vzponi od morske gladine na 600 do 1000 metrov visoke gorske grebene po varnih poteh na videz zelo strmih pobočij.

Na Tenerifu se razrašča v višini med 1500 do 2100 metrov t. i. "gozdna krona", ki jo v glavnem sestavljajo kanarske pinije. Ta drevesa z bogato košato krošnjo imajo do 30 centimetrov dolge iglice, ki lovijo vlago. Eno tretjino vode drevo porabi zase, dve tretjini pa ponikneta v globino in se kopičita v obliki podzemnih jezer na neprehodnih bazaltnih kameninah. To vodno bogastvo omogoča namakanje sušnih južnih predelov otoka. Nakopičeno vodo tudi stekleničijo v vodnih "rudnikih". Ker včasih niso poznali velikega pomena te gozdne krone, so z izsekavanjem gozda povzročili izsuševanje posameznih predelov otoka. Ponovno pogozdovanje je preprečilo širjenje katastrofalnih posledic s sušo. Kanarska pinija se sama hitro širi, poleg tega je precej odporna proti ognju.

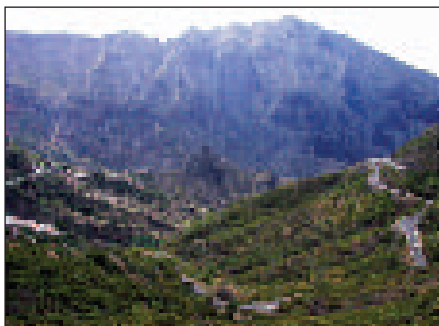
Narodni park Las Cañadas del Teide zajema predvsem visokogorsko vulkansko področje. Glavnino predstavlja 18 kilometrov velik krater Las Cañadas s skromno vegetacijo na višini 2100 do 2300 metrov. Krater je nastal po eksploziji velikega vulkana pred tremi milijoni let. Do teh višin se je mogoče pripeljati po številnih asfaltiranih cestah. Na severnem delu

tega velikega kraterja sta dva "mlajša" vulkanska stožca, že omenjeni Pico del Teide in "le" 3134 metrov visoki Pico Viejo. Iz 800 metrov širokega kraterja slednjega se je v 18. stoletju zlivala lava na mestoce Garachico. Krater je mogoče občudovati po vzponu z žičnico na 3555 metrov višine. Za dobrih dodatnih 150 metrov visok vzpon na najvišji vrh je potrebno posebno dovoljenje, ki ga je mogoče dobiti le v nekaterih mestih ob morju. Vendar tudi približno tri kilometre dolga polkrožna pot okrog stožca vulkana Teide na višini 3500 do 3600 metrov omogoča čudovite poglede na celoten arhipelag. Po hitrem vzponu z žičnico je na tem "sprehodu" razumljivo potreben umirjen korak in čim manj nepotrebnih besed. Ob lepem vremenu je za vzpon z žičnico potrebno računati na večurno čakanje, ki se bogato obrestuje.

Oba otoka sta zanimiva zaradi še drugih naravnih in kulturno-zgodovinskih znamenitosti - slednje izvirajo predvsem iz obdobja konkvistadorjev. Tudi po zgodovinskem in arhitekturnem bogastvu se otoka razlikujeta. Na Tenerifu so Španci po odkritju Amerike pustili mnogo več sledov kot na sorazmerno revni Gomèri. Bogato okrašene cerkve, palače, rezidence iz 16. in 17. stoletja so dokaj številne v več slikovitih mestecih Tenerifa. V glavnem mestu Gomère San Sebastianu je od mestnih utrdb ostal le gotski stolp Torre del Conde, ki ga je leta 1447 zgradil prvi španski guverner Gomère. V najpomembnejši otoški cerkvi Ilesia de la virgen de la Asunción iz sredine 15. stoletja naj bi molil pred svojo prvo odpravo v "Indijo" Krištof Kolumb, ki je imel v bližini tudi skromno bivališče. Kolumb se je ustavil na



Gomera, cerkva guadelupske Marije



Masca

otoku trikrat, in sicer leta 1492, 1493 in 1498, ter se oskrbel z vodo in hrano pred svojimi zgodovinskimi potovanji. Kolumb je tudi neuradni patron otoka, kar praznujejo vsako leto 6. septembra na praznik Fiesta Colombina. Na vsakih pet let poteka svečanost "Bajada", ko iz majhne cerkvice na obali prinesejo v glavno otoško cerkev kip guadelupske Marije. Slovesno vračanje kipa, ki ga spremljajo petje, zvonjenje in streljanje ter križarjenje kipa po otoku v spremstvu številnih okrašenih ladjic sva doživela prav v oktobru 2003.

Na obeh otokih sva si utegnili ogledati še nekaj drugih zanimivosti. Na Tenerifu sva obiskala vasico Masca, ki glede na strmo gorato okolico in lego na slemenu manjšega hriba spominja na miniaturo Macchu Picchu. Z morske strani jih omejujejo težko dostopni več stometrski klifi. V bližini so tudi največji, do 500 metrov visoki strmo v morje padajoči

"Los Gigantes". V Masci so namesto Inkov gošpodovali gusarji. Zaradi atraktivno speljanih gorskih cest je pot do te vasice skorajda pravo adrenalinsko doživetje.

Posledice vulkanskega izbruha pred skoraj 300 leti so še zelo očitne v mestecu Garachico. Ohranjena posvetna in cerkvena arhitektura mestec La Laguna in La Orotava nas povrneta v čas španskih osvajanj. Na eni strani vidimo bogato okrašene cerkve, medtem ko so na drugi stilno bogato oblikovani balkoni. V ozki soteski, približno 20 kilometrov stran od največjih tenerifskih plaž, je slikovit slap, ki ne presahne celo leto. V globeli se lahko ohladiš, če pa si jeseni dovolj zgođen, si lahko nabereš kostanj maroni.

Na Gomèri se je poleg potepanj po pragozdovih in vzponih na strme grebene vredno z ladjico popeljati na celodnevni izlet okrog otoka. Le tako je mogoče občudovati samo z morja vidne različno velike piščali mogočnih orgel, "Los Organos" iz pravilno geometrično oblikovanih šesterokotih skladov strjene lave. Kopenje med vožnjo v kristalno čistem morju in preprosta, a izrednookusna prehrana s svežo pečeno tunino, obveznim krompirjem in dobrim vinom pa zaokroži prijeten izlet v nepozabno celoto. V nekaterih odročnih vaseh sva med drugim videla ročno izdelavo glinenih posod, brez običajnega lončarskega vretena.

Na obeh otokih sva si brez težav lahko privoščila okusne morske dobrote, kot so ribje juhe, hobotnice v solati in kakovostne sveže ribe, od tune, mečarice do kirnje. Obvezna



Gomera, flora

priloga krompirja v olupkih (papas arrugadas) je nepogrešljiva, posebno z dobrimi omakami, kot sta običajni zelena s koriandrom "mojo verde" in rdeča s papriko "mojo picón". Okusiti je potrebno sveže pripravljene sokove iz sadja (papaje, pomaranč, manga, ananasa, banan itd.). Dobro je kanarsko pivo, da različnih vrst belih in črnih vin ne omenjam.

Potepanje po Kanarskih otokih si je mogoče organizirati preko spletnih povezav, kjer sva lahko dobila vse potrebne in zanesljive informacije, rezervirala hotele in najela avto. Če dopuščajo možnosti, je vredno obiskati vseh sedem glavnih otokov, saj se na vsakem najdejo geološke ali biološke posebnosti, ki so vredne ogleda. Posamezni kanarski otoki imajo bogato, deloma endemsko floro, ki je po oblikah in velikosti enkratna. Posamezne rastline rastejo le na določenih otokih, žal tudi le v določenem času. Gotovo pa ni vreden obisk Kanarskih otokov zgolj zaradi drenjanja na najbolj znanih plažah med praznimi pločevinkami raznovrstnih pijač ter sardinasto stlačenimi kopalci in turisti, ki "dehtijo" v potu zaužitega piva in ceneni zaščitni pomad. Kopenje je lahko prijetno v manjših zalivčkih, kjer ni nevarnih tokov in močno valovitega morja, predvsem pa ne številnih turistov. Kljub temu, da ležijo otoki v običajno hladnem Atlantiku, pa precej južna lega otokov v višini severnega Egipta oziroma Floride še v poznih jesenskih mesecih ohranja za kopenje prijetno in primerno toplo morje.

Čprav je bila najin prvenstveni cilj malo poznana Gomèra, pa so dnevi v lepem vremenu na Tenerifu kljub turistični gneči nudili mnogo. Na novo zgrajeno letališče na Gomèri, ob sicer dobrih trajektnih povezavah, pa bo verjetno vsaj deloma pospešilo turistični priliv tudi na ta otok.

Foto: Tomaž Rott



Gomera, Los organos

Pesmi jutranjice

Henrik Neubauer

Človek rad se hvali,
tudi s slabimi stvarmi,
ki jih je storil.
Zakaj neki?

Le dobra dela
nam prinašajo veselje,
slaba pa naj svinje pojedjo,
s samohvalo vred.

(Iz zbirke Svetleča krila)

Opravičil je mnogo,
nobeno ne pove vsega.

Pojdimo spat,
prespimo
in k njim se spet vrnimo.

(Iz zbirke Svetleča krila)

Pot in solze bi pretakal,
če bi šel v tuje kraje.
Se to splača?

Vetru vse je znano,
dajmo, vprašajmo ga,
starca modrega s stotimi otroki.

(Iz zbirke Svetleča krila)

Ko se romantično jutro kaže,
se takoj vključim vanj.

Meni je vseeno,
kaj bodo mislili ljudje,
le da sem zraven;
cel ali počen, kot smo rekli otroci.

(Iz zbirke Svetleča krila)

Kako in kdaj se vse konča?
V nekem jutru še neznanem.
V jutru obdanem s sivino,
zagrnenim s črnino.

A nekaj svetlobe bo moralo priti,
pred soncem ne moremo se skriti,
zasluženim soncem.

(Iz zbirke: Svetleča krila)

Vse je prevlečeno z rjo,
povsod je tančic dovolj,
mene pa vleče v svet,
tja, kjer se srečata dva.

Srečata se in sta tiho,
srečna, kar se le da.

(Iz zbirke Kocka sreče)

Nazaj, nazaj nikoli ni poti,
vse gre naprej.
Saj ni nam treba več nikamor,
bi rekel kdo,
ki je ostal na mestu.

(Iz zbirke Kocka sreče)

Ves prostor sije od sreče
in jaz sem središče tega.
Na pol se vse maje,
na pol pa je trdno,
nikjer ni konca sveta.

(Iz zbirke Kocka sreče)

Plašč se obrača po vetru,
a saj to ni mogoče;
človek je nestanoviten
in vsaka ga sapa obrne.

So pa tudi izjeme,
res veliki ljudje.

(Iz zbirke Kocka sreče)

Kvadratura čela
ima različne oblike,
saj kuje in kuje
vse tuje in svoje povsod.

Če jih pa ne skuje,
potem jih obuje
in gre zadovoljna na svojo pot.

(Iz zbirke Kocka sreče)

Boj se ljudi,
ki zmaja imajo v srcu,
čeprav so sladki kakor med.
Nikdar jim ne zaupajmo!

Pozornost svojo obračaj le na tiste,
ki jim odkritost iz obraza seva.

(Iz zbirke Kocka sreče)

Obdaja me krog res prijetnih ljudi,
ljubeče družine
in skrbnih čuvarjev.

Hvaležen sem jim,
hvaležen za vse, kar so mi dali.

(Iz zbirke Kocka sreče)

Henrik Neubauer: *Svetleča krila, pesmi jutranjice - druga zbirka, samozaložba, 2003, str. 46 in*
Henrik Neubauer: *Kocka sreče, pesmi jutranjice, samozaložba, 2003, str. 44.*

Baigent M., Leigh R.: Inkvizicija

Marjan Kordaš

*"There are three stages in your reintegration", said O'Brien.
"There is learning, there is understanding, and there is acceptance.
It is time for you to enter upon the second stage."*

G. Orwell: 1984

Baigent M., Leigh, R.: Inkvizicija. Mladinska Knjiga, Ljubljana, 2004, 282 str. Prevod: Nataša Peternel.

Poglavja: ◆

Uvod; 1. Goreče za vero; 2. Začetki inkvizicija; 3. Sovražniki dominikancev; 4. Španska inkvizicija; 5. Reševanje novega sveta; 6. Križarski pohod proti čarovništvu; 7. Boj proti protestantski hereziji; 8. Strah pred mistiki; 9. Prostožidarstvo in inkvizicija; 10. Osvojitev cerkvene države; 11. Nezmotljivost; 12. Sveti oficij; 13. Rokopisni zvitki z Mrtvega morja; 14. Kongregacija za doktrino vere; 15. Marijina prikazovanja; 16. Problem je papež.

Zapis povzetka te knjige se mi zdi nekako odveč. Namreč, že kmalu na začetku sem prebral odlomek, vreden citiranja, ki pove skoraj vse:

... Sedaj pa, pod inkvizicijo, je bil osnovan uraden, bolj ali manj gladko delujoč mehanizem, ki je vodil ves proces poizvedovanj, obtožbe, sodne preiskave, mučenja in usmrtitve.

Četudi obstaja komaj kaj dokumentov, ki bi podpirali to domnevo, je vendar videti, da je najmanj od 9. stoletja dalje obstajalo pravilo, da cerkveni dostojanstveniki ne smejo prelivati krvi. Povzročiti prelivanje krvi, bodisi s sulico ali mečem ali bodalom, je očitno veljalo za nekrščansko. Tako lahko beremo v Chanson de Roland, da se je duhovnik Turoldus celo kot udeleženec vojaškega pohoda upiral, da bi nosil ostro orožje. Namesto tega je vihtel kij. Za kristjana je sicer utegnilo biti nesprijemljivo, da bi človeku zadal vbodne rame ali urezine, toda kri, ki je pomotoma pritekla iz razbite lobanje, po teh tankočutnih teoloških razmejitvah očitno ni bila problematična.

Morda je inkvizicija zaradi upoštevanja take tradicije razvila tehnike ubijanja, ki so prelivanje krvi vsaj teoretično zmanjšale na neizogiben minimum. Seveda so inkvizitorji komajda trpeli zaradi očitkov vesti in imeli pomisleke, ko so soljudem v imenu dušnega blagra prizadevali telesne bolečine. Da bi jim olajšal to nalogo, jih je papež Aleksander IV. (1254 - 1261) pooblastil, da si za vse tako imenovane nepravilnosti - na primer za prehitro smrt neke žrtve - medsebojno podelijo odvezo.

Večino mučilnih metod - posebno priljubljena orodja: natezalnico in stiskalnico prstov, strappado, napravo, podobno škripcu, in mučenje z vodo - je bilo mogoče uporabljati brez velikega prelivanja krvi. Videti je, da so si tovrstne naprave izmislili z namenom, da bi povzročili kar največ muk in kar najmanj nesnage (str. 36 - 37). ...

"Če je to res", sem pomislil, "so bili inkvizitorji vsaj zavezani, podeliti si odvezo. Pri policiji drugih totalitarnih režimov (Gestapo, GPU, NKVD, VOS, OZNA, itn.) pa je bila dana licenca za mučenje in ubijanje že vnaprej. Skoraj tako kot odveza vnaprej za križarje!"

Inkvizicijo je torej mogoče brati na vsaj dva načina ◆

Najbolj preprost je, da se nanaša predvsem (ali morda izključno) na rimskokatoliško cerkev; da gre v njej za način razmišljanja, ki se je utemljal med 10. in 16. stoletjem in se vzdržuje še danes. Takšno branje je

nezgodovinsko, do Cerkve krivično in nima sporočilnosti.

Najbolj splošen način branja pa bralca privede do ugotovitve, da imajo vsi človeški sistemi (filozofski, politični, religijski, itn.) iste temeljne poteze. Da se vsak sistem začne kot sklop vrednot, ki privabi množico. Iz njene smetane končno nastane vodstvena hierarhija (birokracija), ki si - če je uspešna - pribori oblast. Kot nas uči zgodovina, je oblast mamilo, ki praviloma zasvoji vsakega oblastnika. Birokracija vsakega sistema postane sama sebi namen in smisel; v tem smislu producira pravne ukrepe, s katerimi naj bi se njena oblast utrjevala in podaljševala v neskončnost. Zasvojenost ter posledična pokvarjenost (korupcija v najširšem pomenu besede) se stopnjuje tako zelo, da sistem končno propade.

Inkvizicijo sem tako neprestano primerjal z načinom razmišljanja in ukrepanja, opisanega literaturi. Z ljudmi je mogoče manipulirati in doseči, da razmišljajo tako, da ne razmišljajo. Biti ne subjekt, temveč biti objekt (Arthur Koestler: Mrk opoldne). Tako sem nekoliko preoblikoval nauk E. Goldsteina, namreč, da je ves tok zgodovine določilo dejstvo o delitvi človeštva na dva razreda: na gospodarje in hlapce (George Orwell: 1984). Gospodarji izumijo ideologije (vere), s katerimi si podelijo polnomočja (vključno nasilje) za ohranjanje oblasti nad hlapci. Hlapci seveda tožijo, da gospodarji ukrepajo nečloveško, se zato upirajo in ko (če) upor uspe, se vloge zamenjajo. Novi gospodarji (prejšnji hlapci) si izmislijo ustrezno ideologijo (vero), si podelijo ustrezna polnomočja (vključno nasilje) proti novim hlapcem (prejšnjim gospodarjem). Ciklus propadanja starega ter nastajanja novega sistema se nato ponavlja.

Končno sem se vprašal, kako je s človekovim načinom razmišljanja. Ali se je v zadnjih 4000 letih izboljšal, ali pa je ostal nespremenjen, v bistvu živalski, da človek ne more (ne zna) delati tako, kot je prav (človeško, etično), temveč le skladno s svojimi interesi?

Na to vprašanje sem si uspel odgovoriti šele potem, ko sem Goldsteinovo tezo o gospodarjih in hlapcih preoblikoval še bolj, v Frommovskem smislu (Erich Fromm: Človekovo srce - njegov demon dobrega in zla). Dodal sem še tretji, maloštevilni razred in ga iz tehničnih razlogov poimenoval kot dvomljivci (krivoverci, razkolniki). Se pravi, gospodarji in hlapci razmišljajo enako, hrepenijo oblast bodisi odbržati bodisi si jo priboriti. Sodijo v Frommov razred volk ali ovca oz. volk in ovca hkrati. Dvomljivci pa so v bistvu intelektualci; po Frommu razred ne volk, ne ovca. Vedo, da je oblast mamilo. Znajo razlikovati. Verujejo (in to je njihova edina vera), da obstojita le dve kategoriji, ki sta zunaj njihovega dvoma: človeško življenje ter človeška bolečina. O vsem drugem pa dvomijo, zato gojijo svobodno misel in spoznanje, da dokončne resnice ni. Da je slednja v bistvu individualna pot z nedosegljivim ciljem, da svoje individualne poti ne morejo vsiliti sočloveku. In ker je tako, se intelektualci ne morejo in nečejo organizirati.

Dvomljivci, samorastniki, seveda posamezniki, prosti strelci, so torej stvarniki in graditelji človekovega humanističnega izročila.

Kar zadeva mene, mi zgodovina jasno govori, kakšno je razmerje med gospodarji in hlapci na eni, ter intelektualci na drugi strani. Namesto intelektualnih vrednot vse bolj prevladujejo ekonomske. Zaradi tega nastalo čustveno praznino si sodoben človek izpolnjuje z bolj ali manj trdimi mamili, od katerih se večina - posebno oblast - že proglašala za vrednote.

In če je tako, je odgovor na vprašanje "kako sodobni človek razmišlja" jasen.

✱
Po srečnem naključju sem Inkvizicijo bral skoraj hkrati z dvema odličnima knjigama Hitlers Helfer ter Hitlers Krieger (Guido Knopp, Goldmann Verlag, 1998): tragikomična (1) primerjava ver, hierarhij in poslušnosti ter iz nje izhajajočega antisemitizma in totalitarnosti!

Inkvizicija se mi zdi kot nekakšen dvojnik znamenite The Penguin Book of Medieval History. To ne preseneča, saj je angleški izvirnik Inkvizicije izdala prav ta znamenita založba. V zvezi s Qumranskimi rokopisi se mi zdijo nekatera za krščanstvo neprijetna dejstva ter domnevne manipulacije rimskokatoliške cerkve nekoliko preveč poudarjene. Le na dveh mestih se mi zdi obravnava (zgodovinskih) dejstev nekoliko čustvena, sicer pa je nevtralna in objektivna. ■

1. Hermann Göring je svojo oblast opisal takole: "Wer Jude ist, bestimme ich!" ("Kdo je Žid, določam jaz!")



Glasilno Zdravniške zbornice Slovenije
Strokovna revija Isis

Impressum

LETO XIII, ŠT. 8-9, 1. avgust-september 2004
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 • EDITORIAL OFFICE

Dalmatinova 10, p. p. 1630,

1001 Ljubljana

tel.: 01/30 72 152

faks: 01/30 72 159

E-pošta: isis@zss-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

EDITOR-IN-CHIEF AND RESPONSIBLE

EDITOR

prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.

E-pošta: eldar.gadzijev@sb-mb.si

Tel.: 02/32 11 244

UREDNIKA • EDITOR

Elizabeta Bobnar Najzer, prof. sl., ru.

E-pošta: eb.najzer@zss-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR

EDITORIAL BOARD

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. Marko Pokorn, 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

OBLIKOVANJE • DESIGN

za ATELIER IM • Katja Žlajpah, u.d.i.a.

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV

IN PRIPRAVA ZA TISK • DTP

Camera d.o.o.

Knezov štraden 94, Ljubljana

tel.: 01/420 12 00

TRŽENJE • MARKETING

Atelier IM d.o.o.,

Breg 22, Ljubljana

tel.: 01/24 11 930

faks: 01/24 11 939

E-pošta: atelier-im@siol.net

TISK • PRINTED BY

Tiskarna Povše,

Povšetova 36 a, Ljubljana

tel.: 01/230 15 42

Isis

Glasilno Zdravniške zbornice Slovenije

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

Sodelovali

Dragan Arrigler, fotograf, Klick Ljubljana • Elizabeta Bobnar Najzer, prof., Zdravniška zbornica Slovenije • Prim. asist. mag. Polona Bracar, dr. med., zdravnica, Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana • Iza Ciglencečki, dr. med., zdravnica, Ptuj • Jasna Čuk Rupnik, dr. med., zdravnica, ZD Logatec • Davorin Dajčman, dr. med., zdravnik, Oddelek za gastroenterologijo, Klinični oddelek za interno medicino, SB Maribor • Jani Dernič, dr. med., zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Vesna Džubur, dr. med., upokojena zdravica, Ivančna Gorica • Jurij Fürst, dr. med., zdravnik, ZZZS Ljubljana • Tadej Gale, univ. dipl. prav., Zdravniška zbornica Slovenije • Asist. Matija Gorjanc, dr. med., dr. dent. med., zdravnik in zobozdravnik, KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Marija Gubina, dr. med., zdravica, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, MF Ljubljana • Prof. dr. Ihan Alojz, dr. med., zdravnik, Inštitut za mikrobiologijo, MF Ljubljana • Rade Iljaž, dr. med., zdravnik, ZD Brežice • Mag. Željko Jakelič, dr. dent. med., zasebni zobozdravnik, Zasebna ordinacija Jakelič, Jesenice • Peter Kadunc, Bled • Asist. Vojko Kanič, dr. med., zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Prof. dr. Dušan Keber, dr. med., zdravnik, višji svetnik, Ministrstvo za zdravje RS • Doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., zdravnik, ZD Jesenice, ZP Kranjska Gora • Darja Klančar, prof., Zdravniška zbornica Slovenije • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., višji svetnik, upokojeni zdravnik, Ljubljana • Vasiljka Kokalj, dipl. med. sestra, ZD Jesenice • Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prof. Pavle Kornhauser, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Boris Kramberger, univ. dipl. nov., ZZZS Ljubljana • Konrad Kuštrin, dr. med., zdravnik, Fides, sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Ljubljana • Borut Lunder, dr. med., dr. dent. med., zdravnik in zobozdravnik,

Ljubljana • Prim. Tatjana Lužnik Bufon, dr. med., zdravnica, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana • Mag. Nina Mazi, dr. med., zdravnica, Ljubljana • Aleksander Nardin, dr. med., upokojeni zdravnik, Šempeter pri Gorici • Kristjan Nedog, dr. med., zdravnik, Psihiatrična bolnišnica Ormož • Prof. dr. David Neubauer, dr. med., svetnik, zdravnik, SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Henrik Neubauer, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Doc. dr. Dušica Pahor, dr. med., zdravnica, Oddelek za očne bolezni, SB Maribor • Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Mag. Žarko Pinter, dr. med., zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Asist. mag. Marko Pokorn, dr. med., zdravnik, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana • Bojan Popovič, dr. med., univ. dipl. prav., Fides, sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Ljubljana • Breda Prunk Franetič, dr. med., zdravica, Mladinsko zdravišče in okrevališče Debeli rtič • Dr. Zlata Remškar, dr. med., zdravica, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., višji svetnik, zobozdravnik, ZD Ljubljana Enota ZD Moste Polje • Mihael Rogáč, dr. med., zdravnik specializant, Ljubljana • Doc. dr. Drago Rudel, univ. dipl. inž., MKS Elektronski sistemi d. o. o., Inštitut za biomedicinsko informatiko, MF Ljubljana • Margareta Seher Zupančič, dr. med., zdravica, predsedujoča RSK za pediatrijo, ZD Velenje • Aleksander Stepanovič, dr. med., zdravnik, MEDI-CENTER d. o. o., Ljubljana • Izr. prof. dr. Mišo Šabovič, dr. med., zdravnik, SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Breda Tržan Grozdanov, dr. dent. med., zobozdravnica, ZD Ljubljana Enota ZD Šiška • Asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., zdravica, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor • Asist. Ivan Vidmar, dr. med., zdravnik, KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Krištof Zevnik, dr. dent. med., zobozdravnik, Kranj

Navodila avtorjem

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

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

Navodila o navajanju pokroviteljev

Na koncu prispevka so lahko navedena imena farmacevtskih podjetij, delovnih organizacij, matičnih delovnih organizacij, kjer ste zaposleni, družtev, 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 objavljane prispevkov v rubriki "strokovna srečanja"

Dolžina prispevka 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 kratek zaključek, kaj pomeni srečanje za stroko v Sloveniji; ali in kje oziroma kako je mogoče izsledke prenesti v slovenski prostor. V primeru, da je slovenska stroka v svetovnem vrhu, je potrebno v zaključku na kratko povzeti njeno vlogo v ustreznem merilu. Prispevkov, ki ne bodo upoštevali zgoraj navedenih navodil, uredništvo ne bo objavilo oziroma bo avtorje prosilo za dopolnitve.

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 7.500 izvodov. Poštnina plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

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 7.500 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.

The President of the Medical Chamber

Prof. **Vladislav Pegan**, M.D., Ph.D.

E-mail: vladislav.pegan@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

Vojko Kanič, M.D.

The vice-president of the Assembly

Sabina Markoli, S.D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Prof. **Matija Horvat**, M.D., Ph. D.

The president of the Professional medical committee

Prof. Vladislav Pegan, M.D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

Gordana Živčec Kalan, M. D.

The president of the Hospital health care committee

Prim. **Andrej Možina**, M.D.

The president of the Dentistry health care committee

Prof. **Franc Farčnik**, M.S., Ph.D.

The president of the Legal-ethical committee

Žarko Pinter, M.D., M.Sc.

The president of the Social-economic committee

Jani Dernič, M.D.

The president of the Private practice committee

Igor Praznik, M. D.

The Secretary General

Brane Dobnikar, L.L.B.

Public Relations Department

Elizabeta Bobnar Najžer, B.A.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjčič, 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.



S I S I

Spolno prenosljiva borelioza pustoši po slovenskih gozdovih

Peklenska spiroheta na pohodu!!!

V zadnjih mesecih slovenski gozdovi samevajo. Nepobrani jurčki in lisičke gnijejo, srnjad se sproščeno pase po gozdnih jasih. Zakaj Slovenci ostajajo doma? Zaradi strahu pred borelioza. Ta, v Sloveniji doslej endemična bolezen, je dobila novo, malignejšo obliko: imenuje se spolno prenosljiva borelioza ali skrajšano SPB. Za nekaj podatkov o tej novi bolezni smo povprašali prim. Klopčiča s Klinike za infekcijske bolezni ter epidemiologinjo dr. Ušičevo s Centra za nalezljive bolezni pri IVZ.

»Jeseni leta 2003 smo na naši kliniki zdravili prve bolnike, ki so imeli značilne kolobarjaste eriteme, ki pa so bili prisotni le v genitalni regiji, kar do sedaj za borelioza ni bilo značilno,« pravi prim. Klopčič. Eden od bolnikov je priznal, da je imel v podrasti spolni odnos s svojo dolgoletno partnerico.

Pri enem bolniku so odkrili celo prisesanega klopa. Ko so ga odstranili in poslali na analizo v laboratorij za členonožce, »so nam osupli kolegi entomologi čez tri dni sporočili, da gre za povsem novo vrsto iz rodu Ixodidae, in sicer so ga poimenovali sramni klop, Ixodes pubis, ker je šlo očitno za križanec med navadnim klopom, Ixodes ricinus in sramno ušjo, Phtirus pubis. Na Inštitutu za mikrobiologijo so nato tako iz črevesja sramnega klopa kot iz kože bolnikov s spolno prenosljivo borelioza uspeli osamiti novo bakterijo, Treponema burgdorferi, ki je prav tako križanec, in sicer vsebuje dedni

Na Inštitutu za mikrobiologijo so nato tako iz črevesja sramnega klopa kot iz kože bolnikov s spolno prenosljivo borelioza uspeli osamiti novo bakterijo.

zapis tako povzročitelja borelioze kot sifilisa.«

»Bolezen je zelo težka, tako za prepoznavo kot za zdravljenje,« pravi prim. Klopčič. »Kadar ima bolnik več kolobarjev (erythema genitale chronicum migrans), večkrat ne vemo ali gre za zgodnjo omejeno okužbo, ki je posledica masivnejše infestacije s sramnimi klopi, ali pa gre že za razvoj SPB po ugrizu enega sramnega klopa«. Zdravljenje lokalizirane okužbe se namreč razlikuje od zdravljenja razsejane okužbe. Dostikrat šele lumbalna punkcija razjasni obseg okužbe s SPB. Ena od oblik zgodnje oblike SPB je tudi limfocitom penisa. Prim. Klopčič zmaje z glavo: »Dostikrat ne vemo, ali gre pri bolniku za limfocitom ali erekcijo. Takrat bolnika sprejmemo na opazovanje. Če uplahne, je šlo za erekcijo, če perzistira, je bolj verjetno, da gre za limfocitom. Če smo po nekaj urah še vedno v dilemi, takega bolnika lumbalno punktiramo. Pri lumbalni punkciji še tako trdovratna erekcija uplahne in je tako poseg dvojno diagnostičen.«

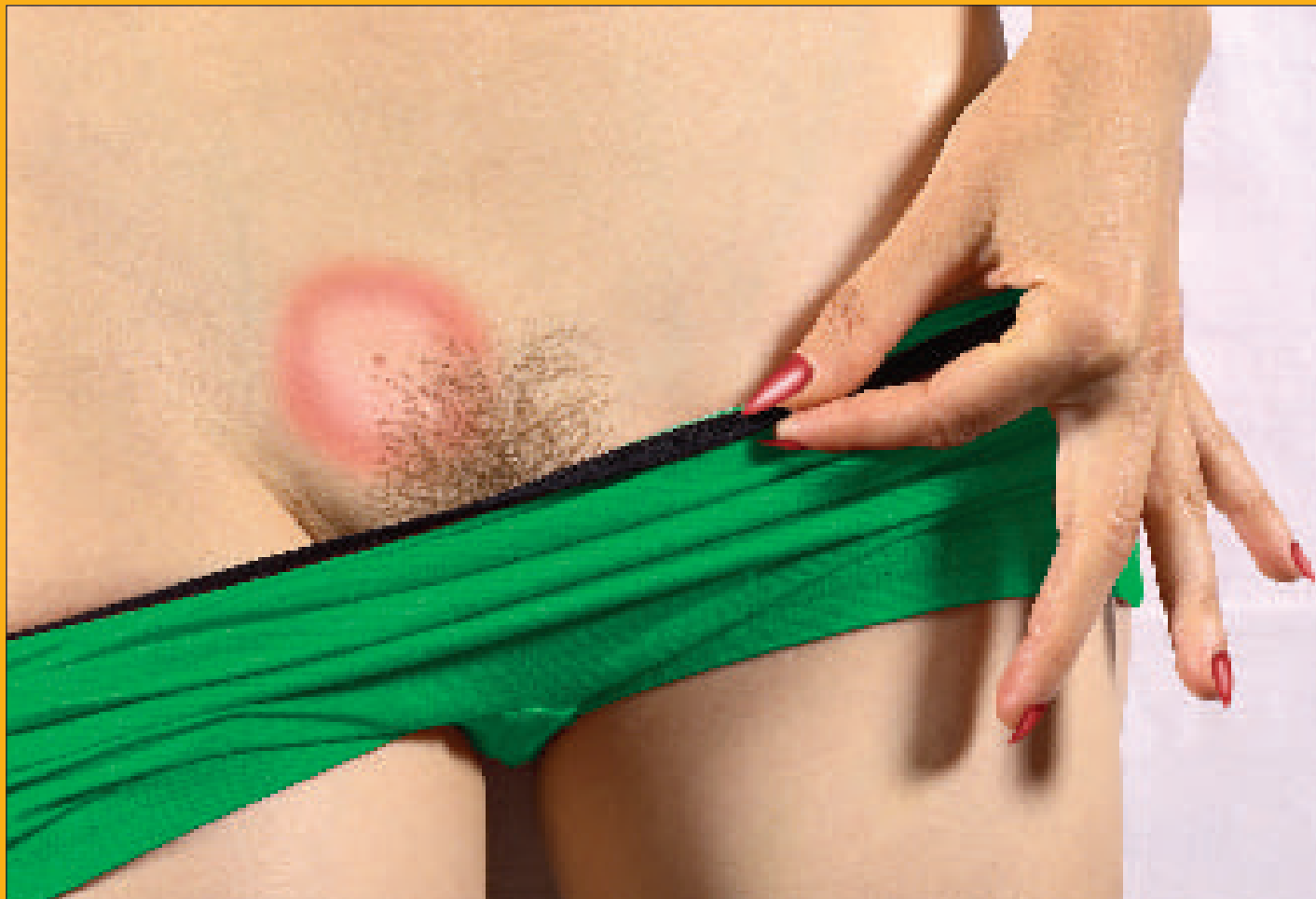
SPB prizadene tudi živčevje, najpogosteje trinajsti možganski živec, nervus genitilis. Prim. Klopčič poudarja: »Verjetno je vsaj 20 do 30 odstotkov primerov impotence posledica SPB. Običjano gre za enostransko simptomatiko.« Bolezen se seveda prej manifestira pri moških in pogosto pripelje v alkoholizem. Prim. Klopčič ob tem pripomni: »Tako, ko smo opozorili na povezavo med erektilno disfunkcijo in SPB, se je na to odzvala farmacevtska industrija in na naši kliniki pilotsko že preizkušamo kombinacijo sildenafilila in azitromicina.«

Seveda je potrebno omeniti, da bolezen pri ženskah pogosteje poteka v klinično nespoznavni obliki, saj nimamo kliničnega testa za odkrivanje pareze genitalnega živca pri ženskah. »Posebej močnejše poraščene ženske so nevaren rezervoar

»Bolezen je zelo težka, tako za prepoznavo kot za zdravljenje«, pravi prim. Klopčič.

Nova, malignejša oblika borelioze!

Značilna sprememba SPB: erythema genitale chronicum migrans s prisesanim sramnim klopom v sredini.



prenašalcev SPB«, sviri prim. Klopčič.

O poznih oblikah SPB na Kliniki zaenkrat še nimajo podatkov. »Bolezen je nova, če pa potegnemo vzporednico s klasično obliko borelioze, kjer je pozna oblika acrodermatitis chronica atropicans, lahko predvidimo, kaj se zgodi pri SPB s tarčnim organom«, je črnogled prim. Klopčič.

»SPB ima značilnosti tako spolno prenosljive kot klopno prenosljive bolezni. Zanimalo nas je, kaj se je v slovenskih gozdovih v zadnjem času zgodilo, da je prišlo do križanja tako na ravni vektorjev kot na ravni povzročiteljev bolezni«, pravi prim. Klopčič. »V multivariatnem modelu 83 spremenljivk se je kot signifikantna pokazala edinole parlamentarna uredba iz leta 2003 o dekriminalizaciji prostitucije. In res smo z genomsko analizo izsledili ukrajinski sev bakterije *Treponema pallidum* ter

SPB prizadene tudi živčevje, najpogosteje trinajsti možganski živec, nervus genitalis.

domačo, dolenjsko različico *Borrelia burgdorferi sensu stricto*«. Doktor Ušičeva z IVZ dodaja, da so prostitutke v iskanju strank najbrž preplavile slovenske gozdove in na ta način so določene živalske vrste, ki so bile prej omejene na urbano okolje, prišle v nov biotop.

Doktor Ušičeva iz Centra za nalezljive bolezni na IVZ pravi, da število bolnikov s SPB še vedno narašča, vendar zaradi pomanjkanja sredstev še ne bodo razglasili epidemije. »Kljub temu, da je SPB ozdravljiva bolezen, je preventiva še vedno najboljši način za njeno preprečevanje«, pravi epidemiologinja dr. Ušičeva. Ker cepiva proti SPB nimamo, je na prvem mestu »uporaba kondoma in repelentov, po spolnem odnosu v naravi pa se je potrebno natančno pregledati ter takoj odstraniti morebitne sramne klope«.

V uredništvu SISI upamo, da bo epidemija SPB minila brez hujših posledic. Vsem nam, še posebej pa parlamentarcem, pa: naj bo to dobra šola, kako daljnosežne posledice ima lahko navidez povsem nepomembna, morda v danem trenutku celo všečna politična odločitev. ■



V časih smo na imunoloških kongresih ob vsakem odkritju novega citokina, receptorja ali monoklonskega protitelesa poslušali obete, da bo to nekoč to odkritje lahko uporabno tudi za terapijo. Ker je bilo novih citokinov in receptorjev vsako leto več, nam je fraza o »nekoč« postala že del poročevalske rutine, vljudnostno geslo, za katerega nihče več ne pomisli, kaj pravzaprav pomeni. Zato se človek kar zdrzne vsakič, ko ob novoregistriranem proteinskem zdravilu pomisli, da se »nekoč« z velikim zamahom dogaja prav v tem času. Citokini, receptorji in protitelesa, ki so se zdela v preteklosti zgolj akademskega pomena, postajajo danes izjemno učinkovita zdravila.

Zato se mi zdi na tem mestu zanimivo pisati o izkušnjah z novimi, proteinskimi zdravili, ki zadnja leta prodirajo tudi na naš zdravstveni trg in sprožajo probleme, ki si jih pred nekaj leti ni bilo mogoče predstavljati. Namenoma sem zapisal o prodiranju na trg, ker je ena od pomembnih lastnosti teh zdravil njihova izjemno velika cena. Proteinska zdravila niso neke novo sintetizirane snovi, kot so klasična zdravila, ampak so proteinske molekule, ki se že nahajajo v našem orgnizmu in katerih vloga je že znana. Najstarejše tovrstno zdravilo je seveda hormon insulin, nekaj mlajše je recimo eritropoetin, danes pa trka na vrata vsakodnevne uporabe že množica pripravkov – hormonov, citokinov, monoklonskih protiteles – ki so v študijah dokazano učinkoviti za zdravljenje različnih kroničnih bolezni. So pa taki pripravki hkrati tudi izjemno dragi v primerjavi s klasičnimi zdravili. Mnoga od teh zdravil so ali bodo v kratkem izjemno učinkovita pri zdravljenju za zdaj težko ozdravljivih bolezni: revmatskih bolezni, kroničnih vnetnih bolezni črevesa, virusnih bolezni, multiple skleroze, levkemij in drugih oblik rakastih obolenj. Problem pa je njihova cena. Klasična zdravila so razmeroma preproste molekule, ki jih je sicer težko in drago iznajti, vendar je njihova proizvodnja nato poceni. Zato se po obdobju patentne zaščite, ki naj originalnemu proizvajalcu povrne stroške za razvojno delo, pojavi množica proizvajalcev, ki proizvajajo razmeroma poceni generične pripravke.

Za razliko od tega pa proteinskih zdravil ni tako težko iznajti, ker so znane fiziološko učinkovite molekule in je o njihovem terapevtskem delovanju mogoče sklepati iz poznavanja fiziologije. Glavni strošek iznajdbe pri teh zdravilih je strošek živalskih in kliničnih poskusov, ki naj potrdijo učinkovitost in varnost uporabe zdravila pri določeni bolezni. Ampak, če je iznajdba takih zdravil razmeroma preprosta v primerjavi s klasičnimi zdravili, je njihova proizvodnja nujno zelo draga in zaenkrat ni na vidiku tehnološki obetov, da bi bila proizvodnja v prihodnosti bistveno cenejša. Ta zdravila se prideluje z



rekombinantno tehnologijo na bakterijah, kvasovkah ali živalskih celicah, nato pa sledi drag postopek čiščenja pripravka od drugih, neželenih proteinov. Odločiti se za cenejši način čiščenja pri takih zdravilih navadno pomeni odločitev za zdravilo z manj jasnimi, predvsem pa z več stranskimi učinki.

Tako po eni strani prihajajo na trg zdravil nova zdravila, katerih učinki so v kliničnih študijah mnogo boljši od dosedanjih zdravil, po drugi strani pa bodo cene teh zdravil nekaj desetkrat večje - in to brez upanja, da bi se po poteku patentne zaščite bistveno znižale. S proteinskimi zdravili bo mogoče v veliki meri zavreti napredovanje mnogih kroničnih bolezni, vendar bodo večinoma potrebne dolgotrajne, doživljenjske terapije, ki bodo neznansko drage, in se bodo ob njih lomili zdravstveni sistemi ter družbena solidarnost. Medicina se bo nostalgično spominjala dobrih starih časov, ko so vladala enostavna zdravila, ki jih je bilo sicer težko iznajti in patentirati, vendar jih je potem množična proizvodnja naredila dostopna vsem bolnikom; nekakšna pop zdravila torej. Nova proteinska zdravila pa niso pop, in to sploh ni prihodnost, ampak že sedanjost. ■

Alojz Ihan