

# ISSISS

Leto XIII. Številka 2 / 1. februar 2004



Zdravstveni  
zavod

Številka  
zdravstvenega  
kartona

ZDRAVSTVENI DGM LJUBLJANA  
ZOBNA AMBULANTA

*Eragan*

---

## Volitve poslancev skupščine Zbornice in predsednika Zbornice

---

Ponovno prihaja čas, ko se bomo člani demokratično, na javnih volitvah, odločali o predstavnikih, ki bodo glasniki naših želja, hotenj in tudi zahtev v prihodnjem štiriletnem mandatnem obdobju. Na volišča bomo že prihajali z novo dodano vrednostjo našemu poklicu, saj bo Slovenija 1. maja postala članica Evropske unije, in bomo od takrat naprej lahko enakovredno stopili ob bok vsem kolegom iz združene Evrope. Glede na dosedanje kazalce lahko pričakujemo, da se bodo kolegi iz drugih držav članic (predvsem v tistih z visoko stopnjo brezposelnosti) želeli postaviti ob bok nam, v Sloveniji. Skupščina Zbornice je najvišje stanovsko zakonodajno telo, ki se bo v prihodnosti moralo še posebej odgovorno odzivati na vse nove izzive velike družine. Zato nikakor ni nepomembno, kakšne predstavnike bomo imeli.



V zadnji številki revije Isis v letu 2003 je bil objavljen razpis za volitve poslancev v skupščino Zdravniške zbornice Slovenije. Razpis za predsednika Zbornice bo objavljen v reviji Isis, št. 3, 1. marca 2004.

Same volitve bodo potekale v ponedeljek, 10. maja 2004, do takrat pa bo potrebno postoriti še nekaj predvidenih volilnih opravil, ki so zapisane v statutu Zbornice, poslovniku o delu skupščine in v pravilniku o volilnih enotah in regijah. Vsi akti so objavljeni na spletni strani Zbornice in na voljo vsem, ki si želijo osvežiti spomin na udeležanje stanovskih pravic.

Prva naloga zborničnih strokovnih služb je bila določitev poslanskih sedežev, ki pripadajo posamezni regiji, glede na število članstva. Ker je Zdravniška zbornica Slovenije v obdobju med letoma 2000 in 2004 prenovila tako strojno kot programsko računalniško opremo, je bila naloga zahtevna, saj je bilo potrebno vzpostaviti popolnoma novo programsko rešitev za izvedbo volitev. Uporaba starih podatkov je bila otežena tudi zato, ker se je spremenilo več kot 40 odstotkov podatkov v registru zdravnikov in zobozdravnikov, število članstva pa je naraslo za več kot 1.000. **Skupno število članov Zbornice je 7466, ki bomo, glede na določitve 8. člena pravilnika o volilnih enotah in regijah, volili skupaj 109 poslancev.**

Podrobnejša razdelitev poslanskih sedežev po regijah je v tabeli. Ob tem naj pojasnim, da je regija "zobozdravniki, ki niso zasebniki", le "računalniška regija".

V duhu priporočil Evropske unije po proporcionalni zastopanosti zobozdravnikov v okviru stanovskih organizacij, ter v skladu s sklepom izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije z dne 8. 1. 2004, so namreč tudi na teh volitvah, enako kot na volitvah leta 2000, zaposleni zobozdravniki povezani v svojo, posebno regijo, ter se jih zato ne vodi več v okviru preostalih 14 regij, ki jih določa zgoraj pravilnik o volilnih enotah in regijah. Zato zobozdravniki niso vključeni pri razdelitvi članov posamezne regije.

Skupno število poslancev je od sedanjih 94 tako naraslo za 15. Dobro za zagotavljanje demokratičnosti odločanja, a slabo, če bo poslanska disciplina tako slaba, kot na kar nekaj zadnjih sejah skupščine, da skupščina zaradi preslabe udeležbe poslancev sploh ne more sklepati. Zato vabim, da za poslanska mesta kandidirate in volite resnično kolege, ki bodo svoje delo opravljali odgovorno. Demokracija ne pomeni nič, če z njo ne živimo in jo uresničujemo.

Ko pišem te vrste, smo na delu dosedanji poslanci, ki moramo na skupni seji regijskega odbora v razširjeni sestavi najkasneje do 5. februarja 2004 določiti volilne enote in razporeditev poslanskih sedežev v svoji regiji. Komisija za volitve in imenovanja je vsem poslancem (ki smo prejeli gradivo za volitve hkrati z gradivom za skupščino, a le zato, ker je osebje Zbornice istim poslancem na isti dan pošiljamo dve različni gradivi in res ne bi bilo smiselno, bilo bi seveda tudi dražje, če bi vsako gradivo poslali posebej) pripravila predlog razporeditve poslanskih sedežev po volilnih enotah, na katere je bila posamezna regija razdeljena ob volitvah v letu 2000. Poslanski sedeži v tej predlogi so razporejeni sorazmerno glede na velikost posameznih volilnih enot posamezne regije. Vendar je odločitev navedenih volilnih enot in dokončna razporeditev poslanskih sedežev med volilnimi enotami vsake regije še vedno popolnoma prepuščena regijskim odborom. Tako volilne enote lahko združujete, ustanavljate nove,

manjši volilni enoti lahko dodelite več poslanskih mest in drugo. Pri določanju volilnih enot in razporejanju poslanskih sedežev je vsaka regija vezana na minimalno število članov, vključenih v posamezno volilno enoto (to je najmanj 51 članov, le izjemoma manj) ter na posredovano **končno število poslanskih sedežev, ki pripadajo posamezni regiji in ki je dokončno.**

Ko bo komisija za volitve in imenovanja prejela razporeditev volilnih enot in poslanskih mest, bo oblikovala in predala v potrditev izvršilnemu odboru Zbornice dokončni seznam volilnih enot in razporeditev poslanskih sedežev. Seznam bo objavljen tudi v marčni številki revije Isis. Vsak dosedanji poslanec bo prejel podrobna izvedbena navodila za volilne postopke ter predlog seznama volivcev svoje volilne enote. Potem bomo morali poslanci ponovno opravičiti svoje poslanstvo ter najkasneje do 10. aprila 2004 v svoji volilni enoti sklicati volilni zbor zdravnikov.

Na volilnih zborih bomo obvezno izbrali kandidate za poslance skupščine, lahko pa bomo izbrali tudi kandidata za predsednika Zbornice. Določili bomo volilna mesta, datum odprtosti volišč in volilne komisije. Za osvežitev naj iz aktov navedem, da za poslanca skupščine lahko kandidira vsak član volilne enote, čigar kandidaturu podpre vsaj deset članov volilne enote. Kandidature potrdijo zdravniki in zobozdravniki na volilnem zboru posamezne volilne enote. Mandat poslancev ni omejen, tako da lahko dosedanji poslanci ponovno kandidirajo. Vendar v nobenem primeru ne more kandidirati za poslanca skupščine iz iste volilne enote, v kateri je član volilne komisije. Za predsednika Zbornice lahko kandidira vsak član Zbornice, če mu kandidaturu odobri izvršilni odbor Zbornice ali regijski odbor Zbornice ali 50 zdravnikov s podpisom. Kandidat za predsednika Zbornice bo moral najkasneje do 15. aprila 2004 Zbornici posredovati program dela Zdravniške zbornice Slovenije v naslednjem štiriletnem obdobju. Vsi programi bodo objavljeni v majski številki revije Isis.

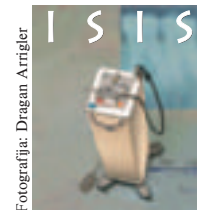
Sledilo bo izdelovanje glasovnic, seznam volivcev volilne enote in veliko drobnih, a pomembnih organizacijskih opravil. In seveda, volitve.

Verjamem, da bomo vsi skupaj kos zahtevni nalogi ter jo opravili z resnostjo, ki jo od nas zahteva zgodovinski trenutek.

### Število članov in poslanskih sedežev

Regije za volitve	Število članov	Število poslanskih sedežev
Celjska	473	7
Dolenjska	255	4
Gorenjska	397	6
Ljubljanska (bolnišnice)	1521	21
Ljubljanska (osnovno zdravstvo)	856	12
Mariborska	689	10
Obalno - kraška	316	5
Pomurska	219	3
Posavska	102	2
Primorska	253	4
Ptujsko - ormoška	116	2
Velenjsko - koroška	239	4
Zasavska	88	2
Zasebniki	939	13
Zobozdravniki, ki niso zasebniki	1003	14
<b>Skupaj</b>	<b>7466</b>	<b>109</b>

*Mojca Jereb Kosi*  
predsednica komisije za volitve in imenovanja  
Zdravniške zbornice Slovenije



# Vsebina

<b>uvodnik</b>	Mojca Jereb Kosi	• Volitve poslancev skupščine Zbornice in predsednika Zbornice	3
<b>novice</b>		•	8
<b>fotoreportaža</b>	Ivan Žebeljan	• 23. memorial Toma Krasnova	26
<b>iz glasil evropskih zbornic</b>	Jiři Hollan	• Končati s suženjskim delom	30
	Boris Klun	• Medicinska univerza v Gradcu	32
	Boris Klun	• Aids na Hrvaškem	32
<b>aktualno</b>	Jože Trontelj	• O poseganju zdravilcev v javni zdravstveni sistem	35
	Jože Trontelj	• Donacija v zameno za predpisovanje zdravila	36
	Janko Kersnik	• Družinska medicina in javno zdravstvo	36
	Milan Krek	• Zakaj v Sloveniji ne uporabljamo za zdravljenje odvisnosti od opijatov tudi metadon v obliki tablet?	40
<b>forum</b>	Pavle Kornhauser	• Stranpoti kadrovske politike v ljubljanskem Kliničnem centru	48
	Marjan Fortuna	• Stiske in travme slovenskega zdravnika	52
<b>obletnice</b>	Dušica Pahor	• Ob 60. obletnici samostojnosti oddelka za očne bolezni Splošne bolnišnice Maribor	58
	Melita Pretnar Silvester	• 50 let Psihiatrične bolnišnice Begunje	55
<b>zanimivo</b>	Janez Rebol	• Kostno vsidrani slušni pripomoček (BAHA) v Sloveniji	60
	Nataša Budihna	• Pozitronska emisijska tomografija (PET)	61
	Jurij Kurillo	• Nekaj misli v prid cepljenjem proti nalezljivim boleznim	64
	Miha Likar	• Globalna konferenca o sarsu	66
	Marjeta Kočevar	• Zdravnik dr. Fritz Pregl – edini nobelovec slovenskega rodu	67
<b>programi strokovnih srečanj</b>		•	71
<b>koledar zdravniških srečanj</b>		•	85
<b>delo Zbornice</b>		• Zapisniki IO ZZS	68
<b>iz dela razsodišča</b>	Ali Nassib	• Opravičilo	109
<b>strokovna srečanja</b>	Ksenija Tušek Bunc	• Obravnavanje bolnika s hipertenzijo	110



## TURBINSKI STROJ

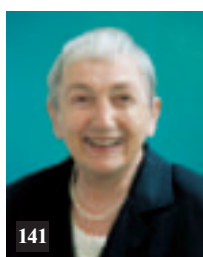
Danes si skoraj ne moremo zamisliti popravila zob brez najnovejših dognanj tehnike. Mednje je v osemdesetih letih sodil tudi turbinski stroj, izdelan okoli leta 1960, eden prvih modelov, ki so imeli vodno hlajenje. Presenetljivo je, da bi po potrebi še vedno lahko deloval. Prednost turbinskega stroja Kavo, tip 652 A, je bila njegova premičnost, saj ni potreboval stacionarnega napajanja z zrakom, ker sta bila elektromotor in črpalka nameščena v njegovem ohišju. Opazovalca pritegne tudi nekakšna ljubkost, kjer je svoj občutek dodalo tudi fotografsko oko. Za pomoč pri pripravi naslovnice se zahvaljujemo Jožetu Medvešku, dr. stom., ki je prijazno posodil aparaturo iz svoje bogate zasebne zobozdravstvene zbirke.

Idejna zasnova in tekst: Elizabeta Bobnar Najžer

	M. Vavpotič, D. Rotar Pavlič	• Vikend ni šel rakom žvižgat ...	112
	Nena Kopčavar Guček	• V. Fajdigovi dnevi	114
	Upravni odbor Združenja za ambulantno ginekologijo	• Skupščina Združenja za ambulantno ginekologijo	115
	Rok Kosem	• Strokovna doktrina stomatološke klinike	116
	Miroslava Cajnkar Kac	• Skrb za zdravje mladih v Evropi	118
	Matjaž Homšak	• Novosti v pediatrični pulmologiji	120
	Martin Bigec	• DENVER II Slovenija v Sloveniji	122
	A. Bendičič Pilih, T. Planinšek Ručigaj	• Zdravljenje kroničnih ran v Sloveniji	124
	Eveline Sodja	• Novosti na področju magnetne resonance	125
	Jože Četina, Mitja Četina	• Srečanje zdravnikov gorskih reševalnih služb alpskih držav	129
	Evgen Kajin	• Tišina	130
	Mirta Koželj	• Prirojene srčne napake pri odraslih	132
	Saša Žužek Rešek	• Cerkev in zdravje v svetu	133
<b>tako mislimo</b>	Alojz Gregorič	• Čigav zdravnik sem? Ali sem res od zavarovalnice?	136
	Primož Štular	• Zaušnice, take in drugačne	135
	Aleksander Brunčko	• "Zakaj boli glava mojega sinka že mesec dni?"	136
<b>odmevi</b>	Leopold Rijavec	• Pobuda za uvedbo novega Biltena	137
<b>recenzija</b>	Danica Rotar Pavlič	• Profiles of General Practice in Europe	138
	Aleksander Zadel	• Slovenija s samomorom ali brez	139
<b>zdravniki v prostem času</b>	Marjan Kordaš	• Samo spomin	141
	Iztok Tomazin	• Meteora in Olimp	142
<b>s knjižne police</b>	Marjana Šalehar (prevedla)	• James Herriot: Zgodbe o mačkah	146
<b>personalia</b>		•	149
<b>misli in mnenja uredništva</b>	Matjaž Zwitter	• O prijaznosti	154



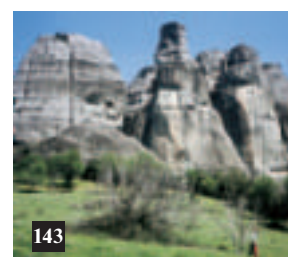
58



141



122



143

# Slovenska in avstrijska zbornica sklenili sporazum o sodelovanju

Zdravniška zbornica Slovenije in Zdravniška zbornica Avstrije imata že dolgo tradicijo odličnih medsebojnih odnosov ter skupnega usklajenega nastopanja širše v evropskem prostoru. Prvi kontakti segajo v čas nastajanja naše Zbornice, kasneje pa se je sodelovanje vsebinsko poglobilo. Pri severnih sosedih smo se v preteklih letih zlasti zgledovali, spremljali vsebine in način dela ter odprta vprašanja in težave, s katerimi se ukvarjajo in srečujejo pri zastopanju zdravniških interesov. Marsikateri problemi zdravništva so si v obeh državah ter drugih državah stare in nove Evrope zelo podobni ali enaki. Zato je še bolj pomembna medsebojna izmenjava informacij in izkušenj, ki smo jih imeli na dosedanjih bilateralnih in drugih mednarodnih srečanjih. Sodelovanje z našimi



Dr. Walter Dorner in asist. mag. Marko Bitenc med podpisom (z leve)

## Sporazum o sodelovanju med Zdravniško zbornico Avstrije in Zdravniško zbornico Slovenije

Zaradi vzajemnega interesa za sodelovanje, ki temelji na zaupanju in ga spodbuja namera izboljšati vzajemno razumevanje, podporo in pomoč pri splošnih dejavnostih, skleneta Zdravniška zbornica Avstrije in Zdravniška zbornica Slovenije dne 6. novembra 2003 na Dunaju sledeči sporazum:

### § 1

1. Pogodbeni strani se zavezujejo k sodelovanju z redno izmenjavo informacij o izkušnjah s področja politike in dejavnosti obeh zbornic.

2. Pogodbeni strani podpirata strokovne dejavnosti svojih članov, še posebej tiste, ki jih izvajajo mladi zdravniki in zobozdravniki. Podpirata tudi njihovo sodelovanje na srečanjih in mednarodnih konferencah, ki jih organizirata zbornici ter mednarodne organizacije zdravnikov in zobozdravnikov.

3. Pogodbeni strani si izmenjujeta informacije na konferencah, simpozijih in srečanjih, ki jih organizirata, z možnostjo, da delegirata svoje predstavnike.

4. Pogodbeni strani sodelujeta na področju zdravstvene politike, zdravniške prakse zdravnikov in zobozdravnikov, o katerih se razpravlja na ravni Evropske unije.

5. Pogodbeni strani spodbujata menjavo zdravnikov in zobozdravnikov med državama.

6. Pogodbeni strani si izmenjujeta informacije z izmenjavo publikacij, ki jih izdajata, in vzajemno tudi objavljata članke zbornic v publikacijah.

### § 2

1. Predstavniki obeh pogodbenih strani se srečujejo, izmenično v Avstriji in v Sloveniji, z namenom pogovoriti se o zadevah, za katere se predhodno dogovorita.

### § 3

1. Ta sporazum je sklenjen za nedoločen čas.

### § 4

1. Vsaka pogodbeni stran ima pravico odpovedati sporazum z napovednim rokom šestih mesecev.

### § 5

1. Vsaka sprememba tega sporazuma se sprejme pisno.

### § 6

1. Sporazum se izda v dveh originalnih izvodih, od katerih je eden v nemškem in eden v slovenskem jeziku. Pri tem sta obe besedili avtentični.

### § 7

1. Ta sporazum stopi v veljavo z dnem podpisa.

Predsednik Zdravniške zbornice Slovenije  
**Marko Bitenc, dr. med.**

Predsednik Zdravniške zbornice Avstrija  
**Reiner Brettenhaller, dr. med.**

So-svetovalec za Vzhodno Evropo  
**Otto Pjeta, dr. med.**

sosedi smo sedaj še utrdili in formalizirali v mesecu novembru 2003 s podpisom Sporazuma o sodelovanju med zbornicami. Avstrijska zbornica je dvostranske sporazume podpisala še z nekaterimi drugimi, zlasti sosednjimi državami oziroma zbornicami: s Češko, Slovaško, Madžarsko, Poljsko in

Hrvaško. Sporazumi so bili podpisani na Dunaju, kjer je v tem času potekal tudi sestanek CPME. V imenu naše Zbornice je sporazum podpisal predsednik asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., v imenu avstrijske pa podpredsednik dr. Walter Dorner. ■

*Brane Dobnikar*



Stisk rok za dobro sodelovanje



Udeleženci srečanja

## DRUŠTVO ZA ORALNO ZDRAVJE SLOVENIJE PREJELO MEDNARODNO PRIZNANJE ZA PRIZADEVANJE NA PODROČJU ZOBOZDRA- VSTVENE PROSVETE ŠOLARJEV

**M**ednarodno združenje za otroško zobozdravstvo (IAPD) organizira vsaki dve leti v okviru svojega kongresa tekmovanje lokalnih ali nacionalnih programov zobozdravstvene prosvete, ki združujejo zobozdravstvene delavce, učitelje in starše (bright smiles - bright futures).

V tekmovanju, katerega se je udeležilo preko petdeset strokovnjakov iz tridesetih držav, je v letu 2003 sodelovalo tudi Društvo za oralno zdravje Slovenije. Prijavo za omenjeno tekmovanje, podprto z obširno pisno in slikovno dokumentacijo o načinu delovanja in doseženih uspehih Društva, sta v začetku lanskega leta pripravila predsednica Društva prim. Danica Homan, dr. dent. med., in prof. dr. Vito Vrbič ob pomoči članov Društva.

Posebna komisija, katero so sestavljali poleg predsednika IAPD prof. H. Furze, trije profesorji pedontologi in predstavnica družbe Colgate, je med številnimi predlogi oziroma prijavami izbrala štiri najboljše programe (iz Indije, Slovenije, Brazilije in Mehike) in jim podelila priznanja na svečani otvoritvi kongresa v New Orleansu oktobra 2003. ■

*Danica Homan, Vito Vrbič*



Z leve: prof. H. Furze, predsednik IAPD, prof. Vito Vrbič, ki je prejel priznanje v imenu Društva za oralno zdravje Slovenije.

# Srečanje s Tržaško zdravniško zbornico

**M**ednarodno sodelovanje, ki ga Zbornica goji že od leta 1992, je z neposrednimi stiki močno dvignilo ugled in prepoznavnost slovenskega zdravništva v bodoči novi skupni Evropski uniji. V okviru mednarodnih organizacij je Zbornica pomemben partner, nosilec in organizator stanovskih dejavnosti. Tradicionalno dobro sodelovanje s severno sosedo je zaokrožil podpis dogovora o sodelovanju, pobuda za tesnejše sodelovanje pa je prišla tudi iz zahodne sosedo.

Predsednika italijanske zbornice (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri) dr. Giuseppe Del Barone in predsednik Marko Bitenc, sta se na rednem srečanju zbornic mediteranskih držav dogovorila, da bi zbornici navezali tesnejše stike. Organizacijo prvega srečanja je prevzela regijska tržaška zbornica, Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Trieste, ki ji predseduje dr. Mauro Melato. Ponosni smo, da je imel dolga leta enega od vodstvenih položajev v tej organizaciji tržaški

Slovenec, specialist ginekolog, dr. Andrej Vuga. Dr. Vuga je s svojo izjemno zavzetostjo, srčnostjo in smislom za organizacijo izvrstno izpeljal neposredne dogovore, tako da se je predsednik asist. mag. Marko Bitenc s sodelavci, Evgenijem Komljancem, dr. dent. med., Matjažem Klemencem, dr. med., in Elizabeto Bobnar Najžer, prof., 19. decembra 2003 udeležil srečanja regijske zbornice v Trstu, ki se je udeležil tudi predsednik italijanske zbornice dr. Giuseppe Del Barone.

Italijanska zbornica je organizirana podobno kot slovenska, saj pod isto streho združuje tako zdravnike kot zobozdravnike. Za 5,7 milijona Italijanov skrbi okoli 337.000 zdravnikov in zobozdravnikov, kar pomeni, približno 567 na 100.000 prebivalcev. V zadnjih letih italijanskim kolegom ni lahko. Reforma leta 1999 je sicer prinesla zvišanje plač v javnem sektorju, vendar je hkrati omejila delo z zasebnimi pacienti, ki je predstojnikom in zlasti učiteljem na vseh ravneh pravzaprav pomenilo glavni vir za služka. V Italiji je namreč običajno, da ima-

jo zaposleni zdravniki v javnih organizacijah možnost sprejemanja zasebnih pacientov. Zvišanje plač ni zajelo vplivov inflacije, tako da je plača zdravnika, zaposlenega v javnem sektorju, lani znašala od 2000 do 4200 evrov neto, kar je po italijanskih merilih dokaj nizko, predvsem pa neprimerljivo z zasebnimi zdravniki. Ker je zdravniška zbornica pristojna za pogajanja o višini plače, jo čakajo težki časi.

Na državni ravni zbornica obravnava probleme, povezane z novo zakonodajo, ki je že podelila več pristojnosti regijam, načrtujejo pa celo popolno pristojnost za lokalno zdravstveno varstvo. Predvideno je, da bi sredstva za zdravstvo, zbrana v posamezni regiji, tudi ostala v regiji (ne bi se najprej odvajala v proračun in nato enakomerno vračala v vse regije), kar bo glede na gospodarsko ne-razvitost pomenilo delitev na bogate in revne regije. Tovrstna ureditev lahko v temeljih zamaja italijanski zdravstveni sistem predvsem na jugu dežele, kjer dosega bruto narodni prihodek le 67 odstotkov povprečnega za vso državo.



Predsednik Bitenc med nagovorom kolegov Tržaške in predstavnikov Zvezne zbornice



Predsedniku Tržaške zbornice prof. M. Melatu je mag. Bitenc predal plaketo Zdravniške zbornice Slovenije.



Poseben problem predstavljajo mladi zdravniki, ki po diplomi ne najdejo zaposlitve. Ker lahko od leta 1992 v bolnišnicah delajo samo zdravniki specialisti, se diplomanti

potegujejo za slaba plačana specializantska delovna mesta. Med drugim je na decembrskem srečanju zapisseglo 40 novih zdravnic, zobozdravnic, zdravnikov in zobozdravni-

kov, a le 8 med njimi bo dobilo zaposlitev. Ostali se bodo pridružili skoraj 30.000 brezposelnim zdravnikom v Italiji.

Ena od skupnih točk, ki jih je v svojem govoru na srečanju izrazil dr. Guiseppe Del Barone, je bilo zato povezovanje s Slovenijo in iskanjem možnosti, da bi mladi italijanski zdravniki, najprej verjetno iz tržaške regije, kjer je veliko Slovencev in jezik ne bo ovira, nadaljevali podiplomsko usposabljanje pri nas.

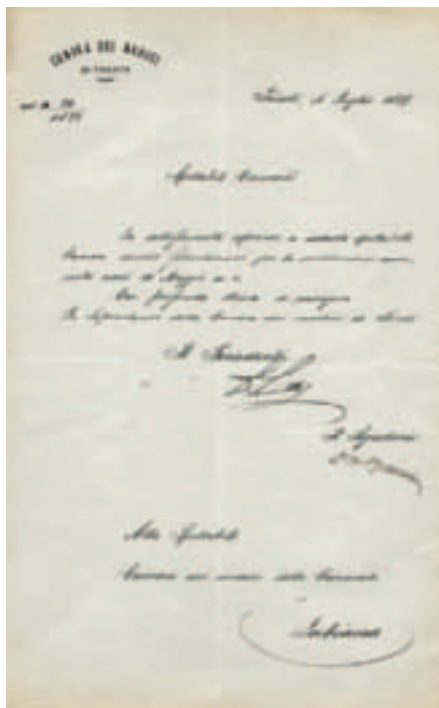
Druga stična točka, ki jo je posebej poudaril mag. Marko Bitenc, je sodelovanje na področju licenciranja. Italija je šele leta 2002 pričela uvajati licence za delo, zato so zelo zainteresirani za slovenske izkušnje na tem področju. Trenutno imajo zelo zahtevne kriterije in vzroki za trajni odvzem licence so tako številni in hitro dosegljivi, da bodo morali zdravniki biti v prihodnje zelo pazljivi. Vse pristojnosti v zvezi z licencami so v rokah regijskih zbornic.

Oba predsednika sta izrazila velik interes za nadaljnje tesnejše sodelovanje in povezovanje, predsednik Bitenc je tudi povabil italijanskega kolega v Ljubljano. Srečanje naj bi bilo že marca letos. ■

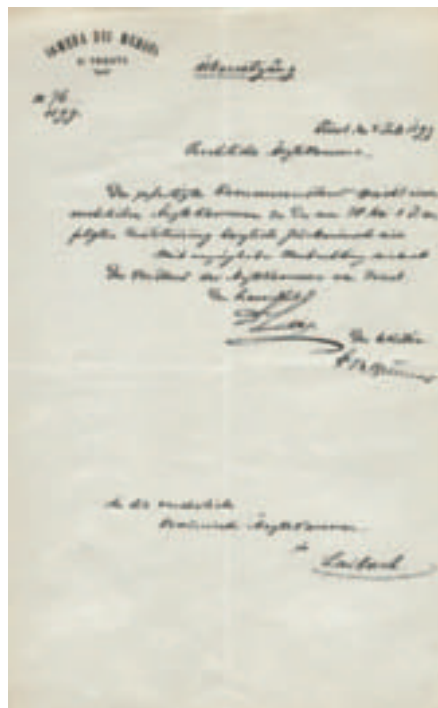
*Tekst in foto: Elizabeta Bobnar Najžer*



Mladi zdravniki so po končani Medicinski fakulteti pred kolegi iz Zdravniške zbornice podali Hipokratovo prisego.



Faskimile čestitke ob ustanovitvi Zdravniške zbornice za Kranjsko, ki jo je leta 1899 v italijanskem originalu in nemškem prevodu poslala v Ljubljano Tržaška zbornica.



## Prevod listine:

### Zdravniška zbornica za Trst

št. 76/1899  
Trst, 4. julij 1899

Slavna Zdravniška zbornica, predsedstvo zbornice izreka slavni zdravniški zbornici čestitke k ustanovitvi 30. maja tega leta.

Častno spoštovanje izkazuje predsedstvo zdravniške zbornice za Trst

Predsednik  
Dr. Lorenčič

Tajnik  
Dr. Brumen (?)

za slavno Kranjsko zdravniško zbornico v Ljubljani

# Švedski model celovite oskrbe slabovidnih

Očesna klinika je skupaj z Zvezo društev slepih in slabovidnih Slovenije ter Oftalmološke sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije 21. in 22. novembra organizirala dvodnevni sklop predavanj in delavnic, ki jih je vodil svetovno znani strokovnjak na področju rehabilitacije slepih in slabovidnih prof. dr. Örjan Bäckman iz Inštituta za izobraževanje Karolinske univerze v Stockholmu. S tovrstno invalidnostjo se profesor Bäckman ukvarja več kot trideset let. V okviru oftalmološke stroke je na Švedskem spodbudil ustanovitev t. i. "low vision clinic", centrov za rehabilitacijo slepih in slabovidnih. Tako je znotraj specialne pedagogike prispeval k nastanku novega strokovnega profila - terapevt za slabovidnost. V mnoge evropske in neevropske države je v obliki posebnih programov medinstitucijskega sodelovanja vpeljal programe za rehabilitacijo slepih in slabovidnih tudi kot specialno izobraževanje zdravnikov oftalmologov, diplomiranih medicinskih sester, defektologov. Po zaslugi profesorja Bäckmana in njegovega delovanja na stockholmskem inštitutu za izobraževanje je postala Švedska edina evropska država, ki tovrstno izobraževanje nudi na dodiplomski specialnopedagoški ravni kot na podiplomski interdisciplinarni ravni.

Profesor Bäckman je avtor številnih strokovnih prispevkov v uglednih znanstvenih revijah po svetu. Je tudi soavtor temeljne monografije z obravnavanega področja (Low vision training). V zadnjih letih je njegov ožji strokovni interes usmerjen predvsem v iskanje učinkovitih metod za ponovno vzpostavljanje bralnih spretnosti pri starejših slabovidnih. Njegov obisk je bil priložnost, da v Sloveniji prvič celovito predstavimo problematiko rehabilitacije slepih in slabovidnih na mednarodni ravni in si lastno delo nadgradimo z znanjem in izkušnjami eminentnega mednarodnega strokovnjaka.

Dvodnevni delovni obisk je bil organiziran tako, da je bil prvi dan namenjen predstavitvi teoretičnih modelov, drugi pa praktični aplikaciji spoznanj. Tako so se najprej zvrstila predavanja na temo opredelitve pojma slepote in slabovidnosti po mednarodnih merilih, različnih modelov organizirane rehabilitacije slepih in slabovidnih, predstavitvi vrst očesnih okvar, ki jih srečujemo pri rehabilitaciji ter ustreznih optičnih pripomočkov. Seznanili smo se s sestavo delovnih skupin, ki na Švedskem sodelujejo pri celoviti rehabilitaciji, s poudarkom na predstavitvi dela terapevta za slabovidnost. Najpomembnejša tema je bila prikaz treninga



Prof. dr. Bäckman

za slabovidne, ki je temeljna sestavina rehabilitacije. Te vrste trening pokriva dve področji, in sicer privajanje na slabovidnost s spodbujanjem in učenjem sposobnosti izrabe preostankov vida, npr. ekscentrične fikсации. Ob tem je pomembna usvojitev uporabe predpisanih optičnih in neoptičnih pripomočkov. Kot je poudaril profesor Bäckman, je doslej veljala popolnoma zgrešena doktrina, da je za ohranitev preostankov vida nujno neobremenjevanje oči. Glede na to lahko pritrdimo profesorjevemu stališču, da je nov pristop, ki temelji, kot rečeno, na načelu, da se dober izkoristek preostalega vida lahko doseže le z načrtnim proučevanjem različnih tehnik gledanja in z uporabo optičnih pripomočkov, v bistvu revolucionarno dejanje na področju rehabilitacije tovrstnih invalidov.

Profesor Bäckman je slepe in slabovidne razdelil v dve temeljni skupini: osebe z vidno izkušnjo in osebe brez vidne izkušnje. Trening mora biti tako prilagojen navedenima osnovnima skupinama kot tudi individualnim potrebam in zmožnostim.

Ciklus predavanj prof. Bäckmana je bil izjemno dobro obiskan. Poslušali smo ga zdravniki oftalmologi, medicinske sestre, psihologi in socialni pedagogi, ki so na kakršenkoli način povezani z obravnavo slepih in slabovidnih ljudi. Sam pojem rehabilitacije tovrstnih invalidov postaja vedno aktualnejši, saj število, zlasti slabovidnih ljudi, v razvitem svetu narašča, kar gre na račun podaljšane življenjske dobe, dobre oftalmološke oskrbe, torej med drugim tudi splošnega višjega zdravstvenega standarda.

Oftalmološka stroka in stroke, ki imajo opravka s slepimi in slabovidnimi, se naraš-



Člani organizacijskega odbora s prof. dr. Bäckmanom

čajočega števila slabovidnih zavedajo že dolgo. V Sloveniji še vedno ni sistemsko urejena oskrba kasneje oslepelih odraslih bolnikov, kar je velika pomanjkljivost v primerjavi z večino evropskih držav. Rehabilitacija slepih in slabovidnih je sicer interdisciplinarno področje, vendar tudi znotraj oftalmologije posebna smer. Tako smo se na Očesni kliniki znali odzvati na te potrebe in smo pred osmimi leti na pobudo dr. Mile Kolar Boljka ustanovili subspecialistično ambu-

lanto za slabovidne in jo razvili v smislu interdisciplinarnih povezav. Danes v njej deluje več ustrezno usposobljenih zdravnikov in sester, kar še ni ustrezno ovrednoteno s strani ZZSZ. Zavedamo se, da se tudi na tem področju dejavnost razvija in dopolnjuje, zato je še posebej dragocen strokovni obisk profesorja Bäckmana, ki je ne samo odličen teoretik za to področje, ampak tudi strokovnjak, ki je pripravljen svoja spoznanja prenašati v prakso in jih prek svojih seminarjev

in delavnici širiti po svetu.

Upamo, da bo oftalmološki segment, ki je na naši kliniki vezan na to področje, tudi s takimi obiski dobil pomembnejšo družbeno težo, torej, da bodo tudi ustrezne državne institucije, ki skrbijo za finančno stran našega zdravja, razumele pomembnost te razmeroma nove dejavnosti in omogočile njen nadaljnji razvoj. ■

*Nataša Vidovič Valentincič*

## Triintrideseti tečaj operacij odstopa mrežnice pod vodstvom tübingenske klinike

V Teheranu sem se udeležil triintridesetega mrežničnega tečaja (Minimal Extraocular Approach for Treating Retinal Detachment), ki je trajal od 29. do 30. novembra 2003. To je tradicionalna strokovna delavnica, katero je že triintrideset organizirala znana nemška strokovnjakinja prof. dr. Ingrid Kreissing. Tečaj so do sedaj organizirali v Tübingenu in v nekaterih drugih evropskih centrih, v Tokiju in drugič v Teheranu (prvič leta 1995). Vodila ga je prof. dr. Kreissing, ki vodi očesno kliniko v Tübingenu - Mannheim, skupaj s prof. Lincoffom v New Yorku, ZDA. V skupini prof. dr. Kreissing je tudi prof. dr. Jonas Kroll (Marburg), prof. Richard (Hamburg) in prof. dr.

Thoresten Boeker (Dortmund).

Tečaja so se udeležili številni strokovnjaki iz Irana in tujine. Delavnica je trajala dva dni, in sicer vsak dan od 8.30 do 18.30. Program je potekal v angleškem jeziku. Namen šole je bil poleg posredovanja znanja in novosti s področja operacije mrežnice tudi izmenjava izkušenj s tega področja. Letos so bile v programu učne delavnice, po katerih so se razvile žive in konstruktivne razprave.

Izjemno koristno se mi je zdelo spoznavanje postopka minimalne izven očesne pristopne op. tehnike mrežnice. Posameznikom, udeležencem, je za uspešno opravljen tečaj prof. dr. Kreissing osebno izročila diploma in jih povabila na nadaljnje strokovno

izpopolnjevanje v Tübingen.

Od 1. do 4. decembra 2003 je delavnici sledil 13. kongres iranskih oftalmologov doma in iz tujine. Med slednjimi so bili znani prof. A. Payman Khodadust, iz ZDA.

5. decembra pa sem se udeležil učne delavnice Artisan Phakic Intraocular Lenses (vrste intraokularne leče za korekcijo refraktivne anomalije). Organiziral jo je OPHTEC iz Nizozemske.

Učne delavnice in tudi predavanja so razširila moje obstoječe znanje iz področja očesne diagnostike, terapije in kirurgije. ■

*Satar Baghrizabehi*



Udeleženci strokovnega srečanja

## ELEKTRONSKO VAROVANJE PODATKOV

Tožbe, ki so povezane z neustreznim ravnanjem oziroma varovanjem osebnih podatkov bolnikov in uporabnikov zdravstvenih storitev, niso po svetu nič nenavadnega. V Sloveniji se zdravniki trenutno še ne ukvarjajo s tovrstnimi sodnimi spori, zato je pravi čas, da si zagotovijo ustrezno zaščito dragocene vsebine virtualne podatkovne zakladnice v svojih računalnikih na kliniki, v ambulanti, pisarni, delovnem kabinetu in doma. Če želite, da bodo informacije v vašem osebnem računalniku res samo vaše (velja zlasti za zdravnike, predstojnike, zdravstvene delavce idr.), jih primerno zavarujte pred radovednimi spretneži in vsiljivci. Najbolje je, da si izberete primerno geslo (password), ki mora biti za vas enostavno in samoumevno, za ostale pa "trd oreh". Svetujemo vam, da si za geslo izberete besedo, ki se jo boste brez težav spomnili tudi čez nekaj dni (tednov, mesecev), vendar naj ne vsebuje enostavno ime ali vzdevek (vaše ali vaših najbližjih), priimek, naslov, rojstni datum, davčno številko ipd., ker vas bodo zlahka razkrinkali. Namesto inicialk ali črk si raje izberite številke, šifre, simbole ali druge domiselne okrajšave, ki bodo samo vam nekaj pomenile. S tem se izognete tudi poskusu vdora v vaš osebni računalnik s specialnimi programi, ki poskušajo toliko časa, dokler ne odkrijejo ustrezne besedne kombinacije. Za številke zaenkrat še niso tako specializirani. Pri izbiri gesla je pomembno, da se odločite za dovolj dolgo. Daljša kot je vaša izbira, težje vas bodo razkrinkali in pokukali v vašo zakladnico podatkov. Najbolje je, da si za vsak program izberete svoje geslo, tako boste morebitnemu vlomilcu onemogočili, da bi imel takoj na dlani vse vaše podatke in informacije. Izbranega gesla nikoli ne shranjujte v računalniku ali predalu, ne zapisujete ga na kalendar, listek na pisalni mizi ali morda celo na ohišje računalnika ali tiskalnika. Tudi vizitka ni primerna. Lahko si ga zabeležite v beležnico, in sicer med ostale podatke, tako da ne bo vzbujalo pozornosti in padlo v oči morebitnemu vsiljivcu ali radovednežu. Prav tako izbranega gesla (gesel) nikomur ne priporočite. Navsezadnje vas je stalo veliko truda, domiselnosti in originalnosti, da ste si ga (jih) izmislili.

Do svojega osebnega računalnika bodite prijazni. Z njim ravnajte pozorno in strokovno, saj bo le tako deloval, kot je potrebno. Nikomur ne dovolite, da bi v vaši odsotnosti brskal po vašem računalniku. Če vas bolnik vpraša, ali so vaši podatki na varnem, ste mu dolžni povedati (zagotoviti), na posebno zahtevo pa tudi pojasniti, kako skrbite zanje in na kakšen način jih varujete pred nezazelenimi vsiljivci ter radovedneži. ■

*Priredila in prevedla: Nina Mazi*

*Vir: Computer Science*

## DOLGOROČNA POGODBA

Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom zahteva nenehno dogovarjanje, pogajanje in iskanje skupnih (za obe strani sprejemljivih) rešitev in sklepanje kompromisov. Pogajanje predstavlja enega ključnih sestavin in predpogojev uspešnosti sodobnega zdravnika. Čeprav ga tega v gimnaziji in na fakulteti (praviloma) nihče ne nauči in ga pravočasno ne usposobi na tem področju. Do zanimive ugotovitve v zvezi s pogajanjem je prišla skupina ameriških strokovnjakov, ki je želela ponuditi poslovenem nove kakovosti na tem področju. Ko so priznani svetovni strokovnjaki strnili glave ter se zatopili v značilnosti učinkovitega in uspešnega pogajanja, je svet obslo nenavadno spoznanje, in sicer, da so otroci največji mojstri pogajanja.

Brez posebnega pogajalskega znanja in izkušenj ter tovrstne formalne izobrazbe, so otroci v pogovoru s svojimi starši, vzgojitelji, vrstniki in z bolj ali manj razumevačimi predpostavljanimi sposobni doseči (včasih celo izsiliti) skoraj vse, kar si zadajo. Kako jim to uspe?

Čisto preprosto - sledijo zdravi intuiciji, obenem pa imajo pred seboj en sam brezkompromisen cilj: doseči cilj, ki so si ga zadali. Otroci se pri pogajanjih neobremenjeni z negativnimi zaviralnimi predizkušnjami, hkrati se znajo mojstrsko skoncentrirati na končni cilj svojega pogajanja. Kadar gre zares, znajo biti neizprosni, hkrati pa znajo svojo nepopustljivost in odločnost predstaviti na dokaj prisrčen in neagresiven način. Značilno za otroke je, da so v svojih zahtevah vztrajni, nepopustljivi, sproščeni in neobremenjeni. Hkrati zbujaajo vtis nedolžnih, nepristranskih in dobronamernih opazoval-

cev, ki natančno vedo, kaj hočejo. Značilno za otroke je tudi, da znajo pravilno izbrati trenutek za pogajanja, postavljajo jasne, nedvoumne zahteve, prisegajo na pogajalsko ustvarjalnost in znajo vnesti razburjenje (potrebno napetost) ali pa vsaj nasprotovanje med pogajalske stranke (svoje starše pogosto najprej razjezijo ali pa jih na pogajalski oder povabijo, kadar sta oče in mama sprta).

Ko boste naslednjic sedli za pogajalsko mizo oziroma se znašli v vlogi pogajalca (s predstojnikom, sodelavci, bolniki, zavarovalnico, ponudniki medicinskega materiala in opreme itd.), se pred začetkom vsekakor poglobite v pogajalske sposobnosti svojih nadobudnežev in jih poskušajte čimbolj mojstrsko posnemati (njihove domislice uporabite v svoji pogajalski taktiki in z njimi obogatite utečeno rutino). ■

*Priredila in prevedla: Nina Mazi*

*Vir: Forbes*

## TERAPIJA PO MERI

O sveščeni, informirani in razgledani bolniki pričakujejo, da jih bodo strokovnjaki obravnavali individualno in jim ne le "resnejša" zdravila, temveč tudi vitamine, minerale in encime predpisovali na način, ki jim je pisan na kožo. Kronični bolniki, poslovneži, športniki, ljudje v stresu in vsi, ki so preobremenjeni, oziroma nimajo ustrezne polnovredne prehrane (bolezen, debelost, dieta), potrebujejo dodatne vitamine, minerale, encime in varovalne snovi. Potreba po teh snoveh ni splošna in standardna, ampak se razlikuje pri posameznikih. Zato so ameriški, japonski in nemški strokovnjaki izdelali specifična individualna merila, izoblikovali specializirane standarde in uvedli posebno metodo preverjanja deficita oziroma motenj vitaminsko-mineralnega in encimskega ravnovesja v organizmu, t. i. Individual Vitamin (Mineral, Enzym) Check. Osebni zdravnik pacientu na podlagi le-teh lahko natančno izračuna in določi količino manjkajočih vitaminskih in mineralnih snovi (encimov, varovalnih snovi). Nato mu glede na rezultate predpiše ustrezno mešanico potrebnih substanc in mu individualno prilagodi optimalni dnevni odmerek. ■

*Priredila in prevedla: Nina Mazi*

*Vir: Science*

# Prof. dr. Uroš Skalerič in prof. dr. Franc Strle, nova člana Slovenske akademije znanosti in umetnosti

Slovenska akademija znanosti in umetnosti je 19. junija 2003 sprejela nove člane, ugledne slovenske znanstvenike in umetnike, ki so s svojim delom bogatili slovenski in mednarodni prostor. V svojo sredino je kot izredna člana SAZU sprejela tudi rednega profesorja dr. Uroša Skaleriča, prodekana Medicinske fakultete, predstojnika Katedre za ustne bolezni in parodontologijo Medicinske fakultete v Ljubljani in strokovnega direktorja SPS Stomatološke klinike ter rednega profesorja dr. Franca Strleta, specialista internista in infektologa, predstojnika Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, predstojnika Raziskovalnega sveta Kliničnega centra Ljubljana in predstavnika Slovenije pri European Union of Medical Specialists (UEMS) za infekcijske bolezni.

Prof. dr. Uroš Skalerič se je v zadnjih tridesetih letih poglobljeno ukvarjal s problematiko strukture in difuzijskih procesov v trdih zobnih tkivih ter z epidemiologijo, etiopatogenezo, zdravljenjem in preventivo bolezni obzobnih tkiv. V zgodnjih raziskavah z metodo EPR je dokazal boljšo urejenost mikrokristalov v sklenini zob odpor- nih proti zobni gnilobi in postavil hipotezo, da zobna sklenina deluje kot biološka membrana. Prof. dr. Uroš Skalerič je s sodelavci pokazal, da na začetek in razvoj parodontalne bolezni, ki je najbolj razširjena bolezen med našim prebivalstvom, poleg bakterijskega plaka v zobnih oblogah vplivajo tudi sistemski dejavniki. Z imunocitokemičnimi metodami je s sodelavci prvi prikazal preoblikovalni rastni faktor-beta v vzorcih dlesne, gingivalne tekočine in serumu pacientov s kronično parodontalno boleznijo ter pri živalih z eksperimentalnim parodontitisom. Na področju napredovanja vnetja obzobnih tkiv je prof. dr. Uroš Skalerič s sodelavci prvi dokazal vlogo cisteinskih proteinaz, katepsinov B in L in prisotnost njihovih inhibitorjev v dlesni, gingivalni tekočini, slini in serumu pacientov s parodontalno boleznijo. Prof. dr. Uroš Skalerič je s sodelavci pri-



Sprejem na SAZU 19. 6. 2003, prejemnika s predsednikom Akademije: prof. dr. Franc Strle, prof. dr. Boštjan Žekš in prof. dr. Uroš Skalerič (z leve)

kazal, da je gingivalna tekočina možen izvor okužbe z virusoma HIV in HVC pri ljudeh ter da stres in dovajanje TNF- $\alpha$  pospešita razgradnjo obzobnih tkiv pri eksperimentalnih živalih. Na področju diagnostike parodontalne bolezni je prof. dr. Uroš Skalerič s sodelavci prvi prikazal možnost uporabe magnetno-resonančnega slikanja obzobnih tkiv pri eksperimentalnih živalih in ljudeh. S sodelavci je na eksperimentalnih živalih prikazal vlogo prostih radikalov kisika pri razvoju eksperimentalnega artritisa in na učinkovito zavrtje tega vnetja z inhibitorji reaktivnih vrst kisika. Raziskave je s sodelavci razširil na zdravljenje eksperimentalnega parodontitisa pri psih s možnostjo uporabe tovrstnega dopolnilnega zdravljenja pri ljudeh. S sodelavci je prof. dr. Uroš Skalerič sodeloval pri razvoju Nd-YAG in Er-YAG dentalnih laserjev (Twinlight, Fotona).

Prof. dr. Uroš Skalerič je bil dvakrat ští-

pendist Fulbrightovega sklada na Univerzi Emory (1980-81) in NIDR, NIH, ZDA (1987-90), s katerim še dejavno raziskovalno sodeluje. Je avtor ali soavtor več kot 400 bibliografskih enot, med katerimi je 80 člankov v mednarodnih revijah in knjigah ter 110 člankov v domači literaturi. Rezultati raziskav, objavljenih v mednarodni literaturi, so mu prinesli ugled največkrat citiranega slovenskega stomatologa.

Enkratno dosežek prof. dr. Uroša Skaleriča pri razvoju in mednarodnem prodoru slovenskih stomatoloških raziskav predstavlja pobuda, ustanovitev (1987) in vodenje Centra za stomatološke raziskave, kjer se raziskovalno izpopolnjujejo mlajši sodelavci. Prof. dr. Uroš Skalerič je bil mentor 15 specializantom, mentor pri sedmih Prešernovih študentskih raziskovalnih nalogah, devetimi magistrantom in trem doktorantom znanosti.

O rezultatih raziskovalnega dela je prof.

dr. Uroš Skalerič poročal na tridesetih vabljenih predavanjih na tujih univerzah in mednarodnih srečanjih ter na štiridesetih predavanjih na mednarodnih kongresih in konferencah na vseh kontinentih. Je član uredniških odborov in recenzent v uglednih znanstveno - raziskovalnih revijah "European Journal of Oral Sciences", "Journal of the International Academy of Periodontology", "Journal of Oral Laser Applications" in "Zobozdravstvenem Vestniku".

Prof. dr. Uroš Skalerič je član najuglednejših mednarodnih stomatoloških združenj. V letih 2001-2003 je bil predsednik Mednarodne akademije za parodontologijo. Za svoje raziskovalne dosežke je leta 1983 dobil nagrado Sklada Borisa Kidriča, za uveljavitev slovenskih stomatoloških raziskav v svetu pa naslov Ambasador znanosti Republike Slovenije. Leta 1997 je bil imenovan za višjega zdravstvenega svetnika. Istega leta ga je Eastmanov stomatološki inštitut Univerze v Londonu imenoval za gostujočega profesorja. Ameriška akademija za parodontologijo ga je leta 2002 imenovala za svojega častnega člana.

Prof. dr. Uroš Skalerič je svoje življenje posvetil razvoju in napredku stomatologije in parodontologije ter se vključil v družbo "največjih", ki imajo mesto v Slovenski akademiji znanosti in umetnosti. Ponosni smo na svojega učitelja in sodelavca ter mu iskreno čestitamo.

Prof. dr. Franc Strle je raziskovalno delal na več področjih infektologije. Večina njegovih najpomembnejših raziskovalnih objav obravnava bolezni, ki jih prenašajo klopi, zlasti lymsko boreliozo, klopni meningoencefalitis in humano granulocitno erlihiozo. Njegovo zgodnje zanimanje za omenjene bolezni nakazuje že izbira tem magistrskih in doktorske naloge, v katerih je ocenil, da so v poteku klopne meningoencefalitisa prisotne cirkulacijske in elektrokardiografske motnje najverjetneje posledica soprizadetosti avtonomnega živčevja, morda tudi možganskega debla. Kljub temu, da je klopni meningoencefalitis dobro poznan več kot 50 let in se diagnostični pristopi v zadnjih 15-ih letih niso bistveno spremenili, je uspel s sodelavci odkriti in objaviti nova opažanja, kot na primer pogosto prisotno trombocitopenijo v zgodnjem obdobju bolezni in da se klopni meningoencefalitis v otroški dobi loči od bolezni pri odraslih ne le klinično, temveč tudi laboratorijsko.

Najobsežnejši del raziskovalne dejavnosti prof. dr. Strleta predstavlja lymška boreliozna. Izvirne ugotovitve, ki jih je objavil v

več kot petdesetih prispevkih v revijah, ki jih indeksira SCI, niso omejene le na področje klinike in mikrobiologije, temveč posegajo tudi v epidemiologijo in ekologijo. Nekatere najdbe, zlasti tiste na področju zdravljenja zgodnje oblike lymške borelioze, se že uporabljajo v evropski vsakdanji klinični praksi. Prof. dr. Strle je s sodelavci odkril eno od borelij, ki v Evropi povzročajo lymško boreliozo in opisal bolezenske znake ter značilnosti, ki jih povzročajo okužba s to bakterijo.

V zadnjih letih proučuje prof. dr. Franc Strle tudi bolezni, ki jih povzročajo erlihije. Sodeloval je pri odkritju prvega primera humane granulocitne erlihioze v Evropi, pri opisu ugotovitev prve serije evropskih bolnikov s humano granulocitno erlihiozo, ocenjevanju poteka bolezni v Evropi in pri ugotavljanju prenosa povzročiteljev bolezni s klopi *Ixodes ricinus*.

Odmevnost njegovega raziskovalnega dela osvetljuje podatek o več kot tisoč citatih v revijah, ki jih indeksira SCI. Sicer je objavil več kot 200 člankov, polovico v tujini, od tega 98 v revijah, ki jih indeksira SCI ter več kot 200 abstraktov, večino v tujini.

Od leta 1988 dalje je prof. dr. Franc Strle nosilec raziskovalnih projektov, ki jih financira MZT (MŠZŠ) Republike Slovenije ter je bil doslej organizator dveh domačih in treh mednarodnih konferenc o boleznih, ki

jih prenašajo klopi. Bil je tudi mentor pri petih opravljenih magistrskih nalogah in štirih doktoratih.

Raziskovalno sodeluje s številnimi uglednimi tujimi strokovnjaki in medicinskimi institucijami, med njimi z Rush Presbyterian St. Luke's Medical centrom in Rush University v Chicagu, kjer se je tudi izpopolnjeval v letih 1987 in 1989.

Prof. dr. Franc Strle je zelo cenjen in zaželen predavatelj na tujih univerzah, mednarodnih srečanjih, konferencah in kongresih ter spoštovan kot član v uredniških odborih in recenzent v mednarodnih revijah: Infektološki glasnik, Journal of Spirochetel and Tick-borne Diseases, Infection, Wiener Klinische Wochenschrift, Clinical Infectious Diseases. Je tudi recenzent raziskovalnih projektov pri Nemškem zveznem ministru za izobraževanje in znanost (BMBF).

Življenjska pot prof. dr. Franca Strleta je prepletena z nenehnim delom in iskanjem. Sodelavci in prijatelji občudujemo njegovo izjemno vztrajnost, modrost in njegov pristen, tankočuten in spoštljiv odnos do znanosti, medicine in življenja. Pri zasluženem vstopu v akademski krog izbrancev znanosti mu kolegi iskreno čestitamo in želimo trdnega zdravja, da bo tako lahko dokončal svoje poslanstvo. ■

Milan Petelin, Franjo Pikelj



# Koristi od hipertenzije?

**P**odjetja dandanes grešijo ob nedopustni lagodnosti njihovih ključevalnih šefov. Vendar le redki napravijo tako pestre, številne in hitre "salte", kot to počnejo proizvajalci zdravil. Pred nekaj leti so bila velika farmacevtska podjetja slavljena kot dobavitelji razburljivih novih zdravil (npr. viagre) ter prikazovana kot spodbujevalci rasti plač in dobičkov.

Danes jih marsikateri prej vidi kot prinašalce dobičkov. Farmacevtske družbe so grajane zaradi "zapravljanja" milijard na raziskavah in razvojih številnih "tudi jaz" (orig. "me too") zdravil in le peščice resničnih originalov. Predvsem bode v oči poraba podobnih vsot denarja za "prepričevanje" zdravnikov in ustvarjanje povpraševanja na račun rado(ne)vedne javnosti raje kot na resničnih potrebah in prednostih novega izdelka. Prizadevanja za uklonitev cenovno konkurenčnih izdelovalcev generičnih zdravil skozi "patentne tožbe" so mnogim družbam nakopala krivdo za zviševanje cen v premož-

nejših državah in prikrajšanja za življenjsko pomembna zdravila v bolj revnih. Delnice velikih farmacevtskih družb so sedaj zaradi pokvarjenih napovedi o svetli prihodnosti na borzah lažje dosegljive.

Ni dvoma, da so se veliki proizvajalci zdravil znašli pod plazom kritik, in sicer ne zaradi večjih dobičkov, kot jih imajo druge panoge, temveč zaradi dobičkov na področju zdravja, kjer denar ljudem dela precej nelagodja. Farmacevtske družbe niso le dobičkonosne, temveč precej vidne. V ZDA so med glavnimi krivci za naraščanje zavarovalnih premij. Zdravila predstavljajo najbolj očitni in ponavljajoči se strošek za zdravje, katerega vsaj delno breme se prenaša na neposrednega uporabnika. Tako so se farmacevtska podjetja znašla v precepu, in sicer med delničarji, ki si ne želijo zniževanja cen zdravil, in potrošniki, ki se pritožujejo nad njihovo rastjo.

Vsaj del težav, ki jih sedaj čutijo, so si velike farmacevtske družbe nakopale same. Z zamudo so prepoznale prihajajoči vihar

okrog nedostopnosti življenjsko pomembnih zdravil v ekonomsko nerazvitem svetu. Odnosi z javnostmi na mnogih drugih področjih so ravno tako nerodni in obljuje vlagateljem so se izkazale za pretirane.

Aktualni pritiski na farmacevtska podjetja pospešujejo dolgo prelagano raziskovanje bolj učinkovitejših in cenejših poti za razvoj novih zdravil. Manjkajoča gesta, ki jo bodo podjetja morala enkrat narediti, je dokazovanje, da novo zdravilo resnično opravičuje svojo ceno glede obstoječega načina zdravljenja. Vlade so dolžne podpirati vse tovrstne raziskave in jasno povedati, da so pripravljene plačati več le za tista zdravila, ki so pomembna in očitno kakovostnejša.

Ni pričakovati, da se bi farmacevtska podjetja sama lotila potrebnih sprememb. Kot vsa druga podjetja so dovzetna zgolj za resnične izzive. Slednji se lahko pojavijo le ob bolj preudarnem delovanju tako zakonodajalcev kot potrošnikov. Prave ukrepe so zmožni pripraviti v številnih evropskih javno-zdravstvenih sistemih in državnih ter zasebnih zdravstvenih zavarovalnicah v ZDA. ■

*Prevedel in priredil: Rade Iljaz*

*Vir: The Economist, 6. 12. 2003*

# Veseli december v Bolnišnici Celje

**S**ivina decembrskih dni nas je ovila v tiha pričakovanja prazničnih dni, ko smo snovali ideje za topla, vesela praznovanja.

V bolnišnici, ob bolnem otroku, doživljamo srečo ob vsakokratnem srečanju z njim, ko se mu utrne iskrica v očeh, ko izve, kdo sem, da se bo z mano igral, prepeval, risal, poslušal pravljico ... ali se tudi učil v šoli. Vse to mu popestri bolnišnični vsakdan ... Valovanja otroškega čustvovanja nam v tem okolju še posebej nalagajo, da nismo preveč resni, da znamo stvari omiliti ... Tako se trudimo iz dneva v dan, še posebej v mesecu oktobru in decembru. Teden otroka so nam popestrile vzgojiteljice Vrtca Zarja Celje z lutkovno igro.

V decembru so se vrstile različne prireditve, ki so otrokom polepšale dneve v bolniški postelji. Otroci so doživljali ugodje, sproščenost, smeh ter zadovoljstvo ob igrih, ki so nam jih zaigrali otroci 1. osnovne šole Celje, Osnovne šole Lava ter vzgojiteljice iz vrtca Štore. Že nekaj let nas s pravljичno uro razveseljuje gospa Ida iz knjižnice Miško Knjižko Celje. Solze smeha nam je pričaral klovn Ronald McDonald z Božičkom. Zabavala nas je tudi klovnosa Mika Maka. Čisto na koncu nas je obiskal še dedek Mraz z darili, ki jih je prispevala Bolnišnica Celje. Pestro, zabavno in lepo nam je bilo.

V imenu "malih in velikih otrok v pižamah" Bolnišnice Celje, se vsem prisrčno zah-

valjujejo vzgojiteljice Vrtca Anice Černej Celje, Oddelek bolnišnica in učiteljici 1. osnovne šole Celje, Oddelek bolnišnica. ■

*Majda Guzej*



# Prva slovenska monografija o samomoru

V Sloveniji vsako leto samomor naredi okoli 600 ljudi. Samomor predstavlja zaskrbljujoč nacionalni problem, zato je preprečevanje samomora nacionalna prioriteta.



preprečevanju samomorilnega vedenja. Ker so bili nekateri prispevki zelo dobri, smo se odločili, da jih ne objavimo le v knjigi povzetkov, temveč da jih zberemo v prvi slovenski monografiji o samomoru.

## ...je premalo, treba je narediti...

Plod takšnih razmišljanj je pričujoča monografija, ki je novembra 2003 izšla pri Državni založbi Slovenije. Sooblikovali so jo različni strokovnjaki, tako suicidologi kot strokovnjaki sorodnih vej. V monografiji so združene izkušnje, najnovejša spoznanja in znanja o tem pojavu. Knjiga ima izjemno znanstveno in uporabno vrednost, saj ponuja različne teoretične koncepte in hkrati prikazuje tudi njihovo praktično uporabo pri preprečevanju samomora. Problema samomora se

loteva na sodoben način:

- obravnava ga celostno kot kompleksen fenomen,
- ne išče krivcev, temveč predlaga rešitve,
- samomor detabuizira in normalizira odnos, ki je predpogoj za učinkovito preventivo.

Delo je podrobneje predstavljeno v rubriki recenzije. Monografija je namenjena strokovnjakom različnih področij, tistim, ki se pri svojem delu srečujejo s problemom samomora kot tudi širši laični javnosti. Tako je v pomoč psihiatrom, ki jih zanima vpliv antidepressivov na samomorilno vedenje, učiteljem in staršem, ki jih skrbi za odrasčajočo mladino, ljudem, ki delajo z odvisniki od psihoaktivnih snovi, splošnim zdravni-

kom, ki imajo pred seboj depresivnega bolnika, ljudem, ki delajo s starejšim prebivalstvom, tistim, ki se ukvarjajo ali so kako drugače v stiku z ljudmi z motnjami hranjenja. Monografija je namenjena tudi snovalcem državne politike v zdravstvu, kjer jim bo pomagala utirati učinkovitejše poti pri načrtovanju in izvajanju projektov na področju zmanjševanja samomorilnosti.

Prva predstavitev monografije je bila 11. novembra 2003 na Zavodu za zdravstveno varstvo v Celju - v središču regije, v kateri je samomorilna problematika najbolj izražena. Knjiga je na voljo v knjigarnah DZS, na Inštitutu za varovanje zdravja (naročilnica je na rumenih straneh), kot tudi v vseh večjih slovenskih knjižnicah, kjer bomo knjigo v naslednjih mesecih tudi predstavili. Monografija je vzbudila veliko zanimanja tako laične kot strokovne javnosti. Knjiga bo izšla tudi v ponatisu in ker je veliko zanimanja med tujimi strokovnjaki, načrtujemo prevod v hrvaščino in italijanščino, morda tudi v angleščino.

Kako prepoznati stisko? Kaj je depresija? Kam po pomoč? Lahko preprečimo samomor? ... so vprašanja, ki pogosto ostanejo neodgovorjena. Z namenom, da bi prav vsakdo poznal odgovor nanje, smo ob že predstavljeni knjigi "Slovenija s samomorom ali brez" izdali še informativno zloženko "V stiski... iz stiske". V njej smo spregovorili o samomoru in dejavnih tveganja zanj, o depresiji in zdravljenju z antidepressivi ter o stiski in kako iz nje. Zloženka je namenjena širši javnosti, ljudem v stiski in njihovim bližnjim. Izšla je ob svetovnem dnevu za preprečevanje samomora, 10. septembra, na Inštitutu za varovanje zdravja v sodelovanju s Slovenskim združenjem za preprečevanje samomora in Psihiatrično kliniko Ljubljana. Zloženka je na voljo v Zavodih za zdravstveno varstvo, zdravstvenih domovih ter na Inštitutu za varovanje zdravja.

## Vedeti in hoteti...

Na Inštitutu za varovanje zdravja v sodelovanju s tujimi institucijami vsaki dve leti organiziramo mednarodni kongres z naslovom "Samomor na stičišču genov in okolja", kjer si prizadevamo, da bi zbrali strokovnjake, ki se ukvarjajo z raziskovanjem in preprečevanjem samomorilnosti. Prvi kongres je bil leta 2000, drugi dve leti kasneje. Oba kongresa sta naletela na velik odmev, tako maja letos organiziramo že tretje takšno srečanje (podrobne informacije o kongresu najdete na rumenih straneh). Na zadnjem srečanju se je zbralo veliko strokovnjakov iz Slovenije in tujine. Predstavili so svoje znanstvenoraziskovalno delo in pristope k



## ... in uporabiti

Na Inštitutu za varovanje zdravja smo v sodelovanju z Zavodom za zdravstveno varstvo Celje in Ravne na Koroškem leta 2001 začeli s preventivnim programom preprečevanja samomora. V prizadevanju za zaježitev samomora se s svojimi znanji v program vključujejo različne stroke: zdravstvo, socialna služba, šolstvo, policija. Za različne ciljne in poklicne skupine, med njimi tudi za splošne zdravnike, smo izpeljali predavanja in delavnice o samomorilnem vedenju in depresiji. Gre za metodo, ki se je dobro obnesla že pred več kot dvajsetimi leti na švedskem otoku Gotland, kjer so število samomorov uspeli zmanjšati za 20 odstotkov. Trenutno je omenjen program zelo uspešen tudi v Nemčiji. Podoben pristop bomo letos začeli izvajati še v Prekmurju. Pomembno je, da je širša javnost s problemom seznanjena, zato bomo tudi v prihodnje izvajali različne akcije, medijske dejavnosti in izdajali zloženko ter druge informativne publikacije. ■

Saška Roškar, Maja Zorko, Andrej Marušič



# Povabljena tudi Europa Donna

V začetku decembra 2003 je bil na Onkološkem inštitutu pod pokroviteljstvom Ministrstva za zdravje posvet o preživetju bolnikov z rakom.

Vzrok za sklic posveta so bili rezultati mednarodne študije EURO CARE-3, ki je pokazala, da v primerjavi z mnogimi državami in regijami v Evropi, Slovenija po preživetju bolnikov z rakom ne sodi med uspešnejše.

Posvet je bil namenjen štirim tumorskim lokalizacijam:

- raku materničnega vratu,
- raku dojke,
- raku sečnega mehurja in prostate,
- raku debelega črevesa in danke.

K razpravi o raku dojke je bila k sodelovanju povabljena tudi predstavnica civilne družbe Slovenskega združenja za boj proti raku dojke Europa Donna. Strokovnjaki so v publikaciji Preživetje bolnikov z rakom v Sloveniji (1983-1997) zapisali, da je več vzrokov za skoraj deset odstotkov slabše petletno starostno standardizirano preživetje bolnikov z rakom dojke v Sloveniji od evropskega.

Eden izmed pomembnih vzrokov za slabše preživetje je še vedno slaba osveščenost žensk, saj jih še vedno več kot polovica pride k zdravniku prvič z razširjeno ali razsejano boleznijo. Več moči bo potrebno usmeriti v organizirano presejanje s kakovostnimi izvajalci presejanja, kontrolo kakovosti dela in dobro organizirano povezavo med diagnostično in terapevtsko službo.

Kje je tu vloga civilne družbe?

Slovenska Europa Donna se dobro zaveda, da slovenske ženske premalo vedo o najpogostejšem raku, ki jih lahko prizadene - o raku dojke. Zato je eden izmed osnovnih ciljev združenja povečanje osveščenosti o boleznih dojke. Štirikrat letno izdajamo Novice Europa Donna, ki jih prilagamo Naši ženi (naklada 25.000 izvodov), v katerih pišejo strokovnjaki na vsem razumljiv način o boleznih dojke, prav tako o zdravem načinu življenja. Predavamo po celi Sloveniji in nastopamo v različnih medijih. Imamo svoj svetovalni telefon. Pri zdravstveni politiki

poskušamo doseči, da bi čimprej zaživelo organizirano presejanje in bi bili vzpostavljene centri za boleznijo dojke po evropskih priporočilih.

Strokovnjaki in zdravstveni politiki se pri nas še vedno premalo zavedajo vloge in pomena civilne družbe.

Menim, da smo predstavniki civilne družbe (Europa Donna, Zveza društev za boj proti raku, Društvo onkoloških bolnikov, itd.) most med ljudmi (zdravimi in bolnimi) na eni strani in stroko ter politiko na drugi.

S svojim načinom dela pridemo v kontakt z najmanj osveščenimi, razbijamo mite o raku, večamo vedenje o pomembnosti zgodnjega odkrivanja bolezni, takojšnjega pravnega zdravljenja, o zdravem načinu življenja. V osebnih pogovorih velikokrat pomagamo poiskati odgovor na marsikatero vprašanje bolnika, ki je ostalo neodgovorjeno ali se je porodilo šele po obisku strokovnjaka. Le-ti se premalokrat zavedajo, da se danes bolniki vse bolj zavedajo svojih pravic in se želijo pogovarjati o svoji bolezni, želijo vedeti, kaj lahko pričakujejo in koliko lahko sami pripomorejo k hitrejši ozdravitvi.

Vpeti v neizprosne časovne normative strokovnjaki ne zmorejo posvetiti bolnikom vedno toliko časa, kot si ga ti želijo ali zahtevajo. Zato so velikokrat po krivici deležni kritik nezadovoljnih bolnikov.

Predstavniki civilne družbe lahko s svojim delom omilimo marsikakšen nesporazum v zadovoljstvo bolnikov in pripomoremo k ohranjanju spoštovanja do zdravništva.

Prepričani smo, da se bosta v Sloveniji preživetje bolnikov z rakom in kakovost njihovega življenja izboljšali šele takrat, ko bosta stroka in politika sprejela ponujeno roko civilne družbe. Navsezadnje ne zdravstvo in ne politika nista sama sebi namen, ampak naj bi služila nam vsem. Civilni družbi v najširšem pomenu besede. ■

Mojca Senčar

## KRIZNI MANEDŽMENT

Prepiri in spori so pogost pojav tako v zasebnem kot tudi v delovnem okolju. Zdravstveno področje pri tem ni nobena izjema. Sodobni zdravniki se povsem nehote pogosto znajdejo v vlogi posrednika v prepirih in nasprotovanjih ne le v lastnem delovnem okolju, temveč morajo nemalokrat posredovati tudi v sporih med bolniki in njihovimi delodajalci, zavarovalnico, socialno službo, domačimi ipd. Pri tem večina zdravnikov nima formalnega znanja o mediaciji oziroma o kriznem manedžmentu v sporih, zato se običajno zanesejo na zdravo presojo in intuicijo. Zdravnikom, ki jih kot razsodnike povabijo v sredino, ko morajo posredovati med sprtima stranema, ali ko povsem naključno naletijo na konfliktno situacijo in bi radi pospešili njeno razrešitev, strokovnjaki svetujejo, da:

- so pri posredovanju konkretni in specifični, saj razgrete glave ne razumejo in ne sprejemajo splošnih in površnih navodil ter priporočil;
- zahtevajo, naj jim kratko in jedrnato razložijo vzrok za konfliktno situacijo;
- če se ne morejo (ne želijo) takoj odločiti za način posredovanja (morda celo morebitne obtožbe), je najbolje, da povedo, da potrebujejo čas za razmislek (medtem se bodo duhovi morda že pomirili ali vsaj malo ohladili);
- namesto nasvetov in očitkov prizadetim raje pomagajo z idejami in rešitvami;
- se ne vmešavajo v prepir in ne dovolijo, da jih sprte strani potegnejo vanj;
- če menijo, da si želijo prepirljivci s konflikti pridobiti predvsem njihovo pozornost, naj bodo pozorni do njih predvsem (izključno) takrat, kadar se ne jezijo in se ne prepirajo;
- delujejo premišljeno, dostojanstveno, razsodno in pomirjujoče;
- skušajo na vsak način preprečiti morebitno škodo (materialne, moralne narave);
- se s sprtima stranema (obema skupaj ali najprej z vsako posamezno) pomenijo o problemu in jih spodbudijo k iskanju trajne rešitve zanj (modus vivendi);
- ne napadajo in ne očitajo krivcem, da se vedno prepirajo, sicer bodo verjeli, da je to res in bodo nenehno iskali priložnost za konflikt;
- ugotovijo na katere okoliščine in dogod-

ke so ljudje v njihovem okolju najbolj občutljivi in jih skušajo preprečiti ali omiliti (v najslabšem primeru jih nanje vsaj pravočasno opozorijo);

- se izogibajo posplošenim sodbam in govorjenju na pamet, preden vzamejo pravico v svoje roke, se o zadevi natančno poučijo;
- dovolijo ljudem, da so jezni in pokažejo (izrazijo) svoja negativna čustva;
- ne pozabijo na humor, ki je najmočnejše orožje v spornih situacijah;
- pohvalijo, nagradijo dobro delo in vzorno vedenje svoje okolice;
- priznajo svoje napake in spodrsjlaje ter se zanje opravičijo oziroma jih popravijo, obenem pa isto zahtevajo tudi od svojih sodelavcev in podrejenih;
- spodbujajo sodelovanje namesto tekmovanja znotraj podjetja (institucije) kot tudi v življenju in delovanju nasploh.

Nasvete lahko koristno uporabite tudi v zasebnem (družinskem in družabnem) okolju. ■

*Priredila in prevedla: Nina Mazi*

*Vir: Management Today*

## ZDRAVSTVENA ELITA

Čeprav si zdravstvo po vsem svetu pri zadeva, da bi pometlo z neutemeljenim, nezdravim, nespodbudnim in škodljivim elitizmom, pa zdravniki na vseh celinah sodijo med družbeno (praviloma tudi intelektualno) elito, ki se v urejenih državah bistveno razlikuje od politične, premoženjske in drugih vrst elite. Za zdravstveno elito je značilno predvsem bogato znanje, uporabne izkušnje ter intelektualni, psihofizični, socialni in humani potenciali. Intelektualni in socialni elitizem sta tesno povezana predvsem z dejstvom, da uspešen zdravnik (terapevt in manedžer kot preza-posleni posameznik) potrebuje čimbolj široko znanje in razgledanost, ki temeljita na kopici drobnih, na videz nepomembnih dejstvih, podatkih in informacijah, ki se pri uresničevanju zahtevnega poslanstva po načelih Hipokratove zaprisege vedno znova potrdijo za koristne in izkažejo za nepogreš-

ljive. Po mnenju priznanega ameriškega sociologa, dr. Jamesa Bittnerja, je veličina zdravnikov na pragu 21. stoletja predvsem v tem, da znajo svojo pripadnost eliti nositi s pravo mero skromnosti in dostojanstva; privilegije, ki jim jih prinaša elitnost, pa izkoristiti predvsem v dobro svojih pacientov - uporabnikov zdravstvenih storitev in vseh, ki potrebujejo oziroma pričakujejo njihovo strokovno in človeško pomoč. ■

*Priredila in prevedla: Nina Mazi*

*Vir: CNN*

## DOBIČEK V ZDRAVSTVU

Zdravstvo je lahko in mora biti tudi dobičkonosno - v pravem in v prenesenem smislu besede. Časi pojmovanja in uvrščanja zdravstva izključno med "porabo" so dokončno mimo. Del denarja, ki ga potrebuje za svoje delovanje in obstoj, mora ustvariti samo, saj sredstva iz žepa prebivalstva že davno ne zadoščajo, pretiravanje z omejitvenimi ukrepi pa lahko kot "bumerang" doletijo predlagatelja. Po ugotovitvah in izkušnjah poznavalcev nosijo bolnišnice in zdravstvene storitve nasploh v sebi potencial, s pomočjo katerega bo mogoče ob primernem tržnem obnašanju vedno več in bolje zaslužiti. Zanimiv zgled tega so številne nemške klinike, ki imajo rast dohodka, večjo od letne rasti BNP v državi. Tako je priznana nemška bolnišnica, Rhoen-Klinikum AG, dokazala, da postaja zdravstvo vse bolj donosna poslovna kategorija. Lansko leto je omenjeni medicinski koncern ustvaril 10 odstotni dobiček, za letošnje leto pa pričakujejo od 11 do 12 odstotno rast dohodka. Zahvala gre predvsem ekonomičnosti poslovanja uprave, učinkovitosti uporabe zmogljivosti in visoki strokovnosti zdravljenja. Opogumljeni s spodbudnimi poslovnimi rezultati, si želijo doseči še več, zato si Renska klinika prizadeva tudi za "mehko" plat donosnosti - predvsem za čim višjo stopnjo prijaznosti do uporabnikov, pa tudi do svojih sodelavcev in okolja, v katerem se nahaja. Za piko na i pa so se odločili tudi za načrtno, čimbolj konstruktivno sodelovanje z domačimi in tujimi zdravstvenimi zavarovalnicami. ■

*Povzela in prevedla: Nina Mazi*

*Vir: ZDF*

# 23. memorial Toma Krasnova

## 4. državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v košarki

Sončna sobota, 22. 11. 2003, je v štajersko metropolo privabila okoli sto zdravnikov in zobozdravnikov, ki so se želeli med seboj pomeriti v igri pod koši in v prijetni družbi preživeti jesenski dan. Maribor, mesto mostov čez Dravo, je na ta dan v svoj objem sprejelo zdravniške in zobozdravniške košarkarske zanesenjake iz vse Slovenije. V športnem okolju univerzitetne dvorane Leona Štuklja, ki se nahaja v osrčju kampusa Univerze v Mariboru, s prelepim pogledom tako na okoliško gričevje kot na zeleno Pohorje, smo udeleženci prvenstva

imeli izvrstne pogoje za lep in s športom začinjen dan.

Letos se je državnega prvenstva udeležilo devet ekip, kar je ena več kot lani. To lahko kaže na boljšo propagandno akcijo organizatorja, izredno atraktivno lokacijo, bolj verjetno pa na večanje priljubljenosti košarke med zdravniki in zobozdravniki. Ekipe so bile razdeljene v tri skupine. V vsaki skupini so bile tri ekipe. Najboljša ekipa iz vsake skupine se je neposredno uvrstila v polfinale, kjer se jim je pridružila tudi najboljša izmed preostalih ekip. Celotno tekmovanje je potekalo

izredno športno in, navkljub izjemni zavzetosti in borbenosti, v prijateljskem vzdušju. Užitek ob prijetnem druženju z žogo in s prijatelji je popestrila tako imenovana memorialna tekma. Na njej so legende slovenske zdravniške in zobozdravniške košarke pokazale, da niso za staro šaro in da bodo, glede na prikazano igro, na košarkarskih parketih uspešno vztrajali še vsaj naslednjih 23 let.

V borbi za najzlahtnejša odličja so letos zaslužno zmagali Zdravniki prijatelji ortopedi, ki so v finalnem obračunu premagali domačine, Zdravnike Maribor. Tretjega me-



Nevrokirurgi - novinci so pokazali, da bo v prihodnosti potrebno z njimi resno računati.



Zdravniki psihiatri so prikazali dobro igro, a v močni skupini A niso mogli iztržiti kaj več.



X-RAY TEAM - izkušenim radiologom se je, dobri igri navkljub, le za las izmuznila zmaga v tekmi za peto mesto.



Zdravniki Dolenjska - Že drugo leto zapored so prikazali dobro igro A, vendar izgubili tekme v predtekmovanju. Naslednje leto gotovo ne bodo ponovili podobnih napak.



MF legende - nekoliko oslABLJENE legende zaslužno v zlati sredini



Kirurgi KC - Lanskoletni zmagovalci so letos ostali brez medalj, a kljub vsemu niso bili preveč razočarani.



Zdravniki Celje - lanskoletni finalisti so zasluzeno zmagali v boju za tretje mesto.



Zdravniki Maribor - domačini so prikazali dobro igro in so zasluzeno osvojili drugo mesto.



Zdravniki ortopedi prijatelji - junaki v zelenem so zasluzeno osvojili zlato medaljo.

## Rezultati

### Skupina A Rezultati v predtekmovanju

#### Kirurgi KC

Zdravniki Maribor : Zdravniki psihiatri = 44 : 14

#### Zdravniki Maribor

Zdravniki psihiatri : Kirurgi KC = 25 : 37

#### Zdravniki psihiatri

Zdravniki Maribor : Kirurgi KC = 22 : 17

### Skupina B Rezultati v predtekmovanju

#### Zdravniki Celje

Zdravniki Celje : Zdravniki Dolenjska = 28 : 23

#### X-RAY TEAM

X-RAY TEAM : Zdravniki Dolenjska = 27 : 24

#### Zdravniki Dolenjska

Zdravniki Celje : X-RAY TEAM = 16 : 53

### Skupina C Rezultati v predtekmovanju

#### Zdravniki ortopedi prijatelji

Zdravniki ortopedi prijatelji : Nevrokirurgi = 44 : 15

#### MF legende

Nevrokirurgi : MF legende = 28 : 49

#### Nevrokirurgi

Zdravniki ortopedi prijatelji : MF legende = 31 : 15

### Tekma za uvrstitev v polfinale

Kirurgi KC : MF legende = 34 : 18

### Memorialna tekma - Old stars

#### Vzhod

Drofenik 3, Pušelja, Vernik 8,  
Reljič 7, Pišec 2, Daneu 13 33

#### Zahod

Cvetičanin 9, Kastelic 2, Špilar 7,  
Leban 4, Praprotnik 9, Lovšin 2 33

### Tekma za 7. mesto

Zdravniki Dolenjska : Zdravniki psihiatri = 23 : 22

### Tekma za 5. mesto

MF legende : X-RAY TEAM = 25 : 23

### Polfinale 1

Zdravniki ortopedi prijatelji : Zdravniki Celje = 39 : 30

### Polfinale 2

Zdravniki Maribor : Kirurgi KC = 41 : 20

### Tekma za 3. mesto

Zdravniki Celje : Kirurgi KC = 43 : 32

### Finalna tekma za 1. mesto

#### Zdravniki ortopedi prijatelji

Povhe 6, Bunc 24, Kovač 10, Dolinar 1,  
Drobnič 6, Stražar 4, Zupanc 6 57

#### Zdravniki Maribor

Roškar, Špička 13, Reljič, Schaubach, Žebeljan 12,  
Movrin 2, Bajec 7, Jager 12, Jerkovič, Pavlin 46

### Končni vrstni red

1. Zdravniki ortopedi prijatelji
2. Zdravniki Maribor
3. Zdravniki Celje
4. Kirurgi KC
5. MF legende
6. X-RAY TEAM
7. Zdravniki Dolenjska
8. Zdravniki psihiatri
9. Nevrokirurgi

### Točkovanje za najboljšega igralca

1. Bunc Zdravniki ortopedi prijatelji  
39 točk / povprečno 9.75
2. Žebeljan Zdravniki Maribor  
27 točk / povprečno 6.75
3. Kramer Zdravniki Celje  
26 točk / povprečno 6.50
4. Cvetičanin X-RAY TEAM  
24 točk / povprečno 8.00
5. Macura Kirurgi KC  
24 točk / povprečno 6.00

### Najboljši strelci

- |               |                               |         |
|---------------|-------------------------------|---------|
| 1. Bunc       | Zdravniki ortopedi prijatelji | 67 točk |
| 2. Kramer     | Zdravniki Celje               | 62 točk |
| 3. Macura     | Kirurgi KC                    | 49 točk |
| 4. Žebeljan   | Zdravniki Maribor             | 41 točk |
| 5. Bajec      | Zdravniki Maribor             | 36 točk |
| 6. Cvetičanin | X-RAY TEAM                    | 33 točk |
| 7. Kovač      | Zdravniki ortopedi prijatelji | 33 točk |
| 8. Jager      | Zdravniki Maribor             | 32 točk |
| 9. Špička     | Zdravniki Maribor             | 29 točk |
| 10. Anderluh  | Zdravniki Celje               | 28 točk |

sta so se veselili Zdravniki Celje, ki so premagali lanskoletne zmagovalce Zdravnike kirurge. Za najboljšega igralca turnirja je bil razglašen član zmagovalne ekipe Matjaž Bunc, ki je bil hkrati tudi najboljši strelca tekmovanja.

Športnemu delu tekmovanja je sledil družabni del, kjer smo v prisotnosti družine Krašnov in idejnega vodje memorialnih srečanj Bineta Stritarja svečano podelili zasluzena odličja najboljšim ekipam in razglasili najboljšega igralca četrtega državnega prvenstva zdravnikov in zobozdravnikov v košarki. Ob bogato obloženih mizah smo v veseljem vzdušju, ne glede na dosežen rezultat, obujali prijetne spomine na zanimive športne doživljaje. Domenili smo se, da se naslednje leto dobimo v Sežani, kamor naj nas varno in zdravo "pripriha" kraška burja.

Ko sem po koncu tekmovanja zamišljeno prenašal žoge do avtomobila, sem razmišljal. Nekdo živi od letnega dopusta, ki ga preživi na morju do naslednjega morskega oddiha, kdo drug od božiča do božiča ali od novega leta do novega leta. Verjetno pa ob-

staja kdo, ki živi od enega memoriala Toma Krasnova do drugega memoriala Toma Krasnova. Če ne kdo drug, so mogoče to starši Toma Krasnova, ki so bili zaradi usode prikrasani za privilegij spremljati svojega sina na častni poti zdravnika skozi življenje in šport. Verjetno se nam tudi zato vedno z veseljem odzovejo in s svojo prisotnostjo počastijo naša memorialna srečanja. Ko se bo naslednje leto košarkarska žoga ponovno odbijala pod koši, pomislimo, kam se je v preteklem letu odkotalila naša žoga življenja, kako okrogla je in kako zelo veseli bomo, da jo sploh imamo.

Vidimo se naslednje leto na Krasu z željo, da se naj vam vaša žoga življenja do takrat vrtil v vašo smer, ne glede na to katera koli je.

Organizacija takšnega dogodka je neizogibno povezana s finančnimi stroški. Generalno pokroviteljstvo nad letošnjim tekmovanjem je prevzel Lek, d. d. Ostali pokrovitelji so bili Nova KBM, d. d., Krka, d. d., Janssen-Cilag, Splošna bolnišnica Maribor in Zdravstveni dom Adolfa Drolca Maribor. Vsem pokroviteljem se iskreno zahvaljujemo za njihovo pomoč. ■

Ivan Žebeljan

Foto: Branko Cvetičanin



Memorialna tekma - OLD STARS. Stari prijatelji pozirajo skupaj.



Matjaž Bunc (levo) je zaslužen osvojil lovoriko najboljšega igralca prvenstva, saj je bil tudi najboljši strelec.



Oče Toma Krasnova v pogovoru s kapetanom zmagovalne ekipe



Zdravniki ortopedi prijatelji preizkušajo, kako je okusna njihova zlata medalja.

# Končati s suženjskim delom!

Evropska komisija je 23. 11. 1993 sprejela smernico (93/104/EC), ki določa najdaljše dovoljeno trajanje delovnega časa in neodtujljive pravice zaposlenih do počitka med delovnimi izmenami. Ta smernica določa, da je delovni čas tisti čas, ko je zaposleni po nalogu delodajalca na delovišču, ne glede na to, če dejansko opravlja delo ali je za delo le na razpolago. Najkrajši letni dopust je štiri tedne. Zaposleni imajo pravico do najmanj enajst urnega počitka med izmenami in do najmanj 24 neprekinjenih prostih ur v dveh tednih. Redni delovni čas je največ 40 ur na teden in sme biti podaljšan za največ osem ur, ki se štejejo kot delo preko polnega delovnega časa. Smernico morajo obvezno upoštevati vse države članice Evropske unije, ki so bile zadolžene, da smernico vgradijo v svoje zakone.

Nekatere države te dolžnosti niso izpolnile. Kot prvi so proti takšni samovoljni protestirali zdravniki iz Valencie. Obrnili so se na Evropsko sodišče v Luksemburgu. To sodišče je odločilo njim v korist. (Razsodbo z dne 3. 11. 2000 z oznako C-303/98 je možno prebrati na [www.curia.eu.int](http://www.curia.eu.int)). V njej piše, da so vse članice Evropske unije dolžne spoštovati smernico Evropske komisije. Kakršnikoli dogovori med sindikati in delodajalci so neveljavni v tistih delih, ki so v nasprotju s smernico. Vsaka prisotnost zaposlenega na delovišču mora biti obravnavana kot delo, tako mora biti nagrajena in nanjo se nanaša tudi časovna omejitev delovne obveznosti. Nobeno "dežurstvo" ne sme biti slabše plačano kot redno delo. Nadurno delo je možno le z osebnim soglasjem zaposlenega. Takšno soglasje ne sme biti pridobljeno s prisilo.

Češka republika je leta 2001 sprejela zakon o delu, po katerem

so zaposleni dolžni opraviti največ 150 ur dela preko polnega delovnega časa na leto. Ob prostovoljnem soglasju opravi zaposleni največ 416 ur preko polnega delovnega časa na leto. Čudna češka posebnost, kakršne razvite evropske države ne poznajo, je "pripravljenost na delovišču". Ta s soglasjem zaposlenega traja dodatnih 400 ur na leto. Sprejetje nove delovne zakonodaje je razburilo direktorje bolnišnic, ki se niso bili sposobni pogovoriti z zaposlenimi in spremeniti ustaljenih delovnih stereotipov. Nova zakonodaja je razkrila napake v financiranju bolnišnic in popolni kaos v nacionalni zdravstveni mreži.

Zloraba zdravnikovega dela ni odstranjen niti v nekaterih državah članicah Evropske unije. Pozornost je vzbudil primer kirurga dr. Norberta Jaegerja, ki je bil prisiljen, da je prebival neprekinjeno 30 ur v bolnišnici v severnonemškem Kielu. Njegova pritožba se je vlekla po sodiščih, dokler ni prispela pred Evropsko sodišče v Luksemburgu. Dne 9. 9. 2003 je sodišče odločilo, da je vsaka prisotnost zaposlenega na delovišču, ne glede na to, če dejansko dela ali če le počiva, opravljanje dela. Opravljanje dežurstva, čeprav na mestu, ki ga je delodajalec določil za počitek, je delo v celem časovnem obsegu in mora biti tako tudi finančno ovrednoteno. Dokument C-151/02 je na [www.curia.eu.int](http://www.curia.eu.int) (vendar najlažje omenjeni dokument najdete z uporabo GOOGLE in ključnimi besedami: Norbert Jaeger, op. prevajalca). Že danes nemškimi bolnišnicam primanjkuje 3.100 usposobljenih zdravnikov. To je povzročilo odhod več kot 400 čeških

zdravnikov na delo v Nemčijo. Nemčija bo v bližnji prihodnosti potrebovala 15.000 usposobljenih zdravnikov, po nekaterih ocenah celo 27.000. Nemška ministrica za zdravje priznava, da Nemčija danes teh zdravnikov nima. Hkrati nima denarja za morebitne plače. Kako ta problem rešiti, ne ve.

Od maja 2004 bo morala odločitve Evropskega sodišča spoštovati tudi Češka republika in omenjeno smernico 93/104/EC vgraditi v svoje zakone. Če se to ne zgodi, bo potrebno spoštovanje evropske zakonodaje izsiliti. Najbrž se bo še kakšen češki dr. Jaeger s pomočjo zdravniških sindikatov obrnil na Evropsko sodišče v Luksemburgu. Skrajni čas je, da se suženjsko delo v čeških bolnišnicah konča in da zdravniki zaslužijo zadosti denarja tudi brez dežurstev. V nasprotnem primeru bo večina sposobnih odšla za delom v tujino in češke bolnike bo zdravil "Bog ve kdo". Novi zakon bo moral ukiniti poniževalno "neefektivno delo". Ob tem gre tudi za zaščito bolnikov. Utrujen zdravnik nujno dela napake. Zanimivo je, da preobremenitev zdravnikov ne skrbi zdravstvenih zavarovalnic, ki naj bi zastopale interese svojih strank, to je bolnikov.

Češki politiki, predvsem tisti, ki ne vidijo potrebe po zaščiti zaposlenih, morajo sprejeti dejstvo, da sodobna družbena ureditev ni tisti kapitalizem, o katerem so se učili na šolanjih iz marksizma in leninizma. ■

Jirí Hollan

Vir: *Tempus medicorum*, št. 10/2003



# Medicinska univerza v Gradcu



Čeprav ima Avstrija veliko število nezaposlenih zdravnikov in imajo diplomanti medicinskih fakultet le skromne možnosti, da bodo delali v poklicu, ki so si ga izbrali, so s 1. januarjem letošnjega leta postale medicinske univerze nekdanje fakultete na Dunaju, v Innsbrucku in Gradcu. Slednja je imela svoj rektorat od lanskega oktobra in se je hkrati preimenovala v Leopold-Auenbrugger Universität, po iznajditelju perkusije prsnega koša (pred tem se je imenovala Medizinische Fakultät Karl - Franzens).

Študijski model bo usmerjen predvsem v integracijo raziskovalnega dela, v učni program in vključevanje študentov v klinično raziskovalno delo, obljublja novi rektor.

Nova Medicinska univerza ima 26 klinik in 14 inštitutov, 1.627 postelj, 1.435 sodelavcev, med njimi je 686 zdravnikov in znansvenih delavcev ter 165 zunanjih sodelavcev.

Vpisanih študentov je okrog 4.300. Vpi-

sanih v zimski semester 2003/2004 je 550, absolventov študijskega leta 2001/02 pa je 336.

Štiri študijske smeri so v programu: humana medicina, zobozdravstvo, podiplomski študij in medicinski rigoroz (Rigorosenstudium Medizin), ki v članku ni pojasnjen natančneje. ■

Boris Klun

Vir: Kärntner Ärztezeitung, št. 12, december 2003

## Aids na Hrvaškem

Ob epidemičnih razsežnostih aidsa v nekaterih predelih sveta, stanje na Hrvaškem ni slabo, je menil prof. dr. Josip Begovac, vodja centra za aids, na novinarski konferenci novembra lani. V obdobju 1986 do 2002 je bilo registriranih 386 obolelih ali okuženih oseb, od teh jih je 111 umrlo, in sicer pet v tem letu.

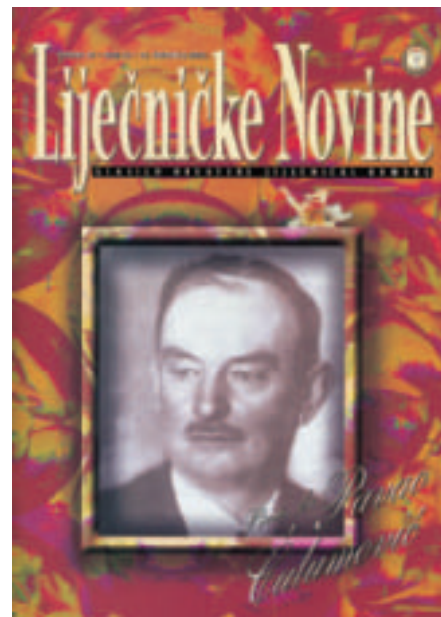
Nacionalni program bo potrebno posodobiti, je menil poročevalec, in se osredotočiti na ciljne skupine z visoko stopnjo tveganja. Poseben in pomemben problem pomeni stigmatizacija bolnikov, kar so poudarili tudi drugi referenti in naloga medijev je, da se vključijo v zmanjšanje tega pojava.

Predstavnik Svetovne zdravstvene organizacije Cornelius Klein je pozval k prizadevanjem, da se število bolnikov na Hrvaškem vsaj ne bi povečevalo, saj predstavlja še posebno nevarnost bližina Vzhodne in Centralne Evrope, kjer se število bolnikov dramatično zvišuje. Svet izgublja bitko z aidsom, saj je samo v letošnjem letu (mišljeno je leto 2003) umrlo tri milijone bolnikov, kar je najvišja letna umrljivost do sedaj. Ocenjujejo, da zbolijo po svetu vsako minuto deset novih bolnikov, je dodal Klein.

Julija 2003 je bila sklenjena dveletna pogodba med Ministrstvom za zdravje Hrvaške in Globalnim fondom za boj proti aidsu, tuberkulozi in malariji, ki je vredna približno milijon dolarjev in pol za prvo leto. Sredstva bodo namenjena predvsem preventivi in vzgoji ter pretežno usmerjena v starostno

skupino med štirinajstim in osemnajstim letom. Kot cilj so si postavili zmanjšanje števila novo obolelih na deset bolnikov na milijon prebivalcev.

Kot novo orodje v boju proti aidsu je od sredine lanskega leta v hrvaških lekarnah za ceno 98 evrov na razpolago test "HIV Rapid", ki naj bi bil zanesljiv v 98 odstotkih,



rezultat pa naj bi bilo mogoče dobiti v desetih minutah.

Mimogrede: Ustavno sodišče Hrvaške je 30. maja lani soglasno sklenilo, da se Ministrstvu za zdravje odvzame pravica, da na javnih straniščih, kot je bilo to do sedaj, določa višino školjke in odloča o pokrovu, toaletnem papirju in košu za odpadke. ■

Boris Klun

Vir: Liječničke Novine, št. 25, 15. december 2003





KOMISIJA REPUBLIKE SLOVENIJE ZA MEDICINSKO ETIKO

# Stališče Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko

## O poseganju zdravilcev v javni zdravstveni sistem

Jože Trontelj

**K**omisijo Republike Slovenije za medicinsko etiko (KME) je Ministrstvo za zdravje zaprosilo za mnenje o vprašanju nekoga zdravnika, kako naj ravna, ko njegov pacient zahteva diagnostično obravnavo na nasvet in priporočilo zdravilca.

Pacient od zdravilca prinese rezultate njegovih "diagnostičnih tehnik in testov", ki pogosto kažejo na vrsto bolezni. Bolnik potem zahteva diagnostično obdelavo po pravilih in z metodami akademske medicine, včasih tudi drage preiskave z omejeno razpoložljivostjo, kot je slikanje z magnetno resonanco. "V izvidih zdravilskih testov je ponavadi navržen cel kup zelo pogostih stanj, ki verjetno z bolnikovo sedanjo težavo nimajo nobene povezave, lahko pa se čez mesece ali leta izkaže, da se pri bolniku (ena ali druga) bolezen res manifestira." Omenjeni zdravnik za primer navaja tumor v črevesju; njegova zavrnitev posega, ki v tistem trenutku ni prav nič indiciran, bi lahko bila čez leta povod za tožbo zaradi strokovne napake. Sprašuje tudi, kdo naj bi bil plačnik preiskav, ki se opravijo na sugestijo zdravilca in zahtevo bolnika. Po mnenju Ministrstva za zdravje (ki je bilo tudi zaproseno za mnenje) "problem ni samo strokovne in finančne, ampak tudi etične narave." Potrebno bi ga bilo urediti tako, da bi se izognili morebitnim težavam pri obravnavanju državljanov in državljanek s takimi zahtevami in da bi preprečili morebitne zdravstvene napake ter hkrati neustrezno rabo javnih sredstev.

**Komisija za medicinsko etiko je zavzela naslednje stališče:**

**1.** Zdravnik nikakor ni dolžan brezpogojno ustreči pacientu, ki sam ali po nasvetu zdravilca zahteva določeno preiskavo na stroške zdravstvenega zavarovanja. Nasprotno, ravnati mora po pravilih stroke. Ta pravila predvidevajo situacije, ko je preiskava absolutno indicirana, pa tudi konstelacijo simptomov, znakov in okoliščin, ki pomenijo relativno indikacijo. Tedaj je zdravnik dolžan, da se o napotitvi na preiskavo odloči v skladu s svojo strokovno oceno. Ko ni strokovne podlage za napotitev na preiskavo, zdravnik nima niti dolžnosti in ne pravice, da izda tako napotnico.

**2.** Testov neakademskih zdravilcev, ki nimajo znanstveno doka-

zane veljave, po našem prepričanju ni mogoče upoštevati kot dokazno podlago v morebitni tožbi zaradi domnevne strokovne napake. Zdravnika torej ne bi smelo skrbeti, da bi se izvidi in mnenja neakademskih zdravilcev o nujnosti medicinskega ukrepanja lahko s kakršnokoli dokazno težo uporabili zoper njega na sodišču ali forumih, ki so pristojni za oceno strokovnega ravnanja zdravnika.

**3.** Če pacient kljub zdravnikovi zavrnitvi vztraja pri svoji želji, da se opravijo testiranja za morebiten obstoj bolezni, za katero verjame, da jo je ugotovil zdravilec, ima pravico in v našem zdravstvenem sistemu tudi možnost, da jih opravi na lastne stroške. KME meni, da bi moral zdravnik pacienta poučiti o tej možnosti in ga, če to želi, ustrezno napotiti.

**4.** Ljudje imajo pravico do realne in poštene poučitve o tveganjih, ki jih jemljejo nase, ko se zaupajo zdravilcem. Vedeti morajo, da imajo tudi v tej situaciji pravice, analogne tistim, ki jih imajo kot uporabniki akademskega zdravstva. Ministrstvo za zdravje bi moralo poskrbeti za javni dostop do take poučitve. Zdravilec pa bi moral predpisati minimum poučitve, ki ga morajo zagotoviti svojim strankam.

Država mora čimprej poskrbeti za zakonsko ureditev zdravilstva. Zaradi pravne praznine in bohotenja te dejavnosti problemi naraščajo in bodo najbrž vse težje obvladljivi. Ugoden čas za ureditev je v veliki meri že zamujen. Med pomembnimi elementi te ureditve mora biti jasno definirana in sankcionirana odgovornost zdravilcev do njihovih strank, javnega zdravstva, družbe in države. Preprečiti bi morala tudi neupravičeno uporabo javnega zdravstvenega sistema s strani zdravilcev, dvomljivo utemeljeno pa omejiti. Zato ponavljamo svoj poziv iz leta 1998: *Slovenija potrebuje učinkovit zakon o neakademskega zdravilstvu.*

## Donacija v zameno za predpisovanje zdravila

Jože Trontelj

**N**eko podjetje ponuja medicinski ustanovi donacijo 500 evrov v dobrodelni sklad za nakup opreme in strokovno izobraževanje, če bodo zdravniki spremljali učinkovitost preparata, ki ga podjetje trži, in ugotavljali vpliv zdravljenja na kakovost življe-



nja pri majhnem številu pacientov (10). Ustanova sprašuje, ali je poteza podjetja etična.

#### Mnenje KME:

Očitno gre za tržno potezo, s katero bi podjetje rado uveljavilo nov preparat na tržišču. Predlagano spremljanje učinkovitosti zdravljenja na tako majhnem številu bolnikov bi težko šteli kot znanstveno upravičeno postmarketinško raziskavo (ponudba niti ne vsebuje tega izraza).

#### Ob tem so upoštevanja vredna naslednja dejstva:

1. zdravilo je registrirano (in uvrščeno na pozitivno listo), njegova varnost in področje indikacij sta ugotovljena;
2. število bolnikov, na katerih naj bi spremljali učinkovitost, je majhno in trajanje spremljanja je omejeno, zato neposredni učinek v smislu konkurence proizvajalcem drugih zdravil z istim indikacijskim področjem ni velik;
3. donacija ni velika;

4. denar ne bo šel na osebni račun ali v žep zdravnikov, ki bodo zdravilo predpisali, ampak za etično neoporečen namen.

Glede na to KME meni, da omenjenapoteza ne pomeni nesprejemljive neloyalne konkurence niti nima značaja koruptivnega dejanja. Po koncu "preizkušanja" se bodo tako zdravniki kot bolniki lahko svobodno opredeljevali pri izbiranju zdravil, ki so na razpolago na tržišču, glede na njihove dobre in slabe strani.

Poteza podjetja po našem mnenju ni v nasprotju z načeli medicinske in poslovne etike. Potrebno pa se nam zdi, da so s tem seznanjeni tudi bolniki in se za sodelovanje odločijo prostovoljno.

Alternativna, etično še čistejša možnost je, da bi podjetje (namesto donacije v sklad ustanove) dalo ustanovi oziroma bolnikom na razpolago ustrezno količino zdravila kot brezplačen vzorec. Naš izračun za opisani primer je pokazal, da bi bila ta možnost za podjetje znatno dražja, celotna vsota pa bi šla v korist blagajne zdravstvene zavarovalnice. To se nam zdi s stališča pravičnosti celo primernejše kot donacija v omenjeni sklad. ■

# Družinska medicina in javno zdravstvo

Janko Kersnik

Za nami je desetletje burnega razvoja družinske medicine. Če smo v šestdesetih letih uspeli s staro jugoslovansko zakonodajo pridobiti specializacijo kot eno izmed specializacij na takratnem medicinskem področju in smo v sedemdesetih letih žal ob nasprotovanju posameznikov drugih strok za las zgrešili enega svojih pglavitnih ciljev, to je ustanovitev Katedre za družinsko medicino na Medicinski fakulteti v Ljubljani, je v osemdesetih letih prišlo do zagotovitve ustreznih strokovnih, gmočnih in kadrovskih pogojev za samostojni razvoj stroke. Prof. Igor Švab je navezal prve mednarodne stike na znanstveno/raziskovalnem področju. Temu je sledila povezava z učitelji v družinski medicini in s skupino za kakovost. Ob zagotovitvi ustreznih pogojev za delovanje je bila pred desetimi leti ustanovljena Katedra za družinsko medicino. Vse to na nek način zaokroža desetletja prizadevanj naših starejših kolegov, da bi družinska medicina med ostalimi strokami zasedla mesto, kot si ga zasluži. V zadnjem desetletju smo bili priča nepričakovanemu razvoju družinske medicine na akademskem, znanstveno/raziskovalnem in pedagoškem področju.

Z novo zakonodajo iz leta 1992 je zdravstvena politika stroki dala

eno izmed ključnih vlog, ki jih ima sodobna družinska medicina po svetu. Postali smo vratar na vstopnih vratih v sistem zdravstvenega varstva. Kljub temu, da je iz običajnih opredelitev zdravstvenih delavcev izginila definicija javnih delavcev, predstavlja izjemno pomembno javno-zdravstveno vlogo zdravnika družinske medicine. Preko njegovega sloga dela se odraža večja ali manjša poraba sredstev za oskrbo posameznika in celih skupin prebivalcev. Ne le naročanje laboratorijskih preiskav in predpisovanje zdravil, ki je pogosto povezano prav ali predvsem s slogom dela zdravnika, ampak tudi stopnja naporitev so povezani z vsebino dela, ki jo opravlja zdravnik družinske medicine za svoje bolnike. Pri vsebini dela gre za seznam bolezni, prebivalstvo in storitve, ki jih opravlja za svoje bolnik. Na žalost še vedno živimo na obalah poliklinične miselnosti, kamor pljuskajo valovi nekdanjih prepovedi ali toga določila, kdo sme in kdo ne sme opravljati določene storitve, da bi bilo to delo tudi finančno ovrednoteno. Nekatere "prepovedi" pogosto mogoče niti niso bile vedno zapisane, so pa togo zasidrane zlasti v načinu plačevanja zdravstvenih skupin. V omenjeno "osje gnezdo" je dregnila zdravstvena reforma. Razumljivo je, da vsaka sprememba ljudi najprej vzemiri, saj pomeni premik od rutinskega razmišljanja, od običajnih

poti dela na spremenjene, drugačne in to zahteva dodatne napore, ki bi se jim vsakdo rajši izognil, če je le mogoče.

Če želimo v prihodnje obvladovati sredstva za zdravstveno varstvo in delovati po sodobnih načelih socialno naravnane zdravstvenega varstva, potem je potrebno vsem ljudem zagotoviti pravičnost, enakost in dostopnost kakovostne zdravstvene oskrbe. Češar pa, vse kaže z dosedanjim načinom organizacije, ni bilo povsem izvedljivo. Da gredo nekaterim strukturam v zdravstvu spremembe težko v ušesa, oziroma so za nasprotovanje spremembam pripravljeni skleniti kakršnokoli zaveznitvo, nam je posebej boleče in dobro znano iz naših prizadevanj, da bi tudi tisti, ki vstopajo v družinsko medicino imeli enake pogoje in pravice že ob vstopu v zdravstveno dejavnost, to je specializacijo iz družinske medicine. Nekateri lobbiji v zdravstvu so nekaj let poskušali na različne načine dopovedati in prikazati nepotrebnost, odvečnost in nesmiselnost specializacije iz družinske medicine, kot jo je predlagala naša stroka. Noben argument moči in trkanje na vedno odmevno zavest skupnega zdravniškega interesa pri tem nista bila odveč. Na srečo je zmagal razum.

Na vse dogodke povezane s tem v družinski medicini gledamo predvsem z očmi izkušenj in se skušamo naučiti, kako v tej heterogenosti interesov s skupnimi močmi našim bolnikom zagotoviti ustrezno raven oskrbe. Da bi svojo vlogo podrobneje opredelili in ovrednotili svoje odnose z drugimi strokami, drugimi profili, z zdravstveno politiko, javnostjo, bolniki in zavodi, smo pripravili prvi javni forum o vlogi zdravnika družinske medicine v javnem zdravstvu.

Živimo v svetu, katerega temeljna zakonitost je sprememba. Pogosto ne vemo, ali te spremembe vodijo na bolje, ali ogrožajo pridobljene pravice udeležencev v sistemu zdravstvenega varstva. Mnogi se zato rajši zatekajo k obrambi zatečenega stanja, drugi bi organizacijo sistema zdravstvenega varstva spreminjali za vsako ceno. Družinska medicina kot pomemben del osnovnega zdravstvenega varstva, ki mu pri prenovi sistemov zdravstvenega varstva dajejo poseben pomen vsi mednarodni in državni dokumenti s tega področja, tako hote ali nehote predstavlja pomemben člen javnega zdravstva. Namen tega foruma je bil predstaviti poglede posameznih interesnih skupin naše družbe in na odprt način poiskati stične točke v prizadevanjih za tako javno zdravstvo, ki bo omogočalo kakovostno oskrbo, pravično prostorsko, časovno in finančno dostopnost ter enakost pri obravnavi vsem prebivalcem Slovenije.

Forum je potekal v obliki predstavitve nekaterih ključnih dilem. Razprave so bile po vsaki predstavitvi in zaključni razpravi pred avditorijem okoli 50-ih udeležencev srečanja. Po srečnem naključju je forum sovpadal s proslavo ob 75-letnici ZD Celje in dovolili smo si pridružiti temu srečanju, ki je prikazalo vlogo osnovnega zdravstva v sodobni zdravstveni oskrbi v Sloveniji. Zahvaljujemo se prim. mag. Branetu Mežnarju, direktorju ZD Celje, ki je gostil naše srečanje in nam s tem omogočil, da smo lahko povabili ljudi različnih profilov, da spregovorijo o sedanosti in prihodnosti družinske medicine. Srečanje je nehote sovpadalo tudi s predstavitvijo reforme sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji in tako naključno dopolnilo prizadevanja Ministrstva za zdravje za potrebne spremembe v našem zdravstvu.

O vlogi zdravnika družinske medicine v javnem zdravstvu je spre-

govoril Janko Kersnik, pri čemer se je oprl na evropsko definicijo družinske medicine, ki jo bomo v kratkem dobili prevedeno tudi v slovenščino. Glavni poudarki vloge zdravnika družinske medicine so v tem, da svojim bolnikom zagotavlja časovno in prostorsko dostopnost skozi celo leto in ves dan. V določenih časovnih obdobjih je zagotovljena z delitvijo in tako organizacijo dela, da dostopnost ni motena. Poudarek je na vlogi zdravnika družinske medicine tudi kot zdravstvenega delavca, ki se posveča tudi z zdravjem povezanim vprašanjem v svojem okolju. Ne more biti izoliran od okolja, zaprt v svojo ambulanto, ampak dovzeten za potrebe in spremembe v okolju, zahteve in pričakovanja svojih bolnikov ter lokalnih skupnosti. Ne more spreminjati okoliščin in možnosti, dolžan pa je opozarjati na probleme, ki se pri tem pojavljajo. Njegova vloga je ključna predvsem v tem, da je dostopen vsem bolnikom za vse zdravstvene probleme, ki jih imajo brez dolgotrajnejšega čakanja ali posrednega napotovanja k njemu. Pri tem ni najbolj pomembno, da zdravnik družinske medicine sam dokončno obravnava vse probleme, temveč jih glede na stopnjo nujnosti, tehnične zahtevnosti in preferenc bolnika obravnava sam ali skupno s sodelavci v osnovnem zdravstvu ali pa jih napoti na obravnavo k drugim izvajalcem. Neizpodbitna vloga in naloga zdravnika družinske medicine je, da vodi, koordinira in spodbuja zdravljenje ljudi vseh starosti in vseh zdravstvenih problemov. Zaradi organizacije dela in razvoja v preteklosti marsikatera skupina prebivalcev ali skupina zdravstvenih težav doslej ni bila v celoti v rokah zdravnika družinske medicine. To se odraža zlasti v večjih mestih in tudi v drugih okoljih. Zatečeno stanje nam je lahko merilo za naprej in vztrajamo pri doseženem stanju. Po drugi strani je družinska medicina sposobna in zmožna nuditi celovito oskrbo bolnikom za vse zdravstvene težave v okviru svoje usposobljenosti, kadrovske, gmotne in finančne preskrbljenosti. Zavedamo se, da so nekatere zdravstvene težave dandanes zelo dobro oskrbljene, vendar je treba s spremembami v strukturi prebivalstva, s spremembami v pojavnosti zdravstvenih težav računati, da se bo sistem zdravstvenega varstva zelo težko odzival na težave, če ne bo imel v prvi bojni vrsti usposobljenega zdravnika družinske medicine, ki bo vsaj tri četrtine težav svojih bolnikov obravnaval sam, pri ostalih pa racionalno vključeval ostale klinične specialiste. Prednost enega samega profila zdravnika za bolnike je predvsem v obci, pravični in enaki dostopnosti za vse državljane ne glede na prebivališče ali oddaljenost od večjih središč. Zdravstveni politiki je omogočeno enotno kontrolno mesto vstopa v sistem zdravstvenega varstva, medicinski stroki pa olajšano načrtovanje ukrepov in prilagajanjem spremembam zbolewnosti in starostne strukture. V Sloveniji je dela za vse dovolj. Pomembno je koordinirano in postopno doseganje ciljev ter prehod na razmere, ki bodo omogočale izvajanje načel družinske medicine.

Prof. Švab je dal poudarek predvsem pomenu poučevanja na področju družinske medicine, zlasti po končani Medicinski fakulteti. Opozoril nas je na omejen uspeh organizacije velikih srečanj, kjer so udeleženci predvsem pasivni poslušalci, saj raziskave kažejo, da to le malo prispeva k novemu znanju, še manj k uporabi novih znanj in veščin pri vsakdanjem delu. Poudarek sodobnega poučevanja naj bi bil predvsem na učenju v majhnih skupinah, uporabi sodobnih metod poučevanja in sodelovanje v različnih oblikah zagotavljanja in izboljševanja kakovosti. Pri tem je poudarek zlasti na delu v majhnih skupinah, to je krožkih kakovosti. Pričakujemo, da bo tudi Zdravniška zbornica Slovenije s svojim pravilnikom o Podeljevanju in

podaljševanju licenc sledila tem sodobnim spoznanjem in bolj specificirala pogoje za pridobivanje kreditnih točk.

Prim. mag. Andrej Žmavc je slikovito prikazal stanje v praksi, stanje obremenjenosti in problemov, ki se pojavljajo v družinski medicini. Lahko rečemo, da je dal njegov prispevek iztočnice za naš naslednji javni forum, ki ga načrtujemo za naslednje leto. Njegova izvajanja kažejo predvsem na relativno mačehovski odnos številnih družbenih subjektov do stroke v preteklosti. Pomembnejši je bil razvoj vseh drugih dejavnosti, kot takrat še imenovane splošne medicine. Tudi kot kariera in osebni razvoj družinska medicina v Sloveniji dolgo ni bila na prvem mestu aspiracij mladih kolegov. Vse kar niso hotele, želele ali zmogle druge stroke, je ostalo splošni medicini. Za vse, kar je bilo kakorkoli zanimivo ali strokovno, tako ali drugače dovolj vznemirljivo, se je vedno našel posameznik, stroka ali skupina, ki je ta zdravstveni problem vzela pod svoje okrilje. To je na nek način pripomoglo, da so nam marsikatero zdravstvene težave izginile, ali pa so tako dobro oskrbovane, da na njih niti ne pomislimo. Obenem se pojavljajo številna kadrovska vprašanja in tudi financiranje zdravstvene dejavnosti ni nujno vedno v korist zatečenega načina dela.

Državni sekretar Dorijan Marušič je predstavil vizijo osnovnega zdravstva in družinske medicine, kot jo zahtuje bela knjiga. Podrobneje je nakazal poti razvoja in možne rešitve organizacije osnovnega zdravstva v prihodnje. Zanimivo je, da zdravstvena reforma napoveduje in pričakuje praktično identične poti razvoja družinske medicine, o kateri smo razpravljali in jih načrtovali desetletja ter so se že uveljavile v večini Zahodne Evrope. Prav tako so se uveljavile v Vzhodni Evropi, kjer pravzaprav niso poznali niti splošne niti družinske medicine, vendar je zdravstvena politika zmogla že pred desetletjem ob velikih družbenih spremembah spoznati pomen takšne organizacije sistema zdravstvenega varstva in je brez večjih naporov uspela prestrukturirati osnovno zdravstvo. Spremenili so strukturo zdravstvene dejavnosti in prešolali izvajalce na osnovni ravni. Številni pediatri, ginekologi in internisti, ki so dotlej delali na osnovni ravni v polikliničnem sistemu so z došolanjem postali zdravniki družinske medicine. Seveda majhna Slovenija s svojimi izjemnimi izkušnjami in posebno organizacijo dela zelo nerada in težko sledi spremembam ter prilagajanju potrebam prebivalcev na način, kot so to storile druge države. Kljub temu je bilo iz ust državnega sekretarja prvič v zadnjem desetletju čutiti odločnost zdravstvene politike izvesti reforme, ki bodo pomenile strokovno in organizacijsko novo kakovost v naši družbi.

Mag. Martin Toth je prikazal pomen in vlogo zdravnika družinske medicine in sodobnih konceptov organizacije zdravstvenega varstva za obvladovanje naraščajočih stroškov za zdravstveno varstvo. Ne bo odveč znova poudariti, da pri zagovarjanju družinske medicine, kot vstopne točke v sistem zdravstvenega varstva, ne gre zgolj za neko "bosonogo medicino" ali za medicino, ki nastaja le s pomanjšanjem in združitvijo ostalih strok, temveč za pomembno novo in drugačno vsebino, kot jo lahko in jo v praksi nudijo druge stroke. V družinski medicini se resnično uresničuje t. i. osnovno-zdravstveni pristop. Za razliko od kliničnega specialista, ki mora po svoji vlogi, nalogi in načinu dela vsakega bolnika in vsako predstavljeno zdravstveno težavo obravnavati zelo poglobljeno, podrobno in us-

merjeno, ima družinska medicina to prednost, da zaradi osebnega stika z bolnikom, medsebojne navezanosti, stalnosti zdravnika, medicinske dokumentacije in lokacije oskrbe ter možnosti nepretrganega dostopa do zdravnika večino zdravstvenih težav lahko obravnava na podlagi verjetnosti in pogostnosti, kot jo poznamo pri splošnem prebivalstvu, ki jo obravnavamo v družinski medicini, brez pretirane uporabe različnih diagnostičnih postopkov, preiskav in napatitev, ki dražijo zdravstveno varstvo. Čas je pomemben dejavnik pri delu zdravnika družinske medicine, ki ga lahko uporabimo v diagnostične in terapevtske namene. Ob upoštevanju in ukrepah za zmanjšanje tveganja za odvrnljivo nevarni potek prepoznavanja letga, lahko uporabimo metodo odprtega čakanja, s čimer se lahko zavestno in brez velike škode odpovemo praviloma nepotrebnemu testiranju, laboratorijskim preiskavam in napatitvam do časa, ko lahko ugotovimo, da se je neko stanje, ki je sprva lahko kazalo na dosti resnejši problem, normaliziralo ali pa kaže na eventualno poslabšanje, oziroma na nevarni potek. To tako imenovano osnovno-zdravstveno načelo obravnave zdravstvenih težav bolnikov je ena izmed ključnih lastnosti, zaradi katerih v nekaterih bolnišnicah po svetu, v sprejemnih oziroma urgentnih ambulantah, ki na nek način odražajo delo naših dežurnih ambulant, zaposlujejo zdravnike družinske medicine. Namen tega ni takšen kot v našem okolju, kjer težijo, da bi zmanjšali stroške bolnišnice na način, da bi jih plačal nekdo drug (ZD), ali da bi nekdo drug določal in odredil preiskave, ampak prav zaradi tega, da jih ne naroča, kadar iz svoje metode dela in izkustva sklepa, da zato ni utemeljenih potreb.

Ideje, ki so se pojavile v zadnjih letih izvajanja sekundarijata, ki je bil v svoji zasnovi prvenstveno namenjen čakanju zdravnikov na specializacijo, da se bodo bodoči kolegi dela v splošnih ambulantah naučili z delom na internističnih, kirurških oddelkih, kjer praviloma obravnavajo najtežje bolnike in najbolj zapletene primere, so se pokazala za zmotna. Večina kolegov delo v bolnišnici predvsem pouči o tistih primerih, s katerimi naj bi imeli v družinski medicini praviloma zelo malo opravka. Praktično jih nič ne pouči o problemih, ki jih v družinski medicini rešujemo vsak dan in za katere se je možno izobraziti samo z ustreznim izobraževanjem ob usposobljenih mentorjih ter ob ustrezni teoretični in izkustveni nadgradnji s podiplomskim izobraževanjem, kot ga organiziramo v okviru specializacije iz družinske medicine.

Reforma sistema zdravstvenega varstva vsekakor predstavlja pomemben pretres in pomembno izpraševanje vesti, nikakor pa ne ogroža zdravja bolnikov, niti vloge ali pomena zdravnikov, ki trenutno delujejo na vseh ravneh sistema zdravstvenega varstva. Ob skupnih prizadevanjih za boljši jutri, kančku strpnosti in modrosti lahko vidimo slovensko družinsko medicino in zdravstvo na sploh, predvsem v pozitivni luči. Seveda se ni mogoče izogniti izzivom časa, pritiskom bolnikov in finančnim omejitvam. Ali ni življenje vendar en sam velik izziv in naj nas okrepijo predvsem izkušnje. Zahvaljujem se vsem, ki so dejavno svojo udeležbo prispevali k prvemu javnemu forumu družinske medicine. Posebna zahvala še enkrat velja prim. mag. Branetu Mežnarju in ZD Celje za gostoljubnost, ki nam jo je izkazal v dvorani Golovec v Celju, 24. oktobra 2003. Vse v sistemu zdravstvenega varstva, ki jim ni mar naše skupne prihodnosti, pa vabim na drugi javni forum o vlogi družinske medicine v javnem zdravstvu v letu 2004. ■

# Zakaj v Sloveniji ne uporabljamo za zdravljenje odvisnosti od opijatov tudi metadon v obliki tablet?

Milan Krek

## Odvisnost od opijatov

Ameriška zveza zdravnikov za zdravljenje odvisnosti je odvisnost od opijatov opredelila z naslednjimi besedami: "Odvisnost od opijatov je bolezen, ki vključuje psihološke, fiziološke, genetične, vedenjske in socialne elemente. Odvisnost od opijatov ima nekatere značilnosti, kot jih imajo druge odvisnosti, vendar je potrebno opijatno odvisnost zdraviti ločeno, ker potrebuje svoj pristop. Za uspešno terapijo je izvajanje samo posameznega pristopa k zdravljenju odvisnost veliko premalo. Pri zdravljenju odvisnosti od opijatov ni mogoče vedno vzeti za cilj le absolutno abstinenco od opijatov, ker je mnogi odvisni od opijatov niso sposobni vzpostaviti takoj. Zdravljenje odvisnosti s preparatom metadon je učinkovito in varno za večino oseb odvisnih od opijatov. Idealno in hkrati nujno je poleg metadonske terapije izvajati tudi vedenjsko in druge vrste terapij, kar temeljno izboljša končni uspeh terapije." (1)

Kot bolezen je odvisnost od opijatov definirala tudi Svetovna zdravstvena organizacija. Odvisnost od psihoaktivnih substanc je definirana kot bolezen tudi v ameriški klasifikaciji bolezni DSM-IV (2). Danes vemo, da gre pri odvisnosti od opijatov najmanj za bolezen možganskega tkiva in verjetno tudi za metabolično obolenje, ki je običajno kronično z značilnimi začasnimi poslabšanji in ponovnim izboljšanjem bolezni. Pri odvisnosti med drugim nastanejo tudi konkretne okvare možganskega tkiva, ki so že vidne z najsoodobnejšimi diagnostičnimi postopki. Droge resno okvarijo možgane, ki razvijejo neustavljivo željo po drogi (3).

V članicah Evropske unije ocenjujejo, da živi več kot 1,5 milijona problematičnih intravenoznih uporabnikov drog. Strokovnjaki v epidemioloških študijah ugotavljajo, da je v članicah Evropske unije v povprečju na 1.000 prebivalcev prisotnih od dva do pet problematičnih intravenoznih uporabnikov drog, ki si večinoma vbrizgavajo heroin. Sam način uporabe droge mpredstavlja visoko tveganje za okužbo s HIV in virusom hepatitsa C (4).

## Zdravljenje odvisnosti od opijatov s preparatom methadone

(heptanon - registracija zdravila v Sloveniji)\*

Zdravljenje opijatne odvisnosti z metadonom ima dolgo zgodovino. Pionirja v zdravljenju z metadonom, dr. Vincent P. Dole in dr. Marie Nyswonder, sta prve uspehe pri zdravljenju odvisnih od heroína z metadonom dosegla že leta 1964 (5). Dr. Vincent P. Dole je po tridesetletnih kliničnih izkušnjah (leta 1994) zapisal, da je program vzdrževanja z metadonom varno in učinkovito zdravljenje, če

je strokovno vodeno in predpisano v dovolj visokih dozah. Dolgotrajno zdravljenje odvisnih oseb z metadonom je združljivo z normalnim življenjem posameznika. Raziskave kažejo uspešno vzdrževanje abstinence pri tistih bolnikih, ki so bili dalj časa na vzdrževanju z metadonom. Izkušnje iz preteklosti nas učijo, da je strokovna in politična podpora metadonskemu programu ključna za njegov uspeh. Omenjeni program je po tridesetletnih izkušnjah dr. Dola pomemben tudi zato, ker daje pomoč tistim bolnikom, ki ne morejo vzpostaviti abstinence, lahko pa obvladajo odvisnost s pravilno uporabo metadona (6). V Sloveniji smo resneje pristopili k tej vrsti zdravljenja odvisnosti od opijatov v poznih osemdesetih letih z veliko nasprotovanja tako laične kot strokovne javnosti. V letu 1991 se je ponovno začelo vpeljevati metadonski program na podlagi sodobnih osnov javnega zdravstva v Kopru in Ljubljani. Pri tem smo naleteli na vrsto nestrinjanj med strokovno in laično javnostjo, ki so še danes prisotna pri nas.

V Sloveniji smo v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od opijatov od leta 1991 do 1994 uporabljali zdravilo metadon v obliki tablet. Šele po letu 1995 so vsi centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog v skladu z doktrinarnimi stališči za izvajanje metadonskega programa v Republiki Sloveniji prešli na striktno predpisovanje metadona v tekočini pomešani s sadnim sokom, ki so ga pacienti popili pod kontrolo medicinskega osebja (7).

Zdravilo metadon se v Sloveniji nahaja pod imenom Heptanon (proizvajalec je Pliva). Obstaja v različnih oblikah:

- **Tekočina (solucija)** se hrani v stekleničkah (10 ml) in je v skladu s sklepom Komisije za razvrščanje zdravil (7. 11. 2002) namenjena le za zdravljenje hude bolečine pri onkoloških bolnikih (8). Ta oblika preparata se je do tedaj uporabljala več kot deset let tudi za zdravljenje opijatne odvisnosti.

V zadnjem letu (2002) je proizvajalec Pliva za potrebe zdravljenja odvisnosti registriral večjo steklenico metadona (100 ml). Metadon se razdeljuje pacientom, ki ga morajo praviloma vsak dan popiti pomešanega s sadnim sokom pod nadzorom zdravstvenega delavca v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti. Določeni pacienti lahko dobijo raztopino metadona v soku tudi za domov za daljši čas (največ za en teden), toda za to morajo biti izpolnjeni določeni pogoji s strani pacienta (odsotnost uživanja ostalih drog, določen čas vključitve v program itd.), (9).

- **Tablete** se po navodilih za zdravljenje odvisnosti iz leta 1994 (9) ne uporabljajo za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Nekateri zdravniki so jih kljub temu predpisovali zelo redkim pacientom, vendar so dobili nadzor s strani ZZS, ki je to obliko zdravila prepovedala predpisovati odvisnim od heroína. Tovrstno obliko

zdravila (tablete) se lahko uporablja v Sloveniji v skladu s sklepom, ki je bil objavljen v Uradnem listu št. 117/28. 12. 2002, le kot analgetik za zdravljenje hude bolečine pri rakavih bolnikih, ki lahko dobijo zdravilo na recept in za domov tudi za več dni (10).

- **Ampule:** zdravilo heptanon v obliki ampul lahko v Sloveniji uporablja samo zdravnik kot zdravilo za lajšanje bolečin. Ampule se v Sloveniji nikoli niso predpisovale za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Zdravniki so jih le občasno uporabljali v urgentnih službah za zdravljenje nenadnih odtegnitvenih simptomov pri odvisnosti od opijatov.

Ker sodi preparat metadon na listo prepovedanih drog (11) se zaradi tega razloga v državah, kjer se uporablja kot zdravilo, predpišejo posebni pogoji, pod katerimi se lahko zdravi odvisnost opijatov z metadonom. Pri nas smo tovrstna navodila sprejeli leta 1995 (7).

## Zakaj se zdravi odvisnost od opijatov z metadonom?

Metadon ima vsaj naslednje pomembnejše učinke pri zdravljenju odvisnosti od opijatov:

1. Zmanjša željo po heroinu in drugih opijatih ter poveča število oseb, ki se vključijo v programe zdravljenja. Zato zniža število uporabnikov drog, ki so brez ustrezne zdravstvene pomoči, svetovanja in živijo v nemogočih pogojih.
2. Omogoči prenehanje uporabe heroina in ponovno vključevanje osebe odvisne od drog v vsakodnevno življenje. Tako se lahko ljudje, ki so na rednem vzdrževanju z metadonom, redno zaposlijo in opravljajo delovna in druga življenjska opravila tako, kot to delajo drugi prebivalci, ki niso odvisni od drog (12).
3. Zmanjša se potreba po kraji in pridobivanju sredstev na nelegalen način s preprodajo drog in krajo, ker ni več potrebe po denarju za nakup droge.
4. Pacienti se izločijo iz preprodajalskih verig, ker nimajo več potrebe za heroinom. S tem se izognejo kriminalu, ki je neposredno vezan na preprodajo prepovedanih drog.
5. Močno se zniža tveganje za okužbo s HIV in hepatitisom C. Izboljša se tudi zdravstveno stanje uporabnikov drog.
6. Metadon je dolgo delujoč opijatni preparat, ki ima razpolovno dobo 24 ur in ne povzroča take evforije, sedacije in analgezije kot heroin, zato ga pacienti ne jemljejo za namenom, da bi bili "zade-ti". Če se pojavijo ti znaki, se pojavijo v blagi obliki na začetku zdravljenja odvisnosti. Kasneje pacient ob pravilnem zdravljenju z metadonom ne čuti evforije, sedacije ali analgezije.
7. Metadon povzroča tudi navzkrižno toleranco za ostale opijate, kar pomeni, da so efekti, ki si jih želi pacient ob uporabi heroina ob hkratnem uživanju metadona veliko slabši, kot bi bili brez njega (13).
8. Pri prekomernem zaužitju metadona lahko pride do motnje dihanja in tudi do smrtnega izida. To je posebej nevarno pri otrocih, ki lahko po nesreči popijejo raztopino metadona, ki je bila puščena na mizi ali shranjena v hladilniku (2).

## Trajanje zdravljenja z metadonom

Čas zdravljenja z metadonom je različno dolg in pri vsaki osebi drugačen. Pacient se lahko zdravi z metadonom krajši čas (nekaj dni ali mesecev), ali celo življenje, kar lahko traja tudi več kot dvajset let, saj gre pri boleznih odvisnosti za kronično obolenje z občasnimi izboljšanimi in ponovnimi zagoni bolezni.

Ravno zaradi dolgega večletnega zdravljenja so v tujini znani dogovori o bolj znosni obliki zdravljenja pri osebah, ki so na terapiji več let, saj si je težko predstavljati, da bi pacient dvajset let in več vsak dan hodil k zdravniku po zdravilo in ga tam uporabil pod budnim očesom medicinskega osebja. Kronična bolezen povzroča več socialnih, interaktivnih in eksistencialnih problemov kot akutna bolezen, ker je močnejša subjektivna izkušnja in sproža kompleksnejše socialne dileme. Dolgotrajna kronična bolezen, v našem primeru odvisnost od heroina, je motnja in ovira v človekovem življenju, ki človeka prizadene ne samo fizično, ampak tudi psihološko in socialno. Prizadene njegovo telo, včasih še bolj njegove občutke, doživljanja, čustva, odnose s socialnim svetom (14).

Takim osebam, ki so vključene v program že daljši čas in so kronični bolniki, lahko v Veliki Britaniji predpisujejo tablete za daljši čas (15), (tabela 1). V pravila, ki opredeljujejo zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v ZDA, so v letu 2001 uvrstili tudi možnost dajanja tablet za domov za daljši čas (predlagajo celo za obdobje enega meseca) ljudem, ki so urejeni in pri katerih se lahko pričakuje, da zdravila ne bodo zlorabljali (16).

Ravno zaradi pomembnih učinkov, ki jih ima metadon na ne vključevanje bolnikov v programe zdravljenja odvisnosti, uporabljajo v tujini tudi ostale oblike zdravila (tablete in ampule) in ne samo raztopino. Tako v Veliki Britaniji predpisujejo metadon v različnih oblikah (ampule, tablete, raztopina), (15). S tem se poveča število tistih, ki pridejo po pomoč in jih tako manj ostane na cesti ter v socialni margini, kar je tudi eden izmed osnovnih ciljev metadonskega zdravljenja.

**Tabela 1: Delež predpisovanja posamezne oblike metadona v Veliki Britaniji**

Oblika zdravila	Bolnišnica	Državne ambulante	Zasebne ambulante
Tekočina	80%	80%	35%
Tablete	10%	11%	33%
Ampule	10%	9%	33%

Tablete metadona uporabljajo v zdravljenju odvisnosti od heroina tudi v sosednji Hrvaški.

Zdravljenje z metadonom sodi med najpogostejše programe zdravljenja v Evropski uniji in se praviloma izvaja zunaj bolnišnic v mreži osnovnega zdravstva. V letu 2002 se je v Evropski uniji zdravilo z metadonom 390.611 oseb odvisnih od opijatov (4).

## Nevarnost odliva metadona na črni trg

Eden najpogostejših razlogov, da se metadona ne predpisuje v tabletah, je predvsem strah, da bi se le-ta odvil na črni trg. Dejansko obstaja pri predpisovanju metadona za domov, nevarnost preprodaje metadona na črnem trgu, na kar kažejo zasegi policije (17). Toda ta nevarnost obstaja tako za predpisano tekočino, katero nekateri pacienti v Sloveniji že danes dobivajo redno za domov tudi za obdobje enega tedna, kot tudi za predpisano zdravilo v obliki tablet (9). Ob tem je pomembna razlika v tem, da je količina metadona v eni tableti natančno določena, medtem ko pri preprodaji raztopine kupec nikoli ne ve, koliko metadona je dejansko kupil.

V letu 2000 je policija v Sloveniji zasegla 1545 ml metadona in leta 2001 že 3346 ml. Leta 2000 so zasegli 245 tablet metadona in leta 2001 že 382 tablet (17).

V slovenski študiji iz leta 1995 je bilo ugotovljeno, da je tedaj 55 odstotkov pacientov prejelo metadon v obliki tablet. Redno je metadon dajalo nekomu drugemu 0,8 odstotkov pacientov, občasno pa 26 odstotkov. 15 odstotkov jih je občasno prodajalo metadon (18). Ista avtorica je ponovila svojo raziskavo leta 1997. Med rezultati raziskave je navedla, da zlorab metadona ni veliko. Metadona si nikoli ni vbrizgavalo 78 odstotkov anketiranih. Povečal se je tudi delež tistih, ki ga niso nikoli preprodajali in znižal delež tistih, ki so metadon prodajali občasno (19).

Večino metadona, ki se "odlije" na črni trg, pa po podatkih, s terena uporabijo predvsem uporabniki drog, ki se iz različnih razlogov borijo priti po metadon v program zdravljenja odvisnosti, saj bi se s tem identificirali kot "odvisniki" z vsemi posledicami, ki bi jim sledile zaradi stereotipov in marginalizacije skupine uporabnikov drog v Sloveniji. Obiskovanje metadonskega centra v Sloveniji je stigmatizirajoče, in to, da so vsi naročeni na istem kraju, po mnenju raziskovalcev, "metadonski center" spreminja v začasni geto (20).

## Pravica bolnika do čimbolj znosnega življenja

Človek ima pravico do čimbolj znosnega življenja, še posebno, če je odvisen od drog in ima zaradi tega vrsto problemov, ki so vezani na odvisnost, kamor lahko prištevamo oteženo šolanje in iskanje dela, stigmatiziranje in manjšo možnost redne zaposlitve ter vrsto drugih težav. Že samo redno prihajanje pacientov v centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti daje jasno sporočilo delodajalcem in okoliškemu prebivalstvu, da gre za odvisno osebo, četudi ni več, se je uspešno pozdravila in sedaj prihaja v center le na kontrolo.

Postavlja se vprašanje, zakaj bi morala mati, ki je redno zaposlena, še dodatno vsak dan stati v vrsti pred okencem metadonske ambulante, po možnosti skupaj z otrokom, preden ga odpelje v vrtec, če bi lahko vsako jutro kot toliko drugih mater, ki so na kakršnikoli drugi terapiji, popila svoj dnevni odmerek zdravila (metadona) doma pred odhodom v vrtec ali na delo. Z odhodom v center prihaja do izgube časa in odvečnega dela, ki ga ima kot vse ostale matere vedno veliko. Ne gre samo za to, bolnik z bonitetami, kot je npr. predpisovanje metadona v obliki tablet, se počuti veliko bolj mobilen, veliko manj vezan in omejen s svojo boleznijo ter bolj svoboden v svojih odločitvah.

Tudi v drugih državah imajo podobne probleme na tem področju, a strokovnjaki, ki zdravijo odvisne od opijatov, se zavzemajo za bolj prilagodljivo terapijo posameznikovim potrebam. "Veliko naših pacientov študira in ima odgovorne službe, ki zahtevajo od njih pogoste menjave krajev. Za take ljudi je dnevno dvigovanje metadona nesprejemljivo. Celo v ZDA, kjer je bilo do nedavnega nujno dvigovati metadon v obliki solucije vsak dan, so se odločili, da bodo posameznim stabilnim in urejenim pacientom omogočili prejemanje metadona za 28 dni naprej", je ugotovitev dveh kolegov, ki vodita kliniko za zdravljenje odvisnosti v Londonu (21).

## Zaposlitev, potovanja in pravica pacienta do zdravljenja z metadonom v obliki tablet

Velik problem predstavljajo bolnikom in njihovim zdravnikom potovanja, predvsem v tujino, zlasti na druge celine. Ljudje, ki so na zdravljenju z metadonom, imajo zelo ozek spekter možnosti za potovanje in zaposlitev, ker so dnevno vezani na posamezni center, kjer redno vsakodnevno pijejo metadon v raztopini pod budnim nadzorom zdravstvenega delavca. Ker so vsak dan vezani na redno pitje v

ambulantni, se ne morejo izobraževati in zaposliti na delovnem mestu, ki od njih zahteva gibanje po državi ali celo izven nje (trgovski potnik, mornar, umetnik, študent, ki se izobražuje izven svojega kraja, itd.).

Poleg tega je pitje metadona v centrih običajno časovno določeno ravno v času, ko so pacienti na delu in imajo zato zelo velike težave pri izhodih z dela z namenom, da popijejo svoj odmerek v centru, še posebno tedaj, ko je delovno mesto oddaljeno od centra, kjer lahko popijejo metadon. Veliko več težav je pri izmeničnem delu. Številni izhodi sčasoma predstavljajo veliko nevarnost, saj lahko v podjetju spoznajo, da je oseba na zdravljenju z metadonom in zato posledično izgubi zaposlitev (20).

Večje težave so v času počitnic, ko preprosto pacienti ne morejo na počitnice ali s seboj nosijo celo vrečko vnaprej pripravljenih doz (stekleničk) metadonske raztopine, ki se praviloma na toplem pokvari v enem tednu ali prej. Da bi se izognili nepotrebni sitnostim na mejnih prehodih, običajno zlijejo vsebino vseh stekleničk v eno steklenico in si potem po svoje "dozirajo" dnevno količino zdravila. Pri tem spravlja v nevarnost svoje otroke in druge sorodnike, saj so znani primeri iz literature, ko so otroci pomotoma popili očetov ali materin metadon, ki izgleda tako kot običajni sok (22).

## Hranjenje metadona v tekočini in s tem povezane nevarnosti

Strokovnjaki ugotavljajo, da 75 odstotkov uporabnikov drog, ki so dobili metadon v tekočini za domov, hranijo metadon na varnem mestu, ki ni dostopno za otroke. Podoben odstotek hrani na varnem mestu tudi heroin in pribor za injiciranje (22). Toda 25 odstotkov je takih, ki izpostavljajo svoje bližnje velikemu tveganju, da se zastrupijo z metadonom. V tem kontekstu bi bilo varneje dajati pacientom za domov tablete kot pa raztopino, ki jo velikokrat hranijo kar v hladilniku (da se ne pokvari) in je otrokom na tem in na drugih mestih lahko dostopna. Veliko slabše je tedaj, ko si za cel teden vnaprej zlijejo več doz skupaj v eno steklenico kokakole in pijejo to tekočino cel teden ter tako ogrožajo svoje, ki lahko nehoti posežejo po njej in je za njih smrtna.

## Neenakopravni položaj protibolečinskih bolnikov in bolnikov na zdravljenju odvisnosti od opijatov

Bolniki, ki dobivajo metadon kot zdravilo za zdravljenje odvisnosti, niso v enakopravnem položaju z bolniki, ki dobivajo metadon kot zdravilo proti bolečinam, čeprav lahko tako prvi kot drugi vzpostavijo odvisnost od metadona. Pri obeh skupinah bolnikov obstaja nevarnost tako prekupčevanja z opijati kot tudi nepravilne uporabe zdravila, ki pri bolečinskih bolnikih vodi v odvisnost od opijatov. Pri obeh skupinah bolnikov obstaja tudi nevarnost za "nevarno" shranjevanje zdravila. Medtem ko ga bolniki z bolečino dobijo za daljši čas v obliki tablet ali raztopine, ima uporabnik metadona, ki je vključen v metadonski vzdrževalni program, vrsto ovir in pogojev, če hoče prejemati metadon v raztopini. V tabletah ga bolniki na zdravljenju odvisnosti v Sloveniji ne more prejemati (9, 10, 11).

## Kodeks etike medicinske deontologije (23) in zdravljenje s tabletami metadona

Kodeks etike določa, da je zdravnik dolžan nuditi primerne

zdravstvene storitve ob vsem spoštovanju človeškega dostojanstva, upoštevanje pravic bolnika in zakonodaje le do tedaj, ko ti zakoni niso v nasprotju s koristjo bolnika (23).

Mnogi bolniki ne želijo vsakodnevno prihajati v center, ker je s tem prizadeto njihovo človeško dostojanstvo, saj v očeh okolice slej kot prej postanejo "narkomani" (z vsemi pridevki in stereotipi), s čimer je prizadeto njihovo človeško dostojanstvo in koristi. Zato bi v primeru predpisovanja tablet za daljši čas vsekakor naredili veliko za ohranjanje dostojanstva bolnika, ki je odvisen od opijatov.

Strokovna navodila, ki zahtevajo od zdravnika, da predpisuje metadon za zdravljenje odvisnosti samo v soluciji, so lahko v določenih primerih tudi v nasprotju s koristjo bolnika, ki je lahko vitalna, saj mu lahko onemogoča dobro zaposlitev, ohranjanje pridobljenega statusa v družbi, itd.

Kodeks etike določa, da je zdravnik pri opravljanju svojega poklica v mejah svoje strokovne usposobljenosti samostojen in neodvisen ter za svoje delo odgovoren pred svojo vestjo, bolnikom in družbo (23).

V primeru metadonskega programa so zdravniki dolžni predpisovati metadon v soluciji (9), čeprav bi bilo po mnenju nekaterih zdravnikov in literature na tem področju posameznemu bolniku v določenih primerih bolje predpisovati metadon v tabletah, posebno če gre na daljšo pot. Zdravnikova samostojnost in strokovna neodvisnost je v tem primeru ogrožena, saj mu je onemogočeno svobodno odločanje o vrsti zdravila in načinu aplikacije zdravila.

Kodeks etike določa, da zdravnik v strokovnih in ekonomskih odločitvah ravna vedno racionalno (23).

Predpisovanje tablet je finančno veliko bolj ugodno kot predpisovanje metadona v soluciji. Poleg tega je potrebno zagotoviti pri izdajanju raztopine večje število zaposlenih in daljši ter zahtevnejši proces odmerjanja metadona, kar zopet poveča finančne stroške programa. Zato je z ekonomskega vidika veliko bolj primerno in racionalno predpisovanje tablet. Zato zdravnik, ki striktno predpisuje samo solucijo, ne upošteva določil kodeksa, saj predpisuje dražjo obliko zdravila, kot bi bilo ekonomsko smiselno, in se tako odloča v nasprotju s kodeksom.

Kodeks etike določa, da je zdravnik svoboden v izbiri metod in načinov zdravljenja, pri tem je dolžan dosledno upoštevati dosežke medicinske znanosti in načel strokovnega ravnanja (23).

Svobodna izbira metod zdravljenja je pri vzdrževalnem metadonskem zdravljenju močno okrnjena, saj mora zdravnik dosledno upoštevati stališča o predpisovanju metadona (9) in je tako rekoč robot, ker mora delati po vnaprej določenih navodilih in se ne more odločati svobodno o obliki zdravila, čeprav je sodobna stroka dokazala, da se lahko odvisnost zdravi s tabletami in z ampulami metadona.

Kodeks etike določa, da mora za zdravljenje pacienta zdravnik pridobiti njegovo privolitev, potem ko ga seznanijo o pomenu posega za ugotavljanje, zdravljenje in spremljanje njegove bolezni (23).

Ta del kodeksa je jasno kršen v primeru, ko bi pacient želel uporabljati tablete, pa mu jih zdravnik, zaradi rigoroznih pravil, ne more predpisati. Pacient je prisiljen zoper svojo voljo in želje privoliti v zdravljenje s solucijo, saj so druge oblike zdravila tako rekoč prepovedane. Če mu jih zdravnik predpiše v obliki tablet, se sooči s posledicami. Zdravniku preostane le dejstvo, da bolniku razloži, pod katerimi pogoji bo lahko prejemal metadon. Če bolnik presodi, da je tak način za njega neustrezen, nima možnosti "pogajanja" z zdravnikom o zanj najbolj primerni obliki zdravila.

Kršene so tudi osnovne človekove pravice do ustreznega zdrav-

ljenja, saj mora pacient sprejeti tisto obliko zdravljenja, ki je že vnaprej določena in ne omogoča razprave o obliki zdravila.

## Nesprejemljiva vnaprejšnja obsodba človeka, da bo preprodajal metadon in posledično nesprejemljivo kaznovanje pacienta

Tablete metadona se praviloma ne izdajajo iz osnovnega razloga, in sicer, da bi se preprodajale na črnem trgu. To je vzorec, ki se je ohranil v slovenski laični in strokovni javnosti. Raziskave ga ovržejo z lahkoto (19).

Tu trčimo na nesprejemljivo dejstvo, da je človek - bolnik, že vnaprej obsojen, na podlagi predpostavk, da bo preprodajal metadon in že vnaprej kaznovan (s tem, da ne dobi metadona v tabletah, ki je za njega in tudi za zdravstveno blagajno veliko bolj ugodna terapija kot metadon v tekočini), čeprav še ni nobenega otipljivega dokaza, da bo to res počel. Celo več. Raziskave kažejo, da je veliko manjša verjetnost za preprodajo metadona, kot se to misli (18,19). Že samo sum, da bi lahko nekaj počel, obstaja tudi pri vsakem izmed nas. Če posedujemo tablete metadona, le-to ne more biti razlog za "kaznovanje", saj le-ta globoko poseže v človekove pravice in radikalno poslabša pogoje za življenje posamezniku. (To izgleda podobno kot da bi policist človeka z dobrim avtomobilom že na začetku avto ceste kaznoval zaradi prehitre vožnje, ne glede na to ali bo res vozil prehitro, saj obstoja velika verjetnost, da bo to tudi storil.)

Opravičljivi razlog za ukinitvev zdravljenja s tabletami obstoja tedaj, kadar se pacientu nedvomno lahko dokaže, da je tablete zlorabljal in jih preprodajal na črnem trgu, vendar bi bilo tudi takrat težko uporabiti odvzem tablet kot kazenski ukrep, še posebno če gre za pacienta, ki ima težave zaradi pitja metadona v soku (bruhanje itd.) in zaradi zdravstvenih težav ne more uporabljati drugega načina zdravljenja.

## Moten terapevtski odnos zdravnik pacient

Vsaka bolezen je močno obremenilen dogodek v človekovem življenju, ki zahteva od posameznika obvladovanje. Pacient potrebuje dober odnos z zdravnikom zato, da obvlada emocionalno bolečino, strahove in negotovosti, ki so povezane z boleznijo (14). Zaželeno je, da je pacient vedno subjekt v procesu zdravljenja, kar pomeni, da se zdravnik in pacient dogovarjata o načinu zdravljenja odvisnosti in o vrsti preparata, ki ga bo uporabil za zdravljenje odvisnosti ter o vseh posledicah zdravljenja. V Sloveniji se pacient, odvisen od opijatov, ne more dogovoriti o obliki preparata metadon, ker je lahko zdravjen le z metadonom v obliki tekočine pod kontrolo medicinskega osebja in ima samo dve možnosti: ali sprejme pogoje zdravljenja, taki kot so, ali se ne vključi v metadonsko zdravljenje, kar zmanjšuje število tistih, ki bi se morda odločili za zdravljenje, a se ne vključujejo v zdravljenje zaradi oblike preparata metadon, ki ga lahko dobijo pri zdravniku. Ker bi bilo ravno tako lahko uspešno zdravjen s tabletami kot s solucijo, je pacient prikrajšan (vendar ne samo on, saj imamo tako veliko več pacientov na cesti brez ustrezne pomoči z vsemi posledicami, ki sledijo temu), vendar tako rekoč nima možnosti za spremembo terapije, ker so pravila zelo jasna, zdravniki pa nadzirani.

Transfer med zdravnikom in pacientom je tako lahko tudi moten, če zdravnik vzpostavi odnos, ki ima za osnovo večno sumničenje pacienta (odnos nadzora, nezaupanja, sumničenja), da zdravilo tudi preprodaja.

Zdravnik mora v terapevtskem procesu vzpostavljati nove pogoje in načine komunikacije, ki bodo pacientu povrnili zaupanje v njega samega in o tem, da bo pacient tudi sam uspel, prepričati sebe, da je mogoče tudi življenje brez heroina in kasneje metadona.

## Povečati dostopnost do programov zdravljenja z metadonom

Metadon je kot uspešno zdravilo pomemben element pri zdravljenju odvisnosti in pri zmanjševanju škode zaradi zlorabe opijatov (HIV infekcija, socialna izključenost itd.) in pomemben javnozdravstveni ukrep, ki zagotavlja manjšo ogroženost celotnega prebivalstva s strani HIV, hepatitisa C in tuberkuloze (20). Zato je prava usmeritev, da omogočimo čim večjo dostopnost do tovrstnega zdravljenja čim večjemu številu odvisnih od drog in s tem zmanjšamo nekatere posledice, ki nastanejo pri osebah, katere ostanejo anonimne in hočejo zaradi zaščite svoje osebnosti in integritete metadon kupovati na črnem trgu. To so temeljna stališča politike zmanjševanja škode zaradi uporabe drog. Če se kupuje metadon na črnem trgu zaradi zdravljenja odvisnosti, ker se pacienti ne upajo vključiti v program zdravljenja, se je potrebno predvsem vprašati, kakšen odnos do pacientov je vzpostavil program, v katerega nekateri nočejo stopiti in se raje oskrbujejo z metadonom na črnem trgu, namesto da bi vstopili v program in dobili zdravilo kot gre zdravilo vsem bolnikom. Pred nami ni oseba, ki bi bila rada odvisna, ki je zavestno postala odvisna in je za to tudi moralno odgovorna, ampak nekdo, ki je zbolel za odvisnostjo in ima pravico do znosne zdravniške pomoči tako kot vsi ostali bolniki v Sloveniji. Ker ne dobi take pomoči, si pomaga z nakupom metadona na črnem trgu. Na ta način si pridobi prepotrebno zdravilo, ki mimogrede deluje pri konkretni osebi tudi izrazito v smislu zmanjševanja škode zaradi uporabe drog.

V tem kontekstu nekatere države pospešujejo sistem zdravljenja z metadonom preko splošnih in družinskih zdravnikov, ki so mnogo bolj dostopni za posamezne paciente, hkrati pa se s tem zmanjša stigmatizacija posameznika. Ti zdravniki predpisujejo tudi metadon v obliki tablet (24).

Pomembno vlogo pri ostajanju pacientov v programu je tudi prilaganje terapije vsakemu posamezniku in redna uporaba metadona v dovolj velikih in dostopnih terapevtskih količinah. Bolj človeški pristop do zdravljenja odvisnosti tudi povečuje število pacientov v programu in posledično manj tistih, ki ostajajo zunaj programa in so večni konzumenti metadona na črnem trgu (25).

Zaključili bi lahko, da črni trg metadona ustvarjamo z neustrezno organizacijo zdravstvene pomoči, ki ni dostopna vsem in se morajo zato tisti, ki potrebujejo pomoč in se hkrati ne strinjajo s pogoji zdravljenja, oskrbovati z metadonom s črnega trga. Metadon prihaja na črni trg od pacientov, ki so tudi drugače zdravljeni v centrih in dobivajo odmerke metadona za domov in po pripovedovanju uporabnikov drog tudi s krajo pacientom, ki so na protibolečinskem zdravljenju. Z odzivom njihovega metadona na črni trg prihaja tudi posledično do zmanjševanja uspešnosti zdravljenja tako pacientov vključenih v metadonski vzdrževalni program (ker imajo prenizke vzdrževalne doze metadona) kot tudi pacientov v protibolečinskih programih.

Eden izmed pacientov, ki se je zaradi, po njegovem mnenju, kratenja človekovih pravic pritožil tudi na urad varuha človekovih pravic, je v razgovoru priznal, da se oskrbuje z metadonom s črnega trga. Vendar je ob tem tudi poudaril, da sam ne želi kupovati meta-

dona na črnem trgu zaradi tega, ker je to zanj velika finančna obremenitev. Želi si ustreznega zdravljenje v obstoječi mreži, ki bi mu zagotavljala osebno integriteto in ker temu ni tako, je prisiljen v kupovanje metadona na črnem trgu (26).

## Predpisovanje heroina in amfetaminskih tablet

Strokovnjaki, ki zdravijo odvisnosti od opijatov, predpisujejo pacientom, odvisnim od opijatov, heroin, ki si ga injicirajo v varnem okolju. Hkrati predpisujejo že amfetaminske tablete kot zdravilo za ljudi, ki uživajo amfetamine (27). V mestih Amsterdam, München, Bonn, Frankfurt, Hamburg, Hanover, Karlsruhe, v pokrajini Kataloniji, Veliki Britaniji, Luksemburgu in Švici že potekajo programi predpisovanja heroina na recept (4). Obeh možnosti zdravljenja v Sloveniji še ni, ker jih niso sprejeli ustrezni organi, so pa vse zakonske možnosti, da se tovrstne oblike zdravljenja uvedejo tudi pri nas (28).

## Finančni razlogi za predpisovanje metadona v tabletah

Najdražja je oblika predpisovanja metadona je v obliki ampul, ki so dražje od metadona v tekočini (29). Predpisovanje tablet je zanimivo tudi s strani potrošnje denarja, ki ga zdravstvena blagajna namena programu. Cena tablet je trikrat nižja od cene raztopine. Poleg tega se ne obremenjujemo z dodatnim delom osebja v centru ali v ambulanti izbranega zdravnika, kar predstavlja vsekakor dodatni prihranek. To je v času, ko se vse zdravstvene blagajne v svetu srečujejo s kroničnim pomanjkanjem denarja pomemben razlog, da razmislimo o racionalnejši in cenejši terapiji odvisnih od drog z metadonom v obliki tablet.

## Razprava

Odvisnost od opijatov je kronična, lahko tudi zelo dolgotrajna in ponavljajoča motnja, ki povzroča več socialnih, interaktivnih in eksistencialnih problemov konkretnemu bolniku. Izkušnja kronične bolezni postavi pod vprašaj ustaljene načine vsakdanjega življenja in načine doživljanja samega sebe (14). Ravno zato je pravi izbor terapije in prilagoditev terapije potrebam odvisnih od opijatov izjemnega pomena za posameznika, saj olajša življenje človeku, ki je že zaradi svoje bolezni socialno marginaliziran.

Predpisovanje zdravila metadon osebam odvisnim od opijatov ima že dolgotrajno tradicijo in je strokovno utemeljeno in znanstveno proučeno. Tudi načini predpisovanja metadona so dobro znani. Zdravljenje odvisnosti z metadonom je ena izmed metod zdravljenja opijatne odvisnosti, ki mora poleg kemične substance (metadona) vsebovati bogat psihosocialni program, ki omogoča pacientovo reintegracijo v vsakodnevno življenje brez drog.

Poleg zdravljenja odvisnosti z metadonom v tekočini poznajo v svetu tudi zdravljenje z metadonom v obliki tablet in z metadonom v ampulah. V Sloveniji so v letih 1991 do 1994 zdravniki predpisovali predvsem metadon v tabletah. S sprejetjem enotnih navodil o zdravljenju z metadonom smo v Sloveniji v letu 1995 prešli na enotno obliko preparata metadona v tekočini pomešani s sadnim sokom, ki ga pacienti spijejo pod kontrolo osebja v centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Predpisovanje in nadzor nad predpisovanjem metadona se je zaostriло še z dodatnimi



dokumenti v letu 2002, ki so ponovno predpisali, da se metadon v tabletah ne sme predpisovati za zdravljenje odvisnosti od opijatov.

Predpisovanje zdravila metadon samo v tekočini je vprašljiva z vidika kodeksa etike medicinske deontologije, saj so kršena osnovna načela tega kodeksa, kot so: načelo spoštovanja človeškega dostojanstva, samostojnosti in neodvisnosti zdravnika pri delu z odvisniki, racionalnega ekonomskega premisleka itd. Zdravnik ni svoboden pri izbiri oblike zdravila, saj je zavezan strokovnim napotkom, in če jih ne upošteva, je lahko tudi kaznovan s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Ob tem pacienti ne morejo izbirati oblike zdravila, pri čemer jim je kršena pravica do izbire zdravila in oblike zdravljenja in morajo sprejeti samo eno vrsto zdravljenja ali pa so postavljeni pred dejstvo, da se pač ne morejo zdraviti z zdravilom metadon. Zaradi takega odnosa do pacientov se le-ti ne vključujejo v zdravljenje odvisnosti v tolikšni meri kot bi se drugače in ostajajo zunaj programa kot stalni porabniki metadona s črnega trga.

Ker lahko poteka zdravljenje odvisnosti tudi več kot dvajset let, se pojavlja vrsta pomislekov glede predpisovanja metadona samo v obliki tekočine, saj je nemogoče pričakovati od osebe, odvisne od drog, da bo dvajset let vsak dan hodila piti metadon (kasneje morda vsak teden) in bila s tem zelo omejena pri svojem gibanju celo življenje (počitnice, delo itd.).

Vodilni pomislek, ki je hkrati eden izmed temeljnih razlogov, da so vzpostavljena stroga pravila glede podeljevanja metadona, je strah pred odlivom metadona na črni trg, kjer bi ga lahko nekontrolirano uporabljali uporabniki opijatov, ki niso pripravljeni vstopiti v tako oblikovan metadonski program, kot obstaja v Sloveniji. Vendar pa nastaja črni trg zaradi premajhne dostopnosti programov in hkrati tudi nezaupanja pacientov v program in ohranjanje njihove anonimnosti.

Vstop v omenjeni program odklanjajo ljudje potrebni pomoči iz različnih razlogov. Z vstopom v program postanejo osebe odvisne od drog, kot sami pravijo "registrirani odvisniki". Njihovi pogosti prihodi v centre za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog že sami po sebi jasno dokazujejo, da so odvisni od drog, kar jim seveda slabša položaj v družbi. Ob tem se zavestno izpostavijo nevarnosti, da bodo stigmatizirani in tudi odpušeni iz službe ali izključeni iz šolanja in svoje vrstniške skupine zaradi suma, da so odvisni od drog. Že samo pogostejše prihajanje posameznika v Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti v Sloveniji ostalim prebivalcem nakazuje, da je človek odvisen od drog (četudi ni).

To je zelo neprijetno za starejše odvisnike, ki že imajo svojo poklicno kariero in bi jo radi v tem okviru zadržali (tudi zaradi zagotavljanja pokojnine). Ravno to je lahko tudi eden izmed pomembnih razlogov, da so se odločili za zdravljenje.

S tem je kršeno načelo anonimnosti, ki je izredno pomembno za odvisnike ravno zaradi stigmatizirajočega odnosa družbe do oseb odvisnih od drog. Ko človek dobi pečat odvisnika od prepovedanih drog, se mu zaprejo številna vrata. Zato je potrebno tovrstne programe organizirati tako, da so pacienti čim manj izpostavljeni okolici in da je čim bolj varovana njegova zasebnost. To lahko naredimo tako, da zmanjšamo pogostnost prihajanja bolnika v center. Pacientom, ki so se stabilizirali in ne uporabljajo več prepovedanih drog, predpisujemo tablete za daljše obdobje. Pomembno je tudi vključevanje družinskega in osebne zdravnika v zdravljenje odvisnosti ter delegiranje določenih nalog, ki jih sedaj izvaja center, osebnim zdravnikom.

Če hočejo v takih razmerah priti pacienti do metadona, ne da bi obiskali zdravnika (in po njihovem ohranili svojo identiteto), se mo-

rajo potruditi in kupiti metadon na črnem trgu, kar pomeni veliko izgubo časa in velik denarni izdatek posameznika. To ga hkrati pelje v vzpostavitev poleg črnega trga s heroinom tudi v vzpostavitev novega črnega trga z zdravilom metadon. Tako nastaja vzporedni črni trg metadona tudi zato, ker so programi zdravljenja premalo prilagodljivi potrebam pacientov.

Hkrati moramo ugotoviti, da nastopa medicina in njen neposredni izvajalec programa, zdravnik, kot neke vrste "represivni organ", ki že vnaprej obsodi pacienta, da bo verjetno preprodajal zdravilo in mu ga brez predhodno dokazane krivde ne posreduje z izgovorom, da bi lahko prihajalo do preprodajanja metadona. Gre za neko vrsto vnaprejšnjega kaznovanja nečesa, kar se še ni zgodilo, vendar bi se lahko, če ne bi izvajali kazni. Seveda je vnaprejšnja obsodba pacienta, da bo preprodajal tablete metadona, nesprejemljiva in nerazumljiva, še posebej s strani zdravnika, ki bi moral vedno prilagajati terapijo potrebam pacienta in njegovim možnostim zdravljenja.

Vsakodnevno pitje metadona močno poslabša življenjski standard pacienta v primerjavi z uporabo tablet, ki jih lahko predpišemo za daljši čas in ga sili v "geto" metadonskega centra. Predpisovanje metadona v soluciji priklene pacienta na eno mesto, ga omejuje v gibanju in mu tako zmanjšuje možnost za uspešno resocializacijo, šolanje in zaposlitev, da ne govorimo o dopustovanju in delu v tujini itd.

Odnosi, ki temeljijo na nezaupanju med pacientom, ki bi želel prejemati zdravilo v obliki tablet, in zdravnikom, ki ga že v naprej sumi, da bo le to zdravilo v obliki tablet zlorabljal, seveda ne morejo biti dobri za terapevtski proces.

Ob tem je potrebno ugotoviti, da ni mogoče vseh ljudi zdraviti samo po eni metodi ali po ozko določenih načelih ali predpisih. Pacienti so tako rekoč unikat in vsak na svoj način poseben, zato mora zdravnik vsakemu posebej prilagajati zdravljenje in ni mogoče imeti samo enega "vatla", s katerim merimo odvisnost posameznika in predpisujemo ukrepe zdravljenja. Poleg tega se z omejujočimi predpisi omejuje tudi svoboda zdravnika pri zdravljenju pacienta. Zdravnik je dolžan po svoji vesti najbolje zdraviti pacienta, vendar ga zaradi predpisa, ki je neživljenjski, pač ne more. Zato pride v konflikt s samim seboj in tudi s pacientom, saj ga ne more zdraviti, kot bi ga želel in, kot bi to želel pacient. Zato je zdravnik nezadovoljen, hkrati pa je z zdravnikovim delom nezadovoljen tudi pacient. Taka navodila omejujejo zdravnika, močno posegajo v njegove strokovne odločitve in v njegovo strokovno avtonomnost ter mu odrekajo svobodo do strokovne izbire najustreznejše terapije za pacienta.

Enotna doktrina zdravljenja odvisnih, ki je bila sprejeta 1995, in predpis, ki je bil decembra 2002 objavljen v Uradnem listu, in prepoveduje uporabo tablet metadona za zdravljenje odvisnosti od opijatov, močno posegata v avtonomijo zdravnikovega dela in njegovega odločanja o terapiji, saj mu onemogočata predpisovanje metadona tudi v tistih oblikah (tablete), ki so vsekakor učinkovite za del prebivalstva, katero je odvisno od heroina, poleg tega pa je cenejše. Del prebivalcev na primer zaradi želodčnih težav preprosto ne more piti metadona v soluciji. S tem izgubljam omenjeno skupino prebivalcev in še druge iz terapevtskih programov. Silimo jih v ilegalni nakup metadona v oblik tablet in heroina na črnem trgu, da si vsaj malo olajšajo težave. Z nakupom se pacienti izognejo stigmati, v katero padejo v primeru, da začno bolj pogosto obiskovati centre za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti od prepovedanih drog. Velika škoda je tudi, da pacienti ne dobijo ostale vzporedne terapije (svetovanje, rehabilitacijsko terapijo, družinsko terapijo itd.), ki je

pri zdravljenju z metadonom nujna, če hočemo, da je uspeh zdravljenja vsaj delno zagotovljen.

V svetu uporabljajo za zdravljenje odvisnosti tudi heroin in amfetamine. V Sloveniji imamo ob tako radikalnih terapevtskih pristopih v svetu, še vedno težave z veliko manj radikalnimi pristopi, kot je predpisovanje tablet metadona za zdravljenje odvisnosti ljudem, ki več kot dvajset let uporabljajo metadon kot zdravilo, in si zaradi upravičenih razlogov želijo zdravljenje s tako obliko zdravljenja, ki jim ne bo pomenila dodatnih težav v družbi, kar je še posebej pomembno pri ljudeh, ki so dosegli, kljub svoji odvisnosti, pomembne družbene položaje (kot so samostojni podjetniki itd.).

## Zaključek

Odvisnost od drog je kronična in ponavljajoča motnja, ki ima tudi organsko ozadje, predstavlja nesporno oviro v človekovem življenju in povzroča vrsto socialnih, interaktivnih in eksistencialnih problemov vsakega posameznika. Po mednarodnih klasifikacijah je definirana kot bolezen.

Zdravljenja odvisnosti od opijatov si danes ne moremo predstavljati brez metadona (ki je dostopen bolnikom v vseh državah Evropske unije) kot enega izmed najbolj razširjenih medikamentov, ki je učinkovit pri zdravljenju odvisnosti od prepovedanih drog. Zato bi moral biti ob ustreznih varnostnih mehanizmih pri predpisovanju čim bolj dostopen čim večjemu številu obolelih v različnih oblikah (tablete in raztopine), še posebno v času, ko smo v Sloveniji sredi epidemije uporabe opijatov in je število okuženih s HIV neposredno odvisno tudi od našega odnosa do zdravljenja odvisnosti z metadonom.

Pri zdravljenju odvisnosti od opijatov ne težimo vedno k dosegu absolutne abstinence na krajši rok, ker tega mnogi niso sposobni doseči, niti na daljši rok, ampak predvsem k dvigu kakovosti življenja in zmanjšanju tveganj povezanih s tvegano uporabo drog, kar se lahko zelo dobro doseže ravno pri zdravljenju z metadonom. Ustrezno zdravljenje je še bolj pomembno zaradi narave obolenja, ki je kronično s pogostimi recidivi.

Strah in stereotipi, ki so vezani na predpisovanje metadona, dostikrat ovirajo učinkovito zdravljenje z metadonom, pomembno vplivajo na način zdravljenja in kakovost življenja posameznika ter hkrati tudi zmanjšujejo vstop v program ljudem, ki bi morali to zdravljenje dobiti.

V času, ko v svetu zdravijo odvisnosti od opijatov s predpisovanjem heroina in odvisnost od amfetaminov s predpisovanjem amfetaminskih preparatov in uporabljajo ekstrakte marihune za zdravljenje različnih obolenj, lahko upravičeno pričakujemo v Sloveniji, tudi ponovno uvedbo tablet metadona pri zdravljenju nekaterih pacientov odvisnih od opijatov.

Hkrati lahko pričakujemo intenzivnejše vključevanje zdravnikov splošne medicine v zdravljenje odvisnosti in s tem zmanjševanje številnih težav in nevarnosti, katerim so izpostavljeni pacienti (izguba anonimnosti, izguba službe itd.), ki morajo vsakodnevno na pitje svojega odmerka v centre za zdravljenje odvisnosti. Z večjo dostopnostjo programa (tudi s predpisovanjem metadona v tabletah) zmanjšamo stroške zdravljenja odvisnosti od opijatov in zmanjšamo stroške, ki jih družba porabi za blaženje in odstranjevanje škode, ki nastane zaradi neustreznega zdravljenja (samozdravljenjem s kupljenim metadonom na črnem trgu) oseb odvisnih od drog.

Programi zdravljenja morajo biti bolj prilagojeni potrebam uporabnikov programov. Na ta način bomo tudi zmanjšali povpraševanje po metadonu na črnem trgu in zmanjšali tisti del črnega trga

metadona, ki je generiran s strani pacientov in zaradi različnih razlogov (predvsem strahu pred izgubo anonimnosti) nočejo vsakodnevno prihajati na pitje metadona v centre. Zato predstavljajo permanentno skupino, ki potrebuje metadon s črnega trga.

Samo predpisovanje solucije za potrebe zdravljenja odvisnosti je tudi v nasprotju z nekaterimi določili Kodeksa medicinske deontologije Slovenije, zato bi bilo nujno potrebno dati več samostojnosti in hkrati tudi odgovornosti zdravniku pri odločanju o načinu zdravljenja odvisnosti kot strokovnjaku, ki je usposobljen za samostojno delo na tem področju in mu dovoliti, da v primeru, ko to tudi sam presodi, lahko predpiše na recept tudi metadon v tabletah.

Predpisovanje metadona z namenom zdravljenja odvisnosti od opijatov je veliko širši poseg na področju odnosa do drog in obravnave odvisnih od opijatov kot samo zdravstveni, zato ga je potrebno gledati celostno kot del skupnih naporov na področju drog, in kot takega vključiti v skupne dejavnosti, opredeljene v nacionalni strategiji za področje drog od 2003 do 2008 kot pomemben javnozdravstveni ukrep.

## Literatura:

1. American Society of Addiction Medicine. Public policy of ASAM. Methadone treatment. [www.asam.org](http://www.asam.org)
2. Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jack A. Grebb., Kaplan and sandock's synopsis of psychiatry. Behaviour sciences, clinical psychiatry, seven edition. Williams & Wilkins. Baltimor. 1994.
3. Allan W. G., Terry K. S., Bonnie B. W., Principles of addiction medicine, second edition. ASAM 1998
4. Farrell M., S. Howes S., Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. EMCDDA. Lizbona 2000.
5. Vincent D., What have we learned from three decades of methadone maintenance treatment. Drug and alcohol review. 1994. 13 (3-4).
6. Vincent P. Dole., Implication of methadone Maintenance for Theories of narcotic Addiction. Journal of the American Medical association, 1998. 260 (3025 - 3029).
7. Tatja K. R., Andrej K., Milan K., Zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog - Vzpostavitev mreže centrov. Zdrav var 1995; 34:575 - 9.
8. Dopis ZZS dne 20. 1. 2003. Hranjen v arhivu Urada za droge Vlade Republike Slovenije.
9. Andrej K., Priporočila zdravnikom za zdravljenje odvisnih od ilegalnih drog - delovni osnutek. V zborniku Posvetovanje o problematiki metadona. Ministrstvo za zdravje. 1995
10. Uradni list RS. št. 117/2002.
11. Uradni list RS. št. 49/2000. Uredba o razvrstitvi prepovedanih drog.
12. Joycelyn SW., Herman J., Methadone is recovery, A manual for methadone maintenance Treatment. The New York State office of Alcohol and Substance Abuse Services and mental and Health researc Association of new York city. New York city 1994.
13. David H., Steven E., Source book of substance abuse and addiction. Williams & Wilkins. Baltimore. 1996
14. Ule M., Spregledana razmeja, o družbenih vidikih sodobne medicine. Aristej. Ljubljana. 2003.
15. Strang J., Sheridan J., Barber N., Prescribing injectable and oral methadone to opiate addicts: results from the 1995 national postal survey of community pharmacies in England and Wales. BMJ 1996; 313:270 - 272.
16. Department of health and human services. Substance Abuse and mental health services administration. Opioid drugs in maintenance and detoxification treatment of opiate addiction; final rule 2001. [www.methadone.org/NEWrulesFINAL.htm](http://www.methadone.org/NEWrulesFINAL.htm)
17. Policija - letno poročilo 2001. <http://www.policija.si>
18. Tatja K. R., Kakovost storitve vzdrževalnega metadonskega programa. Zdrav Var 1997
19. Tatja K. R., Kakovost storitve vzdrževalnega metadonskega programa v letih 1995 in 1997. Odvisnosti. Ljubljana 2001.
20. Vito F., Živeti s heroinom II. K zmanjšanju škode. \*cf. Ljubljana 2002.
21. Collin B., Catherine N., Clinical judgment is impotrant. BMJ. 1996; 313:1482.
22. Lynn C., Emily F., Beverly P., Strang J., Only half of patients store methadone in safe place. BMJ. 1996; 313:1481.
23. Zdravniška zbornica Slovenije. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. [www.zzs-mcs.si/kodeks](http://www.zzs-mcs.si/kodeks)
24. Andersen HT., Regular prescription of narcotics and sedatives to drug-addictive patients in general practise. Tidsskr Nor Laegeforen 2002.10; 122(12):1202-4.
25. Gaughwin M., Solomon P., Ali R., Correlates of retention of the South Australian Methadone Program 1981 - 1991. Aust NZJ Public Health 1998. 22(7):771-6.
26. Pismo pacienta Varuhu človekovih pravic. Arhiv Urada za droge. 2003.
27. Strang J., Sheridan J., Prescribing amphetamines to drug misusers: data from 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales. Addiction 1997; 92(7):833-8.
28. Zakon o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in o obravnavi uživancev prepovedanih drog. Uradni list RS, št. 98/1999
29. Strang J., Marsden J., Cummins M., Farrell M., Gossop M., Welch S., Randomized trial of supervised injectable versus oral methadone maintenance: report of feasibility and 6-month outcome. Addiction 2000. 95(11):1631-45.

# Stranpoti kadrovske politike v ljubljanskem Kliničnem centru

Kriteriji za izbiro vodilnih zdravnikov naj bodo podobni tem v državah Evropske unije

Pavle Kornhauser

Dvojni nobelovec, za kemijo in za mir, Linus Pauling je v svojem predavanju v Ljubljani pred skoraj tridesetimi leti izjavil, da "medicina še ni znanost, temveč je veda." Zdravniki večkrat poudarimo, da je tudi "umetnost", da so pri postavitvi diagnoze in pri izbiri zdravljenja zelo pomembne naše izkušnje, celo intuicija, torej nekaj neoprijemljivega. Sam bi dodal, da mora imeti zdravnik, tako kot tudi učitelj na šoli, posebne osebnostne značilnosti, ki so predpogoj za uspešnost v poklicu.

Takšna razmišljanja se mi porajajo, ko spremljam razvoj ljubljanskega Kliničnega centra zadnjih trideset let in se sprašujem, kako so se oblikovala merila, ki so v glavnem v veljavi še danes, za izbiro vodilnih zdravnikov. Naj to področje poimenujem uradniško s tujko, pravimo ji, kadrovska politika.

Organizacijo in razvoj naše osrednje bolnišnice sem dobro spoznal, saj sem delal kot zdravnik v njej dlje kot štirideset let: sprva kot pripravnik, potem kot specializant, kot sobni pediater in končno kot predstojnik velikega kliničnega oddelka z več kot sto zaposlenimi. Opravljal sem tudi naloge medicinskega direktorja KC, bil sem predsednik gradbene komisije, ki je načrtovala in zgradila KC ter vodil številne upravne odbore in strokovne komisije.

Bolnišnična organizacija je glede vodenja zgrajena - podobno kot v vojski - na hierarhičnem načelu, razvrstitev funkcij je stopenjska: višji po položaju odreja, podrejeni, praviloma mlajši zdravnik pa je dolžan navodilo brezpogojno izpolniti. Takšna je naloga vodilnega zdravnika na bolniškem oddelku, ki vodi t. i. m. "vizito", takšna je naloga nadzornega oziroma dežurnega zdravnika zunaj rednega dnevnega dela. (Da me ne bi napačno razumeli: sodobna klinična medicina temelji na skupinskem delu, ne pa na avtoriteti posameznika, kar ne pomeni, da se odredbe nadrejenega zdravnika ne bi izpeljale brez ugovorov!).

Za vsakdanjo redno dejavnost na bolniškem oddelku, za razvoj medicine, strokovno izpopolnjevanje mlajših, je zelo pomembno, kdo je vodilni zdravnik, kakšen je strokovnjak, kakšne so njegove človeške lastnosti. Res da je težko primerjati kadrovske politike - načine izbire vodilnih bolnišničnih zdravnikov v medicinskih središčih z velikim zaledjem, v deželi z več deset milijoni prebivalcev in s številnimi učnimi bolnišnicami, z možnostmi izbire in pomlajevanja vodilnih v osrednji in edini bolnišnici v Ljubljani, ki ima sicer v zaledju deset regionalnih bolnišnic, vendar zaradi zaprtosti skoraj neuresničljivim pretokom vodilnih zdravnikov ne le v smeri proti

Ljubljani. Ne poznam primera, da bi bil kdo od zdravnikov od zunaj povabljen v ljubljanski Klinični center na vodilni položaj. Na prste ene roke bi lahko prešteli zdravnike, ki so postali predstojniki v regionalnih bolnišnicah in so bili prej klinični zdravniki. Kaj šele vabila zdravnikom iz tujine, ki so se uveljavili v medicinskih središčih Evrope (iz ZDA seveda sploh ne razmišljamo), da bi prevzeli vodilna mesta v Kliničnem centru. Celu gostujoči profesor (visiting profesor) je pri nas skoraj neznan pojem. Raje pošiljamo na desetine bolnikov na zdravljenje oziroma na operacijo v tujino, namesto, da bi se dogovorili za redni prihod ekipe vrhunskih strokovnjakov, ki bi se usmerili na redke, zelo zahtevne kirurške posege. Tako smo npr. v Bratislavo, pozneje v London, s posebnim letalom pošiljali, in še pošiljamo, novorojenčke na operacijo nekaterih prirojenih srčnih napak. Predlog, da bi raje povabili njihovo skupino, da bi kirurški poseg izvedli pri nas in obenem seznanili naše z njihovimi izkušnjami, uradno sploh ni bil obravnavan.

Na tem mestu ni moj namen, da bi razčlenjeval vzroke za takšno stanje in ga primerjal s kadrovske politiko na tem področju npr. v sosednji Avstriji ali Nemčiji, kjer imajo zgodovinsko podobni razvoj organizacije bolnišnic, kot je naše. Res pa je, da so finančni vidiki izmenjave zdravnikov med osrednjo in regijsko bolnišnico pri nas in v državah Evropske unije neprimerljivi. Tam so osebni dohodki v krajevni bolnišnici neprimerno večji kot kliničnih zdravnikov. Pri nas je obratno.

Kako so se v Ljubljani po drugi svetovni vojni izbirali vodilni zdravniki na klinikah? Oblikovala se je popolna Medicinska fakulteta in so novo imenovani profesorji postali obenem predstojniki klinik. Bili so to izkušeni uveljavljeni klinični zdravniki, cenjeni tudi v javnosti. Med njimi so izstopali še danes znani zdravniki: kirurg Lavrič, internist Tavčar, porodničar Lunaček ali stomatolog Rant.

Kot mlad zdravnik sem bil v vodilni otroški bolnišnici v Londonu in me je osupnila zlasti organizacija glede vodstva. Predstojnik, čeprav je bil vodilni strokovnjak, celo osebni pediater kraljevske družine, ni imel naslova profesorja. Profesor na kliniki se je ukvarjal predvsem s študenti - s poukom; tretji vodilni v tej klinični bolnišnici pa je vodil raziskovalno dejavnost.

Kako je bilo pri nas (na večini klinik je še vedno tako)? Predstojnik združuje v eni osebi vodstvo klinike, torej odgovarja za dejavnost zdravnikov, medicinskih sester in tudi za delo ostalega osebja, prav tako za organizacijo in za ekonomsko finančno poslovanje. Hkrati je profesor na fakulteti, praviloma šef katedre Medicinske

fakultete, torej oseba, ki skrbi za dodiplomski in tudi podiplomski študij. Lahko vodi republiški strokovni kolegij stroke ter ima po položaju še številne druge naloge (naj še dodamo, da vodi številne izpitne komisije, ki se posebej honorirajo) in mora skrbeti za lastni strokovni napredek. Ni pravnih predpisov, ki bi izključevale med seboj vse te naloge, brez dvoma pa jih vseh nihče ne more polno dobro opravljati.

Kot osnovni pogoj za predstojništvo klinike ali klinične dejavnosti se je v razpise vrinil doktorat znanosti. Očitno po zgledu inštitutov, raziskovalnih zavodov in fakultet, kjer mora univerzitetni učitelj imeti ta naziv. Takšna zahteva se je za profesorje npr. umetniških akademij, arhitekture ali tehničnih ved pokazala za neživljenjsko in birokratsko ter zavira delo in napredovanje zelo sposobnih in nadarjenih strokovnjakov.

Kakšno je stanje na tem področju organizacije medicine, zlasti v naši vodilni bolnišnici, ki smo jo leta 1975 imenovali sprva Univerzitetni klinični center (po nasprotovanju Univerze pa opustili prvi naziv) v primerjavi z Zahodom? V soglasju z Zdravniško zbornico Slovenije sem naslovil na nekatere zdravniške zbornice v Evropi, zlasti v državah Evropske unije, vprašalnik, ki naj pojasni, kakšni so pri njih kriteriji za izbiro vodilnih v učnih (univerzitetnih) bolnišnicah. Naj na kratko povzamem njihove odgovore. Najbolj pomemben sklep je, da (razen v nekdanjih socialističnih državah) pri podiplomskem izobraževanju zdravnikov ne poznajo in torej za napredovanje ne zahtevajo dosego "znanstvenega doktorata". V Nemčiji diplomant ob zaključku študija medicine pridobi naziv zdravnik, vendar pretežna večina (več kot 90 odstotkov) opravi v nekaj mesecih "doktorsko nalogo" in dobi naziv doktor. Na Švedskem, v Franciji, Avstriji in Švici za zdravnike na klinikah ni zahteve, da bi kdo moral opraviti "znanstveni doktorat" - Ph. D. Kar ne izključuje pogoj, da morajo kandidati za vodilne položaje na klinikah imeti izkušnje z raziskovalno dejavnostjo. Zlasti v ZDA se zdravniki, ki želijo napredovati v vodilnih učnih bolnišnicah, med specializacijo za leto ali dve zaposlijo v kakšni raziskovalni organizaciji in ta čas ne delajo v bolnišnici. Za naziv profesorja je izvoljen klinični zdravnik, ki se polno posveča delu s študenti.



Izvidi kažejo, da bo vaš mož umrl, zato smo prenehali z zdravljenjem.

V ljubljanskem Kliničnem centru je torej pridobitev znanstvenega doktorata pogoj, da lahko postaneš predstojnik klinike. Poglejmo najbolj pogost način, kako sedaj zdravnik pridobi naziv doktorja znanosti. Leta 1985 je pri nas objavljen republiški projekt, imenovan "Mladi raziskovalci", ki je zagotovil financiranje podiplomskega izpopolnjevanja. Na kliniki smo bili sprva s to možnostjo zelo zadovoljni, saj nam je mimo sistemizacije delovnih mest in razpisa, ki sta ju morala odobriti minister za zdravstvo in Klinični center, omogočil nastavev novih zdravnikov. Pogodba je mlade zdravnike obvezala, da morajo v dveh letih opraviti magisterij in v dodatnih treh letih še doktorat znanosti. Nihče ni spraševal, kako je mogoče ob teh nalogah opravljati redno delo kliničnega zdravnika, za bodočega kirurga v operacijskih dvoranah in tako pridobiti znanje, da bo "mladi raziskovalec" obenem lahko uspešno opravil specialistični izpit. Ti "mladi raziskovalci" so postali privilegirani (čeprav osebno preobremenjeni!), saj je vodstvo klinike moralo upoštevati navodila Ministrstva za šolstvo in znanost, ki je bil plačnik za navedene zdravnike, in je omenjenim mladim zdravnikom moralo določiti drugačne pogoje dela kot za ostale. Na teoretičnih inštitutih so se mladi raziskovalci lahko vključevali v obstoječe projekte. Kaj pa v bolnišnici? Poskusi na budrah ali morda v elektronski mikroskopiji prispevajo k oblikovanju raziskovalca, nimajo pa praviloma nobenih stičnih točk z njegovim prihodnjim delom. Naj še omenim negativno psihološko stran opisanega načina podiplomskega izpopolnjevanja zdravnikov. Do štipendije ministrstva lahko pridejo le študenti z odličnimi ocenami, kar je sicer prav, vendar jih pogoji za obstoj in razvoj silijo v elitizem, kar za naravo zdravnika, za odnose do kolegov in bolnikov ni zaželeno. Ko nekdanji mladi raziskovalec dobi naslov doktorja znanosti, se mu - kot Sezamu - odprejo vrata za napredovanje. Kmalu bo lahko postal docent in lahko upa, tudi profesor. Njegovi kolegi, ki so uspešno opravili specializacijo in so odlični klinični zdravniki, bodo obtičali v napredovanju. Saj biti zdravnik z doktoratom znanosti še ne pomeni, da si odličen strokovnjak, da si deloven, imaš dober odnos do svojih kolegov in bolnikov, si cenjen v okolju, v katerem deluješ. Pristop Slovenije v Evropsko unijo bo vsekakor moral "harmonizirati" predpise tudi na tem področju.

Lastnih izkušenj seveda ni mogoče posploševati, kljub temu naj poudarim, da sem v zadnjih letih preživel dva obsežna kirurška posega in so me v Kliničnem centru obakrat neposredno zdravili - diagnostično obdelali, operirali in pooperativno vodili ter pozdravili - zdravniki (bilo jih je čez deset), vsi brez kakršnegakoli akademskega naziva, razen - da so se lahko podpisali po imenu, priimku ter vejici: z dr. med.

Še odgovor na morebitno vprašanje, kakšna je bila usoda zdravnikov-mladih raziskovalcev. Po podatkih Ministrstva za šolstvo, znanost in šport, ki so bili plačniki njihovega usposabljanja v letih 1985 - 2002, je teh bilo skupaj 179, od teh je 49 opravilo magisterij in 36 zagovarjalo doktorsko nalogo. "Mladi raziskovalec" nima zagotovila, da bo po končanem usposabljanju dobil delo v Kliničnem centru "za nedoločen čas".

Danes se v strokovnih krogih in v javnosti ponovno široko razpravlja, kako organizirati in usmeriti naše zdravstvo. Imamo zelo dejavnega in razmišljajočega ministra za zdravstvo, ki uspešno uveljavlja lastne zamisli. Res da so finančni viri zelo pomembni, kako bo potekalo redno delo ter kako in kam usmeriti denar za gradnjo,

obnovo in opremo, vendar še bolj pomembna in daljnosežna za naše zdravstvo sta izbira in strokovno usposabljanje zdravnikov. Med kriteriji za izbiro vodilnih zdravnikov, zlasti v osrednji učni bolnišnici, kot je ljubljanski Klinični center, naj bo zahteva, da je kandidat odličen strokovnjak na svojem področju, uveljavljen in cenjen med kolegi, da ima organizacijske sposobnosti ter mu reševanje vsakodnevnih nalog na kliniki ni odveč, ima človeški odnos do bolnikov in do svojih sodelavcev. Predstojniku ne sme biti prvi cilj, kako bo uveljavljal samega sebe, temveč mora skrbeti za strokovni razvoj mlajših sodelavcev. Zelo je pomembno, da ima predstojnik klinike dobre strokovne stike v tujini, da je znan in cenjen. Število tehničnih objav v domačem in tujem strokovnem tisku z navedbo lastnih izkušenj je za ocenjevalce pri razpisu zelo pomembno. Da ima kandidat za vodilno delovno mesto na kliniki opravljeno doktorsko nalogo z izpitom, naj bo dodatno priporočilo, nikakor pa ne pogoj. Prav tako naj ne bo pogoj, da je kandidat zaposlen kot učno osebje na Medicinski fakulteti.

Za bolnišnično napredovanje bi morali upoštevati pridobljen naziv primarija. To priznanje za odličnost v bolnišnični hierarhiji je pri nas zvodenelo, saj so kriteriji postali blažji in se je preširoko podeljevalo. Profesor Slavko Rakovec, naš vodilni prvi urolog, mi je razlagal, da je v Kraljevini Jugoslaviji opravljal v Beogradu dvodnevni izpit za ta naziv in je pisno diplomo prejel iz rok kraljice Marije, soproge kralja Aleksandra. (Očitno preveč "za balkansko" ocenjujemo našo prvo skupno državo...).

Upoštevati je treba tudi sposobnosti in nagnjenja posameznika. Poznam "primer" profesorja, ki je postal predstojnik, ker je bil edini med zdravniki na kliniki z doktoratom znanosti, in mu organizacijsko delo vodenja bolnišničnega oddelka očitno "ni ležalo". Naj navedem, da se npr. po več tednov ni pogovoril z glavno medicinsko sestro na kliniki, kaj potrebujejo bolniki, kakšne izboljšave predlaga ipd. Ali ni škoda za sicer odličnega in uveljavljenega strokovnjaka, ki bi lahko raje več prispeval v neposrednem delu z bolniki in na raziskovalnem področju.



Čestitam. Izračunali smo, da se je upanje, da bo vaš mož okreval, bistveno izboljšalo ( $p < 0.005$ ) v zadnjih dneh. Žal je umrl. (Karikaturi mi je ljubeznivo prepustil kirurg prof. Artur Baue iz ZDA, po predavanju na simpoziju intenzivne terapije na Bledu junija 2001.)

Medicinska fakulteta mora zagotoviti primerno večje število učnega osebja, da pouk ne bo potekal prvenstveno v predavalnicah, na kar sta pri nas brezuspešno opozarjala profesorja - patofiziolog Korša in pediater Štrukelj. Naj profesor ne vidi svojega študenta prvič na izpitu, naj bo profesor na Medicinski fakulteti poklic in ne le ena od številnih obveznosti predstojnika klinike. Profesor mora imeti čas za svoje študente in tudi motivacijo. (V ZDA sem se nekajkrat udeležil večerje pri predstojnikih klinik in ob meni so skoraj vedno povabili tudi študente in zdravnike specializante, ki so bili takrat "na kroženju" pri njih. Ali lahko kaj podobnega pričakujemo od naših profesorjev medicine?).

Menim, da je ljubljanska Medicinska fakulteta preveč zadržana v podeljevanju naziva profesor, četudi predlagani nima doktorata znanosti. Ponosen sem, da mi je bil ta naziv podeljen po takratnem 143. členu statuta Medicinske fakultete v Ljubljani. Med nami so zdravniki, ki bi po svojem življenjskem in strokovnem ugledu doma in v tujini morali biti nosilci tega naziva. Kot pediater naj omenim kolege Iztoka Jakšo, Anico Mikuž Kos in Igorja Ravnika. Vsaka medicinska fakulteta bi bila lahko zadovoljna, da ima takšne strokovnjake, ki so zelo veliko storili tudi kot pedagogi na dodiplomskem in podiplomskem študiju.

Še ena značilnost Kliničnega centra, ki jo ocenjujem za "stranpot" v kadrovske politiki, morda res ne tako pomembna, vendar se je iz ljubljanskega Kliničnega centra uveljavila skoraj v vseh naših regionalnih bolnišnicah: glavni direktor naj bo zdravnik. V anketi, ki sem jo prej navedel, je v državah Evropske unije v številnih bolnišnicah direktor "menedžer", za zdravstveno področje pa je odgovoren "medicinski direktor", ki je praviloma izvoljen med predstojniki klinik ter se je uveljavil tudi kot dober organizator in s poslušom za skupne potrebe ter razvoj. Dobro se spominjam zdravniškega zbornega septembra 1991 v veliki predavalnici Medicinske fakultete (sklicali so ga zdravniki blizu Demosa), ko so ti voditelji zahtevali naj bo nov direktor Kliničnega centra zdravnik (izbrali so med seboj takrat še asistenta dr. Primoža Rodeta). Profesorica Andreja Kocjančič, ki je takrat še opravljala naloge medicinskega direktorja (neustrezno se je to delovno mesto imenovalo namestnik generalnega direktorja), je oporekala temu predlogu. Soglašal sem z njo, saj dva zdravnik na vodilnem položaju v bolnišnici, četudi sta dobra kolega, ne moreta vedno uskladiti ne dela v operativi, še manj na področju razvoja. Če sta prišla do tako visokega položaja v bolnišnični hierarhiji, pomeni, da sta tako eden kot drugi razgledana, ambiciozna in vztrajna, zato je težko pričakovati, da bosta vedno enotna. To pa lahko privede do mučnih medsebojnih odnosov, zlasti pred sodelavci in tudi v javnosti, škoduje rednemu delu in ugledu ustanove. Da je tako, so dokazali dogodki v Kliničnem centru v zadnjih letih.

\*\*\*

Ko sem se lotil pisanja prispevka o merilih, ki določajo "kariero" zdravnika v naši osrednji bolnišnici in so v nasprotju z njegovim razvojem in s humanostjo našega poklica, se zavedam, da naše zdravstvo pestijo hujše težave, kot je pričujoči problem, ki se ga lotavam. Menim pa, da je kadrovska politika v Kliničnem centru pri izbiri vodilnih zdravnikov neživljenjska, krivična za številne odlične strokovnjake in posledično tudi za bolnike. Še vedno velja, da biti zdravnik ni le poklic, temveč je tudi poslanstvo. ■

# Stiske in travme slovenskega zdravnika

Marjan Fortuna

Pri odločanju mladega človeka za poklic nanj vpliva marsikaj. Nekateri se zgledujejo po starših, sorodnikih, znancih ali prijateljih, drugi po osebnih nagnjenjih in vrednotah, osebnih izkušnjah z določenim poklicem ali imajo v sebi neko notranjo željo ali veselje do nekega poklica (lahko bi rekli celo poslanstva).

**P**ri odločitvi za poklic zdravnika verjetno večino navdaja občutek, da je to posebno human poklic, kjer lahko uveljaviš vse svoje predstave in nagnjenja o pomoči trpečemu sočloveku-bolniku, kar je v življenju od rojstva do smrti slej ko prej vsak.

Ob vpisu na medicinsko fakulteto je študent poln navdušenja, velike želje po pridobitvi čim več znanja in altruizma. Spominjam se prvih let študija, ko smo z velikim navdušenjem spoznavali anatomijo in fiziologijo človeka ter nato patološko anatomijo in patološko fiziologijo. Kmalu so se pričela prva prava srečanja z bolniki pri študiju kliničnih predmetov in končno pride tako težko pričakovana diploma, kar verjetno predstavlja najbolj srečen dogodek v poklicnem življenju vsakega človeka. Po dolgih dnevih in nočeh, ko opraviš zadnji izpit, si napravil velik korak za zdravnika, a majhen korak za bolnika.

Po začetni evforiji sledi pripravništvo, kjer svoja teoretična znanja skušaš čimbolj nadgraditi s praktičnimi znanji, ki so potrebna za samostojno opravljanje poklica. Do tu so poti zdravnikov praktično enake, potem se vsak poda na svojo poklicno pot, ki je za vsakogar nekoliko drugačna in specifična. Večina se odloči za specializacijo, ki je z razvojem medicine čedalje bolj potrebna, saj ni več mogoče, da bi en zdravnik dobro obvladal več specialnosti od pediatrije, interne medicine, kirurgije itd. Minili so časi, ko je bil splošni zdravnik praktično vse, od sodnega izvedenca do družinskega zdravnika.

Med specializacijo pravzaprav spoznaš, kako neboljen si po končanem študiju in zaključenem pripravništvu. Postavljen si v vlogo sobnega ali splošnega zdravnika, ko moraš samostojno odločati o preiskavah pri konkretnem bolniku, odločati se moraš o zdravljenju in nenazadnje tudi s prognozo bolezni, ki pogosto ni dobra. Sam sem začel svojo poklicno pot na oddelku, kjer smo zdravili predvsem pljučne bolnike in to tiste s povsem nedolžnimi pljučnicami do najtežjih oblik pljučnega raka. Še danes mi ni povsem jasno, kako sem prenesel vse travme in preizkušnje mladega zdravnika, saj, ko sem začenjal svojo pravo poklicno pot, mi ni bilo niti petindvajset let. Vem, da se je marsikdo, zaradi mojega mladostnega videza, spraševal, če sem sploh zdravnik. V času specializacije sem moral delati skoraj na večini oddelkov bolnišnice, ki je imela nekaj preko 400 postelj in v njej so se zdravili pretežno pljučni bolniki, nekaj oddelkov pa je bilo specializiranih za zdravljenje samo nekaterih bolezni. Imeli smo celo svoj ginekološki oddelek in prosekturo. Že po šestih

mesecih sem moral pričeti bolj ali manj samostojno dežurati, kar je pomenilo še posebej težko, predvsem pa odgovorno delo, saj sem se moral pogosto odločati v situacijah, v katerih sem se znašel prvič, zavedajoč se, da stvari ne poznam oziroma, da nimam potrebnih izkušenj. Verjetno so mi predvsem zaradi globoke čustvene prizadetosti nekatere stvari ostale v tako živem spominu, kot da so se zgodile nedavno. Tako se spominjam prvega srečanja s smrtjo, ko sem bil sicer še študent, in je zaradi sepse umrl mlad fant, kar je njegovo mater tako prizadelo, da je hotela skočiti skozi okno in le prisebnostni neke strežnice se gre zahvaliti, da tega res ni storila.

Počasi se nekako navadiš, da si kot zdravnik samo človek, ki včasih lahko bolnika povsem pozdraviš, včasih le delno in začasno, neredko pa si povsem brez moči in ukrepaš le tako, da blažiš trpljenje do smrti. Čeprav sem doživel smrt že nešteto krat, sem ob vsaki taki izkušnji še vedno poln dilem, ali sem storil vse, kar je bilo v dani situaciji mogoče, ali bi lahko hitreje in bolje naredil tisto, kar je bilo v danem trenutku potrebno. Predvsem nisem in nikoli ne bom neprizadet ob smrti mladega človeka, ki niti še ni začel živeti, a se mu je življenjska pot že končala.

Ko nas je učil medicinsko etiko znani profesor, ki je imel ogromno izkušenj na tem področju, se spominjam nekaterih njegovih misli. Ena takih je bila: "Bolnik lahko tudi umre, samo da je to dokumentirano." Toda žal se prepogosto dogaja, da to ni tako. Zlasti na urgenci se pogosto srečaš z bolnikom, o katerem ne veš niti imena, niti starosti, ne poznaš okoliščin ali bolezenskih znakov pred prihodom v ambulantno. Res je včasih diagnoza lahka, nemalokrat pa ne veš niti, kako bi se lotil diferencialne diagnostike in sočasno tudi nujno potrebnega zdravljenja. To je še posebej težko za zdravnika, ki se ne srečuje pogosto s kritično bolnim človekom. Takrat te obhajajo misli, ali si med študijem medicine res pridobil vse potrebno znanje, izkušenj pa tako ali tako nikoli nimaš dovolj. Razpet si med svojim znanjem in objektivnimi možnostmi, ki, resnici na ljubo, niso vedno enako na voljo kateri koli del dneva. Pogosto je prisotna tudi prekomerna utrujenost in zasičenost, ko misli in dejanja ne sledijo več potrebam bolnika. Takrat je dobrodošla konzultacija z bolj izkušenim kolegom, toda žal je pogosto tako, da si ravno pri pomembnih odločitvah pogosto sam. Zato je še toliko bolj neverjetno "preganja" nekaterih zdravnikov in njihovih odločitev, nihče se pa ne vpraša ali bi bilo v danih okoliščinah mogoče ravnati tudi drugače oziro-

ma, kako bi on ravnal v tem trenutku. Zato bi vsem, ki kritizirajo delo zdravnikov, svetoval, naj se držijo načela: "Hic Rhodus, hic salta!" Lahko je iz neke varne razdalje (z one strani Atlantika) ali naslonjača kritizirati in obsojati (pogosto neutemeljeno) napačne odločitve zdravnika, težko pa se je vživeti v situacijo, v kateri se je znašel posameznik tedaj, ko je sprejel žal napačno odločitev. Prepričan sem, da je večini zdravnikov zelo hudo, če so se zmotili in jih to spremlja celo življenje, toda ali je treba res na koncu takega zdravnika še "privezati na sramotilni steber".

Prišel sem do spoznanja, da si v času študija pridobiš ogromno teoretičnega znanja, medtem ko je praktičnih izkušenj, ki so zelo potrebne za samostojno delo, premalo. Kljub podaljšanju študija na šest let in pripravništva na dve leti opažam, da mladi zdravniki niso sposobni pravilno in hitro reagirati, da se zapletajo v relativno manj pomembne podrobnosti in niso sposobni bolnika celostno obravnavati. Tu moram izraziti svoje mnenje, in sicer, da izobraževanje v času študija ni dobro oziroma pravilno. Predvsem je prevelik poudarek na pridobivanju teoretičnega znanja, premalo pa je poudarka na praktičnih znanjih, ki so za dobro delo in samozavest še kako potrebni. Morda bi veljalo razmisliti o uvedbi obvezne počitniške prakse od tretjega letnika dalje, ko bi se bodoči zdravnik srečeval z vsemi mogočimi problemi, pomagal bi medicinskim sestram pri negi bolnikov, učil bi se nekaterih manj zahtevnih posegov in s tem pridobil prepotrebne izkušnje za bodoče poklicno delo.

V zadnjem času smo priča neverjetni "gonji" proti zdravniškim napakam, zmotam, nenormalnim zaostankom (tudi patohistoloških preiskav) in drugim slabostim, ki so posledica, ne rečem, tudi slabega dela. Iskreno in samokritično moram priznati, da so žal napake sestavni del našega dela in so se dogajale, se dogajajo in se bodo. Ne mislim s tem opravičevati naših (tudi mojih!) napak, toda večinoma so bile storjene zaradi različnih vzrokov, le redko pa iz malomarnosti ali neznanja. Moti in žalosti me javna "gonja" proti raznim posameznikom in bolnišnicam (od KC do Celja, Jesenic, Novega mesta, Maribora, Slovenj Gradca itd.) še preden je kakšna sporna zadeva temeljito in do konca raziskana. Spominjam se primera dveh ginekologov, ki sta nekoč "na črno" opravljala splave. Čeprav sta verjetno delala popolnoma strokovno, so njuni sliki objavili v časopisih s polnim imenom in priimkom kot najhujša kriminalca. Laiki me sprašujejo, kako lahko vrh slovenske medicine tako udriha po zdravstvu in lastnih zdravnikih. Odgovora na to ne vem, lahko pa jim povem svoje mnenje. Eden izmed razlogov menim, da je sprememba družbenega sistema, medtem ko je zdravstvo ostalo še vedno tako, kot je bilo v prejšnjem sistemu. Drug razlog je, da marsikdo, ki pride do visokega političnega položaja, pozabi, kako je biti zdravnik, ko si neposredno soočen s konkretnim bolnikom in konkretnim problemom. Najpomembnejše je, da gmotne razmere ne omogočajo takšnih zdravstvenih storitev, kot bi si jih vsi želeli, zato smo vedno bolj ukleščeni med tem, kar bi lahko nudili bolniku in kaj dopuščajo finančne možnosti. Najbolj neproduktivno je razpravljanje o tem, kdo je kriv za situacijo v zdravstvu. Z medsebojnim obtoževanjem ne bomo prišli nikamor. Ljudje so čedalje bolj prosvetljeni in spremljajo razmere tudi v drugih državah, kjer je recimo več sredstev in kadra, boljša organizacija in bolj jasna pravila "igre". Pri plačilu našega dela je še vedno uravnilovka centralistično vodenje od zgoraj, neverjetna podcenjenost našega dela, ko je praktično

najmanj vreden dober klinični pregled ali neka druga zahtevna storitev (npr. operacija), medtem ko je skoraj vsaka instrumentalna preiskava ovrednotena veliko bolje. Famozna pogruntavščina o delitvi dejavnosti na učinkoviti in neefektivni del (stanje prisotnosti na delovnem mestu) je neumnost "par excellence". Kako bi na primer reagirali prosvetni delavci, če bi se jim za učinkovito delo plačevala samo prisotnost v razredu, policistom, vojakom in gasilcem pa prisotnost na policijski postaji, v vojašnici ali gasilskem domu kot stanje pripravljenosti, ali denimo zaposlenim v elektrogospodarstvu, železnici in drugih dejavnostih, ki zaradi narave dela zahtevajo nenehno prisotnost na delovnem mestu. Hitro bi prišlo do resnih motenj v delovanju teh dejavnosti in delovanja cele države. Zdravniki pa lahko dežuramo in dežuramo dneve in noči nekajkrat na mesec skozi celo leto in leto za letom. Samo za boljšo ponazoritev naj navedem svoj primer. V tridesetih letih sem preživel v bolnišnici okoli štiri leta oziroma 30.000 ur (brez rednega dela!). Sedaj so nas pa strpali še med javne uslužbence kot recimo nekatere (ne vse!) upravne delavce, ki sploh ne vedo, kaj je nočno, nedeljsko, praznično delo. Kje so naše delovne in socialne pravice? Država nam "velikodušno" sicer nudi možnost nakupa študijskih let in vojaščine. Kakšen je ciničen predvsem pri slednji? Večina nekoliko starejših zdravnikov smo med "služenjem domovini" opravljali svoj poklic, a če za to že nismo bili plačani, bi se nam moralo šteti vsaj v delovno dobo in za odmero pokojnine tako, kot se je štel v delovno dobo solunskim in španskim borcem ter borcem NOB celo dvojno. Večina poklicnih skupin, ki ima priznano beneficirano delovno dobo, se lahko predvsem medicini zahvali za to in je prav, da jo imajo. Toda, ko samo omenimo, kaj pa zdravniki (in tudi drugi zdravstveni delavci), ali tudi mi nismo upravičeni za kaj takega za vse nedelje, praznike in noči, za izpostavljenost sevanju, nevarnostim okužb, psihičnemu in tudi fizičnemu nasilju itd., naletimo na zid in molk. In na koncu, a nenazadnje, je pričakovana življenjska doba zdravnikov in predvsem zdravnic med najkrajšimi med poklici z visoko izobrazbo in ob dejstvu, da študij medicine povprečno traja skoraj osem let, potem je lahko vsakomur jasno, da zdravnik uživa zaslužen pokojnino krajši čas kot primerljivi poklici. Ne pričakujem, da nas bo obdajal svetniški sij, niti ni potrebno čaščenje našega dela, saj res nismo bogovi v belem, čeprav včasih delamo tudi čudeže v razmerah, v kakršnih delamo. Bog je namreč nezmotljiv, mi pa se motimo, kar tudi priznavamo in motiti se je človeško.

Vsaj v državnem (javnem) zdravstvu je situacija nevzdržna, zato bi včasih najraje zakričal: "Dost mam!" ■

*Spletna stran Zdravniške  
zbornice Slovenije*

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

# 50 let Psihiatrične bolnišnice Begunje

14. in 21. november 2003

Melita Pretnar Silvester

V sivih pozno jesenskih dneh se je s pomočjo pridnih rok zaposlenih begunjska graščina odela v praznično vzdušje. Psihiatrična bolnišnica, ki v njenih prostorih domuje zadnjih 50 let, je na široko odprla vrata za vse goste, ki so se udeležili praznovanja tega velikega dogodka. Graščina je eden najbogatejših primerov poznorenesančne kulture pri nas in njena zgodovina je pestra. Stavba je v preteklosti preživela marsikaj burnega in bridkega. Od 14. stoletja, ko se graščina Kacenštajn prvič omenja, so se v njej po grofih Kacijanarjih zvrstili še mnogi gospodarji. Njeno preurejanje v sodobno psihiatrično ustanovo je v zadnjih 50-ih letih potekalo z velikim poslušom za dragocene ostaline minulih časov, kar je omogočilo, da sta se preteklost in sedanjost ujeli v novo sožitje.

Zgodovino in razvoj bolnišnice je v svojem slavnostnem govoru na osrednji proslavi ob jubileju orisal prof. dr. Janko Kostnapfel. Povedal je, da je v letih po osvoboditvi slovenska psihiatrija nujno potrebovala dodatne bolniške postelje in nove kadre. Pobudo, da bi tej potrebi namenili grad v Begunjah in tako delno razbremenili prenapolnjeno matično bolnišnico v Polju pri Ljubljani, je dal prof. dr. Janez Kanoni. Vplivni domačini so sprva nasprotovali nameri, da bi grad preuredili v bolnišnico za duševne bolezni, češ da bi s tem oskrnili spomin talcev, ki počivajo na bližnjih pokopališčih. Utemeljevanje in prepričevanje, da takšna humana ustanova ne bo žalila pokojnikov, temveč lahko le še bolj posvetila njihov spomin, je obrodilo sad. Tako je leta 1953 graščina sprejela prve paciente iz Psihiatrične bolnišnice v Polju pri Ljubljani. Prvih deset let je bila bolnišnica v Begunjah dejansko depandansa matične ustanove v Ljubljani. Predstavljala je ustanovo azilskega tipa, za okoli 260 bolnikov pa je skrbel en sam zdravnik-specializant, napoten iz ustanove v Polju. Redno delo so ovirale dolgotrajne adaptacije, s katerimi so skušali prostore vsaj deloma prilagoditi potrebam nove dejavnosti. Kljub slabim pogojem si je osebje ves čas prizadevalo opravljati svoje delo



Psihiatrična bolnišnica v Begunjah v prazničnih dneh (foto: Anže Rozman)

čim bolj strokovno in humano. Od leta 1960 deluje v bolnišnici specialistična psihiatrična ambulanta, od leta 1963 pa patronažna socialna služba. Prelomnica je nastopila 11. maja 1963, ko je bolnišnica odprla sprejemni oddelek za gorenjsko področje. Takrat se je začela počasi, a vztrajno spreminjati iz azilskega zavoda v vse bolj dejavno terapevtsko psihiatrično ustanovo. Po letu 1962 se je število zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja postopoma povečevalo. Prvi honorarni direktor bolnišnice je bil prof. dr. Janez Kanoni, za njim je bolnišnico 16 let vodil primarij dr. Jurij Zalokar, naslednjih pet let dr. Marko Skulj, dr. med., zadnjih 20 let pa Janez Romih, dr. med., ki je tretji močan steber v polstoletni zgodovini bolnišnice.

Splošni napredek psihiatrije se jasno razodeva tudi v begunjski bolnišnici. Bolnišnica v Begunjah je danes lepa, moderna in uspešna zdravstvena ustanova, ki se lahko v strokovnem in človekoljubnem smislu meri z drugimi tovrstnimi zavodi. Danes ima ustanova 180



Dr. Alojz Ihan in mladi igralci Linhartovega odra po premierni uprizoritvi poezije iz pesniške zbirke Salsa



Velika dvorana bolnišnice s slavnostnimi gosti v ospredju





Igor Škerjanec na violončelu in Tomaž Petrač za klavirjem, ob doprskem kipu prof. dr. Janeza Kanonija



Slavnostni govornik, prof. dr. Janko Kostnapfel

standardnih postelj, od teh 25 v gradiču Drnča na oddelku za podaljšano zdravljenje in rehabilitacijo. Bolnišnica ima devet oddelkov, psihiatrično ambulantno s psihološko in socialno službo. Vse večji poudarek je na terapevtskem programu dnevne bolnišnice. V bolnišnici je zaposlenih 175 uslužbencev, med njimi 17 zdravnikov, štiri klinični psihologi, 14 višjih oziroma diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, dve socialni delavki, osem delovnih terapevtov, 44 zdravstvenih tehnikov.

Bolnišnica posveča pozornost izobraževanju in pedagoškemu ter znanstvenoraziskovalnemu delu. Predstavlja uč-

no bazo za srednjo zdravstveno šolo, zdravnike in psihologe - pripravnike in študente podiplomskega izobraževanja. Od številnih strokovnih sestankov, seminarjev, predavanj v bolnišnici in izven nje so bili še posebej odmevni "oktobrski seminarji", ki so v desetih letnih srečanjih obravnavali aktualne strokovne teme in v sodelovanje privabili strokovnjake različnih specialnosti.

V Psihiatrični bolnišnici Begunje se zdravijo in iščejo pomoč ljudje z najrazličnejšimi duševnimi motnjami ali v življenjskih stiskah. Bolnišnica pokriva gorenjsko regijo z 200.000 prebivalci, delno pa tudi druga območja Slovenije. Vse to se odraža v 1.200 sprejemih in 10.000 ambulantnih pregledih poleg 400 primerov obravnav v dnevni bolnišnici na leto. Osebe si prizadeva usklajeno uporabiti različne načine zdravljenja. Trudi se za človeško pristen in korekten odnos do bolnikov in njihovih svojcev. Vsakega bolnika skuša obravnavati v skladu z njegovimi potrebami in ga vzpodbuditi k dejavnemu sodelovanju.

Slovesnosti ob praznovanju 50-letnice bolnišnice so potekale v dveh večjih sklopih. V petek, 14. novembra, se je praznovanje začelo z dnevom odprtih vrat za vse upokojene uslužbence bolnišnice. Po



Prof. dr. Jurij Šorli, direktor Bolnišnice Golnik, čestita direktorju bolnišnice Begunje, Janezu Romihu.

pozdravnih besedah direktorja bolnišnice Janeza Romiha so si nekdanji sodelavci ob sproščenem klepetu in obujanju spominov ogledali obnovljene in na novo urejene prostore bolnišnice. Posebno pozornost je brez dvoma pritegnila lani urejena čudovita mansarda bolnišnice, kjer so moderno in prijazno urejeni prostori za delovno terapijo, socio- in psihoterapevtske dejavnosti.

Zvečer tega dne je v veliki dvorani bolnišnice potekal kulturno-umetniški večer, zastavljen v sodelovanju Linhartove dvorane Radovljica in Psihiatrične bolnišnice Begunje. Uvodni akordi so zazveneli izpod prstov mlade pianistke Monike Toman. Sledilo je odprtje dveh razstav in predstavitev slik slikarke Milene Houška Pavlin in slikarja Vinka Hlebša. O njunem delu sta spregovorila umetnostna zgodovinarja Maruša in dr. Cene Avguštín. V prostorih bolnišnične mansarde je bila na ogled ponovno postavljena, že pred meseci odprta, razstava slik na svilo umetnice Marjetke Mihelič.

V nadaljevanju večera je radovljiški Linhartov oder premierno uprizoril poezijo iz izjemno uspešne pesniške zbirke Salsa stanovskega kolega Alojza Ihana. Mladi igralci so pod vodstvom režiserke in scenaristke Alenke Bole Vrabc, koreografinje Gordane Schmidt in maskerke Petre Alič navdušujoče približali poezijo na svojevrsten, enkratni, čustveno nabit in izrazno sočen način z besedo, glasbo, gibom in podobami.



Družabno srečanje na prenovljeni mansardi bolnišnice



Damijan in njegova družina sodelavcev v akciji

Drugi del praznovanja je potekal v petek, 21. novembra, z osrednjo proslavo, prav tako v veliki dvorani bolnišnice. Slavnostno zbranstvo sta ustvarila violončelist Igor Škerjanec in pianist Tomaž Petrač. V pozdravnem nagovoru je direktor bolnišnice Janez Romih med drugim poudaril, da je bolnišnica po petdesetih letih trpežnega vztrajanja, ko ji nikoli ni bilo ničesar "prineseno na pladnju", danes radoživa ustanova in je v njenih izkušnjah posejana marsikatera modrost, ki ji kaže prisluhniti tudi ob napovedanih spremembah v zdravstvu. Zbranim je spregovoril slavnostni govornik prof. dr. Janko Kostnapfel, eden prvih zdravnikov, ki je deloval v prvih letih bolnišnice. Poleg zgoraj orisanega zgodovinskega razvoja bolnišnice je poudaril, da so zdravniki in drugo medicinsko osebje ter sodelavci begunjske bolnišnice skozi mnoga leta nesebično razdajali svoje umske in fizične moči v prid svojih pacientov. Vodila jih je strokovna in človekoljubna motivacija ter zadoščeno spremljanje vse bolj uspešnega zdravljenja. Navzoče je pozdravil tudi minister za zdravje prof. dr. Dušan Keber. Poleg ostalega je dejal, da se obstoj bolnišnice pokriva z obdobjem, v katerem so se psihiatrične bolnišnice iz ustanov, ki varujejo družbo pred bolniki, spremenile v ustanove, ki bolnike zdravijo. Po njegovem se je to v Begunjah zgodilo na najboljši možni način. Ob 50-letnici so bila podeljena jubilejna priznanja in priznanja za posebne zasluge zaposlenim, nekdanjim zaposlenim in sodelavcem bolnišnice. Sledile so čestitke predstavnikov drugih bolnišnic, zavodov in ustanov, ki so povezani z našo bolnišnico. Nekdanji direktor prim. dr. Jurij Zalokar je prispeval nekaj osebnih spominov na leta, ki jih je preživel v bolnišnici. Kulturni program je sklenil violinist Miran Kolbl. Vsi gostje so bili povabljeni na ogled mansarde bolnišnice, od koder se je ta dan ponudil tudi čudovit razgled na Deželo, Jelovico in Julijske Alpe s Triglavom. Slovesnost se je zaključila s sproščenim klepetom ob okusnem prigrizku.

Zvečer smo bili vsi sedanji in nekdanji zaposleni ter sodelavci bol-

nišnice povabljeni na družabno srečanje s slavnostno večerjo v Hotel Astoria na Bledu. Damijan (Damijan Perne, dr. med.) in njegova družina kolegov ter zdravstvenih sodelavcev so pripravili zabavno "resne" točke, ob katerih smo se nasmejali do solz, skupina Črne mačke pa je poskrbela za sproščeno vzdušje ob plesu vse do jutranjih ur. Pokazalo se je, da znamo skupaj dobro in trdo delati ter se ob priliki tudi prijetno zabavati.

Naj ob koncu strnem najrazličnejše želje, ki so bile izrečene v teh dneh, v eno samo: SREČNO bolnišnica v Begunjah in naj bodo naslednja petdeseta leta uspešna, plodna ter bogata!

*J. Romih, A. Žmitek: Psihiatrična bolnišnica Begunje, PB Begunje, november 2003*

*J. Kostnapfel: Prvih petdeset let Psihiatrične bolnišnice Begunje, slavnostni govor na proslavi ob 50-letnici bolnišnice, november 2003*



Torta ni bila le zelo lepa ...

# Ob 60. obletnici samostojnosti oddelka za očne bolezni Splošne bolnišnice Maribor

Dušica Pahor

60. obletnico samostojnosti oddelka za očne bolezni Splošne bolnišnice Maribor smo praznovali delovno. Organizirali smo strokovni simpozij z mednarodno udeležbo.

Srečanje je bilo 28. novembra 2003 v Kristalni dvorani Kongresnega prireditvenega centra Hotela Habakuk. Po svečani otvoritvi s pevskim zborom Nonet Certus in pozdravnem nagovoru predsednice organizacijskega odbora in predstojnice oddelka za očne bolezni doc. dr. Dušice Pahor, dr. med., so sledili pozdravi predsednika Združenja oftalmologov Slovenije in predstojnika Katedre za oftalmologijo Medicinske fakultete v Ljubljani prof. dr. Marka Hawline, dr. med., in predstojnice Očesne klinike Kliničnega centra v Ljubljani doc. dr. Brigite Drnovšek Olup, dr. med. Po prijetnem glasbenem vložku je sledil svečani nagovor direktorja Splošne bolnišnice Maribor prim. Gregorja Pivca, dr. med., in nagovor župana mestne občine Maribor Borisa Soviča, univ. dipl. inž.

Dr. Rolf Grewe iz Münstra v Nemčiji je predstavil oftalmologijo v združeni Evropi. Na pobudo prim. Bojana Gračnerja, dr. med., je organiziral prvi nemško-slovenski simpozij v septembru leta 2002 v Berlinu v okviru 100. kongresa Združenja oftalmologov Nemčije (DOG). Omogočil je štipendiranje desetim slovenskim oftalmologom na različnih klinikah po Nemčiji in udeležbe na kongresu DOG I. 2002 in 2003. Njegova po-

moč slovenski oftalmologiji je ogromna, zato smo bili njegovega obiska še toliko bolj veseli in hkrati počaščeni. Od tujih vabljenih predavateljev sta nas z obiskom in predavanjem počastila še prof. dr. Gabriele Lang, nekdanja predsednica DOG, in prof. dr. Gerhard Lang, predstojnik Očesne klinike v Ulmu in generalni sekretar Evropskega združenja za oftalmologijo.

Prim. Bojan Gračner, dr. med., nekdanji dolgoletni predstojnik oddelka, je zelo natančno prikazal razvoj oddelka vse od njegove de-



Otvoritev simpozija, od leve proti desni doc. dr. Dušica Pahor, župan mestne občine Maribor Boris Sovič, direktor Splošne bolnišnice Maribor prim. Gregor Pivec, prof. dr. Marko Hawlina, doc. dr. Brigita Drnovšek Olup in prof. dr. Branka Stirn Kranjc

janske ustanovitve leta 1919 do njegove osamosvojitve kot samostojni oddelek leta 1943, pa vse do danes.

Trenutno je na oddelku 47 uslužbencev, od tega sedem specialistov, štirje specializanti, štiri diplomirane medicinske sestre, štiri višje medicinske sestre in 17 zdravstvenih tehnikov. V zadnjih letih se število bolnikov, ki so zdravljeni v bolnišnici povečuje, ležalna doba zmanjšuje, povečuje se število operacij katarakte in število poškodb. Z nakupom operacijskega mikroskopa leta 1977 se je začela na oddelku razvijati mikrokirurgija. Oddelek je strokovno na področju operativne v vseh teh letih vedno sledil razvoju

stroke v svetu in sprotno osvajal nove tehnike. Istočasno se je vzporedno razvijala subspecialistična in funkcionalna dejavnost, kot je Kabinet za ortoptiko in pleoptiko (1970), Ambulanta za diabetike (1977), Kabinet za glavkom s perimetrijo (1977), Kabinet za kontaktne leče (1979), Ambulanta za ultrazvok (1983), Kabinet za fotokoagulacijo (1987), Ambulanta za fluoresceinsko angiografijo (1992). Ves čas smo delovali tudi na znanstveno - raziskovalnem področju in opravljali pedagoško delo, tako na Medicinski fakulteti v Ljubljani, Visoki zdravstveni šoli v Mariboru kot mentorji specializantom in sekundarijem.

Simon Trpin, dr. med., je izdelal spletne strani oddelka s podrobnejšim prikazom dejavnosti, zaposlenimi, podrobnejšim zgodovinskim pregledom in z možnostjo dodatne nadgradnje. Po končanem prvem delu srečanja je Miroslava Perhavec, dr. med., odigrala z visoko virtuoznostjo Chopinovo Polonezo. Po ogledu novega oddelka smo nadaljevali s strokovnim delom. Po predavanju predstavnika firme Alcon, kot glavnega pokrovitelja srečanja in vabljenih tujih predavateljev, je sledil pregled posameznih dejavnosti na oddelku. Doc. dr. Dušica Pahor, dr. med., je prikazala dvajset let transplantacijske dejavnosti na oddelku, in sicer od leta 1984 do danes, B. Jovović, dr. med., in N. Šička, dr. med., sta prikazala delo v Ambulanti za diabetike, doc. dr. D. Pahor, dr. med., in M. Perhavec, dr. med., konziliarno službo na oddelku, N. Budimlič, dr. med., in S. Trpin, dr. med., delo v Kabinetu za ortoptiko in pleoptiko, glavna sestra oddelka M. Jarc, viš. med. ses., razvoj zdravstvene nege očesnega bolnika od ustanovitve do danes, mag. T. Gračner, dr. med., dejavnost



**Predstojnica Očesne klinike v Ljubljani doc. dr. Brigita Drnovšek Olup izroča ob visokem jubileju dragocen spomin na staro Ljubljano predstojnici oddelka za očesne bolezni doc. dr. Dušici Pahor.**

Kabineta za glavkom in M. Falež, dr. med., dejavnost Kabineta za lasersko fotokoagulacijo.

Simpozij smo zaključili ob prijetni glasbi z večerjo, se spominjali prehojene poti in pripravljali načrte za prihodnost. Ob 60. obletnici oddelka za očesne bolezni Splošne bolnišnice Maribor smo izdali zbornik vseh predavanj s prikazom zgodovine oddelka in kronološkim razvojem posameznih dejavnosti ter kratkim prikazom bibliografije oddelka. S ponosom lahko gledamo na prehojeno pot in si želimo, da bi bila takšna še v naslednjih letih, ko so pred nami novi izzivi. ■



# Kostno vsidrani slušni pripomoček (BAHA) v Sloveniji

Janez Rebol

**G**lavni izziv za otologa, ki zdravi vnetja srednjega ušesa, je doseči suho uho in optimalen sluh. Konvencionalni slušni aparat lahko pri nekaterih bolnikih poslabša ali celo izzove vnetje srednjega ušesa in povzroči otorejo. Zaradi slabega sluha imajo bolniki težave s sporazumevanjem, kar vodi v težave v šoli in na delovnem mestu.

Za bolnike s prevodno ali kombinirano okvaro sluha, ki niso mogli nositi konvencionalnih slušnih aparatov, izčrpane pa so bile tudi možnosti rekonstruktivne kirurgije, so Tjoellstroem, Hakansson in njuna skupina pred približno dvajsetimi leti razvili na Švedskem BAHA (bone anchored hearing aid). Do pred dvema letoma je bilo skupno vstavljenih 10.000 tovrstnih pripomočkov po svetu. Največ jih vstavijo v Veliki Britaniji, in sicer približno 600 na leto. V zadnjem času zelo narašča uporaba v ZDA, kjer ga je odobrila tudi FDA, celo za enostransko prevodno ali kombinirano naglušnost. V Evropski uniji se uporablja v vseh državah. Ocenjuje se, da se letno napravi deset operacij na milijon prebivalcev. V Sloveniji nismo doslej uporabljali te metode.

Mehanizem delovanja kostno vsidranega slušnega pripomočka izkorišča direktno kostno prevajanje. Pri tem gre za prenos zvoka direktno s pretvornika na lobanjsko kost brez vmesne kože in podkožja. V kost za uhljem je vsajen (vsidran) nosilec iz čistega titanija, pri katerem pride do t. i. osteointegracije, kar pomeni, da se nosilec zaraste s kostjo brez formiranja veziva med njima. Na ta nosilec se nato tri mesece po operaciji pritrdi slušni pripomoček.

Kostno prevajan zvok je naraven način prevajanja zvoka. Ko poslušamo svoj glas, ga poslušamo po načelu zračnega in kostnega prevajanja, pri čemer sta obe komponenti udeleženi približno v enakem razmerju. Ko poslušamo svoj glas, ki je posnet, se nam zdi drugačen zato, ker ga zaznavamo samo z zračnim prevajanjem.

Perkutani pretvornik, ki ga uporabljamo pri BAHA, prikazuje slika 1, sistemi transkutanih pretvornikov se niso obnesli (1).

Za BAHA so primerni bolniki, ki potrebujejo enostransko ali obojestransko ojačanje zvoka zaradi dveh osnovnih indikacij: kronično vnetje srednjega ušesa, pri katerem je kontraindiciran konvencionalni slušni aparat, in kongenitalne malformacije srednjega ušesa ter sluhovoda.

Relativno pogosta enostranska ali obojestranska prirojena malformacija je atrezija sluhovodov. Značilna je deformiranost uhlja, nerazvit sluhovod in praviloma še razvojna nepravilnost srednjega ušesa. Kirurško zdravljenje atrezije sluhovoda je zahtevno in nevhvalno. Največji problem je možnost poškodbe obraznega živca, ki ima lahko abnormen potek v temporalni kosti in se ga lahko pri kirurgiji poškoduje ob vrtnanju svetline sluhovoda. Druga težava je možnost ponovnega stenoziranja sluhovoda po operaciji, tretja pa morebitna anomalija v srednjem ušesu, ki onemogoča zadovoljivo izboljšanje sluha.

Ob teh indikacijah pridejo v poštev še bolniki z otosklerozo (2) in infekcijami sluhovodov.

Za BAHA so primerni bolniki, ki imajo kostno prevajanje boljše

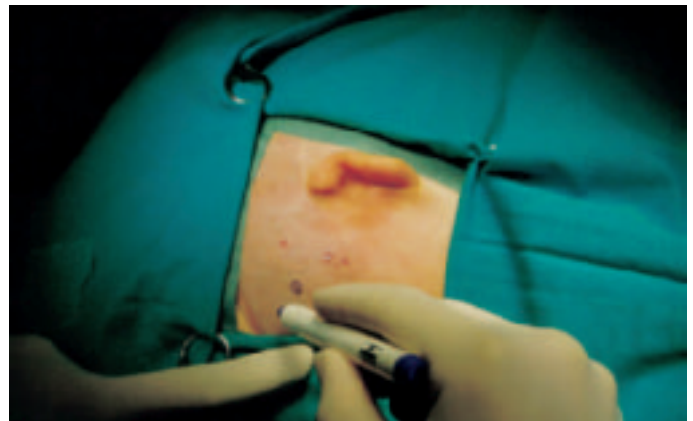
od 60 dB (3). Za implantacijo se izbere stran z boljšo kohlearno rezervo. Po operaciji je pomembno, da bolnik sledi navodilom za nego kože ob implantiranem nosilcu.

Bolniki z BAHA so ugotavljali boljše razumevanje govora, lažjo vključevanje v družbo ter večjo samozavest. Zmanjšalo se je tudi število obiskov v otološki ambulanti zaradi sanacije kroničnega vnetja.

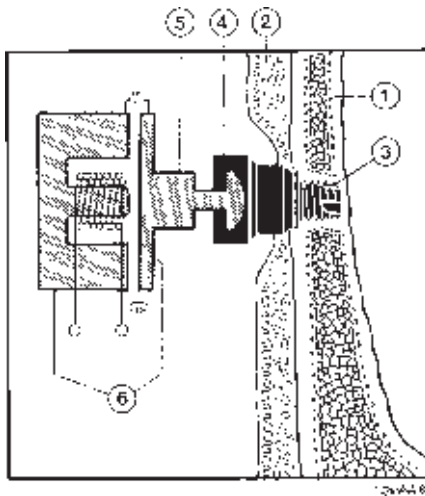
Operacija se pri odraslih opravi v lokalni anesteziji, pri otrocih pa v splošni. Pri otrocih se pogosto izvaja v dveh fazah. Operativni poseg traja približno eno uro. Pomembno je pravilno rokovanje z instrumenti, saj so nekateri iz čistega titanija. Tri mesece po operaciji se na nosilec namesti slušni pripomoček. Ta čas je potreben, da kožni režanj dobro zaraste nad nosilcem (kožo na tem mestu stanjšamo med operacijo do najmanjše možne mere) in za osteointegracijo nosilca. Pripomoček se nahaja v lasišču, približno pet centimetrov za uhljem, in bolnikov v vsakdanjem življenju ne moti (slika 2).

Podatke o BAHA sem začel zbirati leta 1997. Pri svojem delu sem kmalu naletel na nekaj bolnikov, ki bi jim optimalno rešitev njihovih težav prinesla vstavitve kostno vsidranega slušnega pripomočka - BAHA. Pri izvedbi tega projekta so ob podpori vodstva bolnišnice sodelovali še predstojnik oddelka za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo Anton Munda, dr. med., Matjaž Krajnc, dr. med., in Majda Spindler, dr. med.

Prva bolnika sta bila operirana sredi junija letos. Šlo je za bolnika z Treacher-Collinsonim sindromom in atrezijo obeh sluhovodov ter za bolnico po obojestranski radikalni operaciji s kroničnim izcedkom na boljše slišecem ušesu, na katerem je uporabljala slušni aparat. Tretja operacija je bila narejena konec julija pri bolnici z otosklerozo na edinem slišecem ušesu s kronično vnetim bobničem in z izcedkom. Prvi bolnik je star 15 let in je bil operiran v splošni ane-



Označevanje položaja nosilca za kostno vsidran slušni pripomoček pri bolniku z mikrotijo in atrezijo sluhovoda.



**Sistem perkutaneg aprtvornika: lobanjska kost (1), podkožno tkivo (2), titanijev vijak (3), titanijev nosilec (4), nastavek za stik z nosilcem (5) in perkutani pretvornik (6).**

**Iz: Tjoellstroem A, Hakansson B. The bone anchored hearing aid. *Otolaryngologic Clinics of North America* 28, 1995, 53-72.**

steziji, ostali dve bolnici pa sta bili operirani v lokalni anesteziji.

Vsi trije posegi so minili brez zapletov in bolniki so po treh mesecih dobili slušni pripomoček, ki smo ga namestili na v kost vsidran nosilec. Z uspehom zdravljenja so bili zelo zadovoljni. Zvok z novim pripomočkom so opisovali kot bolj jase in govor se jim je zdel razumljivejši. Druga bolnica je opazila prenos zvoka tudi na drugo uho.

Čeprav smo prvi cilj, izvedbo BAHA v Sloveniji, dosegli, bi bilo potrebno zagotoviti finančna sredstva za nadaljnje operacije za to relativno majhno (na leto približno 15 do 20 bolnikov) število bolnikov, ki bi jim s tem posegom precej izboljšali kakovost življenja. ■

#### Literatura:

1. Proops DW. The Birmingham bone anchored hearing aid program: surgical methods and complications. *Journal of Laryngology and Otology* 110 (Supl 21); 1996: 7-12.
2. Burrell SP, Cooper HR, Proops DW. The bone anchored hearing aid: a tired option for otosclerosis. *Journal of Laryngology and Otology* 110 (Supl 21); 1996: 31-36.
3. Macnamara M, Phillips D, Proops D W. The use of bone anchored hearing aids in chronic suppurative otitis media. *Journal of Laryngology and Otology* 110 (Supl 21); 1996: 37-39.

# Pozitronska emisijska tomografija (PET)

Nataša Budihna

**N**ajnovjša nuklearnomedicinska slikovna preiskavna metoda je pozitronska emisijska tomografija (PET). Od klasičnih nuklearnomedicinskih metod se razlikuje v tem, da lahko zazna pozitronske sevalce, kar omogoča posebna kamera PET. Prednost pozitronskih sevalcev pred gama sevalci je v tem, da z njimi lahko označujemo organske snovi, torej sestavine telesa.

PET je metoda, ki prikazuje topografsko razporeditev funkcije tkiv v organizmu v normalnih in patoloških pogojih. PET je edina preiskavna metoda, ki biokemične procese v živem organizmu lahko prikaže tudi kvantitativno.

Z novimi kamerami PET je možno slikati celotno človeško telo v manj kot pol ure. Najnovjše PET kamere so kombinirane z RT (računalniško tomografijo) v en detekcijski sistem. Na scintigrafsko sliko superponirajo RT. Kombinacija PET z RT poveča specifičnost in občutljivost obeh. Najmanjša lezija, ki jo PET še lahko prikaže, ima premer približno en centimeter, v nekaterih primerih tudi nekaj manj.

Zaradi visoke cene je bila PET sprva namenjena predvsem raziskovanju. V zadnjih desetih letih je tehnološki razvoj omogočil kakovostno in klinično dostopno PET. Tako je PET v razvitih državah postal priznana diagnostična metoda pri opredeljevanju tumorjev, boleznih možganov in (ishemične) bolezni srca.

## PET radiofarmacija

Radiofarmacevtiki so z radioaktivnimi izotopi označene snovi, ki jih bolniku vnesemo v telo v zelo majhnih količinah (med 10-6 do 10-9 mol). Radiofarmacevtiki nimajo farmakodinamskega efekta, zato v telesu z njimi nemoteno sledimo fiziološkim procesom. V klasični nuklearni medicini uporabljajo radiofarmacevtike, ki so označeni s kratkoživimi gama sevalci. Zaradi svojih fizikalno-kemičnih lastnosti se obnašajo podobno kot telesu lastne snovi in tako omogočajo scintigrafijo različnih organov oziroma funkcij le-teh. Ozna-

čevanje organskih spojin, ki direktno vstopajo v metabolizem, pa z izotopi, ki jih uporablja klasična nuklearna medicina, ni možno. Tako označevanje je mogoče z ultra-kratkoživimi pozitronskimi sevalci, kot so 18F, 11C, 13N in 15O. Ti izotopi nastajajo v pospeševalnikih - ciklotronih - po bombardiranju določenih stabilnih elementov s protoni, devteroni ali helijevimi jedri.

Večina PET centrov v svoji bližini nima ciklotrona in je zato vezana le na radiofarmacevtike, ki preživijo transport iz bolj oddaljenih ciklotronov. Tak izotop je 18F, ki ima med njimi najdaljšo razpolovno dobo, skoraj dve uri. S 18F označena glukoza oziroma 2-<sup>18</sup>F-Fluor-2-deoksi-D-glukoza, s kratico FDG ali F-18-FDG, je zato v rutinski klinični PET najbolj razširjen pozitronski radiofarmacevtik.

FDG omogoča spoznavo patoloških procesov in tumorjev na osnovi odstopov od normalnega metabolizma glukoze v človeškem telesu. Tako pri demenci lahko vidimo v možganih zmanjšano, pri ishemiji srca povečano, v vnetju in tumorjih pa močno povečano presnovo glukoze oziroma kopičenje FDG. Po uspešnem zdravljenju tumorja se kopičenje v tumorju zniža.

Kamere PET, ki imajo ciklotron nameščen v neposredni bližini, lahko za preiskave uporabljajo tudi druge ultra-kratkožive izotope, kot so 11C (T/2 = 20 min), 13N (T/2 = 10 min), ali 15O (T/2 = 2 min). Z njimi je možno označiti številne radiofarmacevtike, katerih osnova so naravne, telesu lastne organske snovi ali zdravila.

## FDG PET v onkologiji

Z morfološkiimi slikovnimi tehnikami, ki temeljijo na strukturalnih in morfometričnih spremembah organov, ni vedno mogoče razlikovati med malignimi in benignimi spremembami tkiv oziroma ni mogoče odkriti tumorjev, ki še ne povzročajo morfoloških sprememb organov. Ker sta funkcija oziroma metabolizem tkiv okvarjena preden nastanejo morfološke spremembe, lahko PET zasledil bolezen

oziroma prikaže tumorje pred morfološki preiskavami.

Za detekcijo osnovnih in sekundarnih tumorjev s PET večinoma uporabljajo <sup>18</sup>F FDG. Ta se, kljub nespecifični celični vezavi, v nekaterih tumorjih intenzivneje kopiči kot v sosednem, zdravem tkivu ali v benignih procesih. FDG PET prikaže tumorje, ki imajo, v primerjavi z zdravim tkivom, zvišan metabolizem glukoze ali zvišano dejavnost makrofagov. Prikaže lahko tudi majhna tumorska žarišča, kot so metastaze v še normalno velikih bezgavkah, ki jih RT še ne opredeli med patološke.

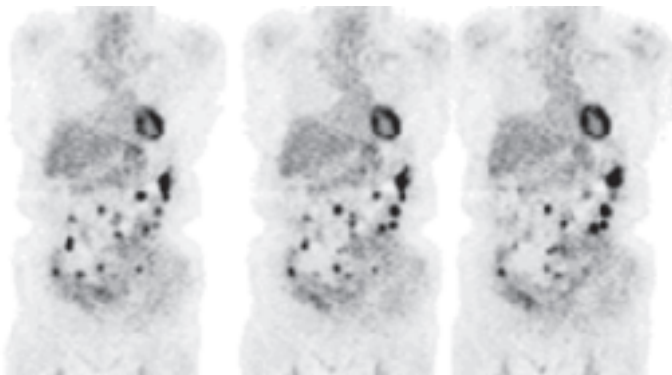
Slaba stran FDG PET je nizka senzitivnost pri iskanju visokodiferenciranih tumorjev, ki nimajo povišanega metabolizma glukoze in tudi pri detekciji mikrometastaz.

Relativno visoko kopičenje <sup>18</sup>F FDG v tumorjih je posledica zaradi pospešene glikolize zvišanega metabolizma glukoze v tumorjih. Intenziteta kopičenja glukoze v tumorjih je sorazmerna s:

- prekrvitvijo tumorja,
- številom viabilnih tumorskih celic,
- povečano proliferacijo,
- tumorsko hipoksijo.

Transport glukoze v tumorske celice ni odvisen od inzulina. Nekroza in fibroza v tumorju zmanjšujeta kopičenje. (1, 2)

Recidivni kolorektalni karcinom: Bolnik z že zdravljnim kolorektalnim karcinomom je sprejet na opredelitev dveh okroglih lezij v pljučih. FDG PET je poleg pljučnih lezij prikazal tudi difuzno metastaziranje v omentumu. (Slike iz Scott C. Williams: Nuclear Medicine, z dovoljenjem AuntMinnie.com).

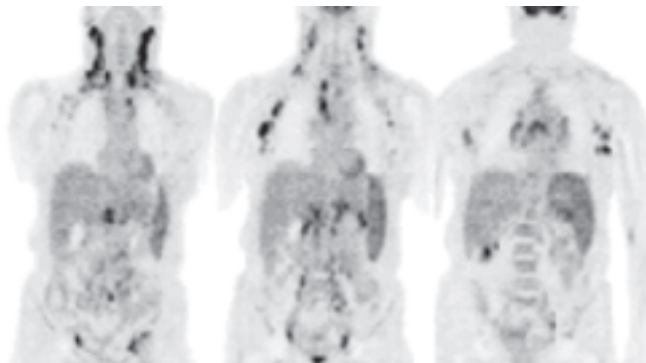


Največkrat je, upoštevajoč vrsto in tip tumorja oziroma klinični problem, PET potreben:

- pri staging-u osnovnega tumorja za odkrivanje oddaljenih metastaz oziroma metastaz v bezgavkah;
- pri iskanju recidivnega tumorja ali ob znani lokaciji recidivnega tumorja, zaradi izključevanja dodatnih lokacij (3);
- pri naraščajoči ravni tumorskih markerjev v krvi (3);
- pri sumu na tumorski recidiv ob nejasni leziji na konvencionalnih slikovnih preiskavah (patološki RT);
- za preoperativni staging;
- za razlikovanje med lokalnim recidivom in pooperativno brazgotino.

Difuzni limfom: FDG PET. Prikazano je povečano kopičenje v bezgavkah na vratu, v prsnem košu, trebuhu in medenici. Zvišano kopičenje v povečani vranici kaže na razširjenost limfoma v vranici. (Slike iz Scott C. Williams: Nuclear Medicine, z dovoljenjem AuntMinnie.com).

Prikazovanje tumorjev s PET je v povprečju 84 odstotkov senzi-



tivno in 88 odstotkov specifično, s čimer presega večino morfoloških preiskav. Po opravljeni preiskavi s PET se povprečno za 32 odstotkov bolnikov spremeni način zdravljenja. Zato se je PET v razvitih deželah uveljavil pri diagnosticiranju oziroma staging-u različnih tumorjev.

Doslej so PET pod določenimi pogoji uporabljali pri številnih tumorjih: tumorji možganov, tumorji vratu in glave, ne-drobnocelični rak pljuč in solitarna okrogla lezija v pljučih, kolorektalni karcinom, karcinom požiralnika, želodca, tumorji hepatobilijarnega sistema in karcinom pankreasa, limfomi, Hodgkinov limfom, rak dojke, melanom, tumorji lokomotornega aparata, osteosarkom, karcinom ovarija, karcinom ščitnice, rak materničnega vratu, multipli mielom, rak prostate, ne-seminomski germinalni tumorji testisov ter pri opredeljevanju "neznane osnovnega karcinoma".

## PET v neurologiji

Možganski krvni pretok, volumen krvi v možganih, metabolizem kisika in metabolizem glukoze odražajo različne aspekte možganske homeostaze in so osnova za funkcijsko slikanje s PET.

### Temporalna epilepsija

Med 10 do 20 odstotkov bolnikov s parcialnimi kompleksnimi epileptičnimi napadi nima na razpolago dovolj učinkovitega medikamentoznega zdravljenja in so kandidati za kirurško zdravljenje. Večina teh napadov izvira iz temporalnega režnja. Običajni EEG pogosto ne more točno lokalizirati epileptogenega žarišča, globinski EEG, ki je veliko natančnejši, pa je zelo invaziven, saj zahteva kraniotomijo. FDG PET je povsem neinvazivna metoda, ki lahko lokalizira epileptogeno žarišče. Običajno prikaže žarišče izven napada kot področje znižanega metabolizma glukoze, največkrat mezialno temporalno. Patohistološka osnova žarišča je skleroza oziroma brazgotina z gliozo. Ekscizija žarišča vodi do izboljšanja ali celo ozdravitve pri 80-ih odstotkih bolnikov. RT in MR imata pri odkrivanju teh žarišč 17 odstotno senzitivnost in 34 odstotno specifičnost (4), medtem ko PET odkrije žarišča pri 60 do 70 odstotkih bolnikov z normalno MR (5).

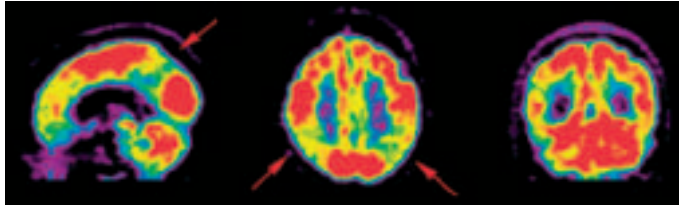
### Demenca

PET FDG uporabljajo kot dopolnilno preiskavo za razlikovanje različnih tipov demenc. (6, 7).

Zgodnja diagnoza Alzheimerjeve bolezni je pomembna, ker je zdravljenje v zgodnji fazi bolezni uspešnejše. FDG PET omogoči diagnozo Alzheimerjeve bolezni dve do tri leta pred klinično manifestacijo bolezni (8). PET prikaže pri bolnikih z Alzheimerjevo boleznijo bilateralen parietotemporalen hipometabolizem (9) še preden so spremembe očitne z rezultati psihiatričnih testov (10).

Za potrditev diagnoze Alzheimerjeve bolezni doseže PET FDG senzitivnost od 92 do 96 odstotkov in specifičnost 63 do 71 odstotkov (11, 12).

Alzheimerjeva bolezen FDG PET: 86-letni moški. FDG PET prikaže bilateralen temporoparietalen hipometabolizem, ki je značilen za Alzheimerjevo bolezen. (Posnetek iz Institut für Medizin Forschungszentrum Jülich, Nemčija, v Scott C. Williams Nuclear Medicine, z dovoljenjem AuntMinnie.com).



## PET v kardiologiji

### Metabolizem miokarda

Za proizvodnjo ATP normalno srce v času stradanja preferenčno metabolizira proste maščobne kisline. Beta-oksidacija prostih maščobnih kislin je zelo občutljiva na pomanjkanje kisika, ki nastane ob zmanjšani prekrvitvi miokarda. V hipoksiji se zato zmanjša metabolizem maščobnih kislin, poveča pa se glikoliza s posledično porabo glikogenskih zalog in povečano uporabo eksogene glukoze. Glikoliza lahko vzdržuje viabilnost, ne zadošča pa za mehanično delo srčno-mišičnih celic (13). Posledica hipoksije je zmanjšana kontraktilnost miokarda.

Če hiberniranemu miokardu izboljšamo pretok krvi se funkcija miokarda popravi. Če se pretok še zmanjša, pride do nekroze (14). Pravočasna revaskularizacija oziroma vzpostavitev normalnega krvnega pretoka lahko obvaruje miokard pred nekrozo in tako izboljša preživetje bolnikov z ishemično boleznijo srca.

### Nuklearnomedicinske preiskave

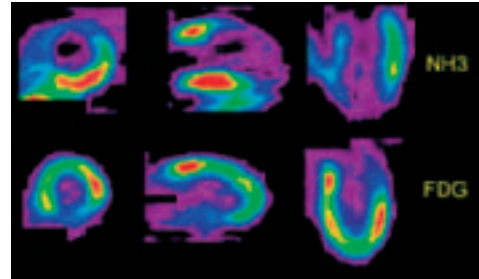
Najpogostejša srčna preiskava v klasični nuklearni medicini je perfuzijska scintigrafija (SPECT) miokarda z MIBI. Rezultati te preiskave nas v bazalnih pogojih in stresu informirajo o perfuziji miokarda, o metabolizmu miokarda pa le posredno. Slaba stran perfuzijske scintigrafije z MIBI je, da v primerih hude ishemije ne more razlikovati med nekrozo in še vitalnim, hiberniranim miokardom. Obe stanji prikaže enako kot defekt kopičenja.

Poznavanje metabolizma glukoze in/ali maščobnih kislin šele lahko loči med nekrozo in hiberniranim miokardom. Razlika v porabi glukoze med normalnim in hipoksičnim miokardom je osnova 18F-FDG PET testiranja viabilnosti miokarda. Ishemični miokard kopiči manj maščobnih kislin in bistveno več 18FDG kot normalni miokard. Zaradi pravilnega vrednotenja je vedno potrebno primerjati slike metabolizma s slikami perfuzije.

Prikaz metabolizma glukoze s 18FDG PET velja za zlati standard pri ocenjevanju miokardne viabilnosti oziroma diagnosticiranje hiberniranega miokarda (15, 16, 17). Neskladje med perfuzijo (znižana dejavnost) in metabolizmom glukoze (zvišana dejavnost), je tipično za hibernirani miokard. Perfuzijo miokarda optimalno ocenjujemo s PET ( $^{13}\text{N}$ -amonijak,  $^{15}\text{O}$ -voda, ali  $^{82}\text{Ru}$ ) ali, če to ni mogoče, z MIBI SPECT.

Neskladje med perfuzijo in metabolizmom: 62-letna ženska, osem let po CABG in šest mesecev po sprednjestenskem infarktu. Simpto-

mi srčne odpovedi z LVEF 22 odstotkov. Perfuzijski scintigram z  $^{201}\text{Tl}$  prikazuje obsežen antero-apiko-septalen defekt. Metabolne slike s FDG prikazujejo sorazmerno zvišano kopičenje v antero-apiko-septalnem področju. Takšno neskladje med perfuzijo in metabolizmom je znak hiberniranega miokarda. Ob angiografiji so prikazali okludiran by-



pass. Ponovno vstavljen bypass in šest mesecev kasneje normalizacija LVEF - 47 odstotkov. (CTI, Inc. v Scott C. Williams Nuclear Medicine, z dovoljenjem AuntMinnie.com).

Oksidativni metabolizem v miokardu lahko ocenjujemo s  $^{11}\text{C}$ -palmitatom ali 1- $^{11}\text{C}$  acetatom. Kopičenje in klirens maščobnih kislin v miokardu je v normalnih pogojih homogeno. Kadar gre za hipoksijo sta kopičenje in klirens v miokardu znižana. Perzistenca oksidativnega metabolizma v ogroženem miokardu je pogoj za restitucijo njegove funkcije po opravljeni revaskularizaciji, je torej dober prognostični znak. Napovedna vrednost 1- $^{11}\text{C}$  acetata je po mnenju nekaterih celo večja, kot velja za FDG (18). ■

### Literatura:

1. *J. Clin Oncol* 2002; Bos R, et al. Biologic correlates of 18Fluorodeoxyglucose uptake in human breast cancer measured by positron emission tomography. 20: 379-387.
2. *J. Nucl Med* 2001; Avril N, et al. Glucose metabolism of breast cancer assessed by 18F-FDG PET: Histologic and immunohistochemical tissue analysis. 42: 9-16.
3. *Radiol Clin N. Am* 2001; Delbeke D., Martin W. H. Positron emission tomography in oncology. 39: 883-917.
4. *Radiology* 2003; Petrella J. R., et al. Neuroimaging and early diagnosis of Alzheimer disease: a look to the future. 226: 315-336.
5. *J. Nucl Med* 1993; Henry T., et al. Clinical evaluation of interictal fluorine-18-fluorodeoxyglucose PET in partial epilepsy. 34: 1892-1898.
6. *Radiology* 2003; Petrella J. R., et al. Neuroimaging and early diagnosis of Alzheimer disease: a look to the future. 226: 315-336.
7. *JAMA* 2001; Silverman D. H., et al. Positron emission tomography in evaluation of dementia. 286: 2120-2127]
8. *Radiology* 2003; Petrella J. R., et al. Neuroimaging and early diagnosis of Alzheimer disease: a look to the future. 226: 315-336.
9. *J. Nucl Med* 2001; Hoffman J. M., et al. FDG PET imaging in patients with pathologically verified dementia. 41: 1920-28.
10. *Semin Nucl Med* 1992; Mazziotta J. C., et al. The use of positron emission tomography in the clinical assessment of dementia. 22: 233-246.
11. *J. Nucl Med* 2001; Hoffman J. M., et al. FDG PET imaging in patients with pathologically verified dementia. 41: 1920-28.
12. *J. Nucl Med* 2001; Silverman D. H. S., Phelps M. E. Evaluating dementia using PET: How do we put into clinical perspective what we know to date? 41: 1929-32.
13. *Radiographics* 1999; Jadvar H., et al. SPECT and PET in the evaluation of coronary artery disease. 19: 915-926.
14. *Semin Nucl Med* 2000; Bax J. J., et al. 18-Fluorodeoxyglucose imaging with positron emission tomography and single photon emission computed tomography: Cardiac applications. 30: 281-298.
15. *Radiographics* 1999; Jadvar H., et al. SPECT and PET in the evaluation of coronary artery disease. 19: 915-926.
16. *J. Nucl Med* 1995; Delbeke D., et al. Rest myocardial perfusion/metabolism imaging using simultaneous dual-isotope acquisition SPECT with technetium-99m-MIBI/fluorine-18-FDG. 36: 2110-19.
17. *J. Nucl Med* 1998; Bax J. J., et al. Comparison of fluorine-18-FDG with rest-redistribution thallium-201 SPECT to delineate viable myocardium and predict functional recovery after revascularization. 39: 1481-1486.
18. *J. Nucl Med* 1994; Bergmann S. R. Use and limitations of metabolic tracers labeled with positron-emitting radionuclides in the identification of viable myocardium. 35(4 Suppl):15S-22S. Review.



# Nekaj misli v prid cepljenjem proti nalezljivim boleznim

Jurij Kurillo

V našem dnevnem časopisju od časa do časa vzplamtijo polemike o tem, ali je cepljenje proti nalezljivim boleznim otrok sploh potrebno, če ni kar škodljivo.

Odgovori na zagrizene trditve nasprotnikov vakcinacij so bolj ali manj uradni, saj razlagajo utemeljenost veljavnih predpisov. Kot otroški zdravnik sem se v svojem dolgoletnem zdravnikovanju srečeval z marsikatero epidemijo, pa tudi posameznimi primeri danes že skoraj neznanih otroških nalezljivih obolenj. Zato se mi je zazdelo, da bi svoje izkušnje tudi javno predstavil. Ker so omenjene polemike v zadnjem času nekoliko izginile, sem to misel zaenkrat opustil. Ob prijazni pobudi urednice bodo nekoliko čustveno obarvana razmišljanja vendarle zagledala "luč sveta" v naši Izidi, vendar ne zato, da bi prepričevala prepričane, bodo pa morda le odstranile kakšen "črviček" dvoma posebej mlajših kolegic in kolegov, ki jih morebiti kdaj razjeda ob "špikanju" naših nežnih malčkov.

Z nalezljivimi boleznimi sem se od blizu srečal kot študent medicine. Tako se še vedno spominjam prenapoljenih sob na stari Infekcijski kliniki v Ljubljani, v katerih so drug poleg drugega ležali mali bolniki, ki so zboleli zaradi otroške paralize. Vsi so imeli bolj ali manj ohromele mišice spodnjih udov in mnogi med njimi so ostali za vse življenje težki invalidi. Marsikaterega od njih lahko še danes srečamo. V pritličju klinike je bilo še hujshe! Tam so stalno ležali v dveh ali treh "umetnih pljučih" tudi odrasli bolniki z bulbarno obliko poliomielitisa, ki bi bili brez te pomoči zapisani takojšnji smrti. Po nekajletnem ustreznem cepljenju proti tej bolezni so si tako starši kot zdravniki lahko oddahnil, saj so se v prvem obdobju posamezni primeri le še komaj kdaj pojavili, pozneje pa popolnoma izginili.

Moja mama mi je večkrat pripovedovala, koliko majhnih otrok iz sorodstva je včasih umrlo zaradi "vratnice". Toda sam sem prvi in k sreči tudi edini primer davice videl le pri izpitu iz infekcijskih bolezni, ki sem ga delal pri profesorju dr. Milku Bedjaniču. Še danes se spominjam drobne deklice s krupom, ki je imela v grlu grde blede-zelene membrane, vendar jo je uspešno zdravljenje do takrat rešilo najhujšega. Ob tem se je velja spomniti, da so se ne tako dolgo nazaj v Rusiji pojavili pri necepljenih ali slabo cepljenih odraslih ljudeh resni primeri davice.

Potem sem postal zdravnik... S kolegom sva kot stažista delala poleti leta 1960 en mesec izmenoma po ves dan v sprejemni ambulanti ljubljanske Infekcijske klinike. Kaj sva sprejemala? Skoraj same bolnike s klopnim meningitisom iz okolice Kamnika in Kranja, predvsem kmetovalce in gozdne delavce. Na današnjih infekcijskih oddelkih sprejemni zdravniki zagotovo ne doživljajo več takega navala bolnikov z omenjenim obolenjem. Ustrezno cepljenje je dokazalo

svojo veljavo! Zato imajo toliko več dela z boreliozo, ki je nekdanj še nismo poznali...

Preden se je pri nas dokončno uveljavilo obvezno besežiranje novorojenčkov proti tuberkulozi, je bila ta bolezen pri otrocih v raznih oblikah lahko izredno huda. Če se spomnim, kako nas je nekoč prizadel obisk v depandansi Mestne otroške bolnišnice v Ljubljani, kjer smo videli dve, tri, štiriletne malčke, ki so po prebolelem tuberkuloznem meningitisu oslepel in oglušeli. Tudi oslovski kašelj je utegnil biti nevarno obolenje, zlasti pri dojenčkih. Predvsem zaradi dolgotrajnega poteka je bil izredno mučen tako za malega bolnika kot za starše. Tudi te bolezni zaradi uspešnega cepljenja današnji zdravniki skorajda več ne srečajo. Kaj pa ošpice? Pred obdobjem cepljenja smo ob epidemijah dežurni zdravniki na terenu pogosto noč in dan obiskovali samo tovrstne male bolnike. Tudi ta bolezen ni bila nedolžna! Sam se spominjam deklice, ki je, necepljena, prebolela ob ošpicah encefalitis ter postala najhujši telesni in duševni invalid. Še nekaj malega o infekcijskem hepatitisu! Pred desetletji smo se zdravniki večkrat srečevali z zlateničnimi bolniki, večinoma okuženimi z oporečno vodo ali hrano. Omenjena bolezen ni vedno potekala v zaželeno smer. Še bolj trdovratne so bile posledice po prebolelem hepatitisu B, ko je bolnik čakal tudi leta, da bi se mu jetrni testi popravili. Zato smo lahko veseli, da imamo dandanes v rokah uspešno cepivo tudi proti tem virusom.

Kar zadeva komplikacije cepljenj, se spomnim prejšnjih časov, ko smo uporabljali še stara cepiva proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju, nekaj primerov vročinskih krčev, vedno s srečnim koncem. Kaže, da ob uporabi novih cepiv takšnih nevšečnosti skorajda ni.

Za konec naj poudarim, da smo se pri nas po uvedbi rednih obveznih cepljenj k sreči precej znebili najnevarnejših nalezljivih bolezni, kar je pravzaprav odlika sleherne moderne države. Za to ima vsekakor zasluge ne le zdravstvena služba, temveč tudi splošen napredek družbe z večjo zdravstveno poučenostjo, boljšimi higienskimi navadami in višjo življenjsko ravnjo. ■



# Globalna konferenca o sarsu

Svetovna zdravstvena organizacija je organizirala globalno konferenco o sarsu v Kuala Lumpurju od 17. do 18. junija 2003 pod geslom "Kam zdaj?"

Miha Likar

**K**onferenca se je udeležilo 900 strokovnjakov iz 43 držav. Namen je bil pregledati dosedanje znanje o sarsu in zarisati ključne prednosti za ravnanje v prihodnosti. Poskušali so odgovoriti na tri vprašanja. Ali je možno hud akutni pljučni sindrom (severe acute respiratory syndrome ali kakor so ga poimenovali naši infektologi "sindrom akutnega oteženega dihanja") izkoreniniti? Ali so današnji preventivni ukrepi učinkoviti? Ali so sredstva za obveščanje in odziv dovolj robustna? Temeljni materiali za konferenco in diapozitivi s plenarnih zasedanj so hkrati z govori generalnega direktorja SZO in drugih uglednih udeležencev na voljo na spletnih straneh (URL: [www.who.int/csr/conference](http://www.who.int/csr/conference)).

SZO je od marca 2003 preko "Global Outbreak Alert" in "Response Network" (GOARN) spoznala, da gre za epidemijo hude bolezni dihal, ki je zelo nalezljiva zlasti v zdravstvenih ustanovah in se mednarodno širi z letalskim prometom. Prvi bolnik je bil verjetno poslovnež iz mesta Foshan iz južne kitajske province Guangdong. Vseh bolnikov je bilo v 23 državah 8.437, od katerih jih je umrlo 813. Zadnji primer so registrirali 9. junija 2003 v Kanadi.

SZO je izdala številna opozorila, nasvete za potnike, diagnozo, zdravljenje in preprečevanje prenašanja porajajoče nalezljive bolezni, sarsa. Mobilizirali so skupine za delo na terenu iz partnerjev GOARN-a, da bi pomagali prizadetim državam, spodbujali ukrepe za preprečevanje, strogo ugotavljali bolnike in sledili kontaktom.

Poudarjali so pomen mednarodnega sodelovanja, ki ga je usklajevala SZO in nujnost partnerstva med kliniki, laboratoriji, javnim zdravstvom in veterinarji. Iz nacionalnih vidikov so spoznali, da je najnujnejše močno politično vodstvo na najvišji ravni, ki mobilizira celotno družbo, hitro delovanje, izboljšana usklajenost med državnimi in lokalnimi sistemi, večje vlaganje v javno zdravstvo, posodabljanje zakonodaje glede nadzorovanja, izolacije in karantene.

## Ali je možno sars izkoreniniti?

Raziskovalne skupine so spoznale, da še ni možno govoriti o eradicaciji sarsa. Videti je, da se veriga, ki se prenaša z osebe na osebo lahko pretrga, kjer ni rezervoarja asimptomatičnih vironoscev, kronične infekcije ali ne nastajajo nova žarišča. Drugače je, če se bo pokazal živalski rezervoar sars - coronavirusa. V tem primeru bo eradicacija zelo otežena. V raziskavah je treba dati prednost boljšemu razumevanju epidemioloških in viroloških parametrov infekcije in prenašanja tudi z elementom "supersirjenja", s katerimi je sars pretresel svet. Pozornost bo potrebno posvetiti standardizaciji diagnostičnih testov in reagentov, razviti zanesljiv test za prvo bojno črto, ki ga bo možno uporabiti brez odlašanja ob pojavu sumljive bolezni. Treba bo iskati modele na preizkusnih živalih, da bi bolje razumeli patogenezo in evolucijo klinične bolezni. Vse z vidika, da bi

začeli razmišljati o razvoju cepiva in antivirusnih zdravilih.

## Ali so današnji ukrepi učinkoviti?

Danes so svetovani ukrepi učinkovito preprečevali prenašanje infekcije v zdravstvenih ustanovah, kadar so jih uporabili, vendar le v izkušenem okolju. Večina prizadetih ustanov je spoznala pomanjkljivosti. Treba bo preučiti optimalne preventivne ukrepe (npr. vrste mask) in določiti, kdaj jih uporabiti. Povsod poudarjajo, da je potrebno nujno poskrbeti za izolacijske prostore in testiranje mask pri posameznikih.

Ukrepe, ki naj preprečijo prenašanje sarsa v skupnosti (zunaj zdravstvenih ustanov) in bi preprečevali mednarodno prenašanje, je treba še ovrednotiti. Med temi ukrepi je temeljno informiranje javnosti, zasledovanje kontaktov z bolnikom in včasih karantena. Ponokod poudarjajo pomen "vročih telefonov" za sporočanje povečane telesne temperature, meritev temperature na javnih krajih, nasvetov za potnike na državnih mejah. Preventivni ukrepi v skupnosti so podobni. Prednost ima zasledovanje kontaktov z bolniki glede na izpostavljanje infekcij. Karantena na domu ali v ustanovi naj poskrbi za finančno in psihosocialno pomoč ter dnevne potrebe prizadetih oseb. Kot pomembna težava se je pokazala stigmatizacija prizadetih. Predsednik ene od držav z bolniki v karanteni jih je imenoval "nacionalne junake v boju proti sarsu". Vidni preventivni ukrepi za preprečevanje širjenja sarsa v skupnosti so javnosti vračali zaupanje in samozavest, ki je bila dobrodošla.

## Ali so današnja sredstva za obveščanje in odziv dovolj robustna?

Današnji sistemi so bili dovolj čvrsti, da so sars zamejili, vendar marsikateri ukrep ne bo možno ohranjati dalj časa, ker so zmogljivosti povsod omejene. Prednost naj ima naloga izdelati občutljivo definicijo "primera" na področjih, kjer je največja nevarnost, da bi se bolezen vrnila. Treba je razvijati laboratorije za prvo bojno črto, ki bodo spoznali infekcijo z metapneumovirusom in bolnika s sarsom tudi v dobi, ko bo število bolezni dihal na zahodni polobli večje. Integrirati je treba informacijsko opremo, ki bo omogočila časovno analizo kliničnih, epidemioloških in laboratorijskih podatkov.

Očitno je treba koordinirati zmogljivosti na globalni, regionalni in nacionalni ravni. Razvijati je treba laboratorijske in informacijske sisteme, popraviti današnje mednarodne zdravstvene predpise in jih usmeriti na omejevanje porajajočih nalezljivih bolezni.

Za sleherni odziv in dajanje informacij mora biti pregleden, natančen in prilagojen čas. Učinkovita komunikacija zahteva urjenje, razumevanje in uporabljanje različnih medijev. Nadaljnje razvijanje današnjih komunikacijskih sistemov je vitalnega pomena, da bo možno v kratkem času zamejiti nove izbruhe in bodo psihosocialni učinki ter učinki na zdravje in gospodarstvo najmanjši. ■

# Zdravnik dr. Fritz Pregl - edini nobelovec slovenskega rodu

Ob 80-letnici podelitve Nobelove nagrade za kemijo (1923)

Marjeta Kočvar

**3. decembra 2003 je Kemijski inštitut v Ljubljani organiziral strokovno srečanje, ki je bilo posvečeno 80-letnici podelitve Nobelove nagrade za kemijo dr. Frideriku Preglu, edinemu nobelovcu slovenskega rodu.**

**M**ed soorganizatorje so se vpisali Fakulteta za kemijo in kemijsko tehnologijo, Institut Jožef Stefan, Kemijski inštitut, Mestna občina Ljubljana, Slovensko kemijsko društvo in Slovenski znanstveni inštitut na Dunaju. Zbrane so pozdravili direktor Kemijskega inštituta dr. Peter Venturini, predsednik SAZU prof. dr. Boštjan Žekš, rektor ljubljanske univerze prof. dr. Jože Mencinger in dunajski predstavnik univerze.

Ob tej priložnosti se je povabilu odzval grški zgodovinar in direktor tamkajšnjega arhiva prof. dr. Alois Kernbauer, ki je v svojem prispevku zelo pregledno in z osnovnimi viri podprto predstavil predvsem biografsko pot, delno tudi strokovno delo slovenskega nobelovca. Akademik Branko Stanovnik je svoje predavanje namenil osvetlitvi Preglovega dela in njegovega pomena za razvoj organske kemije. Predstavil je temelj Preglove mikroanalitske kvantitativne metode določanja snovi v vzorcu, s katero je količino preiskovane snovi zmanjšal tudi za tisočkrat! Njegovi rezultati so odprli pot za raziskave predvsem žolčnih kislin, vitaminov in hormonov. Tudi nobelovcu iz Vukovarja, dr. Lavoslavu Ružički, ki je leta 1934 prvi sintetiziral hormon androsteron, je Preglovo delo pomagalo do njegovega zmagovitega dela. Prof. dr. Margareta Vrtačnik je za to priložnost pripravila posterja, ki sta predstavila Preglove nagrade za najboljše dosežke v kemiji pri srednješolcih.

V avditoriju so bili zbrani večinoma kemiki ter nekateri drugi naravoslovci, med njimi tudi zgodovinarica medicine z Medicinske fakultete v Ljubljani doc. Zvonka Zupanič Slavec. Slednja je razgibala razpravo in osvetlila Preglovo družino, njegove korenine ter pot do konca gimnazije, ko sta se z materjo po očetovi smrti preselila v Gradec. Prisotni so med razpravo ugotovili, da strokovno povezovanje med bližnjima ljubljansko in graško univerzo pomeni v prihodnje priložnost in obvezo, da v združenju Evrope tesneje sodelujejo, saj naroda veže skup-

na zgodovina in številne druge povezave. Prof. Alois Kernbauer je podelil svojo izkušnjo pomanjkljivosti izobrazbe ob neznanju slovenskih jezikov, ki ga je spodbudila, da se je pred letom dni začel učiti slovenščino. Zvonka Zupanič Slavec je bila nadalje povezovalna s predlogom, da graški univerzi predamo kopije originalnih gradiv, ki jih o Frideriku Preglu hranijo ljubljanski arhivi, predvsem pa, da trenutek iz zgodovine podeljevanja Nobelovih nagrad pisno ohranimo z izdajo faksimila Preglove prve izdaje knjige o mikroanalizi (1917), za katero je leta 1923 kot prvi in doslej edini znanstvenik slovenskega rodu (oče je bil Slovenec, mama Nemka) prejel Nobelovo nagrado za kemijo. Faksimile bi dopolnili s Preglovo biografijo v slovenskem, nemškem in angleškem jeziku. Tudi mikroanalitsko napravo, ki jo je Pregl poklonil Fakulteti za kemijo, bi bilo treba predstaviti domači in svetovni javnosti, čeprav napravi manjkajo nekateri deli in zato ni popolna.

Svečano razpoložen avditorij se je s strokovnega posveta napotil do bližnjega parka Arthura Toscaninija, ki je posvečen naravoslovcem (čeprav je bil imenovan znameniti dirigent!), saj v njegovi neposredni bližini domuje večina ljubljanskih naravoslovnih fakultet. V njem so pred nekaj leti že odkrili kip biologu dr. Lavoslavu Čermelju, Preglov kip pa je drugi v vrsti. Svečanosti so se poleg številnih uveljavljenih slovenskih, hrvaških in avstrijskih znanstvenikov udeležili tudi državni sekretar z Ministrstva za šolstvo, znanost in šport dr. Zoran Stancič, graški župan mag. Siegfried Nagl in ljubljanska županja Danica Simšič. Vsi trije so nagovorili zbrane. Župana sta posebej poudarila sodelovanje med mestoma Gradec in Ljubljana, medtem ko je ljubljanska županja hkrati spomnila, da odkritje kipa prominentnemu umu s slovenskimi koreninami na rojstni dan pesnika Franceta Prešerna pomeni hkrati tudi povezovanje in dopolnjevanje znanosti ter kulture v dobrobit človeštvu. Odkritja se je udeležil tudi akademski kipar Boštjan Putrih, katerega kip je replika kipa na Preglovi rojstni hiši pri Križankah v stari Ljubljani, kjer domuje znana gostilna Pod skalco. Prireditve je pokazala predvsem na zavestno preseganje majhnosti slovenskega prostora in podporo multinacionalnosti v znanosti, ki je univerzalna, nenacionalna in brezmejna. ■



Kip nobelovca Friderika Pregla (1869-1930) v parku naravoslovcov v Ljubljani - odkritje 3. 12. 2003

# Zapisniki IO ZZS

Zapisnik 18. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije,  
ki je potekala 4. decembra 2003

**P**redsednik Zbornice je predlagal razširitev dnevnega reda današnje seje izvršilnega odbora, in sicer s točkami 3., 4., 5., 6., in 7., kot so navedene spodaj ter dal na glasovanje odločitev o predlogu za razširitev dnevnega reda.

V času glasovanja je bilo navzočih pet članov izvršilnega odbora. ZA razširitev dnevnega reda je glasovalo pet članov, PROTI razširitvi dnevnega reda ni glasoval noben član, VZDRŽAL se ni noben član.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 371/18/2003:*

Sprejme se naslednji, dopolnjeni dnevni red:

1. Potrditev zapisnika 17. seje izvršilnega odbora z dne 4. 12. 2003
2. Razprava - potek skupščine ZZS
3. Predlog sprememb Pravilnika o pripravnstvu in strokovnih izpitih delavcev na področju zdravstvene dejavnosti
4. Predlog članov izpitnih komisij za specialistične izpite iz anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine
5. Imenovanje komisije za ugotavljanje posledic zaostankov pri izdelavi histoloških izvidov v SB Celje
6. Imenovanje komisije za izvedbo izrednega strokovnega nadzora z mnenjem v SB Murska Sobota ter potrditev nadzornih zdravnikov za izvedbo tega nadzora
7. Obravnava Zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravniški službi - poročilo
8. Razno

## **K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 17. seje izvršilnega odbora z dne 4. 12. 2003**

Člani izvršilnega odbora niso imeli pripomb na vsebino oziroma obliko zapisnika 17. seje izvršilnega odbora z dne 27. 11. 2003.

Predsednik Zbornice je dal na glasovanje odločitev o potrditvi zapisnika 17. seje izvršilnega odbora z dne 27. 11. 2003.

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

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 372/18/2003:*

Izvršilni odbor potrdi zapisnik 17. seje izvršilnega odbora z dne 27. 11. 2003.

## **K 2. točki dnevnega reda: Razprava - potek skupščine ZZS**

Prisotni so na mizo dobili gradivo "magnetogram razprav asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., na 40. seji skupščine Zbornice".

Predsednik Zbornice je povedal, da je prim. Andrej Možina, dr. med., opravičeno odsoten zaradi udeležbe na kongresu v ZDA. Preljel je pisno obvestilo asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., da se današnje seje izvršilnega odbora ne bo udeležila, ker je na današnji dan sklicala sejo odbora za osnovno zdravstvo. Odgovoril je asist. Gordani Živčec Kalan, dr. med., da seje izvršilnega odbora vedno sklicuje na četrtek in pričakuje, da je asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., prisotna na seji izvršilnega odbora. Po poslovníku mora

biti predsednik Zbornice vabljen na vse seje zborničnih odborov. V preteklosti je že izrazil željo, da želi biti prisoten na seji odbora za osnovno zdravstvo, ko bo odbor obravnaval problematiko v zvezi s pediatri in ginekologi v osnovnem zdravstvu. V preteklosti je zadolžil asist. Gordano Živčec Kalan, dr. med., da glede problematike pediatrov in družinskih zdravnikov v zvezi z zdravstveno reformo, skliče sestanek med predstavniki družinske medicine in pediatrije na osnovni ravni. Asist. Gordano Živčec Kalan, dr. med. je zaprosil, da želi biti tudi on prisoten na tem sestanku. Zaradi sklica seje odbora za osnovno zdravstvo sočasno s sejo izvršilnega odbora, se seje odbora za osnovno zdravstvo ne more udeležiti. Lahko sklepa, da asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., zapira možnost udeležbe predsednika Zbornice na njenem odboru.

Menil je, da se razprava asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., na skupščini Zdravniške zbornice Slovenije ni dotikala samo vsebinskih opredelitev do sprememb statuta Zbornice. Izrečenih je bilo veliko kritičnih stališč, ne samo do njega kot predsednika Zbornice, temveč celotnega izvršilnega odbora in skupščinskega sveta. Poudaril je, da se mu zdi način nastopanja asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., popolnoma nesprejemljiv. Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je članica izvršilne veje oblasti Zbornice. Za to mesto ni bila izvoljena neposredno, temveč je bila predlagana s strani predsednika Zbornice. Vse spremembe aktov Zbornice so bile sprejete v skladu s poslovníkom Zbornice. Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je bila prisotna tudi na vseh sejah izvršilnega odbora in skupščinskega sveta Zbornice, na katerih so prisotni dobili pojasnilo s strani pravnikov, da ni bilo kršitev v zvezi s pripravo gradiva za skupščino.

Menil je, da bo ob taki kontaminaciji vzdušja in ozračja v izvršilnem odboru potrebno razmisliti o delovanju izvršilnega odbora do konca tega mandata. O tem bodo razpravljali tudi na skupni seji izvršilnega odbora in skupščinskega sveta Zbornice, ki sledi tej seji. Prepričan je, da je njegova osebna in tudi skupna odgovornost ter dolžnost, da v interesu slovenskega zdravništva to sporno zadevo razrešijo v najkrajšem možnem času.

Povedal je, da je bila asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., vabljen na sejo in je bila obveščena, da se bo na seji razpravljalo o njenem nastopu na 40. seji skupščine. Menil je, da kljub temu, da asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., danes ni prisotna na seji, vseeno sklepa, da imajo prisotni pravico do razprave o vsebini njenega nastopa na 40. skupščini, ne pa o posameznih besedah, stavkih, ki jih je v razpravi izrekla asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med.

Predsednik Zbornice je dal točko v razpravo.

Asist. mag. Matej Cimerman, dr. med., je menil, da se je očitno pojavila neka "moda" natančnega pravnega tolmačenja pravilnikov, protokolov, poslovníkov, itd. Izdelano je bilo mnenje pravne službe Zbornice v zvezi sprejemanjem sprememb statuta Zbornice. Izvršilni odbor se je s tem mnenjem strinjal. Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je imela mnenje pravne službe Zbornice. Na seji skupščine

je nastopila z demagoškimi argumenti, ker je imela pravno mnenje drugih pravnikov. Menil je, da morajo člani izvršilnega odbora spoštovati mnenje pravne službe Zbornice. Pravna služba Zbornice mora na to ostro reagirati.

Mag. Žarko Pinter, dr. med., je dopolnil mnenje asist. mag. Cimmermana. Povedal je, da kot predsednik odbora za pravno-etična vprašanja sodeluje s pravno službo Zbornice. Menil je, da sta delo in pomoč pravne službe Zbornice dobra. Nikoli ni bilo pripomb, težav ali mnenj, ki ne bi imela svoje teže in bi bila na kakršnikoli drugi ravni zavrnjena. Je proti kakršnimkoli pritožbam na račun dela pravnikov v pravni pisarni.

Povedal je, da izvršilni odbor ni dobil odgovora, niti od dolenskega regijskega odbora niti od asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., kako je prišlo do dveh identičnih virov oziroma predlogov za spremembo statuta Zbornice. Menil je, da gre za manipulacije, ki so bile speljane in zato dvomi v korektnost in poštenost dela asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je menil, da je bila celotna razprava asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., na seji skupščine obsežna, toda vsebinsko zelo skromna. Razprava je bila namenjena preprečitvi sprejetja spremembe statuta in s tem sprejetja dodatnega mandata za predsednika Zbornice. Ob tem so se pojavile številne krivične obdolžitve na delo izvršilnega odbora. Menil je, da je bila razprava asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., namenjena rušenju Zbornice in je bila nekoristna. Ob tem je prišlo do izraza, da je sodelovanje asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., z nameni dela izvršilnega odbora nesprejemljivo. Predlagal je, da se sodelovanje z asist. Gordano Živčec Kalan, dr. med., oziroma njeno članstvo v izvršilnem odboru na tej ravni prekine.

Prof. dr. Franc Farčnik, dr. dent. med., je menil, da odsotnost asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., na prejšnji in današnji seji izvršilnega odbora odraža njen pristop, neko omalovaževanje do dela ostalih članov izvršilnega odbora. Glede na sam potek skupščine oziroma vzdušja na seji je bil tudi sam prizadet. Tega ni doživel v vseh sedmih letih njegovega delovanja v Zbornici. Vedno je vladalo odprto, odkrito, prijetno vzdušje. Vedno je imel podporo, ne le od kolegov izvršilnega odbora, temveč tudi od zaposlenih v strokovnih službah Zbornice. Velika večina poslancev je podprla predlagane spremembe statuta Zbornice. Vsi postopki so bili izpeljani v skladu z zborničnimi akti, tudi na skupščinskem svetu. Prizadelo ga je očitjanje asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., članom izvršilnega odbora v zvezi z njihovim nastopanjem na sejah izvršilnega odbora. Kot predsednik odbora za zobozdravstvo na izvršilnem odboru predstavlja veliko članov Zbornice. Odbor za zobozdravstvo zastopa 1.300 zobozdravnikov. Nastop asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., je posredno tudi poskus diskvalifikacije oziroma kritika odboru za zobozdravstvo. Nastop asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., je užalil njega kot osebo in njega kot predstavnika zobozdravnikov oziroma predsednika odbora za zobozdravstvo. Od asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., bi pričakoval večjo mero strpnosti, morda celo opravičilo.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je menil, da je bil nastop asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., na skupščini poskus diskvalifikacije izvršilnega odbora Zbornice, predsednika Zbornice in celotne Zbornice. Ta poizkus ni uspel, kar se izraža v glasovanju poslancev. Skoraj vsi poslanci so podprli predlagane spremembe statuta Zbornice. Pogosto so bila na izvršilnem odboru izražena različna mnenja, kar podpira. Menil je, da izvršilni odbor skupaj z asist. Gordano Živčec Kalan,

dr. med., ne more delati naprej v takem vzdušju, kot je delal do sedaj. Predlagal je, da se asist. Gordano Živčec Kalan, dr. med., razreši.

Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., je povedal, da je Zbornica stanovska organizacija s svojimi cilji in težnjami, zato predlaga, da so pragmatični v zvezi z nastopom asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., na skupščini. Menil je, da ima vsak član izvršilnega odbora pravico do svojega mnenja. Ko pride demokratičnost do faze, ko je destruktivna, pa to ni več sprejemljivo. Menil je, da je potrebno prekiniti sodelovanje z asist. Gordano Živčec Kalan, dr. med., ker je to pogoj za normalno, demokratično funkcioniranje izvršilnega odbora.

Spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med., je menil, da je šlo za poskus destabilizacije in tudi destrukcije znotraj zdravništva kot ceha. Ta poskus je potrebno v kralji zatreti. V kolikor se to ne bo zgodilo na način, ki je legalen, bo Zbornica imela v prihodnosti velike težave.

Predsednik Zbornice je po razpravi povzel, da je dobil jasno usmeritev od danes prisotnih članov izvršilnega odbora glede nastopa asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., na 40. skupščini Zbornice. Pridobiti želi tudi mnenje članov skupščinskega sveta Zbornice. Poudaril je, da se bo z asist. Gordano Živčec Kalan, dr. med., osebno pogovoril, preden se bo odločil glede predloga za njeno razrešitev. O odločitvi za razrešitev asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., bo še razmislil. Te odločitve tudi ne bo samostojno sprejel.

Glede razprave prim. Andreja Možine, dr. med., je menil, da je ta zadeva za izvršilni odbor zaključena, kajti prim. Andrej Možina, dr. med., je bil kritičen do predsednika skupščine. Že poslanci skupščine so njegovo kritiko razrešili s tem, da so soglasno podprli predsednika skupščine oziroma izglasovali zaupnico predsedniku skupščine. Izvršilni odbor nima nobene pristojnosti, da razpravlja o kritičnih besedah prim. Andreja Možine, dr. med., ki je član izvršilnega odbora in hkrati poslanec skupščine. Predlagal je, da izvršilni odbor zaključi razpravo v zvezi z nastopom prim. Andreja Možine, dr. med., na skupščini.

Predsednik Zbornice je predlagal besedilo sklepa in dal na glasovanje odločitev o sprejemu predloga sklepa.

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

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 373/18/2003:*

1. Izvršilni odbor je razpravljal o nastopu asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., na 40. seji skupščine Zbornice. Predsednik Zbornice je na današnji seji izvršilnega odbora dobil jasno usmeritev glede nastopa asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med. Glede tega bo pridobil tudi mnenje članov skupščinskega sveta Zbornice. Na podlagi tega se bo odločil o predlogu za razrešitev članice izvršilnega odbora.

2. Izvršilni odbor je odločil, da zaključi razpravo v zvezi z nastopom prim. Andreja Možine, dr. med., na 40. seji skupščine Zbornice.

Prim. Anton Židanik, dr. med., je predlagal, da se FIDES zaprosi za uradno stališče glede izjav, ki jih je asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., izrekla na seji skupščine v zvezi z zdravniško stavko.

Predsednik Zbornice je povedal, da bo jutri (5. 12. 2003) skupščina FIDES-a. Prejel je vabilo. Skupščina FIDES-a se bo udeležil, ker je na dnevnem redu seje tudi podpis dogovora o sodelovanju med Slovenskim zdravniškim društvom, FIDES-om in Zdravniško zbornico Slovenije. Strinjal se je s predlogom prim. Antona Židanika, dr. med. Predsednika FIDES-a bo zaprosil za pisno stališče v zvezi s tem.

Predsednik Zbornice je dal na glasovanje odločitev o predlogu prim. Antona Židanika, dr. med.

# PROGRAMI

## 26. IATROSSKI POSVETOVANJE ŠPORTNE MEDICINE ZDRUŽENO S SMUČARSKIM TEKMOVANJEM ZDRAVNIKOV DEŽEL ALPE-JADRAN

organizator • Iatrosski Alpe Adria

### KRANJSKA GORA

5.–6. februar 2004



#### PROGRAM:

##### Četrtek, 5. februarja 2004

15.30

- Tek (ob hotelu Kompas)  
Kategorija za moške in ženske  
A – do vključno 35 let starosti  
B – do 50 let  
C – nad 50 let

19.00

Gostilna Martin – pivnica –  
Kranjska Gora  
Otvoritev 25. Iatrosski, razglasitev rezultatov  
tekov, pogostitev

##### Petek, 6. februarja 2004

11.00

- Smučišče Kranjska Gora – Preseka – nova  
sedežnica
- Veleslalom  
Kategorija za ženske in moške  
A – rojeni 1972 in mlajši  
B – 1971 – 1960  
C – 1961 – 1950  
D – 1951 – 1940  
E – 1941 in starejši

12.00

Drugi tek za najboljših pet iz vsake  
kategorije

15.00

Hotel Lek – koktajl

16.00

Posvetovanje športne medicine  
Slavnostna razglasitev rezultatov  
Večerja

Ograznacijski odbor: Franci Koglot, dr. med.,  
Nova Gorica, spec. akad. st. Andrej Bručan,  
dr. med., Tone Lah, dr. med., Jesenice, Tatjana  
Pintar, dr. med., Ljubljana

Pokrovitelj: Lek, d. d., Ljubljana

#### Kotizacija:

- za tek: 3.500,00 SIT
- za VSL: 10.000,00 SIT
- skupna kotizacija (tek in VSL):  
12.000,00 SIT

#### Kotizacijo nakažite na račun:

Goriško zdravniško društvo, št. 04750-  
0000753838.

#### Kontaktna oseba:

ga. Melita Vogrič, tel.: 05 330 14 50.

Prijave na naslov: Franci Koglot, dr. med.,  
Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca  
Šempeter pri Novi Gorici, 5290 Šempeter pri  
Gorici. Kasnejših prijav ne sprejemamo.

V prijavi navedite: spol, letnico rojstva, delovno  
mesto, ustanovo oziroma društvo za katero  
nastopate.

Za ekipo štejejo trije najbolje točkovani moški in  
dve ženski.

Udeleženci tekmujejo na svojo odgovornost.

Tekmovanje šteje za izbiro uradne Slovenske  
zdravniške reprezentance za nastop na  
svetovnem prvenstvu.

Štartne številke in vozovnice s popustom dobite  
od devete ure dalje na blagajni žičnice.

## SPOROČANJE SLABE NOVICE

organizator •

Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana

### LOGARSKA DOLINA

#### Hotel Plesnik

5.–6. marec 2004, 26.–27. marec 2004

14.–15. maj 2004



Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana  
Palliative Care Development Institute

#### 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 prognostične izglede, poslabšanje  
bolezni, vsakodnevne 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,
- šeststopenjski 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, itd.),
- veščine za boljše sporazumevanje z  
bolnikovimi bližnjimi in sodelavci v skupini,
- prepoznavanje in opuščanje neučinkovitih  
načinov sporazumevanja, ki vodijo v  
izčrpanje.

Kotizacija: 29.000,00 SIT (DDV ni vključen).  
Kotizacija 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, Vegova 8, 1000 Ljubljana, T: 00031  
632 168, E: ravnikbar@mail.ljudmila.org ali  
urska.lunder@mail.ljudmila.org

Namestitvev udeležencev: prenočišča so na  
voljo v hotelu Plesnik in Vili Palenk v Logarski  
dolini.

## CINDI DELAVNICA O IZVAJANJU ZDRAVSTVENOVZGOJNIH PROGRAMOV V PRAKSI

organizator • CINDI Slovenija



**LJUBLJANA**  
CINDI Slovenija  
Ul. Stare pravde 2  
2.-4. marec 2004

Tridnevna delavnica je namenjena zdravstvenim delavcem, ki so se udeležili CINDI Šole za promocijo zdravja in preprečevanje kroničnih bolezni v osnovnem zdravstvenem varstvu / družinski medicini, oziroma vsem tistim, ki imajo dodatna ustrezna znanja s področij: pomoč pri spreminjanju tveganega življenjskega sloga, prehrane, telesne dejavnosti in šole hujšanja.

V delavnico vabimo vse, ki bodo v zdravstvenih domovih vključeni v izvajanje zdravstvenovzgojnih programov, namenjenih osebam z visokim odstotkom ogroženosti za srčno-žilne bolezni in potrebujejo dodatne informacije, kako zdravstvenovzgojne programe izvajati v praksi.

### PROGRAM:

#### Torek, 2. marca 2004

##### Prehrana

- 10.00–10.15 Pozdrav in namen delavnic (D. Novak Mlakar, dr. med.)
- 10.15–11.30 Pomoč pri spreminjanju tveganega življenjskega sloga (D. Novak Mlakar, dr. med.)
- 11.30–12.30 Kako implementirati zdravstvenovzgojne programe v praksi (N. Luznar, prof. zdr. vzg.)
- 12.30–13.30 Odmor za kosilo (v lastni režiji)
- 13.30–15.00 Prehrana in zdravje
- Kronične nenalezljive bolezni in prehrana
  - Kaj mora strokovnjak vedeti o zdravi prehrani in svetovanju posamezniku (M. Jež, dr. med.)
- 15.00–15.15 Odmor
- 15.15–17.15 Program učnih delavnic o prehrani
- Kako svetovati posamezniku (N. Luznar, prof. zdr. vzg.)
- 17.15–17.45 Razprava, ocena delavnic in zaključek

#### Sreda, 3. marca 2004

##### Telesna dejavnost

- 8.00–10.00 Telesna dejavnost in zdrav življenjski slog

- Telesna dejavnost in preprečevanje nastanka dejavnikov tveganja za KNB, telesna dejavnost in zdravljenje KNB
- Stopnje tveganja in varna vadba, ravnotežna vadba (prim. asist. M. Bulc, dr. med.)

- 10.00–10.15 Odmor
- 10.15–11.15 Aerobna vadba – vadba primerna za zdravo srce (doc. dr. D. Karpljuk, prof. šp. vzg.)
- 11.15–12.15 Program učnih delavnic za zvečanje telesne dejavnosti – 1. del (A. Backovič Juričan, viš. fiziot.)
- 12.15–13.15 Odmor za kosilo (v lastni režiji)
- 13.15–14.15 Telesna dejavnost in zdravstvena nega (M. Smolič, viš. med. ses.)
- 14.15–16.45 Program učnih delavnic za zvečanje telesne dejavnosti – 2. del
- Individualno in skupinsko delo, motivacija in svetovanje
  - Primeri varne vadbe (A. Backovič Juričan, viš. fiziot.)
- 15.15–15.30 Odmor
- 16.45–17.15 Razprava, ocena delavnic in zaključek

#### Četrtek, 4. marca 2003

##### Izvajanje šole hujšanja

- 8.00–10.30 Organizacija in izvajanje šole
- Vedenjske in telesne značilnosti osebnosti v procesu hujšanja (N. Luznar, prof. zdr. vzg.)
- 10.30–10.45 Odmor
- 10.45–12.15 Telesna dejavnost v procesu hujšanja in vzdrževanju telesne teže (A. Backovič Juričan, viš. fiziot.)
- 12.15–13.15 Odmor za kosilo (v lastni režiji)
- 13.15–14.45 Prehransko svetovanje v procesu hujšanja in vzdrževanja telesne teže (M. Jež, dr. med.)
- 14.45–15.15 Razprava, ocena delavnic in zaključek

Za izvedbo delavnice je potrebna udeležba najmanj 15 oseb.

Kotizacija: 25.000,00 SIT. Nakažite jo na naslov: Zdravstveni dom Ljubljana, CINDI Slovenija, Kotnikova 28, 1000 Ljubljana, davčna številka: 80683568, TRR: 01261-6030921845, sklic na št. 02 922063-280-86.

Pisne prijave sprejemamo na naslov: CINDI Slovenija, Ulica Stare pravde 2, 1000 Ljubljana, F: 01 438 34 84, E: cindi@zd-lj.si

Dodatne informacije: Tajništvo CINDI Slovenija, T: 01 43 83 480.

## DVODNEVNA FLEBOLOŠKA ŠOLA

organizator • Dermatovenerološka klinika

**LJUBLJANA**  
Dermatovenerološka klinika  
Zaloška 2  
5.–6. marec 2004

### PROGRAM:

#### Petek, 5. marca 2004

od 9.30 do 11.00

##### Pozdravni govor

1. Kronično vensko popuščanje
- definicija, zgodovina, prevalenca
  - anatomija
  - etiologija, patogeneza, dejavniki tveganja
  - simptomi, klasifikacija (widmerjeva, ceap)
  - klinično sliko, diferencialna diagnoza
  - diagnostični algoritem (doppler)
  - diagnostika – duplex
  - razprava

kava

od 11.00 do 12.30

- zapleti – gvt in pljučna embolija
- zapleti – tromboflebitis, ostalo
- terapija – sklerozacije (klasične, s peno)
- zdravstvena nega po sklerozantni terapiji
- terapija – operativna (klasična in intraluminalna)
- terapija – laserska
- nosečnost in kvp
- razprava

hladni bife

#### 2. Venska golenja razjeda

od 13.30 do 15.30

- klinična slika in diagnostika
- diferencialna diagnoza
- priprava dna razjede in antibiotska terapija
- terapija – obloge, okolica
- terapija – ostalo (LLLT, bioptron, flavonoidi, ortopedski vložki, sklerozacija napajalnih varic, kritje s kožnimi transplantati, ostala zdravila)
- preventiva KVP
- zdravstvena nega
- terapija bolečine pri golenji razjedi
- razprava

#### 3. Kompresijska terapija

od 15.30 do 17.00

- teorije kompresije
- vrste kompresije
- indikacije za kompresijsko terapijo
- zdravstvena nega
- razprava

Stroški zdravljenja KVP v Sloveniji

Predstavitel študije EWME o kompresijski terapiji

#### Sobota, 6. marca 2004

##### 4. Limfedemi

od 9.00 do 10.00

- klinična slika in diagnostika

- diferencialna diagnoza
- terapija
- zdravstvena nega
- razprava

kava

Učne delavnice

od 10.30 do 13.00

1. CW Doppler: S-F ustje, ABPI
2. Kompresijska terapija z dolgoelastičnimi povoji
3. Kompresijska terapija z nelepljivimi kratkoelastičnimi povoji
4. Prikaz aplikacije lepljivih kratkoelastičnih povojev (fiksni povojev, štiriplastnega sistema) in merjenja in oblačenja kompresijskih nogavic
5. Oskrba golenje razjede (20 udeležencev se razdeli v skupine po pet, ki krožijo v učnih delavnicah, in sicer 30 minut za vsako skupino.) Anketa oziroma preizkus znanja (moje razumevanje KVP)

Kava, prigrizek

Svečana podelitev potrdil

Zaključni govor

Zaključek ob 14.30

Kotizacija: 40.000,00 SIT (vključuje napitke in prigrizke med predavanji ter zbornik).

Kontaktna oseba: ga. Verica Petrovič,

Dermatovenerološka klinika, Zaloška 2, 1525

Ljubljana, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33.

Prijave sprejemamo do zapolnitve prostih mest.

## IMPROVING ANTIBIOTIC PRESCRIBING IN EUROPEAN HOSPITALS

organized jointly by •

The ESCMID Study Group on Antibiotic Policies (ESGAP), The Slovenian Society of Chemotherapy

**LJUBLJANA, Predavalnica Infekcijske klinike, Japljeva 2 • 26-27 March 2004**

### PROGRAM:

**Friday, 26 March 2004**

15.00 Introduction

Session 1 (2h):

Antibiotic prophylaxis in surgery

Chairmen: M. Derganc, D. L. Monnet, D. Gvardijančič.

- Antibiotic prophylaxis in surgical infections in children, M. Grošelj Grenc, M. Derganc, et. al
- Antibiotic prophylaxis in abdominal surgery,

J. Reberšek Gorišek, E. Gadžijev

- Antibiotic prophylaxis in surgery: data from the Netherlands and Indonesia, I. C. Gyssens
  - Discussion
  - Basic principles of rational antibiotic prophylaxis in surgery, I. C. Gyssens
- 17.00 Coffee break

17.30 Session 2 (2 h): Relationship between antimicrobial use and bacterial resistance in hospitals

Chairmen: I. C. Gyssens, T. Lejko Zupanc.

- Antimicrobial use and bacterial resistance: data from Slovenian hospitals, T. Lejko Zupanc, et. al
- Antimicrobial use and bacterial resistance: European and U. S. data, D. L. Monnet
- Discussion
- How to study the relationship between antimicrobial use and bacterial resistance, D. L. Monnet

19.30 End of session 2

20.00 Dinner

**Saturday 27 March 2004**

9.00 Session 3 (2 h): Antimicrobial prescribing in intensive care

Chairmen: B. Beovič, D. L. Monnet.

- Antimicrobial use in ICUs: data from Slovenia, J. Markovič, I. Muzlovič, et. al
  - Antimicrobial use in ICUs: review of literature and data from ARPAC, F. M. MacKenzie
  - Discussion
  - Basic principles of rational antimicrobial prescribing in the ICU, I. M. Gould
- 11.00 Coffee break

11.30 Session 4 (2 h): Antibiotic policies and interventions to improve antimicrobial prescribing

Chairmen: I. C. Gyssens, M. Čižman.

- Antibiotic policies and interventions in Slovenia, B. Beovič et. al
  - Overview of antibiotic policies and interventions to improve antimicrobial prescribing in hospitals, I. M. Gould
  - The role of the laboratory in improving antibiotic prescribing, F. M. MacKenzie
  - Interventions to improve antibiotic prophylaxis in surgery, I. C. Gyssens
  - Discussion
- 13.30 Conclusion

Kotizacija: 20.000,00 SIT.

Prijave: sprejema ga. Simona Rojs, Tajništvo Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana.

Informacije: prof. dr. Milan Čižman, dr. med., T: 01 522 21 10, F: 01 522 24 56, E: andreja.sorman@kclj.si

## SIMPOZIJ OB 50-LETNICI OTROŠKE NEUROLOGIJE V SLOVENIJI (In memoriam: primarija Ivica Tivadarja, dr. med.) NOVE DIAGNOSTIČNE METODE V OTROŠKI NEUROLOGIJI

organizatorji • KC Ljubljana, SPS Pediatrična klinika, KO za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo, MFLjubljana - Tečajji otroške nevrologije, Sekcija za otroško nevrologijo SZD, Ustanova za otroško nevrologijo, KRKA, d. d.

**LJUBLJANA, Dvorana Krke, Dunajska 65**  
26. marec 2004

### PROGRAM:

**Petek, 26. marca 2004**

- 8.30-9.15 Jeras J., Ravnik I. M.: Zgodovina otroške nevrologije na Slovenskem
- 9.15-9.30 Neubauer D.: Perspektive otroške in razvojne nevrologije pri nas
- 9.30-9.45 Podelitev priznanj
- 9.45-10.15 Odmor s kavo

- 10.15-10.30 Paro Panjan D.: Nevrološki pregled po Amiel-Tison v neonatalni nevrologiji
- 10.30-10.45 Osredkar D. in sod.: Uporabnost nenehnega spremljanja možganskih funkcij (CFM)
- 10.45-11.00 Jekovec M.: Določanje kostne gostote pri otrocih in mladostnikih s hudo obliko epilepsije
- 11.00-11.15 Gnidovec Stražišar B.: Aktimetrija in določanje cirkadianih ritmov
- 11.15-11.30 Groleger K. in sod.: Ocenjevanje funkcijskega stanja pri otrocih z oviranostjo in pomen GMFCS
- 11.30-11.45 Macedoni Lukšič M. in sod.: Ocenjevanje spontanega gibanja pri novorojenčkih in dojenčkih - metoda po Prechtlu
- 11.45-12.00 Odmor s sokom
- 12.00-12.15 Pečarič Meglič N.: Uporabnost MRS, DWI in DTI
- 12.15-12.30 Benedik M.: Okulokardialni refleksi
- 12.30-12.45 Mir V. in sod.: VideoEEG
- 12.45-13.00 Kržan M.: 24-urni kasetni EEG
- 13.15-13.30 Kodrič J.: Bayley II in ABC movement test
- 13.30-13.45 Bigec M. in sod.: Denver II
- 13.45-14.15 Razprava in zaključki

Informacije:

prof. dr. David Neubauer, dr. med., SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 01 522 92 73, F: 01 522 93 57, E: david.neubauer@mf.uni-lj.si



## BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE (V)

organizatorji •  
SZD Slovensko nefrološko društvo, KO za  
nefrologijo, SPS Interna klinika, KC Ljubljana

### LJUBLJANA

1. predavalnica Kliničnega centra  
19.–20. marec 2004

#### PROGRAM:

##### Petek, 19. marca 2004

- 7.30–8.40 Registracija udeležencev  
Uvod, S. Kaplan Pavlovčič  
Moderatorica: S. Kaplan Pavlovčič:  
Kronična ledvična bolezen
- 8.45–9.00 D. Černe: Napake pri  
laboratorijskem določanju  
ledvične funkcije in lipidov
- 9.00–9.20 M. Malovrh: Indikacije in potek  
ledvične biopsije
- 9.20–9.40 R. Kveder: Sodobne smernice  
neimunološkega zdravljenja  
kronične ledvične bolezni
- 9.40–10.00 T. Šilc: Ocenjevanje invalidnosti,  
telesne okvare in dodatka za  
pomoč in postrežbo na invalidskih  
komisijah
- 10.00–10.20 Razprava
- 10.20–10.40 Odmor  
Moderator: R. Ponikvar:  
Akutna ledvična odpoved
- 10.40–11.00 R. Ponikvar: Akutna ledvična  
odpoved
- 11.00–11.20 J. Buturovič Ponikvar: Zdravljenje  
akutne ledvične odpovedi
- 11.20–11.40 A. Urbančič: Akutna ledvična  
odpoved zaradi zdravljenja
- 11.40–12.00 M. Benedik: Odmerjanje zdravil  
pri ledvični insuficienci
- 12.00–12.25 Razprava
- 12.25–14.00 Odmor: Delovno kosilo  
Moderator: M. Malovrh:  
Zdravljenje kronične ledvične  
bolezni
- 14.00–14.20 D. Kovač: Pomen hiponatremije v  
klinični praksi
- 14.20–14.40 J. Kovač: Zdravljenje  
hiperlipidemije v nefrologiji
- 14.40–15.00 J. Lindič: Diabetična nefropatija
- 15.00–15.20 J. Varl: Zdravljenje anemije pri  
bolnikih sladkorno boleznijo in  
diabetično nefropatijo
- 15.20–15.40 Razprava
- 15.40–16.00 Odmor  
Moderator: R. Accetto:  
Arterijska hipertenzija
- 16.00–16.20 R. Accetto: Nove smernice za

- 16.20–16.40 zdravljenje arterijske hipertenzije  
S. Kaplan Pavlovčič: Ledvice,  
pokazatelj srčno-žilnega  
tveganja pri esencialni arterijski  
hipertenziji
- 16.40–17.00 K. Cerk. Hiperkaliemija pri  
zdravljenju srčnega popuščanja
- 17.00–17.20 V. Premru: Srčno-žilne bolezni pri  
bolnikih s kronično ledvično  
boleznijo
- 17.20–18.00 Razprava in zaključek šole
- Sobota, 20. marca 2004**
- 9.00–16.00 Delavnice: razdelitev in delo v  
skupinah I, II, III, IV
- 11.45–13.00 Odmor za kosilo

S. Kaplan Pavlovčič I. skupina 9.00–10.15 II. skupina 10.30–11.45 III. skupina 13.00–14.15 IV. skupina 14.30–15.45	I. Sekundarna arterijska hipertenzija Aterosklerotična stenoza renalne arterije pri bolniku s periferno aterosklerozo Zdravljenje hipertenzije pri bolnikih s kronično ledvično boleznijo Hipertenzivna nefroskleroza
---	---

R. Kveder II. skupina 9.00–10.15 III. skupina 10.30–11.45 IV. skupina 13.00–14.15 I. skupina 14.30–15.45	II. Kronične ledvične bolezni Bolnik s proteinurijo in ali hematurijo Bolnik z diabetično nefropatijo Bolnik s hitrim slabšanjem ledvične funkcije
--	---

M. Malovrh III. skupina 9.00–10.15 IV. skupina 10.30–11.45 I. skupina 13.00–14.15 II. skupina 14.30–15.45	III. Vodenje bolnika s kronično ledvično insuficienco Vodenje bolnikov s kronično ledvično insuficienco glede na stopnjo Priprava bolnika na nadomestno zdravljenje z dializo Obravnavanje bolnika s končno ledvično odpovedjo pri družinskem zdravniku in/ali internistu
---	---

J. Lindič IV. skupina 9.00–10.15 I. skupina 10.30–11.45 II. skupina 13.00–14.15 III. skupina 14.30–15.45	IV. Okužbe sečil Nezapletene in zapletene okužbe spodnjih in zgornjih sečil
--	---

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

Podiplomska šola je namenjena članom  
družinske medicine, specialistom in  
specializantom interne medicine, sekundarjem  
in vsem zdravnikom, ki želijo pridobiti ali osvežiti  
znanje o sodobnem in praktičnem pristopu k  
bolniku z najpogostejšimi problemi s področja  
bolezni ledvic in arterijske hipertenzije v  
povezavi z ledvično boleznijo.

Kotizacija vključuje udeležbo na strokovnem  
programu in delavnicah, knjigo, delovno kosilo,  
kavo med odmori in plačilo potrdila Zdravniške  
zbornice. Kotizacija znaša 30.000,00 tolarjev.  
Vanjo je vključen davek na dodano vrednost.

Prijavite se pisno ali preko faksa do 1. marca  
2004 z enotno prijavnico za udeležbo na  
zdravniških srečanjih, objavljenih v Izidi. Na  
podlagi prijave bomo izstavili račun. Prijave  
pošljite na naslov: ga. Nevenka Bogdanovič,  
Klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za  
nefrologijo, Hospitalni oddelek,  
Zaloška 7, 1525 Ljubljana,  
F: 01 522 24 08, T: 01 522 31 10.

Dodatne informacije: doc. prim. dr. Marko  
Malovrh, dr. med, svetnik, T/F: 01 522 24 60,  
E: marko.malovrh@mf.uni-lj.si, prof. dr. Staša  
Kaplan Pavlovčič, dr. med, svetnica,  
T/F: 01 522 24 08, E: stasa.kaplan@kclj.si

## ONE DAY SURGERY – ONE STEP CLINIC IN INFERTILITY AND GENERAL GYNAECOLOGY New challenges on falling border

organized by •  
S.I.S.M.E.R. Reproductive medicine unit, Gen  
Hosp. "Dr. Franc Derganc", ASS 2 Goriziana

**NOVA GORICA, Hotel Casinó Perla**  
May 15, 2004

#### PROGRAM:

##### Saturday, 15 May 2004

- 9.00–9.15 Get together and introduction to  
the meeting
- 9.00–9.30 One day surgery and one step  
clinic in an infertility centre (A. P.  
Ferraretti)
- 9.30–10.00 Day surgery in obstetrics and  
gynaecology (F. Calcagnile)
- 10.00–10.20 Discussants: E. Baraggino,  
C. Gigli
- 10.20–11.00 Coffee break and poster session
- 11.00–11.20 Uterine septa as infertility factor  
(M. Gergolet)

- 11.20–11.40 Perinatal outcome after hysteroscopic metroplasty (T. Tomažević)
- 11.40–12.00 Discussants: S. Gordts, L. Gianaroli
- 12.00–13.30 Lunch
- 13.30–14.00 THL: a new endoscopic technique (S. Gordts)
- 14.00–15.00 PCO: ovulation induction and indications for "ovarian drilling":
- a) Different methods of ovulation induction (H. Meden Vrtovec)
- b) Transvaginal ovarian drilling (A. P. Ferraretti)
- c) Ovarian drilling "via" THL (S. Gordts)

- 15.00–15.30 Discussants: F. Calcagnile, T. Tomažević
- 15.30–16.00 Coffee break and poster session
- 16.00–16.50 Preimplantation genetic diagnosis: why fertile couples, carrying a genetic disease, need to undergo ART? (L. Gianaroli)
- 16.50–17.10 Discussants: H. Meden Vrtovec, M. Gergolet
- 17.10–17.50 Round table: Working in ISO 9000 certified structures pros ....and cons? (H. Meden Vrtovec, L. Gianaroli, A. P. Ferraretti, M. Šinigoj, D. Žiberna)

Lectures will be held in English, Italian, and Slovene. Simultaneous translation will be provided.

**Chair people and invited speakers:** Ezio Baraggino, Trieste, Fernando Calcagnile, Gorizia, Anna Pia Ferraretti, Bologna, Marco Gergolet, Šempeter, Luca Gianaroli, Bologna, Carmine Gigli, Gorizia, Stephan Gordts, Leuven, Helena Meden Vrtovec, Ljubljana, Martin Šinigoj, Šempeter, Tomaž Tomažević, Ljubljana, Darko Žiberna, Šempeter.

**Scientific committee:** Fernando Calcagnile, Marco Gergolet, Luca Gianaroli, Helena Meden Vrtovec.

**Organizing committee:** Marco Gergolet, Sergej Pušnar, Martin Šinigoj, Erika Jazbar.

**Congress fee:** free of charge. Gynaecologists, others specialists, general practitioners, nurses, living and working on both side of the border are warmly invited.

**Contact and registrations:** dr. Marco Gergolet, via C. Battisti 12, 34074 Monfalcone, P: +39 0481 45579 or Gen Hospital dr. Franc Derganc, Padlih Borcev 13, 5290 Šempeter pri Gorici, F: +386 5 330 14 10, E: marcogergolet@tiscali.it

Under the auspicious

### 13. SLOVENSKI PARODONTOLOŠKI DNEVI z mednarodno udeležbo

organizatorji • Slovensko zdravniško društvo, Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo

**BLED, Festivalna dvorana**  
2.–3. april 2004

#### PROGRAM:

**Petek, 2. aprila 2004**

- 10.00 Otvoritev
- 10.15 Prof. dr. Gerhard Wimmer (Graz, Austria): Stress and Periodontitis
- 10.45 Asist. mag. Boris Gašpirc: Parodontalna bolezen in srčno-žilna bolezen
- 11.05 Ani Mikuž, dr. dent. med.: Parodontalna bolezen in artritis
- 11.25 Doc. dr. Marija Kovač Kavčič: Pojavnost okužbe z virusom Herpes simpleks in parodontalna bolezen
- 11.45 Prof. dr. Zlatko Pavlica: Vpliv parodontalne bolezni na patohistološke spremembe v zobni pulpi pri psu
- 12.05 Razprava
- 12.20–15.00 Odmor
- 15.00 Doc. dr. Erika Cvetko: Limfna drenaža obzobnih tkiv
- 15.20 Skalerič Eva, abs. dent. med.: Ocena velikosti parodontalne rane
- 15.40 Asist. mag. Aleš Fidler: Primerjava panoramskih in intraoralnih RTG posnetkov pri odkrivanju sprememb na obzobnih in zobnih tkivih
- 16.00 Prof. dr. Skalerič Uroš: Genetska osnova parodontalne bolezni
- 16.20 Razprava
- 16.35–17.00 Odmor
- 17.00–19.00 »Osmo memorialno predavanje prof. dr. Lojzeta Brenčiča«, prof. dr. Jan Lindhe (Göteborg, Švedska): Some changing concepts in clinical periodontology
- 19.00–19.15 Razprava
- 20.30 Skupna večerja

**Sobota, 3. aprila 2004**

- 9.00 Prof. dr. Istvan Gera (Budapest, Hungary): The differential diagnosis of gingival hyperplasia and the management of drug induced gingival

- enlargement
- 9.30 Asist. mag. Martina Drevenšek: Ortodontsko izravnavanje nagnjenih kočnikov
- 9.50 Asist. mag. Rok Gašperšič: Pojavnost, klinična slika in zdravljenje aftoznih sprememb v ustni votlini
- 10.10 Doc. dr. Dušan Grošelj: Prosti transplantat nebne sluznice in rob dlesni
- 10.30 Razprava
- 10.45–11.15 Odmor
- 11.15 Prof. dr. Ksenija Srdjak Jorgič (Zagreb, Hrvaška): Akutne lezije parodonta
- 11.45 Asist. mag. Rok Schara: Zdravljenje parodontitisa z Arestinom pri diabetikih
- 12.05 Doc. dr. Milan Petelin: Možnosti zdravljenja prizadetih koreninskih razcepišč
- 12.25 Vasilij Vendramin, dr. dent. med.: Možnosti prekrivanja recesije dlesne s prostimi transplantati
- 12.55 Razprava
- 13.10 Zaključek srečanja
- 13.20 Občni zbor združenja za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo

Kotizacija:

- za zobozdravnike: 35.000,00 SIT (do 15. marca 2004), 38.000,00 SIT (po 15. marcu 2004) (vključno z DDV)
  - za ostale zobozdravstvene delavce: 20.000,00 SIT (vključno z DDV).
- V znesek kotizacije je vključena skupna večerja v petek, 2. aprila 2004 ob 20.30.

**Prijave:** prijavnico za udeležbo na »13. slovenskih parodontoloških dnevih« pošljite na naslov: Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo, Stomatološka klinika, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana ali po faksu 01 522 24 94. Dodatne informacije: gospa Martina Kajzer, T: 01 30 02 110 in doc. dr. Erika Cvetko, T: 041 59 25 56 ter E: erika.cvetko@mf.uni-lj.si, martina.kajzer@kclj.si

Račun za plačilo kotizacije vam bomo izstavili osem dni pred pričetkom srečanja.

**Prenočišča:** so zagotovljena v hotelih Park in Krim. Udeleženci si sami rezervirajo prenočitve in stroške hotelske namestitve poravnajo v hotelih.

**Prijava za prenočišče in dodatne informacije:** Turistična agencija Albatros, Ribenska 2, 4260 Bled, T: 04 578 03 50, F: 04 578 03 55, gospa Veronika Šmid, E: veronika@albatros-bleed.com

## DENVER II Slovenija Novi denverski razvojni presejalni test



organizator • Delovna skupina DENVER II Slovenija, Katedra za pediatrijo MF v Ljubljani  
**VELENJE, Učni center Velenje, ZD Velenje,**  
Vodnikova 1 • 1.–4. april 2004  
**KOPER, Učni center Koper, ZD Koper,**  
Dellavallejeva 3 • 20.–22. maj 2004

### URNIK TEČAJEV:

#### 1. dan: četrtek

15.00–15.30 Uvod (predstavitve, urnik dela, presejalni testi, predstavitve testa)

15.30–16.30 Predstavitve testnega lista in testnih pripomočkov, izračun starosti, vrš starostne črte  
16.30–16.45 Odmor

16.45–17.30 Izvedba in ocena testa, odločitve in napotitve

17.30–18.30 I. razdelek: Socializacija, II. razdelek: Fina motorika in prilagodljivost  
18.30–18.45 Odmor

18.45–19.45 III. razdelek: Govor, IV. razdelek: Groba motorika

#### 2. dan: petek

8.00–09.15 Oglad video posnetka testa in razprava

9.30–12.00 Delo v skupinah v vrtcu  
12.30–14.00 Kosilo

14.00–15.30 Samopreverjanje znanja (odgovori na vprašanja in ocenjevanje primerov testov)

15.30–16.00 Odmor

16.00–18.00 Delo v skupinah, navodila za preverjanje znanja, razprava  
Učenje

#### 3. dan: sobota

8.00–10.00 Pisni izpiti (reševanje enostavnih testov, opisni odgovori, naloge iz video posnetka)

10.00–10.45 Odmor

10.45–13.00 Delo v skupinah in analiza izpitnih rezultatov

#### 4. dan: sobota (vsaj štirinajst dni zamika)

8.00–13.00 Praktični izpiti s podelitvijo certifikata

Podiplomski tečaj je namenjen vsem zdravnikom in medicinskim sestram, ki izvajajo preventivne preglede predšolskih otrok v skladu z Navodili za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na osnovni ravni (UL RS št. 19, 12. 3. 1998, strani od 1253 do 1282).

Tečajji potekajo v dveh sklopih. V prvem se udeleženci seznanijo s teoretičnimi osnovami testa, njegovo vsebino in praktično vadijo z otroki. V drugem sklopu je preverjanje znanja (praktično in teoretično) in podelitev certifikatov.

Po zaključenem izobraževanju in opravljenem izpitu so udeleženci usposobljeni za samostojno izvajanje in interpretacijo testa. Praktični izpit je potrebno opraviti najkasneje šest mesecev po opravljenem tečaju. Certifikat za naziv Izvajalec DENVER II Slovenija razvojnega presejalnega testa velja tri leta. Izobraževanje poteka v Učnih centrih, kjer dobite vse informacije in gradivo. Priročnik za izvajanje testa in urnik izobraževanja prejmejo kandidati po pošti po prijavi v Učnem centru, standardni komplet testnih pripomočkov in testne liste prejmejo na začetku tečaja.

Število udeležencev na tečaju je omejeno na petnajst. Za zaključene skupine (petnajst udeležencev) organiziramo tečaje tudi izven Učnega centra, če so izpolnjeni vsi pogoji za kvalitetno izvedbo tečaja.

Kotizacija za podiplomski tečaj z izpitom znaša 70.000,00 SIT (brez DDV), za tečaj izven Učnega centra 77.000 SIT (brez DDV). Račun za plačilo kotizacije vam na podlagi prijave v Učni center izstavi Medicinska fakulteta v Ljubljani.

#### Informacije - Velenje:

Nosilec izobraževanja: Margareta Seher Zupančič z Alojzijo Čepin, DENVER II Slovenija, Učni center Velenje, Zdravstveni dom Velenje, Vodnikova 1, 3320 Velenje, T: 03 899 54 60, F: 03 586 90 39, E: denverII@zd-velenje.si

#### Informacije Koper:

nosilec izobraževanja: Beisa Žabkar, DENVER II Slovenija, Učni center Koper, Zdravstveni dom Koper, Dellavallejeva 3, 6000 Koper, T: 05 664 72 72, F: 05 627 37 71, E: beisa.zabkar@zd-koper.si

## 15. SREČANJE INTERNISTOV IN ZDRAVNIKOV SPLOŠNE MEDICINE "IZ PRAKSE ZA PRAKSO" z mednarodno udeležbo

organizatorji • Splošna bolnišnica Maribor, KO za interno medicino Maribor, Zdravniško društvo Maribor, Združenje internistov SZD  
**MARIBOR**  
Kazinska dvorana SNG  
7.–8. maj 2004

### PRELIMINARNI PROGRAM:

#### Petek, 7. maja 2004

13.00–14.30 Simpozij LEK

14.30–14.45 Odmor

14.45–15.15 Uradna otvoritev 15. srečanja "Iz prakse za prakso"

15.15–15.35 Krajnc I.: Ob 15-letnici srečanja  
15.35–15.50 Puklavc L.: Pozitronska izsevalna tomografija (PET) v diagnostični obravnavi malignih bolezni

15.50–16.00 Topalovič M.: FDG-PET: prikaz primerov

16.00–16.20 Graninger W. (A): Novosti v zdravljenju revmatskih bolezni

16.20–16.35 Holc I., Pahor A., Gradišnik, S.: Pomen »power doppler« ultrazvoka v diagnostiki vnetnih revmatskih bolezni

16.35–16.45 Gradišnik S., Pahor A., Holc I.: Prikaz bolnice s sistemskim lupusom eritematosusom in bolečinami v kolčnih sklepkih

16.45–17.05 Odmor

17.05–17.20 Skalicky M., Dajčman D., Pernat C.: Ultrazvočna diagnostika holecistolitiaz

17.20–17.35 Skok P.: Ultrazvočne preiskave jeter in slučajne najdbe v jetrih

17.35–17.50 Urlep D., Čeranič D., Pocaž M.: Ultrazvočne preiskave prebavne cevi

17.50–18.05 Ekart R.: Ultrazvočne preiskave ledvic

18.05–18.20 Hojs R.: Ultrazvočne preiskave ledvic – prikaz primerov

18.20–18.45 Razprava

18.45–19.00 Testna vprašanja  
19.00 Sprejem in večerja

#### Sobota, 8. maja 2004

9.00–9.15 Kanič V., Lobnik A.: Interventna kardiologija v SV Sloveniji

9.15–9.25 Golob Gulič T., Granda S., Penko

- M.: Interventna kardiologija – prikaz primera
- 9.25–9.35 Bernhardt M., Kompara G.: Interventna kardiologija – prikaz primera
- 9.35–9.50 Vokač D.: Inplatiibilni kardioverterji defibrilatorji in posebne oblike elektrostimulacije
- 9.50–10.05 Pehnc Z., Kamenik B., Svenšek F.: Pregled bolnikov z akutnim koronarnim sindromom zdravljenih na Oddelku za intenzivno interno medicino
- 10.05–10.20 Sinkovič A., Marinšek M., Ribarič V.: Obravnava bolnikov po srčnem zastoju in oživiljanju
- 10.20–10.30 Razprava
- 10.30–11.00 Odmor
- 11.00–11.20 Holzer H. (A): Ledvična odpoved in komorbidnost
- 11.20–11.35 Pečovnik Balon B.: Kvantitativna digitalna radiografija v nefrologiji
- 11.35–11.50 Tušek Bunc K., Kersnik J.: Napotitev h konzultantu kot del odločanja v družinski medicini
- 11.50–12.05 Klemen P., Tušek Bunc K., Grmec Š.: Izkušnje in predlogi za še boljše sodelovanje med osnovno in sekundarno ravni pri napotitvah
- 12.05–12.15 Razprava
- 12.15–12.30 Glaser Kraševac M.: Pomen celičnih označevalcev v hematologiji
- 12.30–12.45 Goropevšek A.: Določanje membranskih celičnih označevalcev s pretočno citometrijo
- 12.45–12.55 Jarc M., Grmek Zemljč T., Roškar Z.: Uporaba celičnih označevalcev v diagnostiki krvnih bolezni – prikaz primerov.
- 12.55–13.10 Završnik M., Šubic J.: Vrednotenje kliničnih testov v endokrinologiji
- 13.10–13.25 Zavrtnik A., Čokolič M.: Optimalna metoda merjenja mineralne kostne gostote
- 13.25–13.40 Razprava
- 13.40–14.00 Odgovori na testna vprašanja in zaključek srečanja

**Kotizacija:**

15.000,00 SIT, do 20. 4. 2004 – 12.000,00 SIT.  
 TRR: 04515-0000124280 sklic: 1009, z oznako "Zdravniško društvo Maribor – Iz prakse za prakso".

**Informacije:**

ga. Zdenka Kodrin, tajništvo KO za interno medicino, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 28 71.

## IPOKRATES 2004 CLINICAL SEMINAR

organizirajo • MF Ljubljana - Tečajji otroške nevrologije, Sekcija za otroško nevrologijo SZD, KO za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo, SPS Pediatrična klinika, Ljubljana, Ustanova za otroško nevrologijo, IPOKRATES International, Mannheim, Nemčija na

**LUCIJA - PORTOROSE, Hotel Marita**  
 May 27–29, 2004

From seizure semiology to the epileptic syndromes: epilepsies and epileptic syndromes during neonatal, infantile and childhood period

**Objectives:**

To discuss new developments in this field. To present variabilities in the aetiological causes, different clinical presentations of the seizures and their optimal registration techniques (digital EEG, video EEG, telemetry, functional neuroimaging). To present those structural and genetic brain conditions which cause epileptogenic conditions and to discuss various clinical presentations, diagnostic approaches and treatment success depending on early steroid use and possible surgical procedures. The seminar is aimed at offering relevant discussions on current terminology as well as diagnostic and classification scheme for children with epileptic seizures and epilepsy. The most distinguished experts on this field to resolve the above questions have been asked to participate.

**Lecturers:**

- Dravet C., Centre Saint Paul; University of Marseille, France
- Genton P., Centre Saint Paul; University of Marseille, France
- Guerrini R., University of Pisa & IRCCS Fondazione Stella Maris, Italy
- Mizrahi E., Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA
- Plouin P., Hôpital Necker Enfants Malades, University of Paris, France
- Vigeveno F., Bambino Gesù Hospital, University of Rome, Italy

**Target groups:** paediatric neurologists, neurologists, epileptologists, neurophysiologists, paediatricians, neonatologists, neuroradiologists, psychologists, child psychiatrists

**Local sponsors:** Ministry of Education, Science & Sport, Slovenia; Foundation of Child Neurology, Slovenia

Limited number of participants: 55 discussions with experts and exchange of personal experiences, video EEG sessions, long-term outcome

**Participation fee:**

- single person: 350 EUR
- two persons (twin participation): 600 EUR

**PROGRAM:****Thursday, May 27, 2004**

- 14.00 Welcome, Neubauer D., Ravnik I. M.  
 14.30 Neonatal seizures: early-onset seizure syndromes and their consequent development, Mizrahi E.  
 15.30 Value of video EEG in neonatology and during early infantile life, Plouin P.  
 16.30 Break  
 17.00 Focal epilepsies during infancy, Vigeveno F.  
 17.45 Epileptic negative myoclonus, Guerrini R.  
 18.30 Suppression of post-hypoxic and post-encephalitic myoclonus with levetiracetam, Genton P.  
 19.15–20.00 General discussion

**Friday, May 28, 2004**

- 9.00 Dravet's syndrome: aetiology, diagnostics and treatment – where are we now?, Dravet C.  
 10.00 Linical and video EEG features of epileptic spasms. Early clinical and EEG features of West syndrome, Plouin P.  
 11.15 Break  
 11.45 Epilepsy and movement disorders, Guerrini R.  
 12.30 Epileptic syndromes and metabolic aetiology, Vigeveno F.  
 13.15 Free topics: individual video presentations and discussions  
 14.00 Break for lunch  
 15.30 Avoiding the pitfalls of EEG interpretation in childhood epilepsy, Mizrahi E.  
 16.30 Break  
 17.00 Progressive myoclonus epilepsies, Genton P.  
 17.45 Focal epilepsies during childhood, Vigeveno F.  
 18.30 What means CPD in Paediatric Neurology? Guerrini R.  
 19.15–20.00 Free presentations and general discussion

**Saturday, May 29, 2004**

- 9.00 Generalized epilepsies with febrile seizures plus, Genton P.
- 10.00 Migrating partial seizures in infancy, Plouin P.
- 10.45 Break
- 11.15 Benign myoclonic epilepsy of infancy: electroclinical symptomatology and differential diagnosis from the other types of generalized epilepsy of infancy, Dravet C.
- 12.00 Acute and chronic effects of seizures on developing brain, Mizrahi E.
- 13.00 Break for lunch
- 14.30 Epileptogenic brain malformations and rationale for their management, Guerrini R.
- 15.30 Lennox-Gastaut syndrome, Doose syndrome and other unsepcified "myoclonic" epilepsies and epileptic syndromes in preschool children, Dravet C.
- 16.30 Break
- 17.00 Early-onset absence epilepsy, Genton P.
- 18.00 Pediatric videoEEG monitoring, Mizrahi E.
- 19.00 Discussion and closing remarks, Ravnik I. M.

**Local organization:** David Neubauer, MD, DSc, Igor M. Ravnik, MD, University of Ljubljana, Medical Faculty and University Children's Hospital Ljubljana: Dept. of Child, Adolescent and Developmental Neurology and Centre for Child & Adolescent Epilepsies, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, Slovenia,  
P: + 386 (0) 1 522 92 73/92 74,  
F: + 386 (0) 1 522 93 57,  
E: david.neubauer@mf.uni-lj.si, iravnik@email.si,  
W: <http://animus.mf.uni-lj.si/neurology/>

**Registration:** IPOKRATES International Head Office, M:con, Rosengartenplatz 2, D-68161 Mannheim/Germany,  
P: + 49 621 4106134, F: +49 621 4106202,  
E: ipokrates@mcon-mannheim.de,  
W: <http://www.ipokrates.info>

**Accommodation:** Hotel Marita, Lucija, Portoroz (venue site), Obala 77, SI-6320 Portoroz,  
P: +386 5 617 22 00, F: +386 5 617 22 17,  
E: hotel.marita@siol.net; <http://hotel-marita.si>

Bed & breakfast: single: 70 EUR,  
double: 100 EUR, suite: 135 EUR per day,  
capacity: 30 rooms only ("first come, first serve")

## NUTRITION: SCIENTIFIC BASIS, NUTRITIONAL STRATEGIES, NUTRITION AND DISEASE

organized by •  
**IPOKRATES, A non-profit, non-governmental, registered society Clinical Seminar in Cooperation with ESPNIC**

**MARIBOR, Teaching Hospital Maribor**  
May 13–15, 2004

**OBJECTIVES**

IPOKRATES seminars provide high-quality postgraduate education which enables professionals to keep abreast of the most recent developments, and offer participants the opportunity to discuss clinical problems or scientific issues personally with international experts. This seminar deals with the understanding and management of gastrointestinal disorders and nutritional care problems, mainly in premature.

**LECTURERS**

Neu J.: • University of Florida College of Medicine, Department of Pediatrics, Gainesville, Florida, USA  
Hay B.: • University of Colorado Health Sciences Center, Pediatric Research Center, Denver, Colorado, USA  
Derganc M.: • University of Ljubljana, Department of Pediatric Surgery and Intensive Therapy Unit, Ljubljana, Slovenia  
Greer F.: • University of Wisconsin, Perinatal Center, Meriter Hospital, Madison, USA  
Ford H. R.: • Children's Hospital of Pittsburgh, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, USA

**PROGRAM DESIGN**

Neu J., Gainesville; Burja S., Maribor; Simbruner G., Innsbruck

**TARGET GROUPS**

Affiliates of university and non-universitarian hospitals in neonatology, pediatrics, nutrition, surgery and related fields

**MAJOR SPONSORS:** Dräger, Nestlé, Orphan Europe and INO Therapeutics

**LOCAL SPONSORS:** Teaching Hospital Maribor, Milupa, Hipp

Limited Number of participants: 55  
This seminar thus will offer extensive chances for personal discussion.

**PARTICIPATION FEE**

Single Person € 300.-  
Two persons ("Twin participation") € 500.-

**PROGRAM****Thursday, May 13, 2004**

Morning 8.30–12.30

- Welcome, Micetic Turk D, Burja S
- Perspectives on new Developments in Neonatal Nutrition and Gastroenterology, Neu J.
- Fetal Nutrition: Application to Postnatal Nutrition (Emphasis on Macronutrient Requirements), Hay B.
- Development of Digestion and Absorption, Neu J.

Lunch

Afternoon 13.00–17.00

- Metabolic and Nutritional Requirements for the Low Birthweight Infant (Emphasis on Vitamins, Mineral and Trace Elements), Greer F.
- Development of the Intestinal Innate Immune System Case Discussion, Neu J.
- Two Children with Prolonged Parenteral Nutrition and Associated Sea-blue Histiocytosis, Derganc M.

**Friday, May 14, 2004**

Morning 8.30–12.30

- Metabolic Stresses and Adaptations in the Surgical Neonate, Ford H. R.
- Fetal Programming, Hay B.
- Necrotising Enterocolitis: Medical and Surgical Issues, Neu J./Ford H. R.

Lunch

Afternoon 14.00–17.00

- Acute and Chronic Lung Disease and Nutritional Issues, Hay B.
- Enriched Formulas and Breast Milk and Post-Discharge Nutrition Issues, Greer F.

**Saturday, May 15, 2004**

Morning 8.30–12.30

- Strategies for Introduction of TPN Intake in the Premature Infant, Hay B.
- Special Nutritional Needs of the Surgical Neonate: Enteral and Parenteral Strategies, Ford H. R.
- Feeding Severely Burned Children. A Continuous Challenge, Derganc M.
- Strategies for Delivery of TPN to the Neonate: Complications and Monitoring, Greer F.

Lunch

Afternoon 14.00–17.00

- Strategies for Enteral Nutrition: Feeding Intolerance, Motility Disorders and Minimal Enteral Nutrition, Neu J.
- Immuno-Trophic Nutrients, Case Discussion, Neu J.

**ORGANIZATION**

Organizer: IPOKRATES, m:con GmbH, Rosengartenplatz 2, D-68161 Mannheim/Germany

Local organization: Silva Burja, MD, DSc, Gregor Pivec, MD, Dušica Micetić Turk, MD, DSc, Teaching Hospital Maribor, Slovenia,

Department of Perinatology, Neonatology and Department of Pediatrics, Gastroenterology, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, Slovenia, P: +386 (2) 321 24 53, F: +386 (2) 331 23 93, E: silva.burja@sb-mb.si or silva.burja@guest.arnes.si

Information/registration: IPOKRATES International Head Office m:con, Rosengartenplatz 2, D-68161 Mannheim / Germany, P: +49 (0) 621 4106-134, F: +49 (0) 621 4106-202, E: ipokrates@mcon-mannheim.de, W: <http://www.ipokrates.info>

Coffee break/lunch: Coffee breaks are included. Meals available up to € 10.-

Accommodation: Hotel Habakuk \*\*\*\*\* ([www.termemb.si](http://www.termemb.si)), for bed & breakfast, per room per day: Single occupancy € 92.- double occupancy € 121.-

Hotel Piramida \*\*\*\*\*, for bed & breakfast, per room per day: single occupancy € 71.-, double occupancy € 88.-

Garni Hotel Tabor \*\*\*, for bed & breakfast, per room per day, single occupancy € 35.-, double occupancy € 56.-

All hotel reservations and other tourist informations: Travel Agency VENETUS, Tyrševa 3, 2000 Maribor, Slovenia, P: + 386 (2) 235 26 23, F: + 386 (2) 235 26 24, E: [sonja@venetus.si](mailto:sonja@venetus.si)

SEMINAR SITE Teachig Hospital Maribor, Departement for Surgery, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, Slovenia

## OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME POUK BOLNIKA Z ASTMO VODENJE BOLNIKA S KOPB

organizator •  
Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo,  
Bolnišnica Golnik

**KRANJSKA GORA,**  
**Hotel Lek**  
25.-27. marec 2004

### PROGRAM:

- Klasifikacija preobčutljivostnih reakcij
- Alergeni, navzkrižnost, skritost
- Astma: pljučna funkcija pri obstruktivnih boleznih pljuč, etiopatogeneza, klinična slika in diferencialna diagnoza, zdravljenje astme
- Pouk bolnika z astmo, kako poučevati, kdo poučuje, pričakovane koristi pouka
- KOPB
- Rinitis: diagnostični in terapevtski pristop

- Alergijsko vnetje, Anafilaksija, Alergijske bolezni kože, Nutritivna alergija, Alergija za zdravila, posebnosti alergijskih bolezni v otroštvu
- Kožni in laboratorijski testi alergije
- Zdravljenje in preprečevanje alergijske bolezni
- Interakcije zdravil pri bolnikih z alergijskimi boleznimi in astmo
- Komunikacije med zdravniki, uporabnost medmrežja, zdravilstvo in alergija

Vodji tečaja: doc. dr. Mitja Košnik, prof. dr. Stanislav Šuškovič

Sodelavci: prof. dr. Jurij Šorli, prof. dr. Alojz lhan, prof. dr. Ema Mušič, doc. dr. Matjaž Fležar, doc. dr. Tomaž Lunder, prim. Vesna Glavnik, prim. Marijana Kuhar, prim. Jernej Podboj, asist. Robert Marčun, Katarina Osolnik, Nada Kecelj, Nisera Bajrovič, Mihela Zidarn, Jure Šorli, Saša Kadivec, viš. med. ses., Ljubica Ravnikar, viš. med. ses.

Namen delavnice je sinhronizacija osebnega zdravnika in specialista pri obravnavi bolnika z alergijsko boleznijo in astmo ter zgodnja detekcija in vodenje bolnika s KOPB. Delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse. Vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji. Poudarek delavnice bo na praktični obravnavi posameznih pomembnih segmentov alergologije ali astme, reševanju konkretnih alergoloških primerov, prikaz načinov pouka bolnikov z astmo in pridobitvi novih spoznanj o uporabi medmrežja v medicini. Vaje bodo potekale pod vodstvom posameznih strokovnjakov v skupinah.

Udeleženci bodo ob prihodu na tečaj prejeli zbornik predavanj in predstavitev praktičnih del.

Delavnici bosta od 15 do 17. januarja in od 25. do 27. marca 2004 v Kranjski gori, v Hotelu Lek.

Število udeležencev: 20

Kotizacija 80.000,00 tolarjev vključuje hotelske storitve, rekreacijo, zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita.

#### Informacije in prijave:

ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, tel.: 04 256 91 11, faks: 04 256 91 17, E: [irena.dolhar@klinika-golnik.si](mailto:irena.dolhar@klinika-golnik.si)

## SALZBURG MEDICAL SEMINARS INTERNATIONAL



organizatorji •  
Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana,  
Open Society Institute – New York,  
The American Austrian Foundation

### SALZBURG

z naslednjih področij medicine:

- ginekologija in porodništvo  
29. marec – 4. april 2004
- infekcijske bolezni  
9. marec – 4. april 2004
- neonatologija  
4. april – 10. april 2004
- otorinolaringologija  
4. april – 10. april 2004
- kardiologija  
12. april – 18. april 2004
- interna medicina  
11. julij – 17. julij 2004
- psihiatrija  
11. julij – 17. julij 2004
- urologija  
20. avgust – 26. avgust 2004
- ortopedija  
20. avgust – 26. avgust 2004
- onkologija  
27. avgust – 2. september 2004
- anesteziologija  
27. avgust – 2. september 2004
- hematologija v pediatriji  
30. oktober – 5. november 2004
- slikovna diagnostika  
30. oktober – 5. november 2004

Rok za prijavo: 20. februar 2004

Izbranim kandidatom bomo krili stroške za udeležbo, pot in nastanitev.

Prijavnice in vse dodatne informacije so na voljo v pisarni Zavoda za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana, Medicinska fakulteta, Inštitut za histologijo in embriologijo, Korytkova 2, Ljubljana  
ga. Barbara Ravnik  
T: 031 632 168, 01 543 73 61  
F: 01 543 73 61  
E: [barbara.ravnik@mail.ljudmila.org](mailto:barbara.ravnik@mail.ljudmila.org)

## TRETJI MEDNARODNI KONGRES »SAMOMOR NA STIČIŠČU GENOV IN OKOLJA« Samomor kot prezgodnja umrljivost

organizator •  
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

**PORTOROŽ**  
13.–16. maj 2004

Spoštovani kolegi,  
ponosen sem, da nam je znova uspelo in vas lahko povabim že na Tretji mednarodni kongres »Samomor na stičišču genov in okolja«, ki bo v Portorožu od 13. do 16. maja 2004. Gostitelj kongresa ostaja Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, ki je prvo srečanje organiziral že leta 2000 v Ljubljani. Takrat smo prvič v zgodovini suikidologije ubrali sodoben pristop delitve dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje in jih ločili na genetske in okoljske. Drugo srečanje je bilo dve leti kasneje v Portorožu, ko smo nadaljevali z edinstvenim pristopom ter odkrivali bolj ali manj skrita področja suikidologije (npr. samomorilnost v povezavi z motnjami hranjenja). Oba kongresa si bomo zapomnili tudi kot iskreni družabni srečanja za vse udeležence.

Podoben odziv pričakujemo tudi maja letos na tretjem mednarodnem kongresu z naslovom »Samomor kot prezgodnja umrljivost«. Tudi tokrat si prizadevamo pritegniti pozornost različnih institucij doma in v tujini ter zbrati suikidologe in strokovnjake sorodnih vej, ki bodo obogatili kongres s svojimi prispevki. Kongres bo pokrival širok razpon tem s področja suikidologije. Prizadevamo si predstaviti samomor kot pomemben vzrok prezgodnje umrljivosti ter pojasniti vlogo prepletanja različnih dejavnikov tveganja (okoljskih in genetske nagnjenosti) v zvezi s prezgodnjo umrljivostjo. Veselim se srečanja z vami, ko bomo preživeli zanimiv konec tedna.

*Andrej Marušič, v imenu Organizacijskega odbora*

**PROGRAM:**  
**Četrtek, 13. maja 2004**  
20.00 Sprejem

**Petek, 14. maja 2004**  
9.00–11.00 Plenarno predavanje A  
11.00–11.15 Odmor  
11.15–12.45 Plenarno predavanje B  
12.45–14.00 Kosilo  
14.00–15.45 Vzporedna predavanja A & B  
15.45–16.00 Odmor  
16.00–18.00 Predstavitev posterjev  
20.00 Druženje

### Sobota, 15. maja 2004

9.00–11.00 Plenarno predavanje C & D  
11.00–11.15 Odmor  
11.15–12.45 Plenarno predavanje E  
12.45–14.00 Kosilo  
14.00–15.45 Vzporedna predavanja C & D & E  
15.45–16.00 Odmor  
16.00–18.00 Delavnica D & E  
20.00 Druženje

### Nedelja, 16. maja 2004

9.00–11.00 Zaključna prireditve mednarodnega dela  
11.00–11.15 Odmor  
11.15–12.45 Delavnica D za delavce v zdravstvu  
12.45–14.00 Kosilo  
14.00–15.45 Delavnica D za delavce v zdravstvu

- A Genetski in okoljski dejavniki tveganja za samomorilno vedenje
- A1 Genetski dejavniki tveganja
- A2 Okoljski dejavniki tveganja
- A3 Prepletanje genetskih in okoljskih dejavnikov tveganja
- B Nevropsihologija samomorilnosti
- C Samomor kot prezgodnja umrljivost
- D Preventiva samomorilnega vedenja
- D1 Osnovna preventiva
- D2 Sekundarna preventiva
- E Posledice samomora

Organizacijski odbor: Andrej Marušič, Saška Roškar, Maja Zorko, Kees van Heeringen, Urša Križaj

Znanstveni odbor: Dinesh Bhugra, Mojca Z. Dernovšek, Anne Farmer, Diego De Leo, Dan Rujescu, Andrej Marušič, Peter McGuffin, Rok Tavčar, Onja Grad, Urban Groleger

Vabljeni predavatelji: Kurt Audenaert, Diego De Leo, Keith Hawton, Sergei V. Kondrichin, Murad Khan, Alexander Nemtsov, Dan Rujescu, Rick Campise, David A. Jobes

Jezik: Uradni jezik kongresa je angleščina.

**Povzetki:** Povzetke lahko pošljete po E: saska.roskar@ivz-rs.si ali na disketi oziroma zgoščenki po običajni pošti na naš naslov (Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana) s pripisom Za kongres »Samomor kot prezgodnja umrljivost«. Podrobnejše informacije najdete na: [www.gov.si/ivz](http://www.gov.si/ivz).

Rok za oddajo povzetkov je 29. februar 2004. Korespondenčni avtor bo o povzetku obveščen do 15. marca 2004.

**Prijava:** Prijavite se lahko preko svetovnega spleta (prijavnico najdete na [www.sigov.si/ivz](http://www.sigov.si/ivz)) ali pošljete izpolnjeno priloženo prijavnico

na naš naslov (Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana) s pripisom Za kongres »Samomor kot prezgodnja umrljivost«. Prijavnina znaša 250 evrov.

**Plačilo kotizacije:** Udeleženci iz Slovenije naj kotizacijo nakažejo na račun: Uprava za javna plačila RS, 01100-6030926242; udeleženci iz tujine pa: Banka Slovenije, Slovenska 35, 1505 Ljubljana, številka računa: 01100-6030926242, IBAN: SI56011006030926242, swift: BSLJSIX.

**Pomembni datumi:**  
29. februar 2004 - prijava povzetkov  
31. marec 2004 - plačilo kotizacije  
13.-16. maj 2004 - dnevi kongresa

**Dodatne informacije:** Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, W: [www.sigov.si/ivz](http://www.sigov.si/ivz), ga. Urša Križaj, T: +386 1 244 15 35, E: [ursa.krizaj@ivz-rs.si](mailto:ursa.krizaj@ivz-rs.si)

**Nastanitev:** Rezervirali smo več sob v cenovno različnih hotelih v centru Portoroža. Za rezervacijo sobe se obrnite na: Hoteli Morje, d. d., Portorož, T: +386 5 692 33 33, +386 5 692 00 00, F: +386 5 692 31 80, E: [booking@hoteli-morje.si](mailto:booking@hoteli-morje.si).

V primeru težav pri rezervaciji se lahko obrnete tudi na go. Uršo Križaj, E: [ursa.krizaj@ivz-rs.si](mailto:ursa.krizaj@ivz-rs.si)

## 17. ONKOLOŠKI VIKEND

organizatorji •  
Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Zveza društev za boj proti raku

**LAŠKO, Kulturni center Laško**  
4.–5. junij 2004

### VSEBINA:

- Novosti v onkologiji
- Predstavitev smernic (dojka, melanom) + delavnice
- Prispevki udeležencev (originalni ali odmevnejši objavljeni prispevki v zadnjem letu)

Kotizacija: 25.000,00 SIT (z DDV)

**Informacije:** ga. Nives Turk, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: 01 587 94 95, 587 91 22, F: 01 587 94 00, E: [nturk@onko-i.si](mailto:nturk@onko-i.si)

## 11. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTNI MEDICINI



organizator • Slovensko združenje za urgentno medicino, Evropsko združenje za urgentno medicino, Evropski svet za reanimacijo, Zbornico zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov urgentne medicine, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov - reševalcev

**PORTOROŽ, Kongresni center Bernardin**  
9.-12. junij 2004

**Namen simpozija:** Simpozij je namenjen zdravnikom vseh strok, zobozdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom ter drugim, ki se pri svojem delu srečujejo z urgentnimi primeri ali se želijo za to področje dodatno izobraziti in usposobiti oziroma želijo predstaviti svoje dosežke ali ugotovitve.

**Kraj prireditve:** Kongresni center Bernardin, Grand Hotel Emona, Obala 2, 6320 Portorož, Slovenija. T: 05 695 00 00, F: 05 674 64 10, E: hoteli.bernardin@siol.net, W: <http://www.h-bernardin.si>

**Uradna jezika:** slovenščina in angleščina.

**Vodstvo simpozija/dodatne informacije:** Slovensko združenje za urgentno medicino, KC Ljubljana, Interne klinike, Tajništvo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana.

**Sekretarka simpozija:** gospa Irena Petrič in gospa Maja Strajnar

**Informacije o prijavi:** ga. Maja Strajnar, T: 01 522 22 27, F: 01 522 31 18, E: [maja.strajnar@kclj.si](mailto:maja.strajnar@kclj.si)

**Ostale informacije:** ga. Irena Petrič, T: 01 522 53 37, F: 01 522 24 16, E: [irena.petric@kclj.si](mailto:irena.petric@kclj.si)

Vabilo za pošiljanje prispevkov - proste teme in prikazi primerov: še vedno lahko aktivno sodelujete s prostimi temami in predstavljami primerov. Izvleček napišite v slovenščini ali angleščini na eno stran A4 in ga pošljite po pošti na naslov vodstva simpozija. Izvleček naj bo po možnosti strukturiran kot članek (uvod, metode, rezultati, itd.). Označite, ali kandidirate za ustno ali postrsko predstavitev - dokončna odločitev o tem je v rokah programskega odbora. Programski odbor si pridržuje tudi pravico do odločitve ali bo sprejeti prispevek v knjigi objavljen v celoti ali v obliki izvlečka. Na dodatnem listu navedite natančna imena avtorjev, kontaktne naslove oziroma številke ter elektronske naslove. Jasno označite, s katerim avtorjem naj programski odbor komunicira. Le-ta bo prejel nadaljnja navodila za pripravo in oddajo prispevka. Izvlečkov in prispevkov ne pošiljajte po elektronski pošti.

Rok za pošiljanje izvlečkov: 1. april 2004.

Rok za oddajo dokončnih prispevkov: 30. april 2004.

**Programski odbor za zdravniški del srečanja:** A. Bručan (predsednik/president), P. Aplenc, A. Baraga, M. Bunc, M. Cimerman, M. Gričar, M. Horvat, M. Hribar Habinc, I. Kranjec, M. Možina, M. Noč, D. Polh, J. Primožič, P. Rakovec, M. Tonin, R. Vajd, I. Vidmar, D. Vlahovič, S. Zver, A. Žmavc

**Organizacijski odbor:** M. Gričar (predsednik), M. Bunc, D. Grenc, T. Ploj, L. Šarc, R. Vajd.

**Preliminarni strokovni program:**

- Reanimacija: Zgodnja defibrilacija
- Memorialno predavanje v spomin dr. Matjaža Marolta
- Akutni koronarni sindrom
- Nekirurško obvladovanje hemostaze pri urgentnem bolniku in poškodovancu
- Travma
- Psihijatrija
- Proste teme / Prikazi primerov
- Multidisciplinarni pristop k bolniku pod vplivom opojnih snovi
- Imobilizacija poškodb medenice in spodnjih okončin
- Obravnava urgentnega endokrinološkega bolnika
- Urgentna intubacija
- Torakalna drenaža na terenu
- Poškodbe
- Transkutana elektrostimulacija
- Avtomatska defibrilacija
- Motnje srčnega ritma
- Nevarnosti reanimacijskih zdravil
- Toksikologija
- Imobilizacija
- Venska in intraosalna pot pri otroku
- Temeljni postopki oživljanja
- Dodatni postopki oživljanja
- Satelitski simpozij SIND
- Satelitski simpozij KRKA: Depresija in tesnoba
- Posterji

**Družabni program:**

- Otvoritvena slovesnost: sreda, 9. junij 2004 ob 18.00
- Otvoritveni cocktail: sreda, 9. junij 2004 ob 20.00
- Tek ob obali, četrtek, 10. junij 2004 ob 13.30
- slavnostna večerja s plesom: četrtek, 10. junij 2004 ob 20.30, gostja: Natalija Verboten.
- Zabava na obali – beach party: petek, 11. junij 2004 ob 20.30, skupina Kingston.

**Navodila za prijavo in plačilo:**

1. Izpolnite prijavnico, ki jo najdete v prospektu in ima veljavnost predračuna.
2. Najkasneje do 25. maja 2004 nakažite ustrezen znesek na poslovni račun Slovenskega združenja za urgentno medicino pri Novi Ljubljanski Banki, d. d.,

št. 02014-0019966250. Na nakazilu naj bodo razvidni plačnik ter priimek in ime udeleženca. **OPOZORILO:** Prijav po 25. maju 2004 ne bomo sprejemali - registracija in plačilo po tem datumu bosta mogoča le na recepciji simpozija v Portorožu!

3. Prijavnico in fotokopijo potrdila o plačilu pošljite po pošti na naslov organizatorja najkasneje do 25. maja 2004.
4. Po prejemu plačila bomo plačniku izstavili in poslali avansni račun.
5. Dokončni račun bomo plačniku izstavili in poslali po zaključku simpozija. Prijave sprejemamo do zasedbe mest na osnovi vrstnega reda vplačanih kotizacij. V primeru prostih mest bosta prijava in plačilo kotizacije mogoča tudi na recepciji simpozija. Na recepciji simpozija bomo sprejemali tudi plačila s kreditnimi karticami Eurocard/MasterCard in Visa.

**Kotizacija:**

- zdravniki 59.000 SIT (250 EUR)
  - člani SZUM 54.000 SIT (230 EUR)
  - zdravniki sekundariji 50.000 SIT (210 EUR)
  - medicinske sestre, zdravstveni tehniki 47.000 SIT (200 EUR)
  - medicinske sestre, zdravstveni tehniki - člani ZZNS 44.000 SIT (185 EUR)
  - enodnevna kotizacija 23.000 SIT (95 EUR)
- Učne delavnice in pogovori s strokovnjaki so vključeni v ceno kotizacije. Vse cene vsebujejo DDV. Kotizacija zagotavlja udeležbo na predavanjih, učnih delavnicah in pogovorih s strokovnjaki, obisk razstave, zbornik predavanj, osvežitve med odmori ter udeležbo na družabnih prireditvah.

Registracija udeležencev bo v Grand Hotelu Emona v predverju kongresnega centra 9. junija 2004 od 12.00 do 19.30 in nato vse dni simpozija od 7.30 dalje.

**Hotelske rezervacije:** udeleženci naj sobe rezervirajo pravočasno in neposredno na 05 695 51 04, 05 695 51 06, F: 05 674 64 10, ali po pošti na naslov Hoteli Bernardin, d. d., Obala 2, 6320 Portorož. E: [hoteli.bernardin@siol.net](mailto:hoteli.bernardin@siol.net), W: <http://www.h-bernardin.si>  
Priporočamo zgodnje rezervacije! Rok za rezervacije: 25. maj 2004. Na [www.ssem-society.si](http://www.ssem-society.si) si oglejte cenik nočitev z zajtrkom (v SIT in v EUR)

**Pomembni roki:**

- Rok za pošiljanje izvlečkov: 1. april 2004
- Rok za oddajo dokončnih prispevkov: 30. april 2004
- Rok za predčasno prijavo: 25. maj 2004 (po tem datumu prijave in plačila le še na recepciji simpozija)
- Rok za rezervacije hotelskih sob: 25. maj 2004

Obiščite našo spletno stran: [www.ssem-society.si](http://www.ssem-society.si)



## DELOVNA MESTA

### Zdravstveni dom Koper objavlja prosto delovno mesto

zdravnika v službi splošne medicine za določen čas enega leta.

#### ■ Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- dve leti delovnih izkušenj,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev v roku petnajst dni po objavi razpisa na naslov: Zdravstveni dom Koper, Dellavallejeva 3, 6000 Koper. Prijavljeni kandidati bodo o izbiri obveščeni v roku trideset dni po objavi razpisa.

### Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista socialne medicine za nedoločen čas.

#### ■ Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta,
- končana specializacija iz socialne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje angleškega jezika,
- poskusno delo štiri mesece.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati pošljejo v petnajstih dneh po objavi na naslov: Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, Arh Novaka 2 b, 9000 Murska Sobota.

### OZG OE Zdravstveni dom Škofja Loka objavlja prosto delovno mesto

zdravnika splošne medicine s končanim sekundarijatom

#### ■ Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta – smer splošne medicine,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca ZZS,
- 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.

### Splošna bolnišnica Izola objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista interne medicine za nedoločen čas za dejavnost kardiologije ali internistične intenzivne enote.

#### ■ Pogoji:

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

Poskusno delo traja štiri mesece.

Kandidati pošljejo prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev do vključno 25. februarja 2004

na naslov:  
Splošna bolnišnica Izola, Polje 35, 6310 Izola.

O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku trideset dni po končani objavi.

### 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,
- voziški izpit B kategorije.

Rok za oddajo vlog je petnajst dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis pošljejo na naslov:  
Javni zavod Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče.  
Za vse dodatne informacije pokličite na T: 03 568 02 00.

### Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, p. o. objavlja prosta delovna mesta

1. zdravnika specialista anesteziologije z reanimatologijo
2. zdravnika specialista ginekologije in porodništva
3. zdravnika specialista interne medicine
4. zdravnika specialista radiologije

Delovno razmerje se bo sklenilo za nedoločen čas.

Poleg splošnih pogojev, določenih z zakonom, mora kandidat izpolnjevati še naslednje:

#### ■ Pod prvo točko:

- specialistični izpit iz anesteziologije z reanimatologijo,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- govorno in pisno znanje slovenskega jezika,
- štiri mesečno poskusno delo.

#### ■ Pod drugo točko:

- specialistični izpit iz ginekologije in porodništva,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- govorno in pisno znanje slovenskega jezika,
- štiri mesečno poskusno delo.

#### ■ Pod tretjo točko:

- specialistični izpit iz interne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- govorno in pisno znanje slovenskega jezika,
- štiri mesečno poskusno delo.

#### ■ Pod četrto točko:

- specialistični izpit iz radiologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- govorno in pisno znanje slovenskega jezika,
- štiri mesečno poskusno delo.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v petnajst dneh po objavi na naslov: Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje.

O izbiri bomo kandidate obvestili v zakonskem roku.

### Javni zavod Zdravstveni dom Lendava objavlja prosta delovna mesta

1. dva zdravnika/zdravnici splošne medicine za potrebe službe NMP in za potrebe splošne/ družinske medicine za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

#### ■ Pogoji:

- zdravnik s končano Medicinsko fakulteto in opravljen strokovni izpit ali
- zdravnik sekundarij-končana Medicinska fakulteta-opravljen sekundarijat, ali
- zdravnik specialist splošne medicine-končana specializacija iz splošne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne medicine,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B kategorije,
- poskusno delo štiri mesece.

Nastop dela po dogovoru.

2. dva zobozdravnika/zobozdravnici za polivalenco za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

#### ■ Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta, smer stomatologija,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B kategorije,
- poskusno delo štiri mesece.

Nastop dela po dogovoru.

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

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

### Medicinska fakulteta, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo objavlja prosta delovna mesta

zdravnika/zdravnice specialista klinične mikrobiologije ali specializanta klinične mikrobiologije in zdravnika/zdravnice, kandidata za specializanta klinične mikrobiologije

#### ■ Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit ali sekundarijat ali specializacija iz klinične mikrobiologije.

Zdravnika specialista bomo zaposlili za nedoločen čas, s šestmesečnim poskusnim delom. Zdravnika specializanta bomo zaposlili za določen čas specializacije, kasneje za nedoločen čas.

Nudimo možnost nenehnega strokovnega razvoja doma in v tujini, sodelovanje pri pedagoškem delu in raziskovalnem programu. Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljite v petnajstih dneh po objavi na naslov: Medicinska fakulteta, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Zaloška 4, 1000 Ljubljana.

### Javni zavod Zdravstveni dom Trbovlje objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista splošne medicine oziroma zdravnika po končanem sekundarijatu

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

#### ■ Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen sekundarijat ali opravljena specializacija iz splošne ali družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek 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.

### Javni zavod Zdravstveni dom Zagorje objavlja prosto delovno mesto

zdravnika/zdravnice v ambulanti splošne medicine in otroškem dispanzerju

Delovno razmerje bo sklenjeno s polnim delovnim časom za določen čas za nadomeščanje zdravnice na bolniškem in porodniškem dopustu ter štiri mesečno poskusno dobo.

#### ■ Pogoji:

- zdravnik specialist splošne/družinske medicine ali zdravnik po končanem sekundarijatu,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- vozniški izpit B kategorije.

### Zdravstveni dom Logatec objavlja prosto delovno mesto

zdravnika splošne medicine za nedoločen čas.

#### ■ Pogoji:

- Medicinska fakulteta splošne smeri,
- sekundarijat – strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za delo v splošni medicini,
- vozniški izpit B kategorije,
- znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s polnim delovnim časom. Nastop dela takoj oziroma po dogovoru.

Prijave pošljite v roku petnajst dni po objavi na naslov: Zdravstveni dom Logatec, Notranjska cesta 2, 1370 Logatec.

## 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 prireditelj izpolni 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

**Internist**, več v gastrokopiji, rekto-koloskopiji, ergometriji, (24-urnem) EKG-ju, sonografiji, abdomna in ščitnice, bodiplotismografiji, rentgenu notranjih organov in kosti, izkušen v bolnici in ambulantni, išče po tridesetih letih dela v tujini novo nalogo v domovini, zasebno ali v javnem zavodu. Vse potrebne aparature lahko pripelje s seboj.

Ponudbe na Marburger@AOL.com ali na tel.: 00 49 711 8060461.

V centru Postojne oddamo v najem za daljše obdobje zdravstveni ali podobni organizaciji registrirano tronadstopno stanovanjsko-poslovno hišo, skupaj z velikim dvoriščem in garažami. Hiša je urejena.

T: 05 726 43 09 ali GSM 031 320 884.

## CENIK MALIH OGLASOV

- Razpisi za delovna mesta v javni zdravstveni mreži – brezplačno.
- Razpisi za delovna mesta izven javne zdravstvene mreže - 20.000,00 SIT, za člane ZZS 50 % popusta.
- Oddaja poslovnih prostorov – ordinacij: 20.000,00 SIT, za člane ZZS 50 % popusta.
- Ostali mali oglasi (prodaja inštrumentov, avtomobilov): 25.000,00 SIT, za člane ZZS 50 % popusta.
- Novoletne in druge osebne čestitke: v okvirčku 1/6 strani 42.000,00 SIT za člane ZZS 50 % popusta.

20 % DDV ni vračunan v ceno.

## 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 upokoence: 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 priručnik za diagnostiko in terapijo ter tudi kot učbenik za študente medicine. Predvsem bo v pomoč zdravnikom, ki se ukvarjajo s problematiko cerebralne travme.

Knjigo je izdala Zdravniška zbornica Slovenije. Cena knjige je 4.300,00 SIT, + PTT-stroški. Za člane Zbornice 3.900,00 SIT + PTT-stroški.

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 - SLOVENIJA S SAMOMOROM ALI BREZ

Naročam(o) ..... izvodov knjige po ceni 5.300,00 SIT (cena vključuje DDV)

Ime in priimek (delovna organizacija): .....

Davčna številka: ..... Davčni zavezanec:  da  ne

Ulica, kraj, poštna številka: .....

Ime in priimek kontaktne osebe: .....

Datum: ..... Podpis in žig ustanove: .....

Naročilnico pošljite na naslov: Inštitut za varovanje zdravja RS, Oddelek za založništvo, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, ali po faksu na št.: 01 244 15 30.



# 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

## FEBRUAR 2004

## TEMA

## VSEBINA

5.–6. ob 15.30

št. kandidatov

## KRANJSKA GORA

26. IATROSSKI

ni omejeno

posvetovanje športne medicine združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov

[podroben program](#) • Isis 2/2004

6. ob 9.00

## LJUBLJANA

Psihiatrična klinika

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

\*\*\*

Peta slovenska konferenca o medicini odvisnosti

[podroben program](#) • 11/2003

6.–7. ob 15.00

## MARIBOR

hotel Habakuk

STROKOVNI SIMPOZIJ Z MEDNARODNO UDELEŽBO OB 30. LETNICI ODDELKA ZA DIALIZO SB MARIBOR

ni omejeno

simpozij za zdravnike interniste, nefrologe, zdravnike v osnovnem zdravstvu

[podroben program](#) • Isis 1/2004

13. ob 9.00

## CELJE

Narodni dom Celje

CEDENS – X. DAN CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA

\*\*\*

strokovno srečanje

[podroben program](#) • Isis 12/2003

13. ob 11.00

## LJUBLJANA

dvorana Krke

MEDNARODNI SEMINAR: CEREBRALNA PARALIZA IN NJENA REGISTRACIJA – EVROPSKI PROJEKT

90

strokovni sestanek za zdravnike in terapevte

14. ob 9.00

## LJUBLJANA

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Gotska 18

PRAKTIKUM II IZ VEDENJSKE IN KOGNITIVNE TERAPIJE

do 15

PRAKTIKUM II izvajata mag. Nada Anič in dr. Ivanka Živčič Bečirevič. Vključuje enajst celodnevni delavnic, samostojen študij in praktično delo s pacienti. Namenjen je zdravnikom in psihologom, ki so že absolvirali začetni tečaj iz vedenjske in kognitivne terapije – Praktikum I in želijo dopolniti svoje znanje iz vedenjske in kognitivne terapije ter se usposobiti za VKT terapevte. Priporočljivo je razumevanje hrvaščine.

[podroben program](#) • Isis 12/2003

19. ob 15.00

## LJUBLJANA

predavalnica KO za mentalno zdravje

IZOBRAŽEVANJE IZ FORENZIČNE PSIHIATRIJE ZA IZVEDENCE

do 30

tečaj z učnimi delavnicami za zdravnike psihiatre in klinične psihologe

[podroben program](#) • Isis 1/2004

## MAREC 2004

2.–4. ob 10.00

## LJUBLJANA

CINDI Slovenija

CINDI DELAVNICA O IZVAJANJU ZDRAVSTVENOVZGOJNIH PROGRAMOV V PRAKSI

25

učna delavnica za zdravstvene in športne delavce

[podroben program](#) • Isis 2/2004

## ORGANIZATOR

## NASLOV

## K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
o. o. Iatrosski: Franci Koglot, Nova Gorica, Andrej Bručan, Ljubljana, Tone Lah, Jesenice, Tatjana Pintar Ljubljana	Franci Koglot, dr. med., Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica, Ul. padlih borcev 13, 5290 Šempeter pri Gorici, T: 05 330 10 00	tek: 3.500,00 SIT, VSL: 10.000,00 SIT, skupna: 12.000,00 SIT <b>TRR: 04750-0000753838</b>	***
Psihiatrična klinika Ljubljana, Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola	ga. Alenka Vajda, Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola, Psihiatrična klinika Ljubljana, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, T: 01 300 34 60, 300 34 50, F: 01 300 34 57, E: maja.rus-makovec@guest.arnes.si	15.000,00 SIT <b>TRR: 01100-6030277991</b> sklic na št. 299386, s pripisom "za peto konferenco medicine odvisnosti"	***
SB Maribor, KO za interno medicino, Oddelek za dializo, prof. dr. Radovan Hojs, dr. med.	prim. doc. dr. Breda Pečovnik Balon, dr. med., ga. Zdenka Kodrin, SB Maribor, KO za interno medicino, Tajništvo, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 24 85, tajništvo T: 02 321 28 71, F: 02 331 23 93	***	***
Društvo zobozdravstvenih delavcev Celje	Nikola Potočnik, dr. dent. med., Mestni trg 5, 3310 Žalec, T: 03 571 60 44, ga. Dragica Planko, JZ ZD Celje, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, T: 03 543 43 51, F: 03 544 13 56	18.000,00 SIT <b>TRR: 06000-0052407750</b> , s pripisom »za CEDENS«	v postopku
Milivoj Veličkovič Perat, dr. med.	Milivoj Veličkovič Perat, dr. med., Pediatrična klinika, KC, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 01 52 29 219, F: 01 52 29 358, E: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, domača stran: <a href="http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm">http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm</a>	kotizacije ni	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije	ga. Vera Slodnjak, Društvo za VKT, Gotska 18, 1000 Ljubljana, T: 01 583 75 00, F: 01 519 11 20, E: vera.slodnjak@guest.arnes.si	23.000,00 SIT za eno delavnico, DDV je vključen <b>TRR: 02010-0092544077</b>	***
Združenje sodnih izvedencev za psihiatrijo, Psihiatrična klinika Ljubljana, doc. dr. Slavko Ziher, dr. med.	ga. Anica Mihič, KO za mentalno zdravje, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, T: 01 587 49 55, 587 49 00, F: 01 540 21 58	120.000,00 SIT	***
ZD Ljubljana - CINDI Slovenija	Dominika Novak Mlakar, dr. med., CINDI Slovenija, Ul. Stare pravde 2, 1000 Ljubljana, T: 01 438 34 80, F: 01 438 34 84, E: cindi@zd-lj.si	25.000,00 SIT <b>TRR: 01261-6030921845</b> , sklic na št. 02 922063-280-86	***

## MAREC 2004

## TEMA

## VSEBINA

5.–6. ob 9.00

št. kandidatov

## LJUBLJANA

Cankarjev dom

7. SCHROTTTOVI DNEVI: NOVOSTI V  
ZDRAVLJENJU[podroben program](#) • Isis 1/2004

250

strokovno izobraževanje za zdravnike

5.–6. ob 12.00

## LJUBLJANA

1. predavalnica  
Kliničnega centraXVII. PODIPLomsKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE  
– SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2[podroben program](#) • 1/2004

30

strokovno srečanje

5.–6. ob 13.00

## LOGARSKA

DOLINA hotel Plesnik

SPOROČANJE SLABE NOVICE

[podroben program](#) • Isis 2/2004

\*\*\*

učna delavnica

5.–6. ob 9.30

## LJUBLJANA

Dermatovenerološka  
klinika

DVODNEVNA FLEBOLOŠKA ŠOLA

[podroben program](#) • Isis 2/2004

\*\*\*

strokovno srečanje

10.

## LJUBLJANA

Hotel Union

IZBOLJŠANJE ODNOSA ZDRAVNIK – BOLNIK

20

enodnevna delavnica s Perry Fosterjem iz ZDA

12.–13. ob 9.15

## LJUBLJANA

1. predavalnica  
Kliničnega centra

INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2004

[podroben program](#) • Isis 11/2003

do 200

simpozij za splošne zdravnike, zdravnike specialiste splošne  
medicine, infektologe, pediatrije, interniste, mikrobiologe in  
farmacevte

17.–19. ob 14.00

## LJUBLJANA

predavalnica nove stavbe,  
Psihiatrična klinika

SHIZOFRENIJA V.

\*\*\*

simpozij z mednarodno udeležbo za psihiatre, specializantom  
psihatrije, psihologom, članom  
psihiatričnih skupin

19.–20.

## LJUBLJANA

1. predavalnica  
Kliničnega centraPODIPLomsKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE:  
V–BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA  
HIPERTENZIJA[podroben program](#) • Isis 2/2004

\*\*\*

Strokovno srečanje za nefrologe, interniste in vse zdravnike, ki jih  
zanima področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic.

## ORGANIZATOR

## NASLOV

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	kred. točke
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. Tonka Poplas Susič, dr. med.	ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 43 86 915, F: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	40.000,00 SIT	***
KC Ljubljana, SPS Interna klinika, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni	prim. Miha Koselj, dr. med., Klinični center Ljubljana, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 28 37, F: 01 522 27 38	kotizacije ni	***
Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana, asist. Urška Lunder, dr. med.	ga. Barbara Ravnik, Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Vegova 8, 1000 Ljubljana, T: 031 632 168, E: ravnikbar@mail.ljudmila.org ali urska.lunder@mail.ljudmila.org	29.000,00 SIT (DDV ni vključen) <b>TRR: 03171-1085403050</b>	***
Dermatovenerološka klinika, KC Ljubljana	ga. Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika, KC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33	40.000,00 SIT	***
	Polonca Steinmann, dr. med., Trebinjska 6, 1000 Ljubljana, T: 031 500 175	350.000,00 SIT	***
Sekcija za kemoterapijo SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Milan Čižman, dr. med., prof. dr. Franc Strle, dr. med.	ga. Andreja Sorman, ga. Simona Rojs, Tajništvo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 21 10, F: 01 522 24 56	19.000,00 SIT (DDV je vključen)	***
Psihiatrična klinika Ljubljana	asist. mag. Urban Groleger, dr. med., ga. Nina Osrečnik, T: 01 58 72 100, F: 01 52 94 111, E: urban.groleger@psih-klinika.si	30.000,00 SIT <b>TRR: 01100-6030277991</b>	***
SZD – Slovensko nefrološko društvo	prim. doc. dr. Marko Malovrh, dr. med., Center za hemodializo Leonišče, Zaloška 13, 1525 Ljubljana, T: 01 52 22 460, F: 01 52 22 460, E: marko.malovrh@mf.uni-lj.si, ga. Nevenka Bogdanovič, Klinični center Ljubljana, KO za nefrologijo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 31 10, F: 01 522 24 08	30.000,00 SIT <b>TRR: 02222-0015918588,</b> sklic na št. 21900	***



## MAREC 2004

## TEMA

## VSEBINA

8.–11. ob 8.00

št. kandidatov

**MARIBOR SB**  
Maribor

UČNA DELAVNICA: EMBRIONALNA IN  
FETALNA ANATOMIJA

5

učna delavnica za ehologe, ki že obvladajo osnove ultrazvočne  
diagnostike

19.–20.

**LJUBLJANA**  
velika predavalnica  
Medicinske fakultete

XXI. ORTOPEDSKI DNEVI

\*\*\*

strokovno srečanje

podroben program • Isis 1/2004

20.

**LJUBLJANA**  
Medicinska fakulteta

ALERGIJSKE BOLEZNI OČI

\*\*\*

skupni sestanek alergološke in oftalmološke sekcije SZD

20. ob 9.00

**LJUBLJANA**  
Svetovalni center za  
otroke, mladostnike in  
starše, Gotska 18

PRAKTIKUM II IZ VEDENJSKE IN KOGNITIVNE  
TERAPIJE

do 15

PRAKTIKUM II namenjen je zdravnikom in psihologom, ki so  
že absolvirali začetni tečaj iz vedenjske in kognitivne terapije  
– Praktikum I

podroben program • Isis 12/2003

25.–27. ob 9.00

**LJUBLJANA**  
Svetovalni center za  
otroke, mladostnike in  
starše, Gotska 18

PRAKTIKUM I IZ VEDENJSKE IN KOGNITIVNE  
TERAPIJE

do 30

Osnovni tečaj iz vedenjsko kognitivne terapije – VKT. Namenjen je  
zdravnicam in zdravnikom, psihologinjam in psihologom.

podroben program • Isis 12/2003

25.–27.

**KRANJSKA GORA**  
hotel Lek

OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN  
ASTME, POUK BOLNIKA Z ASTMO, VODENJE  
BOLNIKA S KOPB

20

Delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse.  
Vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji.

podroben program • Isis 1/2004

25.–27. ob 9.00

**LJUBLJANA KC, KO**  
za abdominalno kirurgijo,  
3. predavalnica – avla KC

KIRURŠKA DELAVNICA IN SIMPOZIJ  
»KIRURGIJA JETER IN VRANICE«

ni omejeno

učna delavnica in simpozij za specializante in specialiste kirurgije  
ter splošne zdravnike

26. ob 8.30

**LJUBLJANA**  
dvorana Krke

NOVE DIAGNOSTIČNE METODE  
V OTROŠKI NEVROLOGIJI

\*\*\*

simpozij ob 50-letnici otroške nevrologije v Sloveniji

podroben program • Isis 2/2004

## ORGANIZATOR

## NASLOV

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	kred. točke
SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo, prim. Igor Japelj, dr. med.	prim. asist. mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med., SB Maribor, Oddelek za perinatologijo, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 24 50, F: 02 331 23 93, E: perinat.neo@sb-mb.si	60.000,00 SIT <b>TRR: 01100-60302788185</b> , sklic na št. 11061-3020	***
Ortopedska klinika, Društvo za razvoj ortopedije	ga. Irena Cotman, Ortopedska klinika, Zaloška c. 9, 1000 Ljubljana, T: 01 522 41 74, F: 01 522 24 74	30.000,00 SIT <b>TRR: 02014-0089455595</b> s pripisom »XXI. Ortopedski dnevi 2004«	***
Alergološka sekcija SZD, Oftalmološka sekcija SZD	E: mitja.kosnik@klinika-golnik.si, E: marko.hawlina@mf.uni-lj.si	***	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije	ga. Vera Slodnjak, Društvo za VKT, Gotska 18, 1000 Ljubljana, T: 01 583 75 00, F: 01 519 11 20, E: vera.slodnjak@guest.arn.es.si	23.000,00 SIT za eno delavnico, DDV je vključen <b>TRR: 02010-0092544077</b>	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije	ga. Vera Slodnjak, Društvo za VKT, Gotska 18, 1000 Ljubljana, T: 01 583 75 00, F: 01 519 11 20, E: vera.slodnjak@guest.arnes.si	90.000,00 SIT, DDV je vključen <b>TRR: 02010-0092544077</b>	***
KO za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik	ga. Irena Dolhar, KO za pljučne bolezni in alergijo, Bolnišnica Golnik, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	80.000,00 SIT	***
KO za abdominalno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana, prim. Dragoje Stanislavjevič, prof. dr. Stane Repše	ga. Saša Rus, Tajništvo KO za abdominalno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 47 88, F: 01 522 22 09	40.000,00 SIT delavnica in simpozij, 10.000,00 SIT simpozij <b>TRR: 02053-0012745211</b>	***
KC Ljubljana, SPS Pediatrična klinika, KO za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo, MF – Tečajji otroške nevrologije, Sekcija za otroško nevrologijo SZD, Ustanova za otroško nevrologijo, Krka, d. d.	prof. dr. David Neubauer, dr. med., SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 01 522 92 73, F: 01 522 93 57, E: david.neubauer@mf.uni-lj.si	***	***

## MAREC 2004

## TEMA

## VSEBINA

26.–27. ob 8.30

št. kandidatov

**LJUBLJANA**  
predavalnica v 4.  
nad., Inštitut RS za  
rehabilitacijo

**15. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE:  
NOVOSTI V REHABILITACIJI PO  
MOŽGANSKI KAPI**

ni omejeno

strokovno srečanje za vse zdravnike in ostale zdravstvene delavce

26.–27. ob 15.00

**LJUBLJANA**  
predavalnica Infekcijske  
klinike

**IMPROVING ANTIBIOTIC PRESERBING IN  
EUROPEAN HOSPITALS**

podroben program • Isis 2/2004

\*\*\*

strokovno srečanje

26.–27. \*\*\*

**OTOČEC**  
konferenčna dvorana  
Šport hotel Otočec

**15. ZBOR ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN  
ZOBOZDRAVNIKOV**

ni omejeno

strokovno srečanje – davčni predpisi in finančno poslovanje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov za vse zasebne zdravnike in zobozdravnike

26.–27. ob 13.00

**LOGARSKA  
DOLINA**  
hotel Plesnik

**SPOROČANJE SLABE NOVICE**

podroben program • Isis 2/2004

\*\*\*

učna delavnica

## APRIL 2004

1.–3. ob 9.00

**LJUBLJANA**  
Svetovalni center za  
otroke, mladostnike in  
starše, Gotska 18

**PRAKTIKUM I IZ VEDENJSKE IN KOGNITIVNE  
TERAPIJE**

podroben program • Isis 12/2003

do 30

Osnovni tečaj iz vedenjsko kognitivne terapije – VKT, izvajalki sta mag. Nada Anič in dr. Ivanka Živčič Bečirevič. Obsega pregled teoretičnih modelov in terapevtskih tehnik VKT (16 ur), predstavitev praktičnih primerov (12 ur) in delavnice (22 ur). Slušatelji lahko pridobljena znanja vgradijo v svoje terapevtsko delo, lahko pa nadaljujejo usposabljanje za izvajanje VKT na višjih stopnjah. Priporočljivo je razumevanje hrvaščine. Namenjen je zdravnicam in zdravnikom, psihologinjam in psihologom.

1.–4. ob 15.00

**VELENJE**  
ZD Velenje

**DENVER II Slovenija**

podroben program • Isis 2/2004

15

podiplomski tečaj za vse zdravnike in medicinske sestre, ki izvajajo preventivne preglede predšolskih otrok

2.–3. \*\*\*

**BLLED**  
hotel Kompas

**4. SIMPOZIJ AKUTNI KORONARNI SINDROM V  
SLOVENIJI**

podroben program • Isis 12/2003

do 200

simpozij za vse zdravnike, ki se srečujejo z AKS

2.–3. ob 10.00

**BLLED**  
Festivalna dvorana

**13. SLOVENSKI PARODONTOLOŠKI DNEVI**

podroben program • Isis 2/2004

ni omejeno

strokovno srečanje za vse zobozdravstvene delavce – častni predavatelj: prof. dr. Jan Lindhe, Švedska

## ORGANIZATOR

## NASLOV

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	kred. točke
Inštitut RS za rehabilitacijo, asist. dr. Nika Goljar, dr. med., prof. dr. Martin Štefančič, dr. med.	asist. dr. Nika Goljar, dr. med., ga. Vesna Fabič, Inštitut za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 83 51, 475, 82 53, F: 01 437 20 70	35.000,00 SIT (DDV je vključen) <b>TRR: 0100-6030278088</b>	***
ESCMID Study Group on Antibiotic Policies, The Slovenian Society of Chemotherapy	prijave: ga. Simona Rojs, tajništvo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, informacije: prof. dr. Milan Čižman, dr. med., T: 01 522 21 10, F: 01 522 24 56, E: andreja.sorman@kclj.si	20.000,00 SIT	***
Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, asist. Dean Klančič	Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, F: 01 439 76 00 E: zdruzenje.zzss@s5.net, Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, T: 01 30 72 123	kotizacije ni	***
Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana, asist. Urška Lunder, dr. med.	ga. Barbara Ravnik, Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Vegova 8, 1000 Ljubljana, T: 031 632 168, E: ravnikbar@mail.ljudmila.org ali urska.lunder@mail.ljudmila.org	29.000,00 SIT (DDV ni vključen) <b>TRR: 03171-1085403050</b>	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije	ga. Vera Slodnjak, Društvo za VKT, Gotska 18, 1000 Ljubljana, T: 01 583 75 00, F: 01 519 11 20, E: vera.slodnjak@guest.arnes.si	90.000,00 SIT, DDV je vključen <b>TRR: 02010-0092544077</b>	***
Katedra za pediatrijo MF Ljubljana, Delovna skupina DENVER II Slovenija, Učni center Velenje	ga. , Margareta Seher Zupančič, ga. Alojzija Čepin, DENVER II Slovenija, Učni center Velenje, ZD Velenje, Vodnikova 1, 3320 Velenje, T: 03 899 54 60, F: 03 586 90 39, E: denverII@zd-velenje.si	70.000,00 SIT	***
Društvo latros, prof. dr. Marko Noč, dr. med.,	prof. dr. Marko Noč, CIIM, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 22 36	kotizacije ni	***
Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo SZD, prof. dr. Uroš Skalerič, dr. dent. med.	ga. Majda Zidanski, Albatros Bled, Ribenska 2, 4260 Bled, T: 04 578 03 50, F: 04 578 03 55, E: albatros@albatros/bled.com	glej rumene strani	***

## APRIL 2004

## TEMA

## VSEBINA

2.–3. \*\*\*

št. kandidatov

## STRUNJAN

Krka Zdravilišče Strunjan

ŠOLA URGENTNE NEVROLOGIJE

40

šola in delavnica za zdravnike splošne medicine, zdravnike v urgentni stroki, nevrologe, psihiatre in anesteziologe

5.–8. ob 8.00

## MARIBOR SB

Maribor

UČNA DELAVNICA: EMBRIONALNA IN FETALNA ANATOMIJA

5

učna delavnica za ehologe, ki že obvladajo osnove ultrazvočne diagnostike

8.–9. ob 9.00

## MARIBOR

SB Maribor

TEČAJ ULTRAZVOČNEGA PREGLEDA KOLKOV DOJENČKOV

do 20

učna delavnica za ortopede, pediatre in rentgenologe

15.–17. ob 13.00

## KRANJSKA GORA

hotel Kompas

4. SPOMINSKO SREČANJE JANIJA KOKALJA, DR. MED.

200

strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, patronažne sestre, spremljevalce in šoferje reševalnih vozil

16.–17. ob 9.00

## MARIBOR

hotel Habakuk

XIV. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU

ni omejeno

strokovno srečanje za pediatre, šolske zdravnike, družinske zdravnike, medicinske sestre in ostale

17. ob 13.00

## MURSKA SOBOTA

Mestni park

IV. PREKMURSKI ZDRAVNIŠKI TEK

ni omejeno

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

17. ob 9.00

## LJUBLJANA

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Gotska 18

PRAKTIKUM II IZ VEDENJSKE IN KOGNITIVNE TERAPIJE

podroben program • Isis 12/2003

do 15

PRAKTIKUM II izvajata mag. Nada Anič in dr. Ivanka Živčič Bečirevič. Vključuje enajst celodnevni delavnic, samostojen študij in praktično delo s pacienti. Namenjen je zdravnikom in psihologom, ki so že absolvirali začetni tečaj iz vedenjske in kognitivne terapije – Praktikum I in želijo dopolniti svoje znanje iz vedenjske in kognitivne terapije ter se usposobiti za VKT terapevte. Priporočljivo je razumevanje hrvaščine.

23. ob 9.00

## LJUBLJANA

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Gotska 18

KOGNITIVNA TERAPIJA OBSESIVNO – KOMPULZIVNIH MOTENJ

podroben program • Isis 12/2003

do 40

Dr. Meta Shawe-Taylor, klinična psihologinja in učiteljica kognitivne terapije na Inštitutu za psihiatrijo v Londonu, bo predstavila kognitivno terapijo obsesivnokompulzivnih motenj pri odraslih pacientih. Delavnica bo potekala v slovenskem jeziku in je namenjena psihoterapevtom, specialistom in specializantom iz psihiatrije ali klinične psihologije.

## ORGANIZATOR

## NASLOV

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	kred. točke
Združenje nevrologov Slovenije, KO za nevrologijo – KC, prof. dr. Anton Mesec, dr. med.	ga. Anka Žekš, tajništvo, KO za nevrologijo, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 23 11, F: 01 522 22 08, E: anka.zeks@kclj.si, prijava prenočišča na T: 05 67 64 100 ali 67 64 547	35.000,00 SIT <b>TRR: 02222-0019518588</b> , sklic na št. 21800	***
SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo, prim. Igor Japelj, dr. med.	prim. asist. mag. Ksenija Ogrizek Pelkič, dr. med., SB Maribor, Oddelek za perinatologijo, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 24 50, F: 02 331 23 93, E: perinat.neo@sb-mb.si	60.000,00 SIT <b>TRR: 01100-60302788185</b> , sklic na št. 11061-3020	***
SB Maribor, Oddelek za ortopedijo in Oddelek za perinatologijo, Službe za ginekologijo in perinatologijo, Slavko Kramberger, dr. med., Andreja Tekauc Golob, dr. med.	Andreja Tekauc Golob, dr. med., T: 02 321 24 53, E: andreja.tekauc-golob@sb-mb.si, tajništvo odd. za perinatologijo, ga. Alenka Pintarič, T: 02 321 14 32, tajništvo ortopedije, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor	40.000,00 SIT <b>TRR: 01100-60303788185</b> , sklic na št. 11061-1050	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	prijave: ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, T: 04 20 82 523, F: 04 20 26 718, informacije: doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, T: 04 58 84 601, F: 04 58 84 610, E: janko.kersnik@s5.net	30.000,00 SIT	***
SB Maribor, ZD Maribor, Združenje za pediatrijo, prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med.	Martin Bigec, dr. med., ga. Tatjana Maouko, ZD Maribor, VŽOM, Vošnjakova 4, 2000 Maribor, T: 02 228 63 56, ga. Jelka Rojko, SB Maribor, KO za pediatrijo, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 24 65, 321 21 10	35.000,00 SIT	***
Zdravniško društvo Pomurja, Slovensko zdravniško športno društvo Medicus, asist. mag. Mitja Lainščak, dr. med.	Vlasta Petric, dr. med., SB Murska Sobota, Dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota, mag. Alojz Horvat, dr. med., Leon Lans, dr. med., ZD Murska Sobota, <a href="http://www.sb-ms.si">http://www.sb-ms.si</a>	1.000,00 SIT člani Medicusa, 2.000,00 SIT ostali	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije	ga. Vera Slodnjak, Društvo za VKT, Gotska 18, 1000 Ljubljana, T: 01 583 75 00, F: 01 519 11 20, E: vera.slodnjak@guest.arnes.si	23.000,00 SIT za eno delavnico, DDV je vključen <b>TRR: 02010-0092544077</b>	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije	ga. Vera Slodnjak, Društvo za VKT, Gotska 18, 1000 Ljubljana, T: 01 583 75 00, F: 01 519 11 20, E: vera.slodnjak@guest.arnes.si	20.000,00 SIT, DDV je vključen <b>TRR: 02010-0092544077</b>	***

## MAJ 2004

## TEMA

## VSEBINA

6.–7. \*\*\*

št. kandidatov

BRDO PRI  
KRANJUDIALIZNA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE, MEDICINSKE  
SESTRE IN TEHNIKE

\*\*\*

Podiplomski seminar in učne delavnice za vse, ki se srečujejo z  
bolniki z ledvično odpovedjo na hemodializi.

7.–8. ob 14.00

LOGARSKA  
DOLINA  
hotel PlesnikPODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE  
– BOLEZNI ŠČITNICE

25

strokovno izobraževanje za zdravnike

7.–8. \*\*\*

BLED  
Kongresni center Grand  
hotel TopliceALPE-ADRIA LASER CONGRESS 2004 –  
LASER IN DENTISTRY

\*\*\*

strokovni seminar za vse zobozdravnike

7.–8. ob 13.00

MARIBOR  
Kazinska dvorana  
SNG Maribor15. SREČANJE INTERNISTOV IN ZDRAVNIKOV  
SPLOŠNE MEDICINE »IZ PRAKSE ZA PRAKSO«

\*\*\*

strokovno srečanje

13.–15. ob 8.30

MARIBOR  
Splošna bolnišnica  
MariborNUTRITION – SCIENTIFIC BASIS, NUTRITIONAL  
STRATEGIES, NUTRITION AND DISEASE[podroben program](#) • Isis 2/2004

\*\*\*

podiplomski klinični seminar "IPOKRATES" za neonatologe,  
intenziviste, gastroenterologe

13.–15. ob 16.00

LJUBLJANA  
hotel Lev, Vošnjakova 114<sup>th</sup> LICAGE (LIVER INTENSIVE CARE  
GROUP OF EUROPE)

ni omejeno

kongres o jetrni transplantaciji za zdravnike, ki se ukvarjajo s  
problematiko jetrne transplantacije

13.–16. ob 20.00

PORTOROŽ

3. MEDNARODNI KONGRES – SAMOMOR NA  
STIČIŠČU GENVO IN OKOLJA[podroben program](#) • Isis 2/2004

\*\*\*

mednarodni kongres

14.–15. ob 13.00

LOGARSKA  
DOLINA  
hotel Plesnik

SPOROČANJE SLABE NOVICE

[podroben program](#) • Isis 2/2004

\*\*\*

učna delavnica

## ORGANIZATOR

## NASLOV

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	kred. točke
KO za nefrologijo pod okriljem Slovenskega nefrološkega društva in Stalne strokovne skupine za dializo, prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med.	***	***	***
Klinika za nuklearno medicino, KC Ljubljana	asist. dr. Simona Gaberšček, dr. med., Klinika za nuklearno medicino, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 230 19 71, F: 01 522 22 37	15.000,00 SIT (vključena predavanja, gradivo, bivanje)	***
MF Odsek za dentalno medicino, prof. dr. Uroš Skalerič	ga. Sonja Leben, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, T: 01 522 43 71, F: 01 522 25 04	40.000,00 SIT, za študente 10.000,00 SIT <b>TRR: 01100-6030708380</b> , sklic na št. 230/26, s pripisom »laser«	***
SB Maribor, KO za interno medicino Maribor, Zdravniško društvo Maribor, Združenje internistov SZD	ga. Zdenka Kodrin, KO za interno medicino, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 28 71	12.000,00 SIT do 20. 4. 2004 nato 15.000,00 SIT <b>TRR: 04515-0000124280</b> , sklic na št. 1009, s pripisom »ZDM – iz prakse za prakso«	***
Ipokrates international in Ipokrates Slovenija, prim. dr. Silva Burja, dr. med., prof. dr. Georg Simbruner	prim. dr. Silva Burja, dr. med., Milena Treiber, dr. med., Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 32 12 453, F: 02 33 12 393, E: silva.burja@quest.arnes.si	300 EUR	***
Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, Zavod RS za presaditev organov in tkiv – Slovenija transplant, Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino, Neva Požar Lukanovič, dr. med.	ga. Mojca Sojar, Kongres d.o.o., Cesta Dolomitskega odreda 44, 1000 Ljubljana, T: 01 257 45 55, F: 01 257 63 03	400 EUR <b>TRR: 02053-0012745211</b>	***
IVZ RS	ga. Urša Križaj, IVZ RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, T: 01 244 15 35, E: ursa.krizaj@ivz-rs.si	250 EUR <b>TRR: 01100-6030926242</b>	***
Zavod za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana, asist. Urška Lunder, dr. med.	ga. Barbara Ravnik, Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Vegova 8, 1000 Ljubljana, T: 031 632 168, E: ravnikbar@mail.ljudmila.org ali urska.lunder@mail.ljudmila.org	29.000,00 SIT (DDV ni vključen) <b>TRR: 03171-1085403050</b>	***



## MAJ 2004

## TEMA

## VSEBINA

14.–15. ob 9.00

št. kandidatov

## LAŠKO

Kulturni dom Laško

BAKTERIJSKE OKUŽBE V  
PERINATOLOGIJI

200

strokovni sestanek za zdravnike ginekologe, neonatologe, pediatre  
in babice

15. ob 9.00

## LJUBLJANA

Svetovalni center za  
otroke, mladostnike in  
starše, Gotska 18PRAKTIKUM II IZ VEDENJSKE IN  
KOGNITIVNE TERAPIJE[podroben program](#) • Isis 12/2003

do 15

PRAKTIKUM II izvajata mag. Nada Anič in dr. Ivanka Živčič  
Bečirevič. Vključuje enajst celodnevni delavnic, samostojen  
študij in praktično delo s pacienti. Namenjen je zdravnikom in  
psihologom, ki so že absolvirali začetni tečaj iz vedenjske in  
kognitivne terapije – Praktikum I in želijo dopolniti svoje znanje  
iz vedenjske in kognitivne terapije ter se usposobiti za VKT  
terapevte. Priporočljivo je razumevanje hrvaščine.

15. ob 9.00

## NOVA GORICA

hotel Perla

ONE DAY SURGARY – ONE STEP CLINIC

[podroben program](#) • Isis 2/2004

\*\*\*

strokovno srečanje

20.–22. ob 15.00

## ANKARAN

hotel Andore

DENVER II Slovenija

[podroben program](#) • Isis 2/2004

15

podiplomski tečaj za vse zdravnike in medicinske sestre,  
ki izvajajo preventivne preglede predšolskih otrok

27.–29. ob 9.00

## OTOČEC

Hotel Šport

4. KONGRES OTORINOLARINGOLOGOV  
SLOVENIJE

ni omejeno

slovenski kongres z mednarodno udeležbo za otorinolaringologe,  
kirurge, radioterapevte, dermatologe  
in pediatre

27.–29. ob 14.00

## PORTOROŽ

Hotel Marita

IPOKRATES SEMINAR

[podroben program](#) • Isis 2/2004

55

podiplomski seminar namenjen pediatrom, nevrologom, otroškim  
nevrologom in razvojnim pediatrom

27.–29. ob 8.00

## NOVA GORICA

hotel Perla

MEDNARODNA KONFERENCA O  
IZOBRAŽEVANJU IN PREVENTIVI NA  
PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

ni omejeno

mednarodna konferenca za izvajalce in uporabnike na področju  
duševnega zdravja

28.–29. ob 8.00

## LJUBLJANA

poslovna stavba Givo  
(nekdanji Smelt)30. SREČANJE DELOVNIH SKUPIN V  
OSNOVNEM ZDRAVSTVU: IZBRANI ZDRAVNIK  
IN AMBULANTNO VODENJE BOLNIKA

200

strokovno izobraževanje za zdravnike

## ORGANIZATOR

## NASLOV

Združenje za perinatalno medicino in nonatalna sekcija Združenja za pediatrijo, prim. dr. Vasilij Cerar	ga. Martina Pečlin, SPS Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, KC Ljubljana, Štajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, T: 01 43 97 590, F: 01 43 97 590, E: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si	40.000,00 SIT (DDV je vključen)	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije	ga. Vera Slodnjak, Društvo za VKT, Gotska 18, 1000 Ljubljana, T: 01 583 75 00, F: 01 519 11 20, E: vera.slodnjak@guest.arnes.si	23.000,00 SIT za eno delavnico, DDV je vključen <b>TRR: 02010-0092544077</b>	***
S.I.S.M.E.R. Reproductive medicine unit, Gen Hosp. »Dr. Franc Derganc«, ASS 2 Goriziana	dr. Marco Gergolet, via C. Battisti 12, 34074 Monfalcone, P: +39 0481 45579 or Gen Hospital dr. Franc Derganc, Paldih borcev 13, 5290 Šempeter pri Gorici, P: +386 5 330 14 10, E: marcogergolet@tiscali.it	kotizacije ni	***
Katedra za pediatrijo MF Ljubljana, Delovna skupina DENVER II Slovenija, Učni center Koper	ga. Beisa Žabkar, DENVER II Slovenija, Učni center Koper, ZD Koper, Dellavallejeva 3, 6000 Koper, T: 05 664 72 72, F: 05 627 37 71, E: beisa.zabkar@zd-koper.si	70.000,00 SIT	***
Združenje otorinolaringologov SZD, prof. dr. Miha Žargi, dr. med.	doc. dr. Irena Hočevar Boltežar, dr. med., Klinika za ORL in CFK, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 01 52 22 465, F: 01 52 24 814, E: irena.hocevar@kclj.si	40.000,00 SIT do 15. 3. 2004, potem 45.000,00 SIT (DDV vključen) po prijavi udeleženci dobijo račun	***
MF - Tečajji otroške nevrologije	prof. dr. David Neubauer, dr. med., SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T:015229273, F: 015229357	350 EUR <b>TRR: 02014-0017303503</b>	***
Mentalhealth Europe in ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje, doc. dr. Vesna Švab, dr. med., ga. Mateja Trpin	ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje, Cigaletova 5, 1000 Ljubljana, T: 01 230 78 32, F: 01 230 78 38	90 EUR uporabniki, 135 EUR študentje/upokojenci, 200 EUR člani ŠENT/MHE, 225 EUR nečlani <b>TRR: 03100-2000022633</b>	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. Nena Kopčavar Guček, dr. med., Davorina Petek, 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	***

## JUNIJ 2004

## TEMA

## VSEBINA

2.–5. ob 9.00

št. kandidatov

## LJUBLJANA

Cankarjev dom

53. MEDNARODNI KONGRES EVROPSKEGA  
ZDRUŽENJA SRČNO-ŽILNIH KIRURGOV

ni omejeno

kongres za kirurge

3.–5. ob 9.00

## LJUBLJANA

Grand hotel Union

5. SLOVENSKI OFTALMOLOŠKI KONGRES Z  
MEDNARODNO UDELEŽBO, 28. MEDNARODNI  
SIMPOZIJ OFTALMOLOGOV SLOVENIJE IN  
HRVAŠKE, SESTANEK SVETA EVROPSKEGA  
ZDRUŽENJA OFTALMOLOGOV (SOE)

ni omejeno

strokovno srečanje

podroben program • [http://  
www.ophtalmology2004.org](http://www.ophtalmology2004.org)

4.–5. ob 9.00

## PTUJ

Grad Ptuj

4. ORMOŠKO SREČANJE: NEDOKONČANA  
ZGODBA – MOTNJE OSEBNOSTI 2

80

simpozij za psihiatre, psihoterapevte in ostale, ki delajo na tem  
področju

4.–5. ob 9.00

## PORTOROŽ

Avditorij Portorož

4. KONGRES STOMATOLOGOV SLOVENIJE

ni omejeno

kongres za zobozdravnike

4.–5. ob 10.00

## LAŠKO

Kulturni center Laško

17. ONKOLOŠKI VIKEND

150

strokovno srečanje za vse zdravnike

podroben program • Isis 2/2004

5. ob 10.00

BRDO PRI  
KRANJUX. JUBILEJNI MEDNARODNI MEDICINSKI  
DUATLON IN II. POLETNI MEDICINSKI TEK  
(10 KM) TER MEDNARODNI STROKOVNI  
SIMPOZIJ

ni omejeno

udeleženci v konkurenci: zdravniki, veterinarji in farmacevti,  
izven konkurence: študenti navedenih poklicev in prijatelji

9.–12. ob 15.00

## PORTOROŽ

Kongresni center  
Bernardin11. MEDNARODNI SIMPOZIJ O  
URGENTNI MEDICINI

700

mednarodni simpozij za vse zdravnike in zobozdravnike

11.–12. ob 9.00

## LJUBLJANA

velika predavalnica  
Medicinske fakultete

XXII. DERČEVI DNEVI

300

stalno podiplomsko izobraževanje iz pediatrije in šolske  
medicine

## ORGANIZATOR

## NASLOV

Evropsko združenje srčno-žilnih kirurgov ESCVS, prof. dr. Borut Geršak	ga. Natalija Bah Čad, Cankarjev dom, Prešernova 10, 1000 Ljubljana, T: 01 241 71 32, F: 01 241 72 96, E: natalija.bah@cd-cc.si	450 EUR <b>TRR: 01261-6030557790</b>	***
Združenje oftalmologov Slovenije, Očesna klinika, KC, prof. dr. Marko Hawlina, dr. med.	ga. Alenka Kregar, Cankarjev dom, Prešernova 10, 1000 Ljubljana, E: alenka.kregar@cd-cc.si, W: <a href="http://www.ophtalmology2004.org">http://www.ophtalmology2004.org</a>	40.000,00 SIT do 1. 4. 2004, nato 45.000,00 SIT, za specializante in upokojene 20.000,00 SIT <b>TRR: 01261-6030357790</b> , sklic na št. 05 09769 661101104, s pripisom »Oftalmologi 2004«	***
Psihiatrična bolnišnica Ormož, Milena Sprak, dipl. psih. spec.	ga. Rolanda Kovačec, Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ptujška c. 33, 2270 Ormož, T: 02 74 15 199, F: 02 74 15 200, E: uprava.pbo@siol.net	člani ZPS do 15. 5. 2003 15.000,00 SIT, potem 20.000,00 SIT, ostali do 15. 5. 2003 20.000,00 SIT, potem 25.000,00 SIT <b>TRR: 01100-6030278476</b>	***
Stomatološka sekcija SZD, prim. Janez Vrbošek, dr. dent. med.	ga. Katarina Jovanovič, Slovensko zdravniško društvo, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, T: 01 434 25 82, F: 01 434 25 84	35.000,00 SIT (DDV ni vključen) plačilo po prejemu računu	***
Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, doc. dr. Branko Zakotnik, dr. med.	ga. Nives Turk, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: 01 587 94 95, 587 91 22, F: 01 587 94 00, E: nturk@onko-i.si	25.000,00 SIT (z DDV)	***
Milivoj Veličkovič Perat, dr. med.	Milivoj Veličkovič Perat, dr. med., Pediatrična klinika, KC, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 01 52 29 219, F: 01 52 29 358, E: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, domača stran: <a href="http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm">http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm</a>	***	***
Slovensko združenje za urgentno medicino, spec. akad. št. Andrej Bručan, dr. med.	prijava: ga. Maja Strajnar, T: 01 522 22 27, F: 01 522 31 18, E: maja.strajnar@kclj.si, informacije: ga. Irena Petrič, T: 01 522 53 37, F: 01 522 24 16, E: irena.petric@kclj.si	zdravniki 59.000,00 SIT, člani SZUM 54.000,00 SIT, sekundariji 50.000,00 SIT, medicinske sestre in zdravstveni tehniki 47.000,00 SIT	***
MF, Katedra za pediatrijo	ga. Mihela Jurčec, tajništvo Pediatrične klinike, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 01 522 92 24, F: 01 522 93 57, E: mihaela.jurcec@kclj.si	***	***

## JUNIJ 2004

## TEMA

## VSEBINA

13.–17. \*\*\*

št. kandidatov

## LJUBLJANA

Cankarjev dom

8<sup>th</sup> CONGRESS OF EUROPEAN FEDERATION  
FOR RESEARCH IN REHABILITATION

ni omejeno

kongres za vse strokovnjake in zdravnike, ki delajo na področju  
rehabilitacije

20. ob 9.00

## LJUBLJANA

Svetovalni center za  
otroke, mladostnike in  
starše, Gotska 18PRAKTIKUM II IZ VEDENJSKE IN  
KOGNITIVNE TERAPIJE

podroben program • Isis 12/2003

do 15

PRAKTIKUM II izvajata mag. Nada Anič in dr. Ivanka Živčič  
Bečirevič. Vključuje enajst celodnevni delavnic, samostojen  
študij in praktično delo s pacienti. Namenjen je zdravnikom in  
psihologom, ki so že absolvirali začetni tečaj iz vedenjske in  
kognitivne terapije – Praktikum I in želijo dopolniti svoje  
znanje iz vedenjske in kognitivne terapije ter se usposobiti  
za VKT terapevte. Priporočljivo je razumevanje hrvaščine.

## JULIJ 2004

7.–9. \*\*\*

## GLASGOW

Velika Britanija

30<sup>th</sup> BRITISH CONGRESS OF OBSTETRICS  
AND GYNAECOLOGY

\*\*\*

congress

## SEPTEMBER 2004

7.–11. ob 9.00

## BLED

hotel Park

13. MEDNARODNI TEČAJ

40

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

29. 9.–2. 10. \*\*\*

## BRDO PRI

## KRANJU

hotel Kokra

3. 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

8.–9. ob 9.00

## KRANJSKA GORA

hotel Kompas

6. FAJDIGOVI DNEVI

150

strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine

20.–23. \*\*\*

## PORTOROŽ

Grand hotel Emona

3. SLOVENSKI PULMOLOŠKI IN ALERGOLOŠKI  
KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO

ni omejeno

strokovno srečanje

20.–23. \*\*\*

## PORTOROŽ

Grand hotel Emona

2. SLOVENSKI IMUNOLOŠKI KONGRES  
Z MEDNARODNO UDELEŽBO

ni omejeno

strokovno srečanje

## ORGANIZATOR

## NASLOV

Cankarjev dom, Inštitut RS za rehabilitacijo, prof. dr. Črt Marinček, dr. med.	ga. Ela Loparič, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41, F: 437 65 89, Cankarjev dom, Kulturni kongresni center (za EFRR 2004), Prešernova 10, 1000 Ljubljana, F: 01 241 72 96, W: www.cd-cc.si/efrr2004	do 30. 12. 2003 380 EUR, potem 410 EUR v tolaški protivednosti <b>TRR: 01261-6030357790</b> sklic na št. 05-09753-62110860	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije	ga. Vera Slodnjak, Društvo za VKT, Gotska 18, 1000 Ljubljana, T: 01 583 75 00, F: 01 519 11 20, E: vera.slodnjak@guest.arnes.si	23.000,00 SIT za eno delavnico, DDV je vključen <b>TRR: 02010-0092544077</b>	***
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	Concorde Services Ltd, 4B, 50 Speirs Wharf, Port Dundas, Glasgow G4 9TB, T: **44 (0) 141 331 0123, F: **44 (0) 141 331 0234 E: info@bcog2004.co.uk W: www.bcog2004.co.uk	***	***
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	***
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	***	***
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	***
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	***	***
MF, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo	prof. dr. Vladimir Kotnik, dr. med., MF, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, E: vladimir.kotnik@mf.uni-lj.si, http://www.klinika-golnik.si	***	***

**NOVEMBER 2004** TEMA

## VSEBINA

19.–20. ob 9.00

št. kandidatov

**OTOČEC**  
hotel Šport21. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE  
DRUŽINSKE MEDICINE

35

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

27. ob 9.00

**LJUBLJANA**  
Unionska dvoranaXI. ČELEŠNIKOVİ DNEVI - 6. STROKOVNI  
SEMINAR ZDRUŽENJA ZA MAKSILOFACIALNO  
IN ORALNO KIRURGIJO SLOVENIJE:  
CISTE V ČELJUSTIH

500

strokovno srečanje za zobozdravnike in zdravnike

27.–28. \*\*\*

**MARIBOR**  
Kongresni center  
Habakuk

3. MARIBORSKO SREČANJE

200

strokovno izobraževanje za zdravnike

**DECEMBER 2004**

9.–11. ob 9.00

**STRUNJAN**  
hotel Krka - Zdravilišče  
Strunjan21. 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  
medicino21. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE  
DRUŽINSKE MEDICINE

35

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

## ORGANIZATOR

## NASLOV

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	kred. točke
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	***
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	<b>TRR: 02014-0087754603</b>	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Majda Masten, dr. med., asist. Suzana Židanik, dr. med., asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., Zora Bojc, dr. med., Stanka Ban, dr. med.,	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	***
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	***



## 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 društva...)

Predstavniki 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

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

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 374/18/2003:*

Predsednik Zbornice zaprosi predsednika FIDES-a za pisno stališče glede izjav, ki jih je asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., izreкла na 40. seji skupščine Zbornice v zvezi z zdravniško stavko.

### **K 3. točki dnevnega reda: Predlog sprememb Pravilnika o pripravnstvu in strokovnih izpitih delavcev na področju zdravstvene dejavnosti**

Spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med., je predstavil predlog sprememb Pravilnika o pripravnstvu in strokovnih izpitih delavcev na področju zdravstvene dejavnosti. Predlog je bil pripravljen v skladu z dogovorom med Dorjanom Marušičem, dr. med., univ. dipl. ing., in predsednikom zbornične komisije za sekundarijat ter predsednikom zbornične komisije za specializacije. Predlog se nanaša na opravljanje dela strokovnega izpita iz urgentne medicine v okviru Zdravniške zbornice Slovenije. Del strokovnega izpita, ki se nanaša na pravne predpise in poznavanja zdravstvene zakonodaje, se bo še naprej opravljal v okviru Ministrstva za zdravje. Povedal je, da se sredstva, ki so namenjena za izvajanje izpita iz urgentne medicine, prenesejo iz Ministrstva za zdravje na Zdravniško zbornico Slovenije.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je izrazil podporo predlogu. To je obsežen projekt. Potrebno bo obnoviti večino vprašanj iz teoretičnega dela izpita iz urgentne medicine. Izpitne komisije že obstojajo. Potrebna bo tudi administrativna podpora za izvajanje izpita iz urgentne medicine.

Predsednik Zbornice je dal na glasovanje odločitev o predlogu sprememb Pravilnika o pripravnstvu in strokovnih izpitih delavcev na področju zdravstvene dejavnosti.

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

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 375/18/2003:*

1. Izvršilni odbor se strinja s predlaganimi spremembami Pravilnika o pripravnstvu in strokovnih izpitih delavcev na področju zdravstvene dejavnosti.

2. Predlog sprememb Pravilnika o pripravnstvu in strokovnih izpitih delavcev na področju zdravstvene dejavnosti se posreduje ministru za zdravje.

### **K 4. točki dnevnega reda: Predlog članov izpitnih komisij za specialistične izpite iz anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine**

Predsednik Zbornice je predlagal, da se članicama, ki sta zaradi upokojitve predlagani, da se ju črta iz seznama članov izpitnih komisij, ob tem podeli priznanje oziroma zahvalo za dosedanje delo. Opozoril je, da v aktih Zbornice ni zapisano, da upokojeni zdravnik ne more biti član neke komisije. Predlagal je, da svet za izobraževanje zdravnikov ponovno prouči svoje stališče glede črtanja upokojenih zdravnikov iz seznama članov izpitnih komisij.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je pojasnil, da upokojeni zdravnik po določenem času po upokojitvi ni več enakoveren član izpitne komisije. Predlog sveta za izobraževanje zdravnikov je osnovan na podlagi administrativne kontinuitete. Strinjal se je, da upokojeni zdravniki lahko ostanejo na seznamu izpitnih komisij, s tem da se

jih ne imenujejo za člane izpitnih komisij.

Predsednik Zbornice je predlagal besedilo sklepa ter dal na glasovanje odločitev o predlaganem sklepu.

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

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 376/18/2003:*

1. Izvršilni odbor predlaga svetu za izobraževanje zdravnikov, da ponovno prouči svoje stališče glede črtanja upokojenih zdravnikov iz seznama članov izpitnih komisij.

2. Izvršilni odbor se strinja s predlogom sveta za izobraževanje zdravnikov za imenovanje dveh dodatnih članic izpitne komisije za specialistične izpite iz anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, in sicer prim. Kato Denić, dr. med., in asist. Nevo Požar Lukanovič, dr. med.

### **K 5. točki dnevnega reda: Imenovanje komisije za ugotavljanje posledic zaostankov pri izdelavi histoloških izvidov v SB Celje**

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predstavil predlog odbora za strokovno-medicinska vprašanja za imenovanje komisije za ugotavljanje posledic zaostankov pri izdelavi histoloških izvidov v SB Celje. Imenovana komisija bo pregledala 54 abdominalnih primerov.

Predsednik Zbornice je dal na glasovanje odločitev o predlogu odbora za strokovno-medicinska vprašanja, kot je naveden v gradivu.

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

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 377/18/2003:*

Izvršilni odbor na predlog odbora za strokovno-medicinska vprašanja potrdi komisijo za ugotavljanje posledic zaostankov pri izdelavi histoloških izvidov v SB Celje za pregled 54 abdominalnih primerov v naslednji sestavi:

- prof. dr. Stane Repše, dr. med., višji svetnik;
- prof. dr. Borut Stabuc, dr. med.

### **K 6. točki dnevnega reda: Imenovanje komisije za izvedbo izrednega strokovnega nadzora z mnenjem v SB Murska Sobota ter potrditev nadzornih zdravnikov za izvedbo tega nadzora**

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predstavil predlog odbora za strokovno-medicinska vprašanja za imenovanje komisije za izvedbo izrednega strokovnega nadzora z mnenjem v SB Murska Sobota. Nadzor se bo opravil pri zdravnici E. K, dr. med., specialistki transfuziologije in pri zdravnici D. U. P., dr. med., specializantki transfuziologije. Izvedbo nadzora je predlagal strokovni direktor SB Murska Sobota zaradi nesoglasja na oddelku za transfuzijsko medicino. Zdravniki, ki so predlagani v komisiji za izvedbo nadzora, niso potrjeni kot nadzorni zdravniki. Odbor za strokovno-medicinska vprašanja zato predlaga, da jih izvršilni odbor potrdi kot nadzorne zdravnike za izvedbo navedenega nadzora.

Predsednik Zbornice je dal na glasovanje odločitev o predlogu odbora za strokovno-medicinska vprašanja, kot je naveden v gradivu.

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

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 378/18/2003:*

1. Izvršilni odbor na predlog odbora za strokovno-medicinska vprašanja potrди izvedbo izrednega strokovnega nadzora z mnenjem v SB Murska Sobota, oddelek za transfuzijsko medicino, pri zdravnici E. K, dr. med., specialistki transfuziologije in pri zdravnici D. U. P., dr. med., specializantki transfuziologije.

2. Za izvedbo zgoraj navedenega nadzora izvršilni odbor potrди komisijo v naslednji sestavi:

- prim. Irena Bricl, dr. med., spec. transf. med.;
- doc. dr. Primož Rožman, dr. med., spec. transf. med.;
- mag. Dragoslav Domanović, dr. med., spec. transf. med..

3. Izvršilni odbor potrди zgoraj navedene zdravnike kot nadzorne zdravnike za izvedbo zgoraj navedenega nadzora.

#### **K 7. točki dnevnega reda: Obravnava Zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravniški službi**

Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je prisotne seznanil s potekom razprave v DZ o sprejemanju novele zakona o zdravniški službi. Novela je bila že nekaj časa odprta. Obor za zdravstvo DZ je sklical sejo dne 3. 12. 2003, z nadaljevanjem seje dne 4. 12. 2003. Na seji, katere se je udeležil kot predstavnik Zbornice, so razpravljali predvsem o dveh zadevah:

1. Uveljavljanje uporabe strokovnega naziva "doktor dentalne medicine" preko celega zakona, tudi takrat kadar misli na poklicni naziv. Pri zdravnikih pa se v zakonu še naprej (pravilno) uporablja poklicni naziv "zdravnik" in strokovni naziv "doktor medicine".

2. V enem od nadaljnjih členov si Ministrstvo za zdravje lasti pristojnost za izdajanje potrđil slovenskim zdravnikom. Gre za potrđila, da je zdravnik diplomiral na Medicinski fakulteti, enako za potrđilo o opravljenem specialističnem izpitu v okviru Zbornice oziroma pridobljeni licenci Zbornice.

Zbornica je proti temu ostro protestirala. V obeh primerih je prišlo do preglasovanja. V gradivu je na kratko opisana kronologija dogodkov v zvezi s tem.

Predsednik Zbornice je dal na glasovanje odločitev o predlogu sklepa v zvezi z obravnavo Zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravniški službi, kot je naveden v gradivu.

V času glasovanja je bilo navzočih pet članov izvršilnega odbora. ZA potrđitev predloga je glasovalo pet članov, PROTI potrđitvi predloga ni glasoval noben član, VZDRŽAL se ni noben član.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 378/18/2003:*

1. Izvršilni odbor ugotavlja, da je Ministrstvo za zdravje ponovno pri uveljavljanju svojih stališč pri zakonskih spremembah ZZdrSl zaobšlo stališča in predloge Zdravniške zbornice Slovenije.

2. Izvršilni odbor se ne strinja z amandmaji, ki jih je sprejel odbor za zdravstvo DZ, pripravilo pa Ministrstvo za zdravje. Zato naj se tudi v nadaljnjih postopkih sprejemanja novele ZZdrSl uveljavlja stališče Zdravniške zbornice Slovenije, na podlagi katerega se v navedenem zakonu loči in ustrezno uporablja poklicni naziv "zobozdravnik" in strokovni naziv "doktor dentalne medicine", ter da je le Zdravniška zbornica Slovenije pristojna izdajati potrđila o dokumentih, ki jih izdaja na podlagi izvajanja javnih pooblastil (kot npr.: o izdani odločbi o registraciji, izdani licenci, potrđilu o specialističnem izpitu itd.).

Predsednik Zbornice je predlagal, da generalni sekretar terminsko organizira obiske pri vseh poslanskih skupinah DZ. Kot predstavnik Zdravniške zbornice Slovenije bi se obiskov udeležila predsednik Zbornice in predsednik skupščine Zbornice ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

V času glasovanja je bilo navzočih pet članov izvršilnega odbora. ZA potrđitev predloga je glasovalo pet članov, PROTI potrđitvi predloga ni glasoval noben član, VZDRŽAL se ni noben član.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 380/18/2003:*

Generalni sekretar terminsko organizira obiske pri posameznih poslanskih skupinah DZ. Kot predstavnik Zbornice se obiskov udeležita predsednik Zbornice in predsednik skupščine Zbornice. ■

*Zapisala: Darja Klančar*

## IZ DELA RAZSODIŠČA

### Opravičilo

Podpisani Ali Nassib, dr. med., se opravičujem predsedniku IK I. stopnje kolegu Oskarju Schrollu, dr. med., in kolegicam ter kolegom, članom senata IK I. stopnje Območne enote v Celju za povzročeno moralno škodo in kršitev zdravniškega kodeksa, kot posledico mojega ravnanja dne 16. 9. 1998, ki ga sicer iskreno obžalujem.

*Ali Nassib, dr. med.*

# Obnavljanje bolnika s hipertenzijo

Ksenija Tušek Bunc

Ko sem prvič pred sedmimi leti pisala poročilo o strokovnem sestanku sekcije za arterijsko hipertenzijo, sem v naslovu zapisala, da je hipertenzija bolezen vsakega petega Slovenca in pod istim naslovom začela tudi poročilo srečanja iz leta 2001. Vsa prizadevanja zdravnikov, ki se pri svojem delu srečujemo z arterijsko hipertenzijo v teh letih niso obrodila sadov. Arterijska hipertenzija tako ostaja bolezen vsakega petega Slovenca. Upravičeno lahko torej trdimo, da je v naši domovini hipertenzija precej razširjena. Tako ima več kot 40 odstotkov odraslih prebivalcev krvni tlak višji od 140/90, kar je sprejeta meja med normalnim in visokim krvnim tlakom. Nedvomno je dokazano, da z ustreznim zdravljenjem visokega krvnega tlaka podaljšujemo trajanje življenja, manjša je umrljivost in zboleznost pri prebivalstvu, izboljša pa se tudi kakovost življenja. Na razpolago imamo dobra in učinkovita zdravila. Toda zakaj je le manjši delež bolnikov ustrezno zdravljen. Strokovna javnost išče razlago, a zadovoljivega odgovora še ni našla dosedaj. Ali je to problem zavzetosti za zdravljenje posameznika, ali je to premajhno znanje strokovnjakov, neustrezna zdravstvena politika, so to ekonomski problemi posameznikov in družbe v celoti? Sicer se s podobnimi problemi srečujejo tudi druge dežele v Evropi in svetu, pa naj gre za naraščajočo premoč, slabo sodelovanje in nezadovoljivo zavzetost bolnikov, opuščanje zdravljenja in s tem v zvezi tudi nizek odstotek bolnikov z doseženo ciljno vrednostjo krvnega tlaka. Ravno tako je mogoče zaslediti velike razlike med razvitimi in nerazvitimi, med ZDA in Evropo in tudi med posameznimi regijami Evrope. Obravnavi skupne problematike je bilo posvečeno tudi sreednjeevropsko srečanje v Portorožu, ki je potekalo oktobra 2003 v organizaciji Sekcije za hipertenzijo, kar je brez dvoma velik kompliment in pohvala njenemu delu in zlasti njenim dejavnim članom ter predsedniku doc. dr. Roku Accettu.

Na letošnjem že 12. strokovnem sestanku Sekcije za arterijsko hipertenzijo, ki je potekal oktobra 2003 v Portorožu, smo obravnavali aktualne probleme celostne obravnave

hipertonikov. Da smo zares mislili o celostni obravnavi, smo tokrat privabili k sodelovanju še medicinske sestre, ki imajo ravno tako pomembno mesto pri vodenju bolnika.

Pomembna točka strokovnega dela sestanka je bila obravnavanje novih smernic za zdravljenje bolnikov, ki imajo visok krvni tlak, o čemer je v uvodnem predavanju spregovoril doc. dr. Rok Accetto. Na strokovnem sestanku sekcije za hipertenzijo so leta 1999 sprejeli smernice za zdravljenje arterijske hipertenzije in jih izdali spomladi leta 2000. Temeljile so na takrat veljavnih smernicah, ki so jih sprejeli SZO in Mednarodno združenje za hipertenzijo. Prilagojene so bile na globalne razmere in tako bolj načelne in manj konkretne. Evropa je veliko bolj homogena kot svet na splošno, življenjska doba je daljša, incidenca srčno-žilnih bolezni je večja, kot je povprečje na svetu. Po drugi strani so razmere in način življenja v primerljivi razvitih deželah ZDA tudi drugačne. V letošnjem letu so bile namreč sprejete ameriške smernice, ki niso povsem primerne za evropske razmere in tam živečo prebivalstvo. Strokovnjaki iz področja hipertenzije (Evropsko združenje za hipertenzijo) ter kardiologijo (Evropsko kardiološko združenje) so tako skupaj pripravili nove evropske smernice za obvladovanje bolnikov s hipertenzijo. K nastanku novih smernic so botrovala tudi nova spoznanja o uspešnosti in stranskih učinkov antihipertenzivnih zdravil. Gre torej za nekatere novosti pri obravnavi bolnikov predvsem na osnovi rezultatov nekaterih velikih raziskav, ki so pokazale in dokazale, da so določeni terapevtski pristopi nujni za zmanjševanje zboleznosti in umrljivosti in katerih temelj je z dokazi podprta medicina. Za oceno tveganja posameznika in za klasifikacijo bolnikov sta vodilo tako sistolični kot diastolični krvni tlak, ki sta neodvisna dejavnika tveganja za cerebrovaskularno in koronarno umrljivost. Vendar za odločitev o zdravljenju ni dovolj samo višina krvnega tlaka, potrebna je ocena tveganja. Zato so izdelali posebne tabele za oceno tveganja na osnovi evropskih epidemioloških podatkov - SCORE. Gre za oceno desetletnega tveganja za usodne srčno-žilne

dogodke. Izdelane so bile tabele za predele Evrope, kjer je tveganje večje (Severna Evropa) in za predele, kjer je tveganje manjše (Južna Evropa). Ocena tveganja je odvisna od višine krvnega tlaka in od prisotnosti dejavnikov tveganja, sladkorne bolezni, prizadetosti tarčnih organov, drugih stanj in bolezni. Obravnavanje bolnika, ki ima visoki krvni tlak, mora biti kompleksna in temelji na istovrstni obravnavi hipertenzije ter oceni tveganja posameznika. Predstavljena tema uvodnega predavanja je aktualna še posebno zato, ker se prav te dni srečujemo z uveljavljanjem novih pravil predpisovanja zdravil.

Mag. Primož Dolenc je spregovoril o kliničnih meritvah, samomeritvah in neinvazivnem merjenju krvnega tlaka. Meritev krvnega tlaka je osnova za diagnozo, obravnavanje, zdravljenje, proučevanje epidemiologije in raziskovalno delo v hipertenziji. V zadnjih letih smo bili priča novim spoznanjem o hipertenziji. Preučili smo omejitve avskultacijskih tehnik, pojavili so se avtomatizirani merilniki in prepoznavamo hipertenzijo bele halje. Z različnimi postopki upoštevamo višino krvnega tlaka v različnih okoliščinah in se ne zanašamo na vrednosti meritev v posameznih okoliščinah, ki bi lahko same vplivale na višino tlaka. Na koncu je poudaril, da morajo biti zdravstveni delavci seznanjeni z vsemi metodami meritev, jih pravilno uporabljati in ocenjevati. Bolniku morajo znati svetovati pri morebitnem nakupu merilnika krvnega tlaka ter ga primerno voditi pri samomeritvah krvnega tlaka. S sodelovanjem bolnika lahko izboljšamo njegovo zavzetost za zdravljenje ter bolj vodljiv in urejen krvni tlak.

Sledili sta zanimivi predavanji Ane Marije Klasinc in Marije Globokar o obravnavi bolnika z arterijsko hipertenzijo v specialistični ambulanti in o vlogi medicinske sestre pri načrtovanih diagnostičnih postopkih bolnika z arterijsko hipertenzijo. Samo strinjamo se lahko z zaključnimi mislimi prve predavateljice, da je za uspešno vodenje bolnika z arterijsko hipertenzijo potrebno učinkovito sodelovanje celotnega zdravstvene skupine z bolnikom in njegovimi svojci in da pisna navodila ne morejo v celoti na-

domestiti osebnega stika. Medicinska sestra tako učinkovito dopolni delo zdravnika.

Da so nefarmakološki ukrepi pri obravnavi arterijske hipertenzije nujno potrebni, je nakazala v svojem prispevku mag. Barbara Salobir. Uvajamo jih pri vseh osebah z arterijsko hipertenzijo, pa tudi pri osebah z visoko normalnim krvnim tlakom (to je območje med 130-139/85-89 mm Hg). Odločitev, katere nefarmakološke ukrepe bomo uvedli pri vseh stopnjah hipertenzije, ne glede na starost bolnika, je vselej strogo individualna, uvajanje pa je postopno. Pomembno je tudi, da v nasprotju z zdravili pri večini bolnikov z arterijsko hipertenzijo nefarmakološki ukrepi niso kontraindicirani.

Da se bomo pravilno odločili o nefarmakoloških ukrepih, moramo poznati bolnikov življenjski stil. O tem in o napotkih za zdrav življenjski stil je predavala medicinska sestra Milojka Mršnik. Z mislijo, da zna dobra medicinska sestra prisluhniti bolniku in ga poskuša motivirati za bolj zdrav življenjski slog, je zaokrožila svoj prispevek.

Incidenca debelosti v razvitem svetu narašča. V Evropi je na primer več kot polovica odraslih med 35. in 65. letom starosti takih, ki imajo prekomerno telesno težo ali so predebeli. V Sloveniji na tem področju nič ne zaostajamo. Prekomerno telesno težo in debelost povezujemo z razvojem številnih kroničnih bolezni, ki zmanjšujejo kakovost življenja in skrajšujejo pričakovano življenjsko dobo. Kako se tega problema lotevamo in kakšna je vsebina programa "Zdravljenje debelosti" v zdravstvenem domu Šiška je predstavila Milena Kovač Blaž. Ocena rezultatov

kaže na uspešnost programa, še posebej, ker bolnikov ne obremenjuje s stalnim razmišljanjem o hujšanju, ampak temelji zgolj na zdravem načinu življenja in krepitvi zaupanja v samega sebe.

Doc. dr. Jurij Dobovišek je v naslovu svojega predavanja zastavil vprašanje Kdaj, zakaj, kako? Zdravljenje arterijske hipertenzije z zdravili. Arterijske hipertenzije večino ma ne zdravimo, ampak jo nadzorujemo, kar pomeni, da poskušamo doseči ciljne vrednosti krvnega tlaka, in želimo preprečiti nastajanje potencialno tudi usodnih zapletov s strani srčno-žilnega sistema in ledvic. S tem je odgovoril na vprašanje, zakaj je potrebno zdraviti hipertenzijo z zdravili. Poleg tega je treba nadzorovati ali odpraviti vse druge dejavnike tveganja in zdraviti že nastale posledice ter pridružene bolezni. Osnova za uspešno nadzorovanost hipertenzije je vzpostavljen dober partnerski odnos bolnik - zdravnik, ki zdravniku nalaga skrb za nadgrajevanje njegovega znanja in prizadevanje za motiviranost bolnika, bolnik pa mora biti pripravljen za vsestransko sodelovanje.

Kratek repertorij o klinično pomembnih posebnosti posameznih zdravil je pripravil prof. dr. Aleš Žemva.

Medicinska sestra Lenka Tevš nas je ponovno v predavanju o vrednotenju učinka ter stranskih učinkov antihipertenzivnih zdravil opozorila, kako pomembno je skupinsko delo zdravnika in medicinske sestre pri vodenju bolnika z arterijsko hipertenzijo, predvsem pa pripomore k večji in uspešnji motiviranosti bolnika za zdravljenje. Medi-

cinska sestra je pogosto tista, ki velikokrat izve podatke, ki jih bolniki zdravniku ne povedo zaradi morebitnega strahu oziroma mnenja, da podatek ni koristen in podobno.

Nehvaležna naloga zadnjega predavatelja je pripadla zdravnici družinske medicine Davorini Petek. Pripravila je odlično predavanje o zavzetosti za zdravljenje in kakovosti življenja bolnikov z arterijsko hipertenzijo. Sodobno pojmovanje bolnikove zavzetosti za zdravljenje temelji na uravnoteženem in partnerskem odnosu med zdravnikom in bolnikom. Bolnik je soodločevalec v procesu zdravljenja, je oseba, ki naj se z načinom zdravljenja strinja, ne pa, da le pasivno sprejema in se podreja zdravnikovim navodilom. Bolnikova pravica do izbire predstavlja etični element v odnosu med bolnikom in zdravnikom in ne pomeni prevladovanje zdravnikove moči in kontrole nad to izbiro. Ta odnos med bolnikom in zdravnikom je eden najpomembnejših določevalcev kakovosti zdravstvene oskrbe, bolnikovega zadovoljstva in njegove zavzetosti za zdravljenje.

Če lahko ocenjujemo uspešnost strokovnega sestanka z velikim številom udeležencev, odličnimi prispevki in živahnimi razpravami, potem si lahko tudi tokrat zadovoljno in ne brez ponosa pomanemo roke in se zazremo v prihodnje leto. Nove smerice v obravnavanju bolnikov z arterijsko hipertenzijo predstavljajo nov izziv in morda ponujajo rešitev tako za bolnike kot za zdravnike in morebiti nam celo uspe spremeniti statistiko tako, da hipertenzija ne bo več bolezen vsakega petega Slovenca. ■

## Vikend ni šel rakom žvižgat ...

Marko Vavpotič, Danica Rotar Pavlič

Živimo v svetu spreminjajočih se vrednot.

Zdi se, da so maliki razbiti in tudi integriteta zdravnikov je vedno bolj na udaru.

**P**ouk etičnih načel postaja zato vse bolj pomembna naloga vseh, ki se srečujejo s študenti medicine in stomatolo-

gije ter s specializanti. Neredko ugotavljamo, da bi morali tudi ob svojem rednem delu z bolniki preveriti, kako vključujemo in

spoštujemo etična načela; v strokovnih krogih pa spregovoriti o etičnih dilemah, s katerimi se srečujemo.

Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete in Združenje zdravnikov družinske medicine sta, da bi prevetrila etična stališča, v Strunjanu organizirala 20. učne delavnice z naslovom Ko gre vse rakom žvižgat - etika v družinski medicini. Delavnico je vodila asist. prim. Mateja Bulc, dr. med., ob pomoči asist. mag. Danice Rotar Pavlič, dr. med., in Marka Kocijana, dr. med. Organizatorji so bili veseli številnih obiskovalcev. Zlasti jih je razveselila in navdušila udeležba predstavnikov drugih vej medicine (specialista psihiatra, specialista kirurga, doktorja stomatologije). Izbrana tema je bila interdisciplinarna. Očitno pa se vsi, ki delamo z bolniki neposredno, srečujemo s podobnimi etičnimi vprašanji.

V uvodnem predavanju je doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., poudaril, da paternalizem v medicini izginja in odnos zdravnik - bolnik postaja partnerski. Opozoril je še na številne pasti, ki prežijo na zdravnika pri vsakdanjem delu: mediji, ki pogosto nedosledno navajajo besede zdravnikov; delodajalci, ki sprašujejo po zdravstvenem stanju svojih zaposlenih; farmacevtska industrija, ki zdravnika skuša pritegniti v raziskavo, vendar zanjo nima odobritve Republiške komisije za medicinsko etiko. Žal se v stroko vsak dan mešata še ekonomija in pravo - neredko na škodo bolnikov in zdravnikov.

Predavanje asist. prim. Mateje Bulc, dr. med., je vsebovalo prikaz štirih etičnih načel pri obravnavi bolnika, ki so bila rdeča nit delavnice:

- delati v dobro bolnika,
- enakost bolnikov,
- avtonomnost zdravnika in bolnika,
- zaupnost in dobronamernost.

O vsakem načelu je eden od zgoraj navedene skupine organizatorjev pripravil kratko predavanje, ki mu je sledilo delo v skupinah, kjer je vsak udeleženec izpostavil problem, ki se mu je pojavil pri delu s pacienti. Burne razprave so sledile predvsem predstavitvi odnosov in obravnav, v katerih je bilo etičnim načelom težko slediti in jih upoštevati. Skupine so bile velike ravno prav, da so se predstavila različna mnenja in stališča; znanje udeležencev pa, bodisi iz prakse bodisi iz knjig, dovolj veliko, da smo na etične dileme lahko odgovorili.

Obravnavali smo primere, ko etična načela trčijo ob zakone in predpise. Zdravniška dokumentacija (kartoteka, izvidi) je v lasti zdravnika, podatki pa last bolnika. Zdravniško dokumentacijo se zato lahko razpošilja le fotokopirano. Pojavila se je tudi ideja o "drugi kartoteki," ki bi služila in bila na vpogled izključno izbranemu zdravniku, vanjo pa bi bila zabeležena le mnenja in opažanja zdravnika o bolniku, ki jih ne bi smeli pošiljati raznim zunanjim komisijam.

Ugotovili smo tudi, da se z medicinsko dokumentacijo občasno ravna malomarno. To velja predvsem, kadar se vključujejo zunanje ustanove in se pri "rokovanju" z dokumenti zgodi, da se zgubijo, ali pa jih lahko vpogleda nepooblaščen oseba (pregledi na medicini dela, sklepanje pri imenovanih zdravnikih itd.).

Zdravnik je pri svojem delu in zdravljenju avtonomen in mora (ob upoštevanju doktrine) vedno delati v dobro bolnika. Tudi bolnik bi se moral samostojno odločati za predlagano zdravljenje in svojo soudeležbo prispevati k večji zavzetosti za zdravljenje. Zato naj bi zdravnik bolnikovo voljo in njegova stališča upošteval, razen kadar je le-ta v nasprotju z zakoni oziroma bolnik ni sposoben razumeti njemu predlaganega zdravljenja. To sta tudi edini stanji, ko je dovoljeno kršenje načela avtonomnosti, ki je sicer temelj odnosa zdravnik - bolnik. V primeru zahteve sodišča po vpogledu v bolnikovo zdravniško dokumentacijo mora le-to imenovati zdravnika izvedenca, osebni zdravnik pa mu mora posredovati zahtevano dokumentacijo. Dolgotrajna razprava je v skupinah potekala po prikazih iz prakse, kjer se medicinsko dokumentacijo zahtevali odvetniki, ali sodišče brez imenovanega zdravnika izvedenca.

Na učni delavnici so bili podani tudi predlogi za individualno izobraževanje študentov in specializantov (učitelj, učenec). Podprta je bila tudi pobuda po ponovitvah podobnih delavnic. Udeleženci smo soglašali, da je potrebno študentom privzgojiti spoštovanje do kolegov ter jih usmeriti k "delu z roko v roki" in ne "kolega proti kolegu", kar se v praksi žal dogaja pogosto. Nesporazumi med zdravniki lahko sami po sebi ogrozijo avtonomnost zdravnika in povzročijo nezaupljiv odnos bolnika, ki se srečuje z zdravstvenim sistemom. Ne le obrekovanja, ki jih vpričo bolnika izrečemo na račun drugega zdravnika, tudi "razpravljanje" s pomočjo medijev je večkrat škodljivo kot koristno. Vsekakor bi morali organizacijske in strokovne dileme razreševati v strokovnih krogih, kar bi dolgoročno najbolj koristilo ohranjanju ne le avtonomije bolnika, ampak predvsem zdravnika.

Domov smo odšli dobro razpoloženi, zahvaljujoč dobri lokalni organizaciji delavnice, za katero je skrbela Ljubica Kolander, dr. med., in bogatejši za nova znanja, ki nam bodo pomagala pri vsakdanjem delu. ■



Udeleženci srečanja

# V. Fajdigovi dnevi

Nena Kopčavar Guček

Presenetila je že udeležba na novinarski konferenci 26. 11. 2003. Na srečanju z mediji smo želeli predvsem predstaviti vsebino Fajdigovih dni in spregovoriti še nekaj besed o načinu izobraževanja v družinski medicini, o naših letošnjih dejavnostih, o oktobrskem Forumu v Celju, etiki... Seveda se nismo mogli izogniti novinarskim vprašanjem o trenutno najbolj aktualni temi - o sodelovanju pediatrov in družinskih/splošnih zdravnikov. Samo mimogrede naj omenim, da sta prof. Igor Švab v imenu Katedre za družinsko medicino in docent Janko Kersnik v imenu Združenja za družinsko medicino poudarila, da smo povsem pripravljeni na sodelovanje in dogovor z Republiško strokovno komisijo za pediatrijo, da je tudi naša glavna skrb kakovostno zdravstveno varstvo tako ranljivega prebivalstva, kot so otroci; da je za nadaljevanje doslej tradicionalno kakovostne in vzorne skrbi za zdravje slovenskih otrok potrebna ustrežna strokovna usposobljenost in kakovost dela, pri čemer specialnost zdravnika ni najvažnejša. Glede na to, da so marsikje že doslej za otroke skrbeli tako specialisti splošne kot šolske medicine in pediatrije. Predvsem je pomembno, da se tako kakovostno delo izvaja še naprej in da so kazalci in merila uspešnosti skrbno nadzorovani, manj pomemben je naziv specialnosti zdrav-

nika, ki to delo izvaja. Pomembno je, kako je delo opravljeno in ne kdo ga izvaja.

5. Fajdigovi dnevi so 28. in 29. novembra v Kranjsko goro privabili skoraj 180 zdravnikov iz vseh slovenskih regij. Srečanja so dobila ime po legendarnem kranjskem splošnem zdravniku, dr. Božidarju Fajdigi. Nekateri njegovi magistralni recepti so se ohranili do danes. V kranjski lekarni se še danes lahko kupi čaj, ki je pripravljen po njegovi recepturi.

Letošnje teme so - kot vsakič doslej - skušale osvetliti aktualna poglavja iz področja dela splošne/družinske medicine: od interne medicine (GERB, astma), nevrologije (migrene), dermatologije (alergije) do osnovne preventivne srčno-žilnih bolezni. Po daljšem času je organizatorjem (Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino, Osnovno zdravstvo Gorenjske - ZD Kranj, Zavod za razvoj družinske medicine) uspelo pripraviti zbornik pred samim srečanjem in novinarjem so ga razdelili že na novinarski konferenci, udeleženci pa so ga dobili ob registraciji.

V smislu že uveljavljene sheme prehoda iz splošne ambulante do klinične obdelave in zdravljenja najpogostejših problemov, ki jih srečujemo v ambulantah, so bili kot predavatelji v posameznih sklopih povabljeni tako klinični specialisti kot specialisti splošne medicine.

Svež in simpatičen nastop Gledališča Kolenc "Vraže o boleznih tega seminarja" je bil nadvse primeren uvod v dvodnevno strokovno srečanje. V sklopu astme smo si lahko ogledali video o sodelovanju bolnika pri zdravljenju astme (avtorja dr. Ilijaž in dr. Gradišek). Strokovno sta to bolezen, ki je pogostejša, osvetlila doc. dr. Košnik in dr. Perdija. O obravnavi astmatika v ambulanti splošnega/družinskega zdravnika je poročala dr. Katarina Planinec.

Tudi v sklopu o gastroezofagealni reflukсни bolezni je bil zelo ilustrativen video gastrokopskega pregleda, asist. mag. Koželj je osvetlil smernice o indikacijah za gastrokopski pregled in o zdravljenju gastroezofagealne reflukсне bolezni z zdravili. O izkušnjah družinskega zdravnika s pacienti z GER je poročala moderatorka tega sklopa, asist. mag. Danica Rotar Pavlič, asist. mag. Marko Bitenc pa je predstavil kirurške možnosti zdravljenja GER.

V času od leta 2000 do 2002 so na Kliničnem oddelku za torakalno kirurgijo opravili 49 laparoskopskih operacij. V 24-ih primerih je šlo za GERB, v petih primerih za operacijo hiatalne hernije, v 15-ih primerih za kombinacijo obeh, v ostalih primerih pa za ahalazijo (4) in blago stenozo (1).

Po petih mesecih je 73 odstotkov operiranih bolnikov poročalo o subjektivnem izboljšanju. Seveda je tak način zdravljenja primeren za tiste bolnike, ki imajo hudo klinično obliko GERB in pri njih zdravljenje z inhibitorji protonske črpalke ni uspešno, je poudaril asist. Koželj.

V sklopu o alergijskih reakcijah kože smo slišali natančno in izčrpno predavanje asist. mag. Godiča. O zdravljenju nekaterih najpogostejših alergijskih kožnih sprememb je spregovorila asist. Metoda Košiček. Zanimivo je bilo na primer slišati, da perioralnega dermatitisa ne povezujejo več z okužbo želodca s *Helicobacter pylori*.

Osvežitev znanja o kožnih spremembah, ki predstavljajo 17 odstotkov vseh kožnih bolezni in so pogosto diagnosticirane in zdravljenje v splošnih ambulantah, je bila zelo koristna. Prav nam bodo prišle tudi izkušnje pri zdravljenju atopijskega dermatitisa in kronične urtikarije z antihistaminikom cetirizenom.



Udeleženci Fajdigovih dnevov



Aktivno delo predsedstva

V drugem sobotnem sklopu predavanj je bil v središču pozornosti glavobol s svojo posebno obliko, to je migreno. Prof. Pogačnik, prim. doc. Bojana Žvan in asist. mag. Zaletel so pripravili prispevek o klasifikaciji in klinični sliki glavobolov. "Poznavanje razvrstitve glavobolov in diagnoze je osnova za uspešno zdravljenje," so zapisali v zborniku. Zelo zanimivo je bilo tudi predavanje asist. mag. Zaletela o patofiziologiji migrene. Najnovejše raziskave s področja patofiziologije migrene so bile nagrajene z najdbo spremenjenih genov pri eni od oblik, pri dominantno dedni obliki migrene (FHM oziroma familiarno hemiplagična migrena).

Tako imenovani premonitorni simptomi, kot so utrujenost, izčrpanost, razdražljivost in mraženje naj bi se pri 14 od 88 odstotkov bolnikov z migreno pojavili 48 ur pred migrenskim napadom. Pri migrenskem napadu naj bi bila aktivirana številna področja v možganski skorji in možganskem deblu. Pozornost raziskovalcev v zadnjih letih je vzbudil zlasti lokus ceruleus (LC), ki naj bi pri migreni povzročal vaskularne spremembe.

Pri zdravljenju migrene je predvsem pomembno, da bolnik zaužije zdravilo čimbolj zgodaj, vendar šele potem, ko izginejo vsi njeni nevrološki simptomi.

V zadnjem sklopu so se udeleženci pod vodstvom moderatork prim. asist. Mateje Bulc lotili tem, povezanih z osnovno preventivo srčno-žilnih bolezni. V zaključku svojega predavanja je poudarila, da je treba samim zdravnikom omogočiti zdravo življenje (organizirana rekreacija, možnosti rednega strokovnega druženja in razpravljanja o problemih s kolegi itd.). Skupaj z medicinskimi sestrami in profesoriciami zdravstvene vzgoje je predlagala, da kriterij za vključitev v določeno delavnico ne bi smela biti starost.

Hkrati je skupaj z omenjenimi sodelav-

kami menila, da bi bilo potrebno v preventivne dejavnosti vključiti tudi tiste posameznike, katerih tveganje je manjše od 20 odstotkov. Dr. Lolič je predstavil zanimivo študijo o kajenju med Romi. Uporabil je kvalitativno metodo z dvema fokusnima skupinama. Vsi vključeni so bili kadilci.

Izkazalo se je, da je kajenje del romske kulture. Škodljivosti se sicer zavedajo, a prenehati ne nameravajo in poskusne opustitve praktično ni.

Kaj lahko storimo, da bi zmanjšali njihovo navado?

Vzroke lahko iščemo v slabi socializaciji, izolaciji in pomanjkljivi izobrazbi Romov.

Andrea Backovič Juričan, višja fizioterapevtka, je predstavila vlogo telesne dejavnosti v osnovni preventivi srčno-žilnih bolezni. Na nacionalni ravni je osvetlila vlogo CINDI in ŠUS (Športne unije Slovenije).

Glede na število strokovnjakov, ki jih je doslej usposobil CINDI Slovenija (več kot 1.100), pričakujemo dejanske spremembe življenjskega sloga Slovencev v naslednjih petih letih.

Srečanje je minilo v simpatičnem vzdušju. Nova znanja, nova znanstva, novi vtisi. ■

## Skupščina Združenja za ambulantno ginekologijo

### Upravni odbor Združenja za ambulantno ginekologijo

**Ambulantni ginekologi smo se zbrali na svoji prvi skupščini dne 22. 11 2003.**

V strokovnem programu so nam gastroenterologi zelo dobro predstavili kronično vnetno bolezen črevesja v rodni dobi ženske. Še enkrat se jim zahvaljujemo za sodelovanje.

V nadaljevanju je predsednica podala poročilo o ustanavljanju združenja in vseh težavah, ki jih je le to imelo preden se je registriralo pri Slovenskem zdravniškem društvu.

Sledilo je poročilo o dosedanjem delu in viziji Združenja za ambulantno ginekologijo. Prebrali smo pisma, ki smo jih poslali RSK, organom Zdravniške zbornice Slovenije, Zdravstvenemu svetu Ministrstva za zdravje in organom Zdravniškega društva.

Razvila se je živahna razprava kolegov o pomenu našega dela, o vključevanju sester v naše delo in o našem sodelovanju s sekundarno in terciarno ravno. Številni kolegi se čutijo prizadeti, ker po končani specializaciji, kljub veliki želji, niso smeli sodelovati v

bolnišnicah, po tolikih letih pa naj bi le to postalo obvezno. Izražena je bila skrb glede prenašanja osnovnega reproduktivnega zdravstvenega varstva žensk v roke splošnega oziroma družinskega zdravnika ali babic. Izdelana ni nobena študija, ki bi potrdila, da taka sprememba ne bo negativno vplivala na reproduktivno zdravje žensk. Ambulantni ginekologi dosegamo dobre rezultate z delom po dispanzerski metodi dela, poseben poudarek dajemo celostni obravnavi žensk. Državni program ZORA smo zelo dobro zastavili. Vse to bi bilo z morebitnimi spremembami močno ogroženo.

Z veliko večino smo na koncu sprejeli naslednje sklepe:

#### Sklepi:

1. Upravni odbor Združenja za ambulantno ginekologijo in podskupina za ambulantno ginekologijo ZZS sta edina organa z vsemi pooblastili, ki zastopata interese ambulantnih ginekologov in vodita pogovore z

RSK, SZD, ZZZS, MZZ, ZZS, drugimi sekcijami in ostalimi.

2. Zavzemamo se, da specialist ginekologije in porodništva je in ostane edini nosilec preventivnega in kurativnega zdravstvenega varstva na osnovni ravni in kot edini nosilec celostne obravnave žensk dostopen brez napotnice.

3. Upravni odbor ZAG, podskupino za AG ZZS in Zdravniško zbornico se zadalži, da pripravi pravne temelje (pogodbe o delu, zdravstveno varstvo, zavarovanje pri delu in zavarovanje odgovornosti) za sodelovanje s sekundarno in terciarno ravno.

4. Zavračamo prisotnost babic kot nosilec zdravstvenega varstva. Po zakonu o zdravniški službi je zdravnik edini temeljni nosilec zdravstvenega varstva.

5. Kolegi, ki so bili imenovani s strani združenja, nimajo mandata. V primeru, da bomo postali partnerji z omenjenim združenjem, bomo svoje delegate v skupne forume imenovali sami. ■



# Strokovna doktrina Stomatološke klinike

Rok Kosem

Rogaška Slatina je tradicionalno prizorišče strokovnih srečanj, ki jih vsako leto organizira Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije (DZDS). Od 6. do 8. novembra 2003 je tam potekal že sedemnajsti strokovni seminar pod naslovom "Strokovna doktrina Stomatološke klinike", skladno s konceptom, ki se je uveljavil v zadnjih letih.

Sodelavci posameznih Centrov Stomatološke klinike, fakultetni učitelji in asistenti skušajo vsako leto predstaviti strokovni javnosti doktrinarna stališča, novosti, odprta vprašanja in možne odgovore na posameznih področjih stomatologije.

Prof. dr. Ljubo Marion je predstavil protetični sistem ProceraŠ, ki predstavlja protetični del celovitega sistema C&B&I (Crown&Bridge&Implant) blagovne znamke Nobel BiocareTM. Sistem omogoča klasično fiksno protetično oskrbo in implantno protetično oskrbo, njegova posebnost, ki preseneča vse, vajene običajnih laboratorijskih postopkov, pa je izdelava keramičnega ali titanskega ogrodja s pomočjo zmogljive rezkalne enote, nameščene bodisi v New Jerseyu za potrebe Združenih držav Amerike bodisi v Stockholmu za potrebe preostalega sveta. Potrebne podatke se posreduje po elektronski pošti, pridobi pa se jih s skeniranjem individualnega delovnega modela oziroma individualno modelirane implantne nadgradnje ali kar z virtualnim oblikovanjem oblike implantne nadgradnje v računalniku. Značilnosti načrtovanega ogrodja se torej določi z osebnim računalnikom v laboratoriju, kamor se v štiriindvajsetih urah izdelano ogrodje vrne s hitro pošto, čemur sledi fasetiranje ter okluzijsko in estetsko usklajevanje. Sam postopek tako opravičuje uvrščanje opisane sistema v protetiko tretjega tisočletja.

V sodobno protetiko sodi tudi adhezijsko cementiranje. Teorijo in prakso tega postopka, ki predstavlja sodoben način stalnega cementiranja porcelanskih in kompozitnih fiksnoprotetičnih sider, pri katerem se uporab-

lja dentinski adheziv in kompozitni cement, je opisal asist. mag. Čedomir Oblak.

Na velik pomen rednega zbiranja, beleženja in obdelovanja podatkov o ustnem zdravju otrok in mladostnikov je v svojem predavanju opozorila doc. dr. Narcisa Košir. Čeprav predpisi do določene mere opredeljujejo dejavnosti na tem področju, sistem zbiranja podatkov na podlagi sistematskih zobozdravniških pregledov otrok in mladostnikov v celotni Sloveniji posebno v zadnjih letih ne deluje zadovoljivo. Kot pomembna za dobro odzivnost se je izkazala dejavnost specialistov za otroško in preventivno zobozdravstvo v določenem regijskem področju. Vpogled v podatke o boleznosti zob različnih starostnih skupin otrok in mla-

dostnikov za določena časovna obdobja v celjski regiji je bil hkrati prikaz pomena koordiniranega delovanja zobozdravstvene službe na osnovni in specialistični ravni in sodelovanja s službami, zadolženimi za javno zdravje, kar omogoča sistematično izvajanje dejavnosti za krepitev ustnega zdravja in preprečevanje in zdravljenje bolezni v ustni votlini pri otrocih in mladostnikih. Pomemben del teh dejavnosti je prav zbiranje in obdelava ustreznih podatkov.

O generaliziranih okvarah sklenine je pripravila zanimiv prispevek asist. mag. Alenka Pavlič. Pojasnila je vlogo genetskih sprememb kot prirojenih dejavnikov in vplivov okolja kot pridobljenih dejavnikov v etiopatogenezi okvar sklenine in poudarila po-



Prof. dr. Magne Raadal sprejema plaketo za deveto častno predavanje v spomin prof. dr. Jožeta Ranta iz rok predsednika DZDS prof. dr. Uroša Skaleriča.

men dobre anamneze v diagnostiki teh stanj.

Doc. dr. Franek Klemenc je prikazal rezultate ankete, ki sta jo s soavtorico doc. dr. Janjo Jan opravila med udeleženci simpozija, posvečenega zobnim boleznim in endodontiji, aprila 2003. Anonimni vprašalniki so vključevali 27 specifično endodontskih vprašanj, s katerimi sta avtorja želela dobiti podatke o stanju endodontije v Sloveniji. Predstavljeni rezultati so glede na velik odziv udeležencev omenjenega simpozija in na enakomerno distribucijo vzorca v slovenskem prostoru ob predpostavki, da odgovori na vprašanja res odražajo dejansko stanje, avtorjema omogočili sklep, da je raven poznavanja doktrine v zvezi z izvajanjem endodontskih postopkov v Sloveniji zadovoljiva, vendar pa je na marsikaterem področju še veliko možnosti oziroma potreb za izboljšanje stanja.

Prevodna anestezija spodnjega alveolarnega živca, ki naj bi zagotavljala analgezijo kot enega od pogojev za uspešno endodontsko zdravljenje spodnjih kočnikov z vneto pulpo, kljub natančni tehniki vbrizganja anestetične raztopine pogosto ni uspešna, kar je doc. dr. Igorja Potočnika spodbudilo k raziskavam prevajanja po senzoričnem živcu podgane v različnih poskusnih razmerah. Rezultati njegovih raziskav so pokazali, da si neuspeh prevodne anestezije lahko deloma razložimo z zmanjšano učinkovitostjo lokalnega anestetika, kadar deluje na prekratko dolžino živca, kadar živec oživčuje vneto zobno pulpo in z zmanjšano učinkovitostjo anestetika pri starejših organizmih.

Prof. dr. Franc Farčnik je v prispevku, ki ga je pripravil skupaj s sodelavkami asist. dr. Majo Ovsenik, asist. mag. Martino Drevenšek in asist. Sanjo Zupančič, predstavil pogled ortodontske stroke na problematiko čakalnih dob v ortodontiji in možnosti razreševanja le-te. Kot glavni vzrok za predolge čakalne dobe v ortodontiji je navedel na eni strani deklarirane pravice do ortodontskega zdravljenja vsem otrokom in mladostnikom do starosti osemnajst let, na drugi strani pa omejen dostop do teh pravic. Na osnovi spremenjenega stališča do ortodontskih nepravilnosti kot funkcionalnih in morfoloških napak v razvoju zobovja in ne kot bolezni, ki bi jih bilo treba vedno zdraviti, ortodonti razmišljajo o možnosti, da bi s pomočjo strokovno utemeljenih kazalnikov kot je na primer Eismann-Farčnikov indeks, ortodontske nepravilnosti pri posameznikih razdelili v tri kategorije: težke, srednje težke in lahke, kar bi predstavljalo podlago za

kombiniran način plačevanja ortodontske obravnave. Obravnava težkih ortodontskih nepravilnosti naj bi bila za posameznika brezplačna po načelu solidarnosti, medtem ko bi posameznik obravnavo srednje težkih nepravilnosti deloma, lahkkih nepravilnosti pa v celoti, plačal sam ali prek prostovoljnega zavarovanja, kar naj bi poleg racionalizacije porabe sredstev omogočilo tudi skrajšanje čakalnih dob na ortodontsko obravnavo.

Potrebo po podpornem parodontološkem zdravljenju, ki predstavlja integralni del celostnega zdravljenja bolezni obzobnih tkiv poleg sistemskega zdravljenja, higienske faze zdravljenja in korektivnega kirurškega zdravljenja, je izčrpno opredelil prof. dr. Uroš Skalarič. Podporno parodontološko zdravljenje ali vzdrževalna faza je potrebna pri vseh pacientih, ki so zaključili s higienosko in kirurško fazo zdravljenja parodontalnih bolezni, saj so številne študije pokazale, da je le tako možno dolgoročno vzdrževati ozdravljena obzobna tkiva. Ocena potrebe po podpornem parodontološkem zdravljenju je povezana z oceno tveganja za napredovanje parodontitisa po končanem zdravljenju, pri čemer so pomembni številni dejavniki v zvezi s posameznim pacientom, s posameznim zobom in zobno ploskvijo. Poznavanje teh dejavnikov omogoča načrtovanje ustrezne vzdrževalne faze zdravljenja, v kateri je poleg sodelovanja ustrezno izobraženih strokovnjakov potrebno tudi sodelovanje pacienta samega.

Doc. dr. Milan Petelin je predaval o pekočih bolečinah v ustni votlini, ki so lahko pri mnogih pacientih za zdravnika in zobozdravnika zahteven diagnostični in terapevtski izziv, še posebno v primeru sindroma pekočih ust, ki je običajno povezan z nepojasnjenim pojavom pekoče bolečine v ustni votlini, ob pregledu pa ni ugotoviti bolezenskih sprememb na ustni sluznici. Vzroke za pekoče bolečine v ustih je sicer razdelil v lokalne, sistemske in psihogene ter poudaril, da je za ugotovitev, kaj je bolezen povzročilo, potrebno izločanje posameznih vzrokov.

Prof. dr. Nenad Funduk je razpravljal o vzrokih za razmeroma številne pritožbe nad zobozdravnikovim delom, ki jih pacienti naslavljajo na Zdravniško zbornico Slovenije, in o predlogih ukrepov, s katerimi bi le-ta in zakonodajalec zagotovila njihovo ustrežnejšo obravnavo. Izrazil je prepričanje, da pritožbe ne kažejo na padec kakovosti dela v zobozdravstvu po uvedbi zasebnosti, saj naj bi se s tem učinkovitost in kakovost celo po-

večala. Hkrati se povečuje osebno finančno sodelovanje pacientov, kadar se le-ti odločajo za storitve, ki ne sodijo v, s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, zagotovljen program. Večinski prehod zobozdravnikov v zadnjem desetletju iz dotlej javnega zobozdravstva v koncesijsko-zasebno ali v celoti zasebno zobozdravstvo je vplival na dosednji odnos med zobozdravnikom in pacientom predvsem na področju odgovornosti zobozdravnika, ki je v javnem zdravstvenem zavodu institucionalno varovana, pri zasebnem zobozdravniku pa gre za popolnoma transparentno in dokazljivo osebno odgovornost.

V prispevku o laserskem varjenju v stomatološki protetiki je asist. Rok Zupančič predstavil teoretične in praktične osnove postopka, ki ima v primerjavi z lotanjem več prednosti; omogoča združevanje delov konstrukcij tudi iz zelo različnih dentalnih zlitin, predvsem pa ima protetični izdelek boljše mehansko in korozijsko odpornost.

Poleg zobozdravnikov združuje DZDS tudi druge nepogrešljive sodelavce, ki so kot vsako leto tudi tokrat aktivno sodelovali na seminarju. Tako je ga. Marjana Longar predstavila računalniško tomografijo v stomatologiji s stališča inženirke radiologije, zobotehnik g. Dean Zarnik pa laboratorijsko izdelavo elastične gingivalne maske. Ge. Milena Gliha, Valerija Skopec, Marjeta Lunar in Irena Hegler so v programu za stomatološke sestre opozorile na pomen standardizacije higienskih postopkov z drobnimi inštrumenti, z nasadnimi in zobozdravniškimi inštrumenti in s protetičnimi izdelki za preprečevanje tveganja za okužbo bolnikov, zdravstvenih delavcev in okolja.

Svojevrstno obeležje dajejo seminarjem v Rogaški Slatini od leta 1994 dalje memorialna predavanja prof. dr. Jožeta Ranta, ki jih pripravijo ugledni strokovnjaki stomatoloških in s stomatologijo povezanih specialnosti. V preteklih letih so tako predavali prof. dr. Lennart Lagerström (Švedska), prof. dr. Crispian Scully (Velika Britanija), prof. dr. Ingegerd Mejare (Švedska), prof. dr. Gunnar E. Carlsson (Švedska), prof. dr. Zoran M. Arnež (Slovenija), prof. dr. Leif Tronstad (Norveška), prof. dr. Helmut Droschl (Avstrija) in prof. dr. Stephen R. Porter (Velika Britanija).

Po ustaljenem vrstnem redu je letos pripadla čast povabiti predavatelja Centru za otroško in preventivno zobozdravstvo. Prof. dr. Magne Raadal, ki smo ga imeli priložnost

spoznati na kongresih EAPD (European Academy of Paediatric Dentistry), katere predsednik je bil v preteklem mandatu, se je našemu povabilu z veseljem odzval. Prof. dr. Magne Raadal, dekan fakultete v Bergnu na Norveškem, se poleg preučevanja kariesa pri otrocih v zadnjem obdobju še posebej posveča raziskavam na področju težavnega vedenja otrok in mladostnikov v povezavi z zobozdravniškimi posegi ter s tem povezanim čustvenim procesom. V zanimivem predavanju je predstavil številne raziskave in na njih temelječa spoznanja o čustvenem doživljanju v zvezi z zobozdravniškimi posegi, in sicer o strahu kot naravnem in ustreznem

čustvu, o tesnobi oziroma bojznosti kot motnji in o odontofobiji kot posebej opredeljeni duševni motnji. V zvezi z vzroki za nastanek tovrstnih motenj je poudaril, da zobozdravniki za otroke in mladino s svojim pravišnim pristopom do pacienta ne skrbijo samo za ustno zdravje v tem starostnem obdobju, ampak hkrati ustvarjajo pogoje za ustrezen odnos pacientov do zobozdravstvene službe nasploh. Pri tem je opozoril na pomen poznavanja različnih vedenjskih tehnik, uporabe lokalne analgezije in zavestne sedacije v zobozdravstvu ter v določenih primerih tudi uporabe splošne anestezije v sodelovanju z anesteziologi.

S sodelovanjem prof. dr. Raadala na seminarju smo po zaslugi organizatorja, DZDS pod predsedstvom prof. dr. Skaleriča, slovenski zobozdravstveni delavci in še posebej vsi, ki delamo z otroki in mladino, pridobili novega prijatelja.

Nenazadnje je poleg izmenjave strokovnega znanja namen srečanj v Rogaški Slatini tudi s spremljajočimi družabnimi dogodki spodbuditi prijateljsko druženje, ki ga v tako in drugače zapletenem vsakdanu preveč radi zapostavljamo. Vse omenjeno zagotavlja, da se bo tradicija uspešnih seminarjev DZDS s številnimi udeleženci nadaljevala tudi naslednje leto. ■

# Skrb za zdravje mladih v Evropi

Miroslava Cajnkar Kac

**Kakor dama v zgodnjih zrelih letih se je Ljubljana prve septembrske dni odela v povsem nova jesenska oblačila. Od 3. do 5. septembra je namreč skupaj s slovenskimi šolskimi zdravniki in pokroviteljem, predsednikom parlamenta Republike Slovenije, sprejela in gostila čez dvesto zdravnikov iz cele Evrope na 12. evropskem kongresu šolske in univerzitetne medicine.**

**O**d 207 udeležencev je bila ena četrtna Slovencev, veliko je bilo Belgijcev, Fincev, Madžarov in Hrvatov.

Strokovni del je obsegal 59 ustnih predstavitev in 37 posterjev.

Prvi dan je potekal v dvorani Slovenske filharmonije in naslednja dva dneva v predavalnicah Pravne fakultete.

V programu je bilo predstavljenih nekaj najbolj značilnih področij šolske in univerzitetne medicine:

- smernice za programe in preventivne dejavnosti v posameznih državah za to področje;
- vrste organizacije zdravstvene službe za šolarje in študente;



Pred zastavo EUSUHM-a Janja Schweiger, Marisa Višnjevca Tuljak, Mojca Jurčič in Jozica Mugoša



Po otvoritvi sta strokovni del vodila Karel Hoppenbrouwers iz Belgije, predsednik EUSUHM-a, in Kary Pylkkanen iz Finske, podpredsednik EUSUHM-a.

- cepljenje: koledarji cepljenja, vrste cepiv;
- novejši podatki o rasti in razvoju, sekularnem trendu v posameznih državah ter vpliv, na zdravje šolarjev in študentov;
- vplivi okolja na zdravje šolarjev in mladih;
- novosti na področju neželenih oblik vedenja, kot so kajenje, pitje alkohola, prehranjevalne navade.

Vsak sklop se je pričel s plenarnim predavanjem, razen v sredo, ko smo imeli po otvoritvi tri plenarna predavanja. Prvo je imel prof. dr. Pierre Andre Michauld iz univerze v Lusanni o Evidencah na področju preventive in promocije adolescentne medicine in šolske medicine. Iz Finske nam je psihiatrinja Leena Klockars predavala o Razvoju moškega in odnosu oče sin. Tretji predavatelj je bil prof. Pierre van Damme iz Univerze v Antwerpnu, drugače predstavnik SZO za področje cepljenja, ki je predstavil vse modele cepljenja v evropskih državah.

V četrtek je dr. Marc Surche iz urada SZO Benetke predstavil vpliv socioekonomskih determinant na zdravje mladostnikov in dr. Agnes Nemeth iz Madžarske je iz raziskave SHBC predstavila pomen biološkega razvoja ter socialnih odnosov. V petek je doc. Andrej Marušič predaval o samomoru med mladimi. Poleg njega je dr. Giorgio Tamburini iz Trsta, ki je član skupine SZO, ki se ukvarja s področjem vpliv okolja na otroke, predstavil to široko področje v zadnjem, popoldanskem plenarnem predavanju. Namesto predavateljev iz SZO in CDC, ki se žal niso mogli udeležiti kongresa, je Mojca Juričič kot koordinator raziskave v Sloveniji predstavila podatke dr. Wicka Warrena iz

CDC, o svetovni raziskavi o odnosu do tobaka med mladimi - Global Youth Tobacco Survey.

Posebej je bila organizirana okrogla miza o izobraževanju za šolske zdravnike.

Za uvod sta bila predstavljena hrvaški in belgijski model. Slovenski šolski zdravniki smo predstavili novo situacijo in spremembe pri nas. Evropsko združenje nas je podprlo pri vztrajanju proti rušenju dobro delujoče šolske zdravstvene službe v Sloveniji.

Poleg predavanj so si udeleženci ogledali delo v šolskih dispanzerjih in v službi za zdravstveno varstvo študentov. Nad delom in organizacijo so bili navdušeni, kakor vsepovsod po Evropi, kjer smo našo specializacijo in delo predstavili. Pravzaprav se čudijo, zakaj bi tako dobro zastavljeno službo bilo treba spreminjati ali ukinjati po več desetletjih (94-ih letih) uspešnega delovanja.

Strokovni del so ob večerih spremljali pestri kulturni in družabni dogodki.

Na svečani otvoritvi v dvorani Slovenske filharmonije smo po nagovorih in pozdravih domačih in tujih gostov, vključno z županjo mesta Ljubljana, rektorjem ljubljanske univerze, predstavnikom Ministrstva za zdravje, lahko prisluhnili zasanjanim zvokom violin, flavte in klavirja družine Jež Brezavšek. Isti večer, ob prigrizku, nismo mogli zaključiti prijetnega klepeta.

Posebno doživetje je bila večerja na ljubljanskem gradu drugi dan kongresa. Zvezde in šampanjec na grajskem dvorišču, gurmanske dobrote in "divje dobra" glasba mlade violinistke, luči že skoraj spečega mesta pod nami in poseben občutek ponosa, da smo kongres evropskih razsežnosti organi-

zirali slovenski šolski zdravniki, mi verjemite, je izjemno dobro.

Za nemoteno "tehnično" izvedbo je poskrbela agencija Auditoria ter pokrovitelji. Imeli smo tudi glavnega pokrovitelja Krko.

Prisotnost eminentnih strokovnjakov, izbor prispevkov, zbornik, povezavo strokovnih sklopov in tiskovno konferenco z novinarji je ob prizadevanjih organizacijskega odbora odlično koordinirala asis. mag. Mojca Juričič.

Dokončno sodbo in oceno uspešnosti kongresa prepuščam profesorju dr. Pierre Van Damme, ki je po kongresu namenil slovenskim šolskim zdravnikom naslednje sporočilo:

"I would like to congratulate you with the very well organised meeting and interesting programme. The Belgian delegation really enjoyed it. I hope the Slovene medical school system will survive this difficult period and will remain an example for the other countries. Greetings, Prof. Dr. Pierre Van Damme".

Vsi dosedanja kongresi od Amsterdama (1983), Dubrovnika, Budimpešte, Prage, Pariza, Turkuja, Leipziga, Yorka, Louvena, Trondheima, Budimpešte (2001), predvsem pa kongresi od leta 1993 v Leipzigu, ko je bila slovenska sekcija za šolsko medicino sprejeta v evropsko združenje, so nas povezali v veliko družino ter skupino strokovnjakov, ki svoje znanje in izkušnje posvečajo šolarjem, mladim in študentom.

Pridružite se nam čez dve leti, ko bodo organizatorji kongresa hrvaški šolski zdravniki. ■

# Novosti v pediatrični pulmologiji

Matjaž Homšak

Evropska zveza za bolezni dihal (ERS) prireja v zadnjih letih delavnice za dopolnitev znanj iz posameznih področij pulmologije.

Poznane so delavnice o pljučnih funkcijah, malignih boleznih pljuč, slikovni diagnostiki, genetiki ipd. V pozni jeseni je bila na vrsti "poslastica" za pediatre pulmologe, ki so že vpeljeni v diagnostiko in vodenje otrok z boleznimi dihal. ERS je organizirala interaktivno delavnico od 20. do 23. novembra v Barceloni v Španiji.

Že v vabilu so izstopale teme, ki so za pediatre pulmologe zelo pomembne in zanimive. Zajemale so področja slikovne diagnostike pljuč pri otrocih, pljučnih funkcij otrok s provokacijskimi testi, cistične fibroze, možnosti kirurškega zdravljenja pljuč, vodenje astme od diagnoze do zdravljenja, intersticijskih boleznih pljuč, tuberkuloze dihal in seveda osnove razvoja in patofiziologije dihal. Delavnica je imela nalogo vzpostaviti medsebojni sproti dialog med voditelji delavnice in udeleženci, kar je izvrstno uspelo. Izstopali so predvsem s strani udeležencev predstavljeni primeri otrok z različnimi boleznimi pljuč, ki so se navezovali na osnovne teme in sprožali ostre dialoge.

Začeli smo na začetku, z razvojem pljuč. Vsaka motnja v razvoju pljuč, ki nastopi pred koncem četrtega meseca življenja zaradi zaustavi normalen razvoj pljuč. Prizadeta je normalna delitev pljučnega vejevja in končna velikost dihal. Od tega obdobja dalje se razvijajo le končni dihalni predeli, oblikuje se stena dihalnih poti, postopno se pomnožujejo alveoli nekje do tretjega leta starosti. Do adolescence pljuča rastejo le v volumnu. S poznavanjem razvoja pljuč lahko razumemo spremembe, če vemo, kdaj nastopi motnja. Pri prezgodaj rojenih otrocih se negativni vplivi na pljuča (okužba, agresivno nahavanje, nizka gestacija, spol itd.) izražajo v prizadetosti malih dihalnih poti. Posledica je kronična pljučna bolezen - CLD. V zadnjih raziskavah vzorcev pljuč prezgodaj rojenih umrlih otrok ugotavljajo ob ožjih dihalnih poteh tudi večjo maso gladkomišič-

nih celic in čašastih celic v steni dihalnih poti. To vpliva na zaporo dihalnih poti, preodzivnost in težave v izmenjavi plinov.

V slikovni diagnostiki pljuč velja za najosnovnejšo preiskavo rentgenogram pljuč. Zadnji razvoj rentgenskih cevi omogoča izkušenim rentgenskim tehnikom znižati stopnjo obsevanja na 15 do 70 mRad na projekcijo pri uporabi filmov. Z uvedbo digitalnih tehnik beleženja se obsevanje zmanjša na 7 do 15 mRad na projekcijo, omogočeno je procesiranje posnetkov, kljub slabšemu posnetku, brez ponovnega snemanja. Seveda je v obravnavi pljuč otroka danes nujna računalniška tomografija. Omogočen je prikaz parenhima pljuč s tehniko tankih rezov (HRCT), spiralni RT omogoča boljšo obravnavo žariščnih sprememb ali le posameznih rezov (rekonstrukcija), nadgradnje so nato "multislice" in "ultrafast" RT. Ne smemo pozabiti na angiografijo z RT-jem pri žilnih anomalijah pljuč. Vsako obsevanje z X žarki pomeni pri otroku zaradi pričakovanega dolgega ostanka življenja večjo možnost tumorjev. Navadni rentgenogram predstavlja izpostavljenost trem dnevom sevanja naravnega ozadja. Z RT-jem so odmerki obsevanja veliko višji: od pol leta do štirih let sevanja naravnega ozadja v evropskih deželah. Tako je možnost za pojav tumorja pri desetletniku z opravljenim RT-jem kar štirikrat večja kot pri 40-letniku. Od ostalih metod so zelo koristni ultrazvok za prikaz izlivov v pleuralni prostor, oceno timusa, gibanja diafragme, magnetna resonanca za prikaz mediastinuma, žilja in bronhografija za prikaz bronhomalacij (bronh se posede v izdihu).

Preiskave pljučne funkcije so danes najpomembnejše v diagnostiki pljučnih boleznih kot v raziskavah. Osnova je spirometrija. Ta ima pri majhnih otrocih omejene možnosti, zato se pojavljajo številne metode, ki pomagajo pojasniti funkcijo pljuč brez običajnega sodelovanja bolnika. Metode zaje-

majo oceno dihalnega volumna v mirovanju brez sedacije, večina pa omogoča merjenje šele ob spanju otroka. Vedno merimo pretok, volumen v enoti časa in opazujemo krivuljo pretoka. Poznamo dihalno induktivno pletizmografijo (RIP), telesno pletizmografijo dojenčkov (s stiskom prsnega koša v sedaciji), merjenje upora z metodo prekinitve (Rint), oscilacijske tehnike itd.

V zdravljenju cistične fibroze (CF) se je podaljšalo preživetje zaradi uporabe boljših zdravil in agresivnejšega zdravljenja. Sam defekt v delovanju kloridnega kanala (CFTR) povzroči spremembo električnega potenciala celice, povečano resorbpcijo vode iz dihalnih poti in povečano adherenco bakterij *Pseudomonas aeruginosa*. Ta bakterija je ključna pri ohranjanju kroničnega vnetja in sprememb v tkivu pljuč, ki mu sledijo. S spremembami električnega potenciala pod vplivom zdravil se zmanjša adherenca omenjene bakterije na epitelne celice, izboljša se slika bolezni. Tak učinek je potrjen po Na-4-fenilbutiratu na poskusni živali. Po razočaranju in neuspelem transferju normalnega proteina CFTR v pljuča se poskuša popravljati defekt z infuzijo matičnih zarodnih celic, kar je še v fazi testiranja. Zaenkrat je v letu 2002 potrjeno, da so v zdravljenju CF zelo pomembni makrolidi, saj se je ob večmesečni zaščiti z azitromicinom zelo zmanjšalo število poslabšanj, izboljšala se je funkcija pljuč, kakovost življenja in otroci so precej pridobili na teži. Makrolidi delujejo tako protivnetno kot imunomodulatorno. Nastopila je potreba po reviziji dejavnikov za postavitev diagnoze CF. Danes ni dovolj kloridni test, potrebna je analiza DNA, pregled pri družinskih članih, iskanje drugih defektov genetskega zapisa (polimorfizmi, modificirajoči geni). Poznani so primeri s tipično klinično sliko a brez pozitivnih testov, ki so nujni za diagnozo. Vodilo zdravniku naj bo zmeraj klinika in ne rezultati laboratorijskih testov.

V pediatriji ne moremo mimo astme. Diagnoza je še vedno težavna in lahko prehitra. Zmeraj je pomembna anamneza in simptomatika. Ob tem so poznane določene napake, ki jih opažajo po analizah dela otrok z astmo. Staršem ni poznano, kaj je piskanje pri otroku. Pripoved o dogajanju se bo povsem razlikovala, če jo pripoveduje otrok ali starš. Velja 55 odstotno neujemanje opisov bolezni s strani starša in zdravnika. Še zmeraj obstoja glavni problem mišljenja, da je kašelj astma. Ponavljajoč kašelj se pojavlja le v 20 do 25 odstotkih primerov šolskih otrok z astmo. Zanimivo je dognanje, da na vprašanje ali otrok težko vdahne ali izdahne (značilnost astme) v veliki večini primerov starši potrjujejo, da otrok težko vdahne.

Posebno vprašanje so otroci mlajši od dveh let. Pozornost naj bo posvečena možnim diagnozam ponavljajočih okužb zgornjih dihal, težavam od rojstva, ki nakazujejo kronične bolezni pljuč ali določene redke prirojene bolezni, motnje imunske obrambe ali anomalije dihalnih poti. V primerih anamneze astme in/ali alergij v družini, odziva na bronhodilatator, potrjenih sprožilcev, kot je napor, hladen zrak in infektov, je potrebno izpeljati določene diagnostične postopke ocene pljučne funkcije, preodzivnosti dihal, alergije in končno v nejasnosti izpeljati tudi bronhoskopijo z biopsijo. Zelo pomembno je upoštevati podatek o kajenju v družini, ki ima najpomembnejši vpliv na piskanje v zgodnjem otroštvu in zagotoviti prekinitev kajenja v družini.

Otroci v tej starostni skupini so tudi zanimivi v terapevtskem ukrepanju. Zmeraj prilagajamo odmerke starostni skupini in telesni masi. Ker predstavljajo inhalacijski kortikosteroidi (IKS) osnovo zdravljenja pri astmi, se moramo zavedati, da z odlašanjem navedene oblike zdravljenja povečamo možnost slabega nadzora bolezni. Temu sledi postopno slabšanje pljučne funkcije in poveča možnost težkega poslabšanja. Količina vdihnjene IKS je toliko manjša, kolikor manjši je otrok. Danes se priporoča začetno zdravljenje z vsaj 250 do 500 µg ekvivalenta budesonida dnevno v dveh odmerkih. Šele ko dosežemo dobro kontrolo bolezni, se priporoča dajanje enkrat na dan. Ob tem je pomembno upoštevati tudi podatke naslednjih rezultatov: ob uvedbi IKS se prvi učinek pozna z upadom izdihanega NO (nekaj dni), nato prenehanje simptomov (tedni), z meseci se

izboljšajo pretoki v dihalih (FEV1). Zmanjšanje bronhialne preodzivnosti (BHR) se kaže šele po dveh letih zdravljenja. Kdaj torej zaključiti zdravljenje pri otroku?

Kako je s stranskimi učinki? Večina raziskav ni pokazala dolgoročnega vpliva na rast. Rast je pri zdravljenju z IKS resnično upočasnjena, posebej če gre za zdravljenje blage intermitentne astme. Končna višina navadno ni zmanjšana. Pri težjih oblikah je kontrola simptomov in preprečevanje nočnih hipoksij v ospredju pred izgubo nekaj centimetrov prirastka v več letih, ki jih otroci kasneje nadoknadijo. Kadar bolniki prejmejo IKS enkrat na dan, je najmanjši učinek na hipofizno-adrenalno os pri odmerku v jutranjih urah.

Večina otrok z astmo ima težave ob naporu, posebej ob slabi kontroli bolezni. S fizično dejavnostjo otroci izboljšajo aerobno zmogljivost organizma, kar pomeni boljše koriščenje vdihanega kisika, ni pa poslabšanja bronhialne preodzivnosti, vrednosti pretokov ali kliničnih poslabšanj. Otroku se zelo izboljša kakovost življenja.

Sledile so teme o vnetnih boleznih pljuč (ILD) pri otrocih, ki so zelo redke. Klasifikacija je v nastajanju s priporočili, da se ti otroci vodijo v centrih, ki imajo največ izkušenj z nadzorom takšnih bolnikov. Ker veliko teh otrok postane po daljšem obdobju odvisna od dodatnega zdravljenja s kisikom ali celo nadihavanjem na domu, smo preleteli možnosti dihalne podpore v domačem okolju. Iz raziskav v določenih laboratorijih je pomembno bolnikom zmanjšati dihalno delo, kar ne dosežemo z dodatkom kisika v vdihanem zraku, ampak šele s pomočjo pozitivnega tlaka konec izdiha ali celo z nosno IPPV.

Delavnice se je udeležilo veliko kolegov iz Daljnega vzhoda. Pri njih je tuberkuloza pogost problem. Pogovor je tekkel o smernicah zdravljenja otrok. Velika večina zahodnoevropskih držav, ki sprejema veliko priseljencev iz teh področij ustanavlja posebne centre za zdravljenje otrok s tuberkulozo. Doktrina se vse bolj nagiba k širitirnemu (tuberkulostatiki) zdravljenju otrok, a so še uspešni z običajnim trotirnim zdravljenjem. Cepljenja v glavnem odsvetujejo, predvsem zaradi lažje potrditve diagnoze. Testi potrditve okužbe z *M. tuberculosis* temeljijo bolj

na dokazu specifičnih protiteles proti proteinom na mikobakteriji (MPT32 in GlcB protein) in z dokazom ESAT-6 specifičnih limfocitov T (ELISPOT) z encimsko tehniko. Posebno poglavje so nato netuberkulozni bacili, ki so velikokrat rezistentni, zdravljenje pa je dolgotrajno. Posebej moramo biti pozorni na omenjene povzročitelje v primerih imunodeficientnih stanj.

Končali smo pri anomalijah pljuč. Tudi tukaj je diagnostika zapletena, predvsem pa je potrebno pretehtati koristi v prid terapevtskem ukrepanju. Pomembno je natančno opredeliti in spremljati funkcijo pljuč in predvideti, če bomo z zapletenimi terapevtskimi ukrepi resnično izboljšali delovanje pljuč in prispevali h kakovosti bolnikovega življenja.

Ponovno se potrjuje, da imamo slovenski pediatri pulmologi dovolj znanja tudi za obravnavo težjih bolnikov. Uspešni smo v spremljanju in nadzoru bolnikov s CF, izpeljemo lahko transplantacijo pljuč. Diagnostika astme večjih otrok je dobra in moderna, a smo zaradi počasnega zbiranja sredstev še vedno v repu evropskih držav, ki lahko spremlja funkcijo pljuč majhnih otrok. Na srečo je tuberkuloza v naši državi manjši problem in nanjo ne pozabljamo. ILD so prej izjema in poznamo le posamezne primere in še ti so povezani s sistemskimi boleznimi. Menim, da je potrebno v prihodnje dopolniti tehnološki zaostanek, izboljšati povezanost pediatrov pulmologov v deželi in izpeljati raziskave, ki naj potrdijo pravilnost zdravljenja, zlasti majhnih otrok. Odprt je problem presejalnih testov posebej za CF. ■



# DENVER II Slovenija v Sloveniji

Martin Bigec

Denver II Slovenija je presejalni test za spremljanje otrokovega razvoja od rojstva do šestega leta starosti.

O bsega 125 testnih enot, ki zajemajo štiri področja otrokovega razvoja: govor in razumevanje besed, fina motorika in koordinacija gibov, socializacija in razvoj samostojnosti ter groba motorika. Test je nastal konec 60-ih let v Združenih državah Amerike v mestu Denver. Po njem mu je dal ime avtor testa prof. William K. Frankenburg. Uporablja se v več kot 50-ih državah, v 16-ih je tudi standardiziran na specifične pogoje življenja otrok, prehrano, strukturo in življenjski slog družine. Standardizacijo smo v Sloveniji opravili v letih med 1999 in 2001. Zajela je 1.650 otrok v štirih centrih v Sloveniji: Koper, Ljubljana, Velenje in Maribor. Uporabili smo metodo naključnega izbora otrok v vnaprej postavljenimi pogoji: rojeni ob terminu, normalen porod, zdrave in izobrazba matere. Istočasno smo izvedli obsežno anketo o življenjskem slogu otrok in družine. Vse otroke smo tudi antropometrično izmerili po standardni antropometrični metodi. Starši so dovolili sodelovanje otrok s pisnim potrdilom. Izdelali smo računalniški program za izbiro otrok iz enotne baze cepilnih obveznikov. Preko spleta smo vodili in ustvarili enotno bazo testiranih in pregledanih otrok. Program je v raziskovalnem pogledu unikaten na slovenskem področju. Sledile so dolgotrajne statistične analize dobljenih podatkov. Rezultate smo predstavili v Denver Development Material Center in s pomočjo prof. H. Shapira evidentirali pomembne razlike med posameznimi dobljenimi vrednostmi. Sledilo je obdobje, ko smo izdelali testni obrazec, priročnik in sestavili testni komplet. S tem je bila druga faza uvajanja testa v Slovenijo zaključena. V jeseni leta 2002 smo pričeli z izobraževanjem izvajalcev testa. Izvajalci testa so

vsi pediatri, drugi zdravniki in medicinske sestre, ki izvajajo preventivni program po enotni doktrini in je financiran s strani ZZZS, objavljen pa v Uradnem listu v Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (UL RS št.19, 12. 3. 1998, str: 1253 - 1282). Prvo pilotsko izobraževanje smo izvedli v Učnem centru Velenje, sledili so Učni center Maribor in učni center Koper. Zaradi velikega števila izvajalcev in izraženih želja, smo nekaj tečajev opravili tudi v Ljubljani in Naklem. Tečaji so organizirani po standardiziranem načrtu, ki ga predpisuje Denverski razvojni center. Zaključni se s teoretičnim in praktičnim preverjanjem znanja in podelitvijo certifikata. Veljavnost certifikata je tri leta, po tem času je potrebno opraviti ponovni preizkus. Vsi tečajniki, ki so opravili izobraževanje, so bili z našim delom zadovoljni. Test in pripomočki niso v prosti prodaji. Možno je dokupiti samo izgubljene in poškodovane pripomočke v Učnih centrih. Z zaključnim izobraževanjem v spomladanskih mesecih leta 2004 bomo sestavili tudi listo iz-

vajalcev testa, ki jo moramo posredovati na ZZZS. Plačevanje testa je vključeno v redni sistem plačevanja zdravstvenih storitev za preventivno dejavnost. Do sedaj so nadzorni zdravniki neizvajanje testa spregledali, ker so čakali na njegovo implementacijo. Po zaključenem postopku uvajanja testa v slovenski prostor bo njegovo izvajanje tudi sestavni del rednih strokovnih in finančnih nadzorov.

V Spomladanskih mesecih bodo centri opravili še naslednje tečaje: Učni center Koper, 20. - 22. maj 2004, Učni center Velenje 1. - 4. aprila 2004, Učni center Maribor 12. - 14. februar 2004. Tečaji v Ljubljani ali v Naklem bodo organizirani odvisno od števila prijav in po dogovoru. Po tem obdobju bodo termini samo dvakrat na leto. Iskreno čestitamo vsem izvajalcem, ki so si pridobili licence, vsem tečajnikom, ki še niso opravili preizkusa znanja pa sporočamo, da morajo preizkuse opraviti najkasneje v roku šest mesecev po zaključenem izobraževanju. Vsem, ki se za izobraževanja niste odločili, pa želimo, da se nam čim prej pridružite.



Prizor iz praktičnega izobraževanja iz DENVER II Slovenija v Vrtcu na Poljanski cesti v Ljubljani novembra 2003

## Delovna skupina Denver II Slovenija

Martin Bigec, vodja delovne skupine in inštruktor, David Neubauer, strokovni sodelavec in koordinator s RSK za pediatrijo in inštruktorice: Milena Frankič, Ivanka Limonšek, Alenka Melink, Alojzija Čepin, Margareta Seher Zupančič, Beisa Žabkar in Boris Jelen, zunanji strokovni sodelavec. ■

# Zdravljenje kroničnih ran v Sloveniji: med umetnostjo in nočno moro

Ana Benedičič Pilih, Tanja Planinšek Ručigaj

Enodnevni seminar z mednarodno udeležbo "Sodobna oskrba kroničnih ran" je v Kranju 28. 11. 2003 organiziralo Društvo za oskrbo ran Slovenije, ki je od leta 2000 eno izmed članov Evropske zveze za oskrbo ran.

Simpozij je bil organiziran v treh sklopih: Spoznajmo se, Dostopnost sodobnih oblog, Evropske smernice za sodobno oskrbo ran.

V sklopu **Spoznajmo se** je bila poleg Društva za oskrbo ran Slovenije (DORS) in Delovne skupine za sodobno oskrbo ran pri Gospodarski zbornici Slovenije (GZS) predstavljena organizacijska shema European Wound Management Association (EWMA) in njen razvoj.

V Sloveniji na področju zdravljenja ran delujeta dve organizaciji: Društvo za oskrbo ran Slovenije in Združenje za zdravljenje ran Slovenije. Člani obeh so zdravniki in medicinske sestre. Obe društvi sta bili ustanovljeni oktobra 2001 in delujeta na enakih temeljih. V letošnjem letu si številni člani obeh društev prizadevajo, da bi se društvi združili v eno, ki bi delovalo pod okriljem EWMA.

Delovna skupina za oskrbo ran pri GZS je nastala v okviru Združenja za trgovino kot prizadevanje sekcije trgovcev z zdravili in medicinskimi pripomočki, da postanejo stroki enakoverden partner v procesih uveljavljanja sodobne doktrine oskrbe ran in omogočijo dostopnost potrebnih pripomočkov. V letošnjem letu je delovna skupina v sodelovanju trgovcev na debelo pripravila in na spletnih straneh GZS objavila enotno klasifikacijo materialov za oskrbo ran (<http://www.gzs.si/DRNivo3.asp?IDpm=7572>).

Evropska zveza za zdravljenje in oskrbo ran (EWMA) je bila ustanovljena leta 1991 na konferenci v Cardiffu z namenom, da združi klinične izkušnje zdravnikov in medicinskih sester ter znanstvena odkritja raziskovalcev in farmacevtov v procesu celjenja ran. Danes pod njenim okriljem delujejo organizacije iz dvajsetih evropskih držav, ki skupno pomagajo pri organizaciji konferenc o zdravljenju ran po Evropi, pri izobra-

ževalnih programih in raziskavah v zvezi z epidemiologijo, patologijo, diagnostiko, zdravljenjem in preventivo akutnih in kroničnih ran različne etiologije, pa tudi o stroškovni učinkovitosti posameznih načinov zdravljenja. Za Slovenijo so iz široke dejavnosti EWMA pomembni zlasti glasilo EWMA Journal, ki izhaja dvakrat na leto, dokumenti o uradnih stališčih EWMA v petih nacionalnih jezikih (doslej o bolečinah pri prevezah in o kompresijski terapiji) ter letne konference, seminarji in raziskave.

Do sedaj je EWMA organizirala mednarodne konference v Stockholmu (2000), Dublinu (2001), Granadi (2002) in Pisi (2003). Na konferenci v Dublinu je J. Somrak, viš. med. ses., v predavanju predstavila Organiziranost flebološke dejavnosti v Sloveniji. V Pisi so bili prispevki iz Slovenije zastopani v obliki predavanj (H. K. Perić: Pogled medicinske sestre na bolečino in travmo ob menjavi oblog; T. Planinšek Ručigaj, M. Košiček: Učinkovitost terapije s kratkoelektičnimi povoji pri limfedemih in flebolimfedemih) in s posterji (Z. Kramar, A. Lah, O. Mertelj: V. A. C. - metoda izbire pri zdravljenju ran; O. Mertelj, V. Jurekovič, Z. Kramar, M. Rustja: Regionalna anestezija za lajšanje bolečin pri pacientih z ranami zdravljenimi z V. A. C. sistemom; S. Muri: Dekubit us pri dermatološkem pacientu; C. Triller, Z. Parač, D. Smrke: Učinkovitost kolagenaz v zdravljenju hospitaliziranih pacientov z ranami).

V Sloveniji oskrba kroničnih ran številnim bolnikom in zdravstvenemu osebju, ki sodeluje v njihovi oskrbi, pomeni vsakodnevno nočno moro. Čeprav je zadnja leta tudi v Sloveniji mogoča oskrba s sodobnimi materiali, ki omogočajo manj boleče preveze ran in dopuščajo celo preveze na nekaj dni, hkrati pa pospešujejo celjenje, pa je ve-

čini bolnikov dostop do teh materialov onemogočen zaradi visoke cene, ki jo morajo v celoti kriti sami. Le deloma je v Sloveniji omogočen dostop do sodobnih oblog za celjenje kroničnih ran na temelju načel "vlažnega celjenja" v okviru uporabe v javnih zavodih in preko patronažne službe. V tujini nakup teh materialov zaradi dokazane klinične in stroškovne učinkovitosti v celoti ali vsaj delno krije zdravstveno zavarovanje. V povezavi z ustreznim izobraževanjem, ki bi bilo temelj za pridobitev dovoljenja za predpisovanje, bi bilo potrebno čimprej omogočiti večjo dostopnost teh materialov tudi slovenskim bolnikom. Gospod Henrik Nielsen (generalni sekretar EWMA) in dr. Peter Franks sta s predstavniki Društva za oskrbo ran Slovenije, Združenja za zdravljenje ran Slovenije in predstavniki Delovne skupine za oskrbo ran pri GZS 26. in 27. 11. 2003 predstavila problematiko oskrbe kroničnih ran na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in na Ministrstvu za zdravje, kjer so pokazali veliko zanimanje za to področje.

V sklopu predavanj **Dostopnost sodobnih oblog** je bila poleg dejavnosti za strokovno uporabo in boljšo dostopnost predstavljena klasifikacija sodobnih materialov za oskrbo ran, ki jo je pripravila Delovna skupina za sodobno oskrbo ran pri GZS. Podlaga za strokovno izvajanje oskrbe ran bodo protokoli, ki jih oblikuje stroka (doslej so oblikovani protokoli o splošnem pristopu k ranam, o oskrbi venskih razjed in o oskrbi razjed na diabetični nogi), potrdil pa naj bi jih Zdravstveni svet Slovenije. Predavanje Klinična ocena kronične rane kot osnova za izbiro oblog je uvedlo v predstavitev klasifikacije sodobnih materialov za oskrbo ran ter predstavitev značilnosti in indikacij za posamezne skupine oblog. Predavanja o dostopnosti sodobnih oblog v bol-



nišnici, v domačem okolju in v socialnih zavodih so pokazala trenutne razmere v uporabi in dostopnosti obravnavanih materialov v Sloveniji. Dostopnost oblog je v bolnišnicah odvisna od vključevanja teh materialov v javni razpis, v domačem okolju pa jo poleg finančnih dejavnikov omejuje tudi slabo poznavanje oblog s strani zdravnikov in nezadostno opredeljene pristojnosti drugih zdravstvenih delavcev.

V sklopu predavanj **Evropske smernice za sodobno oskrbo ran** je bilo predstavljeno stališče EWMA- o bolečini pri prevezi ran in o kompresijski terapiji. Najpogostejše in največje bolečine pri prevezah povzročajo odstranjevanje zasušene preveze iz gaze. Čeprav z uvajanjem sodobnih neadherentnih oblog preveza rane postaja manj boleča, se številni bolniki še vedno najbolj bojijo prevezovanja. Zato se uvajajo različni postopki analgezije in iščejo novi materiali, ki bi bili manj adherentni. Danes najmanj bolečin povzročajo preveze iz mehkih silikonskih oblog, relativno neboleče pa so tudi preveze s hidrogeli in alginati.

Stališče EWMA o kompresijski terapiji je njen predstavnik, dr. Peter Franks, predstavil z vidika stroškovne učinkovitosti. V okviru obstoječih sredstev se je v izračunih stroškov zdravljenja bolnikov z venskimi razjedami pokazalo, da v primerjavi 100 bol-

nikov, zdravljenih brez kompresije, lahko z dodatno kompresijsko terapijo pozdravimo 77 bolnikov več oziroma so skupni stroški (preveze, kompresijski material, prostor, čas izvajalca, zdravljenje zapletov) pri posameznem bolniku za 44 odstotkov nižji, če je v zdravljenje vključena ustrezna kompresijska terapija. Klinično učinkovitost in potrebo po kompresijski terapiji venskih in mešanih razjed je predstavila dermatologinja Metoda Košiček, dr. med.

Sledilo je še nekaj predavanj o aktualnih razmerah na področju prevez ran v Sloveniji. Raziskava o stališčih medicinskih sester pri prevezah ran je pokazala, da je tudi v Sloveniji zmanjšanje bolečine pri prevezi rane osrednja naloga medicinskih sester. Le-te podobno kot v tujini bolečino pri prevezi še vedno najpogostejše skušajo zmanjšati z namakanjem oziroma vlaženjem preveze, čeprav zaradi možnosti vnašanja okužbe v rano to strokovno ni najboljša rešitev. Bolje bi bilo uporabljati več neadherentnih oblog za preveze, uveljavljajo pa se tudi različni postopki lajšanja bolečine, od ustrezne priprave bolnika s pogovorom, uporabe peroralnih analgetikov, do redkeje potrebnih posebnih postopkov regionalne anestezije, ki so bili predstavljeni v zadnjem predavanju.

Iz burnih razprav po vsakem sklopu predavanj naj omeniva le nekaj temeljnih pou-

darkov: oskrba ran je področje, ki zahteva multidisciplinski in skupinski pristop; za uspešno delo je potrebno sodelovanje različnih strok in kadrov; zaradi potreb skupinskega dela je smiselno, da tudi strokovno društvo oziroma združenje združuje različne profile zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo pri oskrbi ran, ne glede na vrsto oziroma raven izobrazbe; uporaba sodobnih materialov v oskrbi ran je stroškovno učinkovita in so zato upravičena intenzivna prizadevanja, da bi ZZZS povrnil bolnikom denarna sredstva za nakup teh materialov; stroka bo z uvedbo usmerjenih izobraževanj za zdravstvene delavce na področju oskrbe ran omogočila širjenje potrebnega znanja, ki bo osnova za dodelitev licence za predpisovanje sodobnih materialov za oskrbo ran na naročilnico ZZZS za tehnični pripomoček; zaradi zagotavljanja stalne dosegljivosti sodobnih sredstev za oskrbo ran je smiselno tudi nenehno sodelovanje stroke s predstavniki dobaviteljev.

Seminar se je zaključil s sestankom vodstva DORS, ki se je dogovorilo o nadaljnjih dejavnostih društva ter objavilo naslov, kamor lahko vsakdo pošlje svoje predloge, ki se dotikajo tematike oskrbe ran (WMAS-DORS, kontaktna oseba: gospa Helena Kristina Peric, SIMPS, Motnica 3, 1236 Trzin). ■

# Novosti na področju magnetne resonance

Eveline Sodja

Z največjim veseljem sem sprejela štipendijo Mednarodnega združenja za magnetno resonanco v medicini, ISMRM (International Society for Magnetic Resonance in Medicine) za udeležbo na njihovem 11. kongresu v Torontu v Kanadi od 10. do 16. julija 2003.

Kongres je bil prvotno napovedan v mesecu maju, vendar so ga zaradi izbruha sarsa morali prestaviti za dva meseca. Tudi julija je bilo stanje sarsa v Torontu negotovo. Prijavljeni smo dvomili, če je smiselno potovati na kongres zaradi last-

ne varnosti in varnosti na domači zemlji, ko bi se vrnil. V Torontu pa je bila podoba življenja nekoliko drugačna, kot so nam jo prikazali mediji. Večina ljudi je normalno delala in živela. Posel jim je na mnogih področjih upadal, predvsem zaradi medijskega šir-

jenja nevarnosti sarsa. Zato so bili Torontčani odkrito nevoljni na eni strani nad posamezniki, ki se niso držali predpisane karantene, in na drugi nad javnimi mediji, ki so z razpihovanjem slabih novic kvarili njihov ugled po svetu.

Kongres je bil organiziran v "Convention Centre" sredi mesta Toronto. Kljub virusu sarsa se ga je udeležilo približno 3.000 zdravnikov, fizikov, inženirjev, biokemikov in tehnoloških delavcev iz 60-ih držav sveta in z več kot 3.500 prispevki. Število prispevkov naj bi na letošnjem srečanju presegalo dosedanje. Iz Slovenije smo se udeležili kongresa z dvema prispevkoma, in sicer doc. dr. Igorja Serša iz Inštituta Jožef Stefan (Ljubljana) ter prof. Dušana Šuputa z Inštituta za patofiziologijo (Medicinska fakulteta, Ljubljana). Na kongresu je dva prispevka predstavila tudi zdravnica slovenskega porekla, dr. Mateja de Leonni Stanonik, ki deluje na Univerzi Tennessee v ZDA, kjer s pomočjo funkcionalne magnetne resonance raziskuje nevrodegenerativne ter psihiatrične procese v možganih. Dr. Mateja de Leonni Stanonik s svojo skupino razvija tudi nove metode hitrih tehnik slikanja s T2 časom, nove perfuzijske tehnike, BOLD tehnike in uporabo novih kontrastnih sredstev.

Program za štipendiste je namenil vsakemu nagrajencu mentorja iz vrst rednih članov združenja, s katerim je lahko razpravljal o izobraževalnem programu in o znanstvenih možnostih na kongresu. Moj mentor je bil dr. Denis Le Bihan iz bolnišnice Frederic Joliot v Orsayu (Francija). Je eden zgodnjih raziskovalcev magnetnoresonančne (MR) spektroskopije.

Kongres je pokrival teme iz vseh obstoječih področij MR, od raziskovanja zdravljenosti z MR do MR-mikroskopije in je bil usmerjen zelo znanstveno. Z obiskom tega kongresa smo bili udeleženci obilno seznanjeni z najnovejšim razvojem in rezultati na področju slikanja z MR in MR-spektroskopije. Predstavili so pomen novo odkritih metod slikanja z MR in MR-spektroskopije na klinično delo pri diagnostiki bolezni in pri delu v biomedicini. Predstavili so trenutno stopnjo naravoslovne znanosti, ki se ukvarja s pridobivanjem MR slik in njihovo in-

terpretacijo. Podrobno so prikazali dosednji razvoj MR, MR-spektroskopije in kontrastnih sredstev ter predstavili trende za prihodnost. S pridobljenim znanjem smo lahko ocenili možen vpliv znanosti na lastno diagnostično, klinično in znanstveno delo v domačih ustanovah. Na koncu tega kongresa so organizatorji od nas pričakovali, da bi morali znati opisati klinične indikacije za slikanje z MR in opisati prikazane spremembe na slikah možganov, trebušnih organov, srčno-žilnega in mišično-skeletnega sistema.

Najraje sem obiskovala predavanja s področja MR slikanja trebuha, predvsem sečil in male medenice. Kakovost MR slik trebuha in male medenice še vedno zaostaja za MR slikami možganov in mišično-skeletnega sistema. Pomembni razlogi so artefakti ob gibanju (dihanje, peristaltika in srčni utrip) in pomanjkljivosti tuljav za slikanje teh predelov telesa, ki bi naj zmanjšale nastajanje te vrste artefaktov. Na predavanjih so prikazali tehnični razvoj tuljav, 3D tehnike in hitrih tehnik slikanja s T2 časom, razvoj perfuzijske tehnike, BOLD tehnike in novih kontrastnih sredstev. Zanimivo je, da lahko z MR preiskavo prikažemo ne samo strukturo, temveč tudi funkcijo organov. Z zanimanjem smo sledili raziskavam funkcionalnega slikanja trebušnih organov, maternice, medeničnega dna, meritvam ledvične perfuzije in njene funkcije z MR. Zdravljenje materničnih miomov s fokusirano ultrazvočno ablacijo vodijo z MR slikanjem. Predstavili so uspeh pri diagnozi renalnih tumorjev in pri predoperativnem vaskularnem mappingu s pomočjo MR. Z MR limfangiografijo poskušajo določiti zgodnje znake za odkrivanje vnetno ali rakasto obolelih bezgavk v mali medenici. Večer sem običajno zaključila s poslušanjem priljubljenega 3D-vizijskega spektakla o MR fiziki in MR tehnologijah za zdravnike.

Med poslušalci je bilo največ zanimanja za predavanja iz področja nevroradioloških predavanj, predvsem funkcionalnega slika-

nja, difuzijsko tenzorskega slikanja, MR spektroskopije in vaskularnih intervencij. Na skupnih predavanjih je bilo tudi zanimivo. Pri opoldanskih simpozijih smo po ameriško med poslušanjem predavanj jedli kosilo iz "lunch boxa" in pili "pop". Jutranja plenarna predavanja so imela bolj splošno temo: npr. slikanje pri nekaterih kroničnih boleznih, varnost pri slikanju z MR, razvoj radiofrekvenčnih tuljav in paralelnih tehnik, MR slikanje ishemične bolezni srca ali slikanje mikrookolja tumorjev. Opoldanska skupna predavanja pa so imela navdih komercialnosti in futurizma - novi frontirji v MR tehnologiji in novi horizonti, velika razprava o protokolih, spreminjati svet, ki ga vidimo s pomočjo MR na vseh področjih. Med kosilom smo sledili razpravam, ki so potekale med znanstveniki konkurenčnih univerz ali farmacevtskih firm in ki so tekmovali med seboj za privlačnejši nastop v čim lepši luči. Častno Lauterburjevo predavanje je pripravil Nobelov nagradjenec Norman Ramsey. Predstavil je življenjski opus svojega učitelja, znamenitega znanstvenika in raziskovalca Isidorja I. Rabija, ki je s svojo ekipo zaslovel po zgodnjih raziskavah fenomena magnetne resonance.

Namen sem imela, da bi se udeležila tega kongresa in prišla domov polna novega znanja, vendar sem bila bolj zbegana in utrujena od naprežanja, da bi predavanjem sledila zaradi neverjetne znanstvene ravni kongresa. Tri četrt snovi sem verjetno slišala prvič. Lekcija je bila koristna. Hvaležna sem vsem, ki so mi obisk kongresa omogočili, za vsak pogovor z udeleženci kongresa in svojemu mentorju dr. Le Bihanu. Nova odkritja v znanosti so plod predvsem individualnega dela in sreče. To je razvidno iz majhnega dogodka, ki sem ga doživela v vrsti za vzpon na CN tower. Nemški znanstvenik je opisal, kako ga je med prhanjem spreletela ideja o FLASH sekvenci. Fenomenalno je skrajšal sekvenco za MR slikanje od 40 na štiri minute...

*Spletna stran Zdravniške zbornice Slovenije*

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

# Srečanje zdravnikov gorskih reševalnih služb alpskih držav

Jože Četina, Mitja Četina

18. novembra 2003 je v kongresni palači v Innsbrucku potekalo 18. redno srečanje zdravnikov gorskih reševalnih služb alpskih držav.

Udeležba je bila tradicionalno visoka. Več kot 500 poslušalcev, poleg zdravnikov tudi laičnih gorskih reševalcev in članov reševalskih organizacij Rdečega križa, je dodobra napolnilo kongresno dvorano.

**Tematika je bila razdeljena na tri poglavja:**

1. helikoptersko reševanje v gorah,
2. sodobne kontroverzije v terapiji šoka,
3. praksa pri pomoči v gorah.

Zahteve, ki se postavljajo zdravniku-letalskemu reševalcu, so visoke in daleč presegajo znanje medicinske prve pomoči. Zdravnik mora biti vsestransko usposobljen. Tako mora biti tudi v težkih okoliščinah sposoben priti do poškodovanca, kar pomeni, da mora imeti psihofizično kondicijo, znati se mora gibati po najtežjem terenu, ravnati z vrvjo, vozli, vponkami in drugo opremo, sodelovati pri vzpostavljanju sidrišča, biti mora sposoben prekontrolirati tudi soreševalce (partnercheck), znati se mora ravnati na plaziščih, uporabljati dereze in cepin ter nositi medicinsko opremo med smučanjem.

Število helikopterskih nesreč med reševanjem po letu 1970 upada, sicer z zobcem med leti 1992-1994. Helikopterji so tehnično vedno bolj izpopolnjeni, tako da so vzroki za nesreče redkeje tehnične napake in sorazmerno vedno bolj prevladuje človeški faktor (okoli 80 odstotkov). Slabo poznavanje terena, težave, ki nastanejo zaradi višine in stresa, motnje vida, precenjevanje samega sebe, podcenjevanje okoliščin na terenu itd. Vse navedeno je lahko krivo, da človeški faktor kvari statistiko. Pravijo celo, da sta pilot in posadka helikopterja najnevarnejši del reševanja. Statistično so varnejši turbinski helikopterji. Težnja izobraževanja pilotov in letalskih reševalcev mora biti zmanjševa-

nje človeškega faktorja vsaj za 20 odstotkov.

Nočno reševanje olajšujejo sodobne elektronske optične naprave za nočno letenje (NVIS - night visible imaging systems), ki jih veliko uporabljajo že v Zahodni Evropi. Omenjeni pripomočki ne pomenijo revolucije pri nočnem letenju, vendar precej olajšujejo reševanje. Omogočajo boljšo orientacijo v slabih meteoroloških okoliščinah in zaznavanje zaprek, vendar imajo tudi svoje slabe strani: enobarvno zeleno sliko, slabo tridimenzionalnost vidnega področja, hitro utrujenost vida, ki nastopi že po eni uri, predvsem pa majhen vidni kot (420). Zaradi tega naprava pri vzletanju, pristajanju in nasploh blizu tal ni uporabna. Švicarska reševalna organizacija REGA je od leta 1988 do danes imela več kot 20.000 nočnih poletov. Prednost helikopterju pri transportu poškodovancev na smučiščih dajejo tudi, če v posadki ni zdravnika, temveč le dobro izobražen laični reševalec.

Nekaj referatov je bilo posvečenih ravnanju s šokiranim ponesrečencem na gorskem terenu, točneje kontroverznim mnenjem, ki so posledica dejstva, da danes v večini alpskih držav, kjer je helikoptersko reševanje dobro razvito, transport v bolniško ustanovo traja v povprečju 21 do 25 minut. V preteklosti je poleg zaustavitve krvavitve, oskrbe rane, namestitve v odgovarjajoči položaj, imobilizacije in sredstev proti bolečinam, bila pravilno še energična infuzijska terapija. Danes mnogi zagovarjajo stališče, da zrna hipovolemija in hipotermija nista nujno škodljivi (permissivna hipovolemija in hipotermija). Krvni tlak do izgube 20 odstotkov volumna krvi, srčni minutni volumen pa do izgube 10 odstotkov volumna ostane normalna.

Večinoma bomo na terenu, predvsem v

zelo neugodnih okoliščinah (strmina, plazišče, tema, veter, mraz, obleka poškodovanca itd.) le redko in s težavo lahko infundirali potrebno količino tekočine. Zmerna infuzijska terapija (small volume resuscitation) ima smisel v težkem hipovolemičnem šoku in morda še pri poškodbah glave in možganov, medtem ko infuzija pri stabilnem šoku ni nujna. Krvni tlak pri infuziji naj ne bi presegal 80 - 100 mm Hg. Hitro zvišan krvni tlak lahko celo povzroči ponovno krvavitev. Upoštevajoč vse okoliščine, stanje poškodovanca, možnost hitrega transporta s helikopterjem, se bo treba znati odločiti med obema možnostima ("scoop and run" in "stay and play"). Pri povprečnem trajanju transporta 21 do 25 minut včasih izredno naporno iskanje vene bolj zavleče kot olajša reševanje, količina infundirane tekočine pa bi bila med transportom komaj večja od 250 do 300 ml. Reševalec naj ukrepa tako kot najbolje zna.

Vizija prihodnosti je, kot je omenil eden od referentov, v vse manjši uporabi tekočin in večjem pomenu zdravil (fluids out medications in). Pomembnejši postajajo kateholamini, novi lokalni hemistiptiki, umetni nosilci kisika itd.

Že v poročilu o 17. sestanku (Isis, leto XI., št. 1. januar 2002, str. 122-124) smo poročali o novem avtomatskem zunanjem defibrilatorju (AED). Ta se je medtem v alpskih državah uveljavil predvsem v velikih smučarskih centrih, pri organizaciji zdravstvene službe na množičnih prireditvah, pa tudi na nekaterih dobro obiskovanih kočah. Različni viri navajajo trintrideset srčnih smrti na en milijon obiskovalcev smučišč in množičnih prireditev (1988 do 01), 45 reanimacij (1998-2000), 157 primerov srčne smrti na smučiščih in množičnih prireditvah

(1985-1993), 182 primerov srčne smrti (1981-1995) itd. Pomembno je pri tem vedeti, da vsaka minuta asistolije ali fibrilacije zmanjša možnost za preživetje za sedem do deset odstotkov. V takih primerih je potrebna celotna kardiopulmonalna reanimacija.

Deljena so mnenja, ali pri srčnem infarktu začetni trombolizo že zunaj bolnišnice. Priporočajo jo v okoliščinah, ko hiter transport ni možen, ker so uspehi najboljši, če se liza začne v teku prve ure, po treh urah in pol pa se možnosti naglo slabšajo. Po tem času (že v bolnišnici) ima večje možnosti perkutana transluminarna koronarna angioplastika (PTCA). Sceptiki so navajali, da je pri trombolizi nujen tudi dvanajstkanalni elektrokardiograf, česar pa na terenu večinoma nimajo, dana mora biti možnost defibrilacije, predvsem pa je na terenu težko ugotoviti in upoštevati vse možne kontraindikacije. Zato na terenu prej svetujejo kisik, nitroglicerín, sedacijo, analgetika (Mo), betablokerje itd.

Reševalci na terenu pogosto, še posebno pri otrocih, podcenjujejo pomen bolečine. Analgetična terapija pomembno zmanjša dejavnost simpatikusa in izločanje kateholaminov. Nemedikamentozna terapija je pri-

meren položaj, imobilizacija, zaščita pred vetrom, padavinami in mrazom in psihološko vplivanje na bolnika oziroma poškodovanca. Medikamente lahko uporabljamo intravensko, intramuskularno in peroralno. Prednost imajo sredstva, ki se hitreje resorbirajo, se jih da lahko uporabiti, imajo čim manj stranskih učinkov in čim manj vplivov na zavest. Zadnje čase pridobiva na pomenu Ketanest-S peroralno (4 do 8 mg/kg kot predoperativna medikacija in 10 mg/kg za oskrbo poškodob).

Eden od referentov je obravnaval pravilnost na terenu postavljenih diagnoz. To otežujejo težke okoliščine, nevarnost padca, mraz, veter, noč, ropot motorja, časovna stiska itd. Odstotek spregledanih diagnoz v tej študiji je precej visok, in sicer 44 odstotkov spregledanih in 43 odstotkov pravilnih, pri 13-ih odstotkih pa je bila ugotovljena vsaj telesna regija. Spregledanih je bilo 60 odstotkov hrbteničnih, 55 odstotkov torakalnih poškodb, 70 odstotkov pnevmotorakov, skoraj vse poškodbe vratne hrbtenice, 60 odstotkov poškodb glave itd. V razpravi so omenili, da "dober zdravnik" ni tisti, ki je pravilno ugotovil vse diagnoze, temveč tisti, ki je spoznal najvažnejšo, in jo tudi pra-

vilno obravnaval.

V zadnjem delu sestanka smo videli zanimiv film o reševanju iz severne stene Matterhorna. Očitna je bila uigranost in virtuoznost celotne ekipe Air Zermatt, v kateri poleg velikega števila profesionalnih reševalcev deluje tudi okoli 30 zdravnikov. V nekem obdobju so skupno v 763 akcijah reševali 469 nepoškodovanih, 162 poškodovanih in 133 mrtvih.

V zaključnih besedah so bile izražene želje po enotnem evropskem izobraževanju ter opremi laičnih reševalcev in zdravnikov, o evropskih diplomah za tako šolane reševalce, o čim bolj enakomerni razporejenosti helikopterskih baz, o viziji reševanja preko meja, ko naj bi ne glede na državne meje reševali tisti, ki so nesreči najbližji in o poenotenem sistemu obveščanja oziroma telekomunikacij.

Delo sestanka je potekalo zelo intenzivno in slišali smo veliko zanimivih podatkov, ki jih je težko strniti v kratkem poročilu. 19. sestanek bo predvidoma prvo soboto v novembru leta 2005. ■

# Tišina

Evgen Kajin

Storžič se je dvigal v ozadju hotela Bor in se zrcalil v jezeru pred gradom Hrib, kjer smo se zbirali in občudovali prizor, preden smo se prepustili tišini. "Tišina" je bil naslov seminarja v organizaciji Slovenskega društva za skupinsko analizo in Psihiatrične klinike Ljubljana, ki je potekal v Preddvoru 17. in 18. oktobra 2003.

Tišina je bila v času delavnice prisotna, a v tistem pomenu, ko ljudje obmolknejo, jo je bilo malo (z izjemo ene od malih skupin, a o tem pozneje). Govorili in poslušali smo, kaj nam tišina v resnici sporoča (če nam ne govori) oziroma, kaj mi z njo pripovedujemo (če z njo ne govorimo). Organizacijsko smo to počeli v petih malih skupinah, dveh srednjih ali velikih skupinah, na treh preda-

vanjih, vmesnih odmorih ter dveh skupnih obrokih. Vmes smo imeli še eno poroko. (V soboto sta se mladoporočenca, ki nista izkušala tišine, vsaj med nami ne, zapeljala z barčico po jezeru.)

V vseh skupinah nismo le poslušali in govorili, ampak smo tudi ugotavljali, kako se v tišini znajdemo, kako jo doživljamo. Najpoveč, da smo v (naši) mali skupini, v kateri je sodelovalo pet članov in vodja (skupinski psihoanalitik), izkušali tišino ob članu, ki se je dolgo pred delavnico odločil ravno v tej skupini na sebi izkusiti ta fenomen. S tem, da smo bili z njim v skupini, smo podelili njegovo izkušanje tišine, in to tiste prave v smislu nesporočanja. Edini drugi izhod za nas ostale bi bil zapustitev skupine. Sprva

smo se vsi na vse načine trudili pritegniti molčečega člana v skupino. Tudi sam sem bil pri tem izrazito dejaven in šele, ko sem se ob tem doživljal globoko nekoristnega, sem sprejel njegovo odločitev, da je iz dogajanja (ne pa tudi iz doživljanja!) skupine po lastni volji izvzet.

Tedaj sem začutil lastno bolečino in jezo ob odločitvi drugega, da bo dejavno tiho. Obenem sem se naučil na tak način "drugičnega člana", vendar trpeti, če že ne povsem sprejeti, v (naši) bližini, v (naši) skupini.

Vendar so se v (naši) mali skupini vzporedno odpirale in razvijale tudi druge, prijetnejše in milejše teme. Medsebojno podeljevanje izkušenj in doživljanj (z izjemo

tihega člana), ob tem pa spremljanje posegov vodje in naših odzivov, je bilo zame kot odkrivanje skritega zaklada. Tudi kakšna past se je sprožila ob tem ...

V obeh srednjih ali velikih skupinah smo poskušali anksioznost obvladovati s pomočjo humorja, velikokrat na temo spolnosti. Tu in tam smo celo zmogli podati osebno izkušnjo, sicer skozi humor, a globoko osebno, ki se nas je dotaknila. Na srednji ali veliki skupini sem slišal eno zame najlepših in najbolj pomenljivih izjav, ki se dotikajo tudi teme tišine. Za življenjsko partnerko ali partnerja je bolje izbrati osebo, s katero nam je prijetno v tišini kot pa osebo, s katero nam je prijetno pri seksu. Seks namreč mine, tišina pa ostane, predvsem v starosti.

Trije predavatelji so predstavili svoje prispevke o tišini in njenem pomenu. Vladislava Stamos je predstavila svoje iskanje opredelitve tišine skozi slovarje, pregovore in pomen v različnih kontekstih ter zgodovinskih obdobjih. Zame je bilo zanimivo slišati, da nikoli nismo povsem v tišini (saj slišimo vsaj lastno dihanje ali bitje srca), pri čemer v človeški družbi tišina in govor eden brez drugega ne obstajata. Molk pomeni odsotnost govora in ni enak tišini, ki ima širši pomen. Molk sam ima tudi različne izvore in pomen, na primer "molk svetih mož" je namenjen doseganju poglobljenega zavedanja (tudi realnosti o samem sebi), "molk nevrotičnega" pa je namenjen odmiku od realnosti (tudi realnosti o samem sebi). Medtem ko je Freudu molk pacientov povedal, glede na mesto in način molka, kje v njihovem psihoseksualnem razvoju je prišlo do fiksacije (zaustavitve razvoja), pa lahko po drugi strani prepoznavamo več oblik tišine in jih razumemo kot komunikacijo (tišina nekaj sporoča). Tišina po Balintu ni nujno le odpor in beg od nečesa, temveč je lahko smer in približevanje k nečemu varnemu. Vendar nekateri ljudje doživljajo tišino s tesnobo, kar je morebiti posledica neprijetnih izkušenj iz zgodnjega otroštva, ko so starši uporabljali tišino v igri moči. V terapevtski situaciji mora psihoterapevt razumeti različne tišine. Med drugimi je predavateljica omenila in opisala splošno, selektivno, začetno, konstruktivno, fragmentirajočo tišino itd. Darilo tišine je to, da se zavemo svojih občutkov, drugih ljudi in povezanosti z njimi. "Bolje je biti tiho in biti, kot pa govoriti in ne biti."

Ivan Urlič, psihiater in psihoanalitik iz Splita, je povedal, da je vrednost tišine in pri-

sluškanja sebi v medčloveški situaciji relativna. Pregovor menda pravi: "Tišina do brih naredi veliko slabega." Tišina in molk nosita v sebi arhetipsko prelingvalno in podlingvalno komunikacijo, a tišina je lahko zgovorna le v določenih pogojih (ob razviti sposobnosti percepcije, intuicije, osvojenem znanju). V tišini je vedno prostor za lastne projekcije in asociacije. Ivan je opisoval svoje izkušnje z neverbalnimi in paralingvalnimi sporočili ob stikih z drugimi kulturami. Menil je, da so gibi telesa močno orodje ali orožje znotraj določene kulture za komunikacijo med ljudmi. Največji del neverbalne komunikacije izhaja iz nezavednega, zato jo je potrebno pazljivo obravnavati. Dobro razumevanje samega sebe je najpomembnejši dejavnik za delo tistih, ki so končali izobraževanje skupinske psihoterapije. Opisal je svoje delo z ljudmi, ki so bili v realno obremenilni situaciji "travmatizirani" ter osnove pristopa k obravnavi takih ljudi čimprej po travmi s ciljem preventive razvoja PTSD. Pri delu v skupini je včasih potrebno obdelati vse strahove, preden zmore prizadeti opisati travmatični dogodek. Tišina je v skupini travmatiziranih ljudi ali v skupini psihotičnih ljudi, katerih ego nima zmogljivosti za verbalizacijo, nevarna situacija in terapevt je ne bo dolgo pustil. Skozi opis nekaj obravnavanih bolnikov je Ivan pokazal na tišino kot na način ščitenja sebe. Preko obravnave funkcije tišine je bilo pri bolnikih mogoče preiti na predelavo drugih vsebin. Ko lahko živimo s tišino in jo obvladamo, je to znak, da rastemo in živimo v skladu s seboj ter s svojim statusom (v mnogoterih pomenih slednjega). Tedaj lahko sami kontroliramo, kaj bomo ubesedili in kaj ne.

John Schlapobersky, skupinski analitik iz Londona, je bil tretji predavatelj. Začel je s pesmico Emily Dickinson o sanjariji, ki je dovolj za prerijo (To make a prairie) in nadaljeval, da sprva ni vedel, kako naj se loti tišine, potem pa je nenadoma imel o njej preveč za povedati. Menil je, da gre pri tem za razumevanje prostora in strukture. Pri kolesu je na primer večina prazen prostor med zračnico in središčem, le "špice" držijo njegovo strukturo. Podobno je v psihoterapiji. Tihi (nepoimenovani) prostori predstavljajo večino notranjega, interpersonalnega sveta, le besede držijo njegovo strukturo. Da bi razumeli tišino, jo je potrebno obravnavati z različnih vidikov (v individualni in skupinski psihoterapiji; sociokulturni in religiozni vidiki tišine). Pomisliti je potrebno na tiši-

no neke tematike, ki ni nikoli obravnavana, čustva, ki niso nikoli sprejeta, dosežek, ki ni nikoli priznan. Poleg tega je v psihoterapiji prisotna tišina tistega, kar je pri bolnikih ali klientih drugačno, nikoli izrečeno, nam globoko neznano. Tišina je prisotna še v drugem pomenu, in sicer ničesar ne vemo o življenju nekdanjih bolnikov po zaključku psihoterapije.

Nadalje je John govoril o tišini, ki v psihoterapiji privede do besed. Taka je tišina, ki je pravzaprav procesna dinamika, na primer, ko tišina skupine privede do razrešitve nezavednih odporov in s tem do ubesedenja globokih, pogosto skritih čustev, preko tega pa do ubesedenega razreševanja hudih bolnikovih težav. Obstaja tudi drugačen proces, ko besede privedejo do tišine. V tem primeru je tišina stanje, način bivanja, ki bi ga lahko opisali kot razrešitev ali odkritje, kot neko končno stanje, cilj, ne pa procesna dinamika. Besede nas po tej poti privedejo do stanja, ko niso več potrebne in se razumemo brez besed. V tem primeru je komunikacija razširjena z neverbalnimi načini sporazumevanja, ki so neposredni, globoki in človeku dajejo možnost, da se regenerira. John je predlagal, da si več preberemo v skripti, ki jo je pripravil in kjer je proti koncu z občuteno naklonjenostjo opisal osebno zorenje dveh članov skupine skozi več let psihoterapevtskega procesa. V obdobju odhajanja v nekem trenutku podelita z vso skupino tišino, ki jo je John opisal takole: "Doseči, kar jim je bilo prej "od znotraj" onemogočeno, kjer so doživljali frustracijo, je še vedno povezano z bolečino, ki jo zdržijo, a ob kateri potrebujejo oporo. Po nekajminutni tišini to izkušnjo zmorejo ozavestiti, ubesediti in jo med seboj podelijo."

John je skripto zaključil z opisom tišine na vrhu planine, ob morju in potočku, kjer lahko v naravi, če se naučimo poslušati, slišimo zvok Neskončnosti. Slednji je prisoten tudi v glasovih človeškega trpljenja. Tišina v svojih globinah nosi možnost odrešenja, prav tako, kakor jo v sebi nosijo odmevi narave.

Tretji dan je potekal neformalni zaključek delavnice. Redki smo se povzpeli do koče na Kališču, kjer smo pojedli kosilo v mednarodni zasedbi, zatem pa smo se štirje povzpeli na vrh Storžiča. Prepustili smo se razgledu, vetru, soncu in opazovali snope zlate svetlobe, ki so skozi nizke oblake zahodno od nas prodirali vsak v svojo dolino. S to podobo v nas smo se potopili nazaj v nižino, skozi gozd, do svojih bližnjih. ■

# Prirojene srčne napake pri odraslih

Mirta Koželj

**Letošnji, sedaj že 2. združeni evropski/severnoameriški simpozij o prirojenih srčnih napakah pri odraslih (2<sup>nd</sup> Joint European/North American Symposium on Congenital Heart Disease in the Adult) je bil organiziran na slikovitem otoku Santoriniju od 19. do 20. septembra 2003. Simpozija sva se udeležili skupaj z asist. mag. Katjo Prokšelj, dr. med.**

Posvečen je bil življenjskemu jubileju pionirja na področju prirojenih srčnih napak pri odraslih J. K. Perloffu. Ob tej priložnosti smo imeli tudi čast poslušati njegovo predavanje o koronarni cirkulaciji pri cianotičnih srčnih napakah, kar je trenutno tudi v njegovo raziskovalno področje.

Na letošnjem seminarju je bilo prvo dopoldne posvečeno tetralogiji Fallot in zdravljenju reziduov, ki postanejo klinično pomembni v odraslem obdobju. Poudarek je bil na pravočasnem kirurškem ukrepanju pri bolnikih z rezidualno pulmonalno insuficienco. O aritmijah po Fontanovi operaciji je predaval C. Mavroudis (NW University Medical School, Chicago). Zavzemal se je predvsem za različne nefarmakološke načine zdravljenja aritmij. Sledilo je predavanje C. Feindela iz Toronta o rekonstruktivnih kirurških posegih na aorti in aortni zaklopki. Drugi del prvega dne je bila na sporedu obravnava prirojenih srčnih napak s pljučno hipertenzijo. Po uvodnem predavanju P. Kilnerja (The Royal Brompton Hospital, London) je sledilo predavanje o zdravljenju pljučne arterijske hipertenzije (S. Gibbs, London PHT Service, London, G. Webb, University of Toronto). Možnosti zdravljenja pljučne arterijske hipertenzije so omejene. Ne obstaja zdravilo, ki bi bilo dokazano dolgotrajno uspešno, ki bi podaljšalo življenjsko dobo in bi bilo brez pomembnejših stranskih pojavov. Pri zdravljenju prihajajo v poštev prostaglandini, antagonisti endotelinskih receptorjev (bosentan), trajno zdravljenje s kisikom in sildenafil. Dosedanje preliminarne študije so dokazale, da sildenafil povzroči akutno ter relativno selektivno pljučno vazodilatacijo in s tem znižuje pljučni arterijski tlak in pljučno - žilno

upornost. Zdravilo se prejema per os in ima relativno malo stranskih pojavov. Omejitve je še vedno cena zdravila, vendar pa so tudi vsi ostali načini zdravljenja pljučne arterijske hipertenzije skoraj nedosegljivo dragi. Zdravila, ki so veliko bolj dostopna so antagonisti kalcijevih kanalov. S. Gibbs je poudaril, da je treba pred kronično uvedbo antagonistov kalcijevih kanalov ugotoviti akutno učinkovitost zdravila, ker vsi bolniki ne odgovorijo enako dobro na zdravilo. Sedaj prevladuje mišljenje, da vsi možni načini zdravljenja izboljšajo kakovost življenja, na rezultate študij preživetja bolnikov s pljučno arterijsko hipertenzijo zdravljenih z različnimi načini pa bo treba še počakati. Mnenje glede transplantacije srca in pljuč pri bol-

nikih z Eisenmengerjevim sindromom so še vedno deljena in zaradi slabega petletnega preživetja (okrog 49 odstoktov) in nepredvidljivega poteka bolezni se za transplantacijo odločajo le redko (D. Murphy, Stanford University School of Medicine). C. Warnes iz Mayo klinike je poudarila, da kljub velikemu napredku v kardiologiji in porodništvu, še vedno velja, da se umrljivost nosečnic z Eisenmengerjevim sindromom v zadnjih desetletjih ni znižala in je od 30 do 50 odstokov. Tematiko pljučne arterijske hipertenzije in Eisenmengerjevega sindroma je zaokrožil E. Oechslin (Zurich University Hospital) s klinično usmerjenim predavanjem o hematoloških zapletih pri teh bolnikih. Poudarek je bil na škodljivosti vene-

punkcij pri bolnikih s sekundarno eritrocitozo. Zanimivo je tudi to, da pri teh bolnikih ni indicirana niti antiagregacijska niti antiagregacijska zaščita.

Sledila so predavanja o koarktaciji aorte in poznih posledicah po operaciji koarktacije. Predvsem je bil poudarek na rezidualni arterijski hipertenziji, načinih zdravljenja rezidualne koarktacije in pogostejšim manifestacijam ateroskleroze pri bolnikih s koarktacijo aorte.

Vse dopoldne naslednjega dne je bilo posvečeno srčnemu popuščanju pri odraslem bolniku s prirojeno srčno napako. Splošna ugotovitev je, da so mehanizmi srčnega popuščanja enaki kot pri drugih boleznih. Zato se tudi načini zdravljenja ne razlikujejo in prihajajo v poštev tako farmakološki kot nefarmakološki načini zdravljenja. V podrobnosti je bilo obravnavano srčno popuščanje pri bolnikih, pri katerih je anatomsko desni prekat tudi sistemski prekat (J. K. Perloff, UCLA Adult Congeni-



Mirta Koželj v predavalnici simpozija.

tal Heart Disease Center, CA).

Delovni del simpozija je sklenila B. Mulder (Academic Medical Centre, Amsterdam) o novostih pri Marfanovem sindromu. Predstavila je nove kriterije za potrditev boleznih. Presenetila je z manj strogimi priporočili za nosečnost, kot so veljala do sedaj.

Ob koncu simpozija je glavni organizator simpozija M. Gatzoulis (The Royal Brompton Hospital, London) orisal življenjsko pot slavljence J. K. Perloffa, se mu odločil s skromnim darilom in zaželel, da bi

še dolgo tako plodno deloval v družini vseh, ki so svoje delo posvetili prirojenim srčnim napakam pri odraslih.

Ob simpoziju je bila tudi priložnostna razstava knjig predvsem na tematiko prirojenih srčnih napak pri odraslih.

Po vrnitvi domov sva prenesli nove informacije sodelavcem iz Pediatrične klinike in upamo, da bomo pridobljeno znanje v naslednjem letu uporabili v prid našim bolnikom. Z letošnjim letom smo tudi povečali zmogljivosti ambulante za odrasle s priro-

jenimi srčnimi napakami na Kliničnem oddelku za kardiologijo na Polikliniki, tako da bomo bolj dosegljivi in bomo zmanjšali čakalne dobe. Za vse tiste, ki jih prirojene srčne napake pri odraslih zanimajo, naj navedemo še dva zanimiva spletna naslova: [www.isaccd.org/](http://www.isaccd.org/) in [www.rbh.nthames.nhs.uk/ACHD2003/](http://www.rbh.nthames.nhs.uk/ACHD2003/)

Pomoč pri udeležbi na simpoziju mi je nudila firma Pfizer H. C. P. Corporation, podružnica Ljubljana in Klinični center Ljubljana. ■

# Cerkev in zdravje v svetu

## Depresija

18. mednarodna konferenca - Vatikan, november 2003

Saša Žužek Rešek

**D**epresija je bolezensko stanje, ki prizadene osebo v celoti. V vsej izrazni mnogoterosti telesnih in duševnih simptomov je prepoznana že v starogrškem in bibličnem obdobju.

Za rakom in AIDS-om je depresija danes tretji morilec na svetu.

Najbolj tragična posledica nezdravljene depresije je samomor. SZO ugotavlja epidemijo depresije in samomora: od 10 do 12 odstotkov svetovnega prebivalstva je prizadeta. Milijon je registriranih samomorov. Neznano je število smrti, ki so prikriti samomor. Ocenjujejo, da je do dvajsetkrat več poskusov kot izvršenih dejanj.

Le 30 odstotkov bolnih dobi pomoč. Primanjkuje znanja in ustrezne terapije. SZO podpira in razvija svoj učni program pomoči depresivnim: za osnovno zdravstveno raven, za družine in drugo zdravstveno osebje. Bolnik ima do 80 odstotkov možnosti ozdravitve ob zdravljenju z zdravili in psihoterapijo ter ob inteligentni podpori okolja.

Smo depresivna družba.

Posebej so izpostavljeni depresiji starejši, adolescenti, revni, ženske, kronični bolniki, alkoholiki, zasvojeni z drogo, brezposelni.

Depresija je dinamično patološko stanje. Čas je mojster klinične slike. Je povsem personalno doživetje, ko se ranljivost osebe poveže z dožitvijo.

Znotraj okolja, ki podpira in varuje osebo, je zgodba depresivnega bolnika drugačna od tiste, ki jo doživlja depresivni človek v brezbrizni skupnosti. Manj kot je v njej pravičnosti, več je depresivnih oseb. To velja tako za razviti kot za revni svet.

Depresija ni žalost. Normalna žalost nima telesnih znakov. Patološka žalost izključuje upanje, bolniki niso več sposobni občutiti ugodja, nimajo cilja in interesa. Občutenje lastnega telesa je spremenjeno. Bolečina praznote kliče smrt, da ne bi več bolelo.

Psihiatri so našli sedem depresivnih oblik. Genetiki pregledujejo zapise dednine. Farmacija ponuja koristna zdravila, ki naj

uredijo neurotransmiterski nered.

Eksistencialna depresija se lahko razvije že v otroštvu kot strah pred življenjem, ko se lahko zgodi vse, tudi vse slabo.

Sreča je danes v bogatem svetu deformirana. Je obvezna, vendar vezana na zaukazane stvari in zapovedan življenjski slog, na reklamirani objekt: Uniformirana družba!

Agresivno se reklamira človek, ki skrbi predvsem zase, skupnosti zmore pripadati le začasno, neobvezno, omejeno. Enako si izbira vrednote: Sebična družba!

Takšno okolje je v svojem temelju zmedeno, saj ponuja uniformo in neke vrste individualizem, ki je predvsem egoizem.

Nič od tega ne stoji človeku ob strani, ko živi svoje življenje, ko je bolan, star in ko čas prinaša fantazmo smrti.

Manj verjetno se bo razvila depresija pri osebi, ki ima trden sistem vrednot, je psihično stabilna, svobodna pri izbiri, ima mesto v skupnosti, je religiozna.

Družina je privilegiran prostor, ki varuje pred depresijo: če je možna konfrontacija,

so člani dovolj skupaj in sta oče in mati model, ki ga je vredno posnemati.

**Stari svet: 400 pr. n. št. do leta 1000.**

**Hipokrat** je vedel za mrzel črn sok, ki se iz vrance izlije v kri, okvari možgane, privede človeka do delirija. Zdravilo: mandragola.

**Lizistrat** je vedel, da možgani mislijo: melanholični naj bodo v svetlih prostorih, naj ne polezujejo.

**Solana iz Efeza:** svojci naj melanholičnega vzpodbujajo z veseljem.

**Galen:** bolnik ima preveč črnega žolča, ki zalije vse organe. Ko zalije možgane, se žalost spremeni v delirij. Zdravilo je opij, rukula, mandragola.

**San Casiano:** žalost je preizkušnja hudiča. Pomaga pokora.

**Avicena:** Za bolezen niso krivi demoni. Koristi čiščenje črevesja, dieta.

**V 12. stoletju** je depresija ponovno demonična. Zdravijo jo z astrologijo in magijo.

**V 16. stoletju** depresijo povežejo s temperamentom in senzibilnostjo, nadarjenostjo za umetnost.

**V 18. stoletju** povedo, da se skrčijo možganske ovojnice, zato postanejo možgani brezkrvni. Ker možgani ne delujejo prav, napravi bolnik samomor.

**V 50-ih letih** prejšnjega stoletja smo zdravili z elektrošokom. Leta 1952 je na razpolago klorpromazin, litij.

**V luči vere**

**Kršćanstvo:**

Zelo natančne opise depresije najdemo v Bibliji stare zaveze:

Žalost, izguba telesne teže, krivda z obupom, želja, da se oseba ne bi rodila. V Jobovi knjigi: "...hodi okoli z nizko glavo, blodi brez cilja, obraz je temen, kosti ga žgejo. Strgal si je obleko s telesa."

Depresije v Novi zavezi ne najdemo. Kri-

stus, ki je vstal, je upanje za človeka, saj mu je podoben. Trpeči in bolni človek je v centru Božjega sočutja.

"Kultura, ki ne pozna absolutnega, se ogleduje v razbitem ogledalu."

"Disociacija človeka od Božjega je smrtna."

Judaizem: Rabin: "Človeku ni dobro samemu biti." (Geneza)

Judje skrbijo za skupnost. Molitev je skupna: "Naj mi Bog pomaga, tako tudi vsem bratom!" Trudijo se, da bi bila skupnost z vsemi dejavna. Poseben praznik je namenjen spravi.

**Islam:** Rešitev je v bogu, klicanju njegove milosti in odpuščanju grehov. Bog je pripravil zdravila za vse, razen za smrt. Zato depresivni obišče najprej zdravnika. Družina je dolžna bolnika podpirati. Bolnik naj se zaupno obrne k Bogu.

Današnji materializem razdira.

**Budizem:** Bolezen duha se zdravi le z duhom. Ker se vse vedno spreminja, vabijo k upanju, da se bodo spremenile tudi depresivne misli. Trpljenje izvira iz želje duha po neminljivosti stvari.

Skrb za prijaznost in sočutno držo do bolnika je zdravilna. Prepričevanje je nekoristno.

"preučuj se (sebe), pozabi se (sebe)!" je nasvet za spokojnost.

**Hinduizem:** Ko se Hindujski srečajo, pozdravijo Boga v drugem človeku. Religiozna dejanja vzpodbujajo čakre, ki so energetske točke telesa. Poznajo božjo trojico: Stvarjenje, Vztrajanje, Destrukcija.

Ker je človeški razum vedno odprto bojišče, skrbijo za zdravilno sprostitve, da se



Naslovnica programa konference

združi telo in duša.

## Sklep

Depresija ima več vzrokov. Poznajo jo od vedno in v vseh delih sveta.

Prepoznana je kot težko obolenje, ki se nezdravljeno lahko konča s smrtjo. Bolezen je v porastu.

Za somatski del obolenja imamo vedno boljša zdravila.

Da se popravi porušena duhovna klima med ljudmi, je potrebna pravičnost. Družba naj odstrani številne krivice. Družina naj ima posebno podporo!

Spiritualno vodenje in pastorala zdravja vseh verskih skupnosti naj se poživijo.

Vera, upanje, Karitas naj bodo živo prisotni.

Človek naj se spravi s seboj, ljudmi, naravo in Bogom.

Sodelujoči na konferenci: seznam je v uredništvu. Uradni povzetki predavanj bodo natisnjeni v maju 2004. ■

*Spletna stran Zdravniške zbornice Slovenije*

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



# Čigav zdravnik sem? Ali sem res od zavarovalnice?

Alojz Gregorič

**B**ilo je na enem od številnih prednovoletnih zdravniških sestankov v decembru 2003. Med obveznim razpravljanjem o zdravstveni reformi se je utrnila misel, da smo slovenski zdravniki načeloma zdravniki Zavarovalnice (Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije), če nam je to prav ali ne, saj nas Zavarovalnica plačuje in zato moramo delovati tudi po njenih pravilih.

To idejo je podprlo kar nekaj uglednih kolegov, ki jih po pravici štejemo v našo medicinsko elito in jih tudi osebno zelo cenim. Večina prisotnih na sestanku je glede omenjene misli molčala, le predsedniku je po malem jemalo sapo, a rekel ni nič. Tudi jaz nisem rekel nič, morda iz udobja, morda iz strahu, da bom izblebetal nekaj, kar bi me lahko osmešilo.

Negotovost, čigav zdravnik sem in ali je res, da sem zdravnik Zavarovalnice, me je preganjala cele novoletne praznike. Skušal sem si pomagati tako, da sem si najprej zastavil vprašanje (šola profesorja Kordaša), čigav človek sem.

Po analogiji bi bil od Mestne občine Maribor. Tu imam namreč prijavljeno stalno prebivališče od svojega petega leta starosti

dalje. Občina mi je izdala mojo prvo osebno izkaznico in jo celo večkrat podaljšala, enako velja za potni list in vozniški izpit. Občina mi je plačevala moje šolanje na osnovni šoli in gimnaziji. Nekako v zahvalo se držim vseh občinskih predpisov, plačujem tudi vodarino in kanalizacijo.

Sem glede na zapisano človek Mestne občine Maribor? Osebno mislim, da nisem. Sem predvsem od svoje družine, prijateljev, naroda in nekako od vseh ljudi. Sem tudi svoj. Nikakor pa nisem občinski.

Potem sem si zastavil vprašanje, ali sem res zdravnik Zavarovalnice. Res je, da me plačuje Zavarovalnica, vendar ne samo mene, temveč naš celoten zdravstveni sistem. Prav tako je res, da se v tem sistemu držimo pravil, ki jih narekuje Zavarovalnica. Res je tudi, da sem v okviru teh pravil kot predstojnik pediatričnega oddelka moral pristati, da so nam vzeli 60 bolniških postelj za otroke, 20 medicinskih sester, eno nadstropje oddelka in zajeten kos samospoštovanja.

Kot tako imenovani zdravstveni menedžer srednje kategorije se zavedam, da je zdravstvena reforma potrebna in da naša Za-

varovalnica ukrepa tako kot večina zavarovalnic v razvitih državah.

Vendar, ali obstaja dovolj argumentov, da sem zdravnik Zavarovalnice? Bolj ko premlevam razne argumente, bolj mi nekaj v globini mojega drobovja govori, da to nisem. Čigav zdravnik sem potem? Na nek način nedvomno zdravnik Splošne bolnišnice Maribor, Slovenskega zdravniškega društva, Zdravniške zbornice Slovenije ter drugih zdravniških združenj doma in v tujini. V bistvu sem le zdravnik svojih bolnikov in njihovih svojcev, zavezan poklicu, ki je od nekdaj in bo za vedno, z vsemi svojimi padci in vzponi - kot je to v naravi nasploh.

Ko sem se na koncu pomirjeno oddahnil, da sem si zadovoljivo odgovoril na vprašanje, čigav zdravnik sem in čigav nisem, sem se na žalost spomnil, da lahko vsako vprašanje poleg odgovorov sproži vrsto drugih vprašanj. Eno takih je na dlani (in je seveda pomembnejše od prvega): "Kakšen zdravnik pravzaprav sem? Dober, slab ali povprečen?"

Eden od odgovorov na zgornje vprašanje je lahko: "Če sem slab ali povprečen je verjetno tudi vseeno čigav sem."

## Zaušnice, take in drugačne

Primož Štular

### Anamneza

Dežurna medicinska sestra je v domu za ostarele našla 93-letno oskrbovanko nezavestno in hropečo. Poklicala je dežurnega zdravnika, ki je ocenil, da gre najverjetneje za možgansko kap in bolnico pospremil k nevrologu. Sprejeta je bila v bolnišnico, kjer so s preiskavami potrdili, da gre za možgansko kap. Zaradi pljučnice so jo zdravili z visokimi odmerki antibiotikov in vseskozi je prejela kisik. Po enem mesecu se je v nespremenjenem stanju, še vedno globoko nezavest-

na, vrnila v dom s priporočilom, da potrebuje kisik. Nadaljevali smo zdravljenje s kisikom, hrano in tekočino je dobivala po sondi. Večinoma je bila vročična, vendar ji antibiotikov nismo dajali. Po treh tednih je gospa umrla.

### Razmišljanje

Nič posebnega, bi rekli. Zgodba, ki nam je znana kot vsakdanji kruh, življenjska usoda, kakršno ob našem delu srečujemo na vsakem koraku in niti ne tako tragična, saj je gospa dočakala visoko starost. Vendar me

je spodbudila, da napišem nekaj vrstic. V zadnjem času smo bili zdravniki osnovnega zdravstva deležni kar nekaj bolj ali manj dobrohotnih zaušnic: Da nam je veličastno znanost uspelo zreducirati na pisanje napotnic. Da dolgoletnemu šolanju navkljub ne premoremo avtoritete, s katero bi se postavili po robu nerealnim željam bolnikov in njihovih svojcev. Da umirajoče pošiljamo na nepotrebna in mukotrpna potovanja v bolnišnice, ker jim v zadnjih trenutkih nismo sposobni stati ob strani.

Ob takih in podobnih očitkih začutim ne lagodje, nekaj malega bolečine, predvsem pa veliko negotovosti. Ali je v omenjenem primeru narobe ravnala medicinska sestra? Ali je narobe ravnal dežurni zdravnik, ki je bolnico verjetno videl prvič v svojem življenju in se je na podlagi omejenih diagnostičnih in terapevtskih možnosti ter ne nazadnje omejenega znanja odločil, da bolnico napoti v bolnišnico?

So ti očitki zgolj plod sprenevedanja, ali pa z njimi mislijo resno in ob tem držijo figo v žepu oziroma imajo dvojna merila. Morda ne vedo, da sprejemni zdravnik ni zgolj vratar, ki sprejme vse, kar gre, leze ali leži in

je opremljeno z napotnico. Je tudi konziliarni zdravnik, ki z boljšim znanjem in boljšimi diagnostičnimi možnostmi ovrednoti napotno diagnozo, začne ali nadaljuje zdravljenje, bolnika sprejme ali usmeri k drugemu specialistu, ali ga pošlje domov z vsemi potrebnimi napotki. Morda je bilo v konkretnem primeru vmes tudi kaj drugega, saj je sin omenjene bolnice pomemben direktor enega največjih slovenskih podjetij.

Kako naj bi svojcem gospe povedal, da zdravljenje s kisikom nima nobenega smisla in le podaljšuje agonijo, če so se v bolnišnici en mesec intenzivno trudili, da jo ohranijo

pri življenju? Kaj naj porečem na prognozo, ki so jo sinu obetali ob odpustu, da namreč lahko gospa živi še dneve, tedne ali leta?

Kako bi se sam trudil ravnati v položaju bolnišničnega zdravnika? Poskušal bi razumeti stisko medicinske sestre in dežurnega zdravnika ter bi bolnico nedvomno sprejel. S preiskavami bi potrdil diagnozo. Začel bi z intenzivnim podpornim zdravljenjem, ki bi ga zaradi neučinkovitosti po nekaj dneh prekinil. Nič kisika in nič antibiotikov. Če ne bi bolnica v nekaj dneh umrla, bi jo vrnil v dom. Svojcem in osebju doma bi sporočil, da je umirajoča. ■

## “Zakaj mojega sinka že mesec dni boli glava?”

Aleksander Brunčko

Nekoga mrzlega, a sončnega dne, v soboto, me je spet doletelo dežurstvo. Komaj sem stopil skozi vrata oddelka, pripelje rešilni avto triletnega otroka, ki je imel doma vročinske krče. Gre za bolezen, ki običajno ni težka, vendar je hudo gledati svojega otroka, ki ga stresajo tonično-klonični krči, pa čeprav samo dve minuti. Otroka sprejemem in mu takoj dam stesolid rektalno ter naročim nujne preiskave. Med vizito že kliče sprejemna sestra, da je triletni fantek verjetno aspiriral kikirikije, ki mu jih je ponudila babica. Ker je bila anamneza sumljiva in je bilo slišati na desni strani spodaj oslabiljeno dihanje, se odločim še za rentgenski posnetek prsnih organov. Ker je bil tudi ta izvid sumljiv za aspiracijo tujka v desni spodnji režanj, v mediobazalni segment, pokličem dežurnega specialista ORL, ki je opravil urgentno bronhoskopijo in izvlekel številne drobce arašidov.

Ko napoči čas za kosilo, se odpraviva z dežurno sestro na zaslužen odmor. A glej ga zlomka, komaj pojeva juho, ponovno kliče sprejemna sestra. Prišla je namreč gospa s triletnim otrokom, ki je tožil, da ga boli glava in to že cel mesec. Na vprašanje, zakaj prihaja prav danes v dežurstvo, odgovori, da je danes bolečina hujša. S sprejemno sestro se dogovorim, da prideva takoj, ko pojeva. Mati se s to odločitvijo ni strinjala in je zahtevala,

v mešanici slovenščine in nemščine, pregled takoj, ker je izjavila, da otroka vendar boli glava zelo močno. Kaj hočemo, služba je služba in sem odhitel v sprejemno ambulantno. Mati in otrok sta se medtem igrala s kockami. Mati se je pogovarjala z njim v polomljeni nemščini. Pozneje sem izvedel, da je frizerka, ki dela med tednom v Avstriji, kjer je tudi spoznala otrokovega očeta, avstrijskega policista. Na vprašanje, kakšne težave ima njen otrok, odgovori, da ga močno boli glava. Ko vprašam otroka: “Kje pa te boli glavičca, fantek?”, otrok ne odgovori, ampak takoj vpraša mamica: “Wo tut weh, Schatzerli?” Otrok pokaže na čelo in reče: “Hier, Mutti!” “No, ali vidite?” reče zmagoslavno mati ter vpraša: “In kaj boste naredili?” “Najprej ga bom pregledal, če seveda dovolite?” Deček je bil živahen, nevrološki status je bil normalen, zato se odločim še za pregled pri okulistu. Mati se sicer strinja, a tudi vpraša: “Kaj pa slikanje glave ne boste naredili?” Potolažim jo, da tudi to pride na vrsto, če bo potrebno. Pregled vida in očesnega ozadja je bil normalen, dvojnih slik ni bilo. Deček ni imel vročine in tudi bruhal ni. Apetit je imel slabši in če so ga silili s hrano, je izjavil, da ga boli glava. Določili smo mu še krvni sladkor, jetrne teste, sečnino, kreatinin, elektrolite in vnetne parametre. Tudi ti izvidi so bili normalni. Vendar je mati vztrajala, da

bi bilo dobro slikati glavo. Ko sem jo vprašal, če je imel otrok kdaj kakšno poškodbo glave, je to zanikala. Rekel sem ji še, da rentgenski posnetek lobanje zelo redko pokaže kakšno bolezen, razen če naredimo računalniško globinsko slikanje le-te. “Da, prav to želiva z možem, ker sva v neki reviji prebrala, da lahko samo s to preiskavo ugotovite tumor na možganih!” Materi in očetu, ki se je zdaj prvič oglašil, sem pojasnil, da glede na znake bolezn, normalne izvide in klinični pregled, tumor v možganih lahko izključimo v 99-ih odstotkih. Pri računalniškem globinskem slikanju gre za močnejše radioaktivno sevanje in ga delamo v dežurstvu, če obstajajo objektivni znaki, kot npr. zastojna papila vidnega živca na očesnem ozadju. Oba vztrajata in smatrata, da je potrebno izključiti tudi tisti en odstotek možnosti za tumor. Materi in očetu razložim, da bosta morala počakati do ponedeljka, ko prideta naša pediatrična nevrologa v službo in se bosta dokončno odločila. Mati se razburi in zahteva takoj predstojnika, potem pa si premisli in odpelje otroka iz bolnišnice. Naši pregledi in prepričevanje je trajalo tri ure, žal brez pravega učinka.

Na koncu sem se vprašal: “Ali bodo zdaj starši odločali o preiskavah pri otroku ali zdravnik?” Odločitev pa sprejmejo na podlagi članka v rumenem tisku. Kam plujemo? ■

# Pobuda za uvedbo novega Biltena

Leopold Rijavec

Prof. dr. Pavle Kornhauser je v enajsti številki Izide (1. 11. 2003) objavil zanimivo pobudo, da bi v Kliničnem centru pričeli ponovno izdajati interni časopis Bilten, ki ga je zaradi pomanjkanja finančnih sredstev leta 1991 ukinil tedanji direktor Kliničnega centra prof. dr. Primož Rode.

Vsebinska omenjenega sestavka prof. Kornhauserja je vsekakor zanimiva in aktualna, zato bi njegov članek rad dopolnil z opisom razvoja informativne dejavnosti v Kliničnih bolnicah in v Kliničnem centru.

Iz starih bolnišničnih arhivov ni razvidno, da bi imela bolnišnica med leti 1895 in 1945 svoje glasilo, razen raznovrstnih okrožnic. Po koncu druge svetovne vojne se je informiranje o dejavnosti zavoda okrepilo s tako imenovanimi stenčasi, ki so jih imele vse enote zavoda. Ko je omenjena oblika informiranja leta 1950 zastarela, je osrednji upravni odbor Kliničnih bolnic ob koncu leta 1959 ustanovil interni časopis z naslovom Naš glasnik. V uredniškem odboru so bili ravnatelj zavoda Lojze Dobrovoljc in več zdravnikov. Glavni urednik je bil pomočnik ravnatelja Franc Frece, tehnični urednik pa vodja administracije Leopold Rijavec.

Naš glasnik je pričel izhajati januarja 1960 na osmih straneh. Tiskala ga je tiskarna Tone Tomšič. Glasnik naj bi ob zagotovljenih finančnih sredstvih izhajal mesečno. K sodelovanju so bili povabljeni vsi zaposleni v zavodu, vendar so se oglašali le redki in tako je Naš glasnik zaradi nezadostnih prispevkov prenehal izhajati leta 1961. Klinične bolnice so ostale brez svojega glasila vse do avgusta 1968, ko je bil za novega direktorja Kliničnih bolnic imenovan diplomirani pravnik Janez Zemljarič. Njegova prva naloga je

bila sanacija zavoda, ki se je znašel v precejšnji finančni krizi, in potrebni ukrepi za nadaljevanje gradnje nove stavbe Kliničnega centra. Poleg teh in drugih nalog je direktor poudaril nujno potrebo po ustanovitvi internega glasila. Tako je vodji splošne službe Leopoldu Rijavcu naročil, da pripravi vse potrebno za izdajo glasila. Ker za tisk in vezavo zunaj zavoda ni bilo denarja, so bile prva številka, ki je izšla 31. avgusta 1968, in več nadaljnjih razmnožene ciklostilno in spete s spenjačem. Glasilo ni imelo uredniškega odbora. Delo iz tega področja je opravljal direktor Zemljarič sam. Vsak prispevek je pregledal in ga popravil po potrebi. V začetku ni dovolil, da bi bili avtorji podpisani, saj ni pomembno, kdo je članek napisal, ampak kakšna je vsebina. Funkcijo urednika je opravljal vodja splošne službe, ki je med drugim predlagal, da bi se glasilo imenovalo kot prvo iz leta 1959 Naš glasnik, s čimer ni soglašal direktor. Določil je, naj se glasilo imenuje Bilten.

Oblika Biltena v formatu A4 se je nekajkrat zamenjala, kot so se menjali tudi uredniki. Bilten je izhajal mesečno in objavljal vse, kar je bilo potrebno za zavod ali za posamezno delovno enoto. Glasilo je konec leta 1968 izhajalo v dva tisoč izvodih. Tiskala ga je tiskarna Inštituta za pljučne bolezni na Golniku.

Prvega urednika Biltena Leopolda Rijavca, ki se je upokojil, je v aprilu 1969 nasledil

nekdanji pomočnik ravnatelja Franc Frece, ki je zaradi odhoda v pokoj urejal Bilten le nekaj mesecev. Tako je ob koncu leta 1969 prevzela delo urednice Helena Bojc, ki je ob delu (kot tajnica direktorja) študirala na Fakulteti za sociologijo, politične vede in novinarstvo. Ko je leta 1974 zapustila zavod, sta njeno delo prevzeli študentka medicine Smiljana Juras in Mara Hostnik, viš. med. ses. Imenovani sta zelo uspešno vodili uredniško delo do meseca julija 1989, ko sta uredniško mesto prevzela Marko Pograjc in Meta Kos Jarc, dipl. prav. V tem času je bil za glavnega urednika Biltena imenovan prof. dr. Pavle Kornhauser. Vsi imenovani delavci v uredništvu Biltena so uspešno sodelovali vse do ukinitve Biltena v septembru 1991. Tako je zavod ponovno ostal brez svojega glasila vse do februarja 1993, ko je pod novim glavnim urednikom Jankom Štokom in odgovorno urednico Sonjo Senica izšla prva številka internega časopisa Klinični center, ki je tudi kmalu zamrla.

Ob koncu tega sestavka naj pripomnim, da je bil legendarni direktor Kliničnega centra, kot imenuje Janeza Zemljariča prof. Kornhauser, izredno delaven, poln najrazličnejših idej. V časih je bil nestrpen, vendar je dosegel lepe uspehe v zavodu, ki ga je vodil. Tedanja oblast mu je bila zelo naklonjena, zlasti z zagotovilom potrebnih finančnih sredstev, kar njegovemu predhodniku, dr. Marjanu Dularju, ni bilo usojeno. ■

*Spletna stran Zdravniške zbornice Slovenije*

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

# Profiles of General Practice in Europe

Danica Rotar Pavlič

*Profiles of General Practice in Europe, An international study of variation in the tasks of general practitioner, Avtor: Wijnand Gerard Willem Boerma, Maastricht, University of Maastricht; 2003, NIVEL 2003, The Netherlands, ISBN 90-6905-626-7*

Različnost dela v zdravstveni dejavnosti postaja s širitvijo Evropske unije in z ustvarjanjem enotnega evropskega trga tista vsebina, ki jo pogosto obravnavamo ne le na državni ravni, ampak tudi kot posamezniki. S kakšno kakovostjo zdravstvene oskrbe se bomo srečali, če odidemo v drugo državo; katere sistem zdravstvenega varstva bi lahko postavili kot vzorčni, zgledni model; ali je v državi, v kateri bivamo raven zdravstvenega varstva zadovoljiva in kako jo morebiti izboljšati?

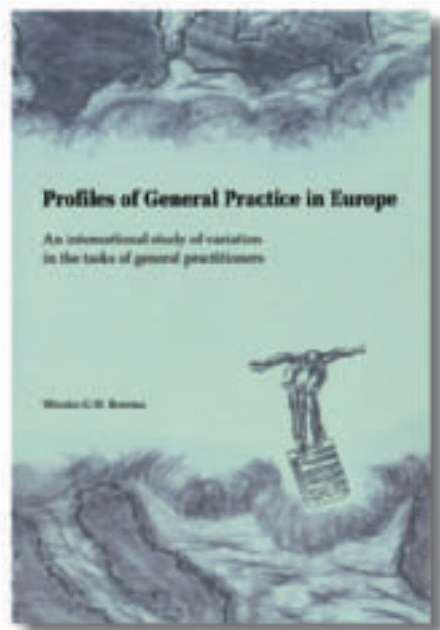
Ocenjujemo, da razlike v dejavnostih, opravljenih in storitvah, ki jih izvajajo zdravniki splošne medicine ne obstajajo le med posameznimi zdravniki, ampak tudi med državami. Pri teh predhodnih ocenah postane vsakemu analitiku kmalu jasno, da imamo na voljo premalo informacij in podatkov. Potreba po vzpostavitvi primerjalnega informacijskega sistema se je v osnovnem zdravstvenem varstvu pokazala že v poznih osemdesetih letih, ko so se zahodnoevropske države srečale z naglo naraščajočimi stroški, ob tem pa so se večale tudi zahteve in pričakovanja prebivalstva. Nove zahteve po zdravstveni oskrbi so bile posledica demografskih, medicinsko-tehnoloških in socialnih sprememb. Države Centralne in Vzhodne Evrope, kjer je v preteklosti prevladoval Semashkov model zdravstvenega varstva, predstavljajo povsem novo področje raziskovanja zdravstvenega varstva in proučevanja nalog ter opravil, ki jih izvaja zdravnik družinske medicine. V večini držav, ki so vstopile v tako imenovano "tranzicijsko obdobje" in se po mnenju W. Boerme usmerile h kapitalizmu, je bila prav osnovna zdravstvena raven tista, ki se je spremenila med prvimi. Ob tem se je zamajala tudi profesionalna infrastruktura, saj v novih pogojih ni bilo mehanizmov za nadzor in spodbujanje kakovostne zdravstvene oskrbe. Pomanjkljiva je bila tudi

zakonodaja. Nekateri zdravniki so na primer popolnoma nepripravljeni začeli z zasebno prakso, ki je sledila rutinski skupinski praksi prejšnjih zdravstvenih centrov.

Ker ponuja publikacija Profiles of General Practice in Europe odgovore na vprašanje, kakšna je razlika v delu zdravnikov družinske medicine v okviru šestindvajsetih držav, je to njena osrednja dodana vrednost k zakladnici literature, ki se nanaša na vpliv posameznih sistemov na zdravje in zdravljenje posameznikov. Posebej so prikazane razlike v poteku prvih stikov bolnika z zdravnikom, kurativnih opravil v povezavi z akutnimi in kroničnimi stanji, v preventivnih dejavnostih in zdravstveni vzgoji. Oris dela zdravnikov je podkrepjen z dejavniki kot so osebne značilnosti zdravnikov (spol, starost, izobraževanje), organizacijske značilnosti (skupinsko delo, opremljenost ordinacije, zaposleno medicinsko in nemedicinsko osebje), lokalne značilnosti (mestna/vaška lokacija, dostopnost bolnišničnega zdravljenja, značilnosti opredeljenih bolnikov), značilnosti zdravstvenega sistema (sistem plačevanja, vloga splošnega zdravnika kot vrtarja, način registracije bolnikov, politična ureditev države).

Čeprav avtor opozarja na številne deficiencije, ki so se v preteklih petdesetih letih uporabljale za opis dela zdravnikov splošne medicine, je modro, da pri analizah uporablja sintezo definicij z naslednjimi značilnostmi: splošnost; prvi stik z bolnikom; usmerjenost k celovitim, širšim dejavnikom, ki spremljajo bolnika; stalnost; vsestranskost in usklajevanje.

Pri pridobivanju podatkov se je projektna skupina poslužila naslednjih orodij: vprašalnika in dnevnika o delovnih obremenitvah zdravnika. Vprašalnik obsega enajst strani, ki so prevedene v jezike opazovanih držav. Podrobno je naveden tudi postopek preverjanja kakovosti prevodov. S pomočjo vprašalnika je bilo mogoče zajeti podatke o osebnih značilnostih zdravnikov, ordinacije, organizacije dela in opravil, ki jih izvaja posamezen zdravnik. Vnaprej strukturirani dnevnik so zdravniki uporabljali za beleženje delovnih obremenitev. Dnevnik so iz-



polnjevali sedem zaporednih dni v normalno potekajočem delovnem tednu. Nacionalni koordinatorji so sodelovali pri pridobivanju informacij o plačilnem sistemu posamezne države, dostopnosti do zdravstvene oskrbe, razlikah med osnovnim in sekundarnim zdravstvenim varstvom, zaposlitvi zdravnikov in zdravstvenega kadra. Čeprav je bil namen raziskave vključiti vse države evropske regije, je bil zaradi pomanjkljive infrastrukture in nestabilnosti ter vojne večji del držav nekdanje Sovjetske zveze in nekdanje Jugoslavije izločen iz nadaljnjih analiz. V vsaki državi bi morale sodelovati 200 zdravnikov. Na koncu je izmed vseh načrtovanih sodelovalo 7.895 zdravnikov splošne medicine. Pri tem nekoliko preseneča nizki odstotek vrnjenih vprašalnikov v državah kot so Belgija (28 odstotkov), Grčija (33 odstotkov), Luksemburg (30 odstotkov), Velika Britanija (30 odstotkov).

Analiza dela zdravnikov evropske regije je pokazala, da zdravniki družinske in splošne medicine v Zahodni Evropi poročajo o intenzivnejšem delovanju na področju prvih stikov z bolniki, uporabi medicinsko-tehnoloških postopkov, preventive srčno-

žilnih bolezni, pediatrične preventive in zgodnjega odkrivanja raka na materničnem vratu. V navedeni delitvi opravil se še vedno riše že odstranjena železna zavesa. Med državami, ki zgoraj navedene storitve redkeje izvajajo, se pogosto znajdejo Bolgarija, Hrvaška, Češka, Estonija, Madžarska, Latvija, Litva, Poljska, Romunija, Slovenija in Turčija.

Porušil se je torej berlinski zid in padla je železna zavesa. Ostala so tradicionalna okolja ter razlike med mestom in vasjo. WGW Boerma se je zato s sodelavci lotil analize kurativnih opravil glede na lokacijo ambulante. Rezultati analize podpirajo hipotezo, da se opis del loči glede na to, ali zdravnik dela v vaškem ali mestnem okolju. Zdravniki s podeželja so dejavneje vključeni v prve obravnave in stike z bolniki ter pogosteje od svojih mestnih kolegov izvedejo posege, pri katerih uporabljajo medicinsko-tehnično opremo.

Vloga zdravnika kot osebe prvega stika z

bolnikom, ki ima psihosocialne težave, ter posebnosti delovnega profila zdravnikov splošne medicine v državah Srednje in Vzhodne Evrope sta vsebini, ki sta v publikaciji obravnavani v samostojnem poglavju. Posebna pozornost je posvečena tudi analizi hišnih obiskov v osemnajstih evropskih državah. Očitno postaja, da so hišni obiski bolj priljubljeni pri bolnikih kot pri splošnih zdravnikih. Izkazalo se je, da med državami obstaja velik razpon med številom hišnih obiskov na teden. Belgijsko povprečje znaša 44 obiskov na domu na teden, medtem ko na Portugalskem opravijo le dva. Zdravnice opravijo manj hišnih obiskov. Zdravniki, ki delajo v večjih zdravstvenih domovih, so glede hišnih obiskov prav tako manj dejavni. V vaškem okolju je število hišnih obiskov višje, medtem ko je manj obiskov pri otrocih ter več pri starejših in onesposobljenih ljudeh.

Avtor skupaj z drugimi pisci sklene svojo analitično delo z zapisom o razlikah v de-

lovnih obremenitvah ter razporejanju časa v povezavi z različnimi plačilnimi sistemi, ki v Evropi vladajo na področju splošne medicine. Na koncu je dodan še povzetek v nizozemskem jeziku in obsežen seznam literature.

Če si kot zdravniki, raziskovalci in bralci pogosto postavimo pred svoje poklicno delo zrcalo in podobo v njem primerjamo z objavami v strokovni literaturi je WGW Boerma v publikaciji *An international study of variation in the tasks of general practitioner* zrcalo postavil nad celotno Evropo in v njem opazoval delo zdravnikov splošne in družinske medicine. Pri tem so mu bili v oporo in pomoč številni soavtorji posameznih besedil in analiz, nacionalni koordinatorji vključenih držav in nenazadnje čez 7.000 zdravnikov družinske medicine. Avtor zato zapis sklene z zahvalo vsem sodelujočim posameznikom in organizacijam. ■

## Slovenija s samomorom ali brez

Monografija Slovenija s samomorom ali brez s svojo raznolikostjo zrcali uspešen poskus avtorjev, da bi s svojo svežino in prodornostjo oblikovali zemljevid, s katerim bi se v polju slovenskega samomora lažje in bolj suvereno gibali. Avtorji se niso ustavili pri preprostem povzemanju tujega znanja in njegovi uporabi, temveč so na tej podlagi in iz lastnih spoznanj nakazali, kako bi se bilo smiselno lotiti zmanjševanja števila vseh tistih, ki samomor poskusijo ali ga naredijo. Monografija je tudi uspešen poskus združevanja znanja že uveljavljenih slovenskih piscev in raziskovalcev samomorilnega vedenja in mladih avtorjev, ki poskušajo v razumevanje samomorilnega vedenja vnesti svežino in poglede iz zornih kotov, ki so bili do

zdaj za naš prostor manj značilni.

Monografijo sestavljajo trije vsebinski sklopi in uvodna prispevka, ki služita kot kačipot vsebinam publikacije. Osrednji del predstavljata deli, ki sta vsebinsko tako obsežni, da pomenita os, okoli katere se vrtijo in prepletajo bolj ali manj drzni poskusi razlage samomorilnega vedenja in terapevtskih pristopov, in sicer v luči slovenskih posebnosti. To sta Opredelitev samomora in Preprečevanje samomora, v katerih avtorji opredeljujejo posebnosti samomora in načine preprečevanja. Tretji del opredeljuje žalovanje po samomoru bližnjega.

V uvodnem poglavju dobimo zagotovilo, da država nudi ljudem, ki s svojo profesionalnostjo in osebno predanostjo poskušajo spletati niti socialne mreže tako na go-

sto, da iz nje ne bi zdrsnili tisti posamezniki, ki se sami ne morejo zasidrati v varne pristane socialnega okolja, primerno predivo in statve, s katerimi bodo dosegli zeleni cilj. Vsebina celotne monografije bralca napeljuje k pričakovanju, da bo na podlagi zbranege znanja in številnih predlogov, sledil izdelek, v katerem bomo prebrali smernice državne strategije na področju zniževanja indeksa samomorilnosti. Pričakujemo konkretno strategijo in načrt dejavnosti, ki bo že dolgo previsok in v vrhove evropskega nadpovprečja štrleč indeks samomorilnosti, spustili na raven mediteranskih držav, ki jim vsaj po geografski legi pripadamo tudi Slovenci.

Poglavje, kjer poskušajo avtorji opredeliti samomor iz različnih vidikov, ponuja po-

leg splošnega pregleda, večinoma povzete-ga iz tuje literature, tudi nekaj svežih pogledov. Še posebej sta za naš prostor, ne za tuj, nova in zaradi tega posebej zanimiva pogleda na evtanazijo in samomor ter ekonomske vidike samomorilnega vedenja. Avtoricama je treba izreči priznanje za pogumen poskus predstavitve zanimivih iztočnic za razmišljanje. Prispevka pomenita poseben izziv vsem tistim, ki čutijo, da bi lahko na tem etično spolzkem področju, radi dodali bolj trden oprijem za razlago omenjenih pozvezav.

Večina avtorjev v tem poglavju je prepričana, da so samomori posledica zapletene medsebojne igre bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov. Poskušajo razložiti kompleksno etiologijo samomorilnega vedenja, pa skoraj v isti sapi zatrjujejo, da je skorajda nemogoče podati enotno oceno samomorilne ogroženosti posameznika. Pravijo, da ravno zaradi kompleksnosti fenomena samomorilnosti tudi ne morejo podati celostnega predloga terapevtske obravnave samomorilno ogroženih ljudi. Tisto, kar je resen metodo-

loški problem in trd oreh vseh raziskovalcev samomorilnosti, je žal lahko tudi varno zatočišče za vse tiste, ki se težko izpostavijo z jasnim odgovorom na eno izmed kopice zastavljenih vprašanj. Veliko poguma in profesionalne prodornosti bo najbrž še potrebno, da bodo terapevti dobili v roke jasne odgovore in temeljite razlage fenomena samomorilnosti, ki jim bodo omogočili kakovostno terapevtsko delo.

V tretjem poglavju najdemo odgovore na vprašanja, kako se slovensko zdravstvo sooča s fenomenom samomorilnosti pri ambulantnem in bolnišničnem delu. Večina raziskav, na katere se opirajo avtorji, žal izvira iz tujih okolij, ki so po mnenju avtorjev iz prejšnjega poglavja, le delno primerljiva s slovenskimi posebnostmi. Upam, da bo knjiga dovolj velik izziv za raziskovalce pri nas. Želim, da bi v njej našli dovolj iztočnic in izzivov ter ustvarjalne jeze, ki jih bo usmerila pri iskanju odgovorov na vprašanja, ki jih pred terapevte postavlja vsakdanje delo.

V tem poglavju bralec lahko pogrša opise, izkušnje in predloge tistih psihoterapevtskih tehnik, predvsem kognitivno vedenjskih, ki so se pri terapevtskem obvladovanju depresij in samomorilne ogroženosti že pokazali kot izjemno učinkoviti. Ti dandanes pogosto nena-domestljivo podpirajo medicinske pristope, ki temeljijo na medikamentozni terapiji.

Posebno pozornost naj bralec v tem delu knjige nameni prispevkoma Dernovškove in Grolegerja. Dernovškova se kljub širokemu polju, ki ga zajema osnovno zdravstvo, pogumno usmeri predvsem na povezanost depresije in samomorilnosti. Na ta način postane izrazito konkretna, kar je v tej knjigi prej redkost kot pravilo. Poudari pomen prepoznavanja treh fenomenov, ki so tesno povezani s sa-

momorilnostjo, to so depresija, sindrom odvisnosti od alkohola in osebnostne motnje. Nato pa v povezavi lastnih izkušenj in kritičnega pregleda nekaterih študij, pogumno ponudi iztočnice za kakovostno preventivno delo na področju zmanjšanja samomorilne ogroženosti. Groleger nas v svojem odličnem preglednem članku prepričljivo vodi do zaključka, v katerem nam pokaže, da je ob ustreznem prepoznavanju dejavnikov tveganja, možna dobra in učinkovita terapevtska obravnava samomorilno ogroženih mladostnikov. Pokaže in dokaže nam, da so glavno preventivno sredstvo, ki poseže v začetek samomorilnega procesa, izobraževanja, tako splošnih zdravnikov, pediaterov, svetovalnih delavcev, psihologov, učiteljev kot staršev.

Pri površnem pregledu se zdi, da zaključno poglavje o žalovanju pri samomoru nekoliko štrli proč od celotnega konteksta monografije, vendar nam vsebina tega prispevka nazorno pokaže in nas prepriča, da temu ni tako. Pogosto smo namreč prepričani, da je treba temeljno skrb nameniti vsem tistim, ki so se ali se bodo podali na pot samomorilnega vedenja. Obsežna skupina prebivalcev, ki so s temi ljudmi povezani s prepletom čustvenih vezi, ni le potencialno bolj ogrožena od povprečnega prebivalstva, ampak je tista, ki ravno tako potrebuje strokovno oporo in človeško razumevanje. Stiske svojcev, prijateljev ali znancev ljudi, ki so se iz svojega življenja odločili oditi prostovoljno, so globok osebni in zaradi velikega števila tudi družbeni problem. Čeprav niso zajeti v noben indeks, na katere se radi sklicujemo, ko opravičujemo pomen resnega ukvarjanja s fenomenom samomorilnosti, predstavljajo široko senco, ki jo okrog sebe širijo vsa prežgodaj končana življenja.

Monografijo lahko opredelimo kot temeljno delo, ki bo snovalcem državne politike v zdravstvu nudilo ključno oporo, na podlagi katere bodo utemeljevali konkretne projekte na področju zmanjševanja indeksa samomorilnosti. Avtorji so nam nazorno pokazali, da se za suhoparnim indeksom samomorilnosti skriva marsikatera tragična človeška usoda, ki bi se ji lahko z več znanja in rutine, ne le osebne prizadevnosti terapevtov, izognili. Za osebno prizadevnost terapevtov nas ni potrebno biti strah. Za znanje in rutino pa bo morala radodarnije in bolj temeljito poskrbeti država. ■

Aleksander Zadel



# Samo spomin

Marjan Kordaš

Sprašujem se, kdaj sem jo srečal prvič. Zares prvič?

V predavalnico sem prišel že zgodaj, še preden se je začela gneča. Potem se je začela in z njo hrup, pač tako, kot je to značilno za mlade ljudi. Spraševal sem se, ali bodo tako hrupni tudi potem, ko bodo postali zdravniki? In potem sem jo zagledal. Šla je počasi, se opirala na berglo in se umikala, da je ne bi podrlji; sem že vstal, da bi ji stopil naproti in jo prijel pod roko in jo podprl. Takrat bi se morda začel dreti na te preklete bruce, ki se tako vedejo do nje, dekanke Medicinske fakultete, a potem se je, še preden sem prišel do nje, nekako izmotala iz gneče in se ustavila pred katedrom.

O svoji bolezni je govorila, kot da ne bi bila njena. Pravzaprav jih je bilo več in včasih sva se tudi pogovarjala. Tako sem ji nekoč rekel:

“Pozabili ste na drugo berglo; mar ni to razveseljivo?”

In čez nekaj let malo drugače:

“Pozabili ste na berglo; to je pa dober znak!”

V zadnjih letih sva se pogovarjala tudi o

tumorskih markerjih. Tako me je nekoč poklicala, in ko sem prišel k njej, mi je izročila kopijo preglednega članka o njih. Skoraj ne morem verjeti, da sem na njeno bolezen pozabil in razmišljal bolj o kinetiki, kot o njej, in ko sem ji to povedal, se je le malo namuznila in rekla, da je to dobro.

In da je kemoterapija očitno še kar uspešna.

Potem me je doletelo, da sem moral govoriti na žalni seji.

Ker je bilo prvič, nisem vedel, kako se zadeve lotiti. Seveda sem šel k njej, a namesto nasveta sva se pogovarjala. Odtlej sva se še večkrat in počutil sem se že kar domače, tako da sem kot navadno v svojem laboratoriju, na stolu tudi pri njej v kuhinji sedel skoraj zleknjen, z iztegnjenima nogama.

Kako je že rekel Žekš, ko se je poslovil od profesorice Andolšek?

Rekel je, da, da je zanjo bila značilna meh-koba.

Zares, to je morda najbolj primeren izraz. Mehkoba. Zdi se mi, da je takšna meh-koba značilna samo za žensko.

Pravzaprav je neumno, da tega nisem spoznal takrat, ko bi ji to lahko še povedal. Največ, kar sem ji lahko povedal, je bilo, da zna poslušati. Trudil sem se, da bi to zvenelo kot kaka pohvala, a je le zamahnila z roko in odvrnila, da je pač treba poslušati, sicer ni mogoče delati. Takole je rekla:

“Človek mora drugega poslušati, sicer se ne da delati.”

Še nečesa se spomnim - bilo je dober teden preden je umrla:

Poklical sem jo in vprašal, če ji lahko prinesem podpisat neke papirje. Odvrnila mi je, da lahko pridem kadarkoli, ker je doma, da pa je bila prejšnji dan zdoma, in da je zame prinesla kos pehtranove potice. Potem sem rekel, da je pehtranovka vsekakor vredna obiska, oba sva se smejala in tako sem se kmalu potem znašel pri njej. Podpisala je tiste papirje in mi pomolila velikanski kos, in medtem, ko sem preverjal njegov videz na prerezu, sva govorila tole:

“Zdaj pa boste šli k Župančiču, kaj ne?”

“Seveda, saj mora podpisati tudi on.”

“Ali bi mi od njega lahko prinesli eno



Akad. prof. dr. Lidija Andolšek Jeras, dr. med.

knjigo? Veste, sicer se slabo počutim, a če mi-gam, se zamotim in malo pozabim.”

Vprašal sem se, kako je mogoče pozabiti na takšno bolezen.

“Seveda lahko.”

“Potem pa pehtranovko pustite zdaj tu in jo boste odnesli potem.”

Torej sem storil kot dogovorjeno, odšel k Župančiču in se vrnil k njej. Ko mi je pehtranovko podala, sem jo - plaho - vprašal, kako se počuti.

In kot že večkrat je tudi tokrat le zamahnila z roko in z rahlo utrujenim nasmehom ponovila:

“Za jok bo pa še vedno dovolj časa.”

O njej bi pravzaprav lahko zapisal le en stavek:

“Bila je v redu človek.”

Na srečo sem se spomnil, da ta stavek govori le meni. Pravzaprav mi le pripoveduje eno od mnogih človeških zgodb in morda je posebnost le način pripovedovanja. Zdi se mi, da sem kar dolgo razmišljal, kako bi to pripoved opisal, dokler si nisem domislil, da je bila kot zaporedje slik. Da, kot film, navit na kolut, da se vrti v projektorju in na zaslonu gledam zgodbo. Četudi se zgodba ne prekinja, se v mojih mislih zaporedje slik včasih prekine in vidim, ali morda slišim glas, ki zaporedje slik razloži. Ne vem, ali je glas njen ali moj ali glas koga drugega, vendar je človeški glas. Ko razvozlam pomen izgovorjenih besed, se zaporedje slik nadaljuje. Zares, ne nadaljuje se tako, kot resnični domišljji-



Ob 70-letnici akademkinje so sodelavci in prijatelji svoji Lidiji poklonili jubilejni zbornik. Leta 1999 ga je izdalo Slovensko društvo za reproduktivno medicino.

ji, v filmu, ko pravzaprav gledalec ve, da se bo zgodba končala. Prav nasprotno: zgodba, zaporedje slik se nadaljuje tako kot v resničnosti, ko gledam in vidim človeka, ko sicer vem, da bo nekoč umrl, da pa je to v daljni prihodnosti, o kateri še ni vredno razmišljati.

In tako se zaporedje slik in zgodba nadaljuje in včasih se mi zdi, da v tej zgodbi nastopam tudi sam. Razlika je le, da lahko izstopim, se vrnem v dvorano, zares, v dvorani je kar nekaj gledalcev in tako kot jaz tudi nekateri od njih vstanejo in vstopijo v njeno

zgodbo. Vse skupaj postaja vse bolj človeško, ko se iz zgodbe iztrgam in ko pogledam svoje so-gledalce vidim, da je zgodba vedra, včasih tudi žalostna, a predvsem vedra in ko vsi skupaj pričakujemo nadaljevanje, zaporedja slik nenadoma ni več. Luč projektorja je še vedno, le slik ni več. Sprva sploh ne dojamem, za kaj gre. Potem si rečem, da se je film strgal in da bo treba počakati nekaj minut, da ga zalepijo. A to se ne zgodi. Je samo luč, ki sveti v prazno in brnenje projektorja, ki se vrti v prazno in gledalci se spogledujemo in ne moremo dojeti, da se je zgodba končala pri zadnji sliki in da naslednje ne bomo videli nikoli več.

A vesel sem, da imam sliko. Pravzaprav ni ena sama, temveč množica. Vem, da se za njimi skriva mnogo, mnogo, mnogo, a prav zato se mi zdi do kraja zgrešeno govoriti o tem. In na zadnji sliki je takšna kot vedno: vedra in mehka. S tistim značilnim, rahlim nasmeškom. Kot takrat, ko sem bil v zadregi in jo pogledal in ona se mi je nasmešnila še bolj ter mi pomežiknila. ■

#### **Akad. prof. dr. Lidija Andolšek Jeras, dr. med. (1929 - 2003)**

- Dekanka Medicinske fakultete (1987-91:);
- zaslužna profesorica Univerze v Ljubljani;
- 1976: Nagrada mesta Ljubljane;
- 1981: Red dela z zlatim vencem;
- 1983: Nagrada Sklada Borisa Kidriča;
- 1989: Humanist leta;
- 1991: Častna članica Britanskega društva za ginekologijo in porodništvo;
- 1992: Ambasadorica Republike Slovenije v znanosti;
- 1995: Državna nagrada za raziskovalno delo;
- 1996: Zaslužna članica Združenja ginekologov in porodničarjev SZD;
- 1996: Častni srebrni znak Republike Slovenije;
- 1998: Častna članica Ameriškega združenja ginekologov in porodničarjev;
- 2000: Častna meščanka mesta Ljubljane;
- 2000: Priznanje Svetovnega združenja za ginekologijo in porodništvo.

# Meteora in Olimp

Iztok Tomazin

**D**nevi okrog prvega maja, z občasnimi, v Himalaji, preživetimi izjemami, mi že tri desetletja pomenijo simbolično slovo od zime, smučanja, plezanja v snegu in ledu, opojnih prečenj zasneženih grebenov in marsičesa drugega iz bele gorske zakladnice. Najkasneje takrat se pomlad iz koledarja in narave v počasnem prehodu preseli tudi v moja gorniška razmišljanja in delovanje. Okolje tega zanimivega, lepega dogajanja je najpogosteje divjina Velebita, letos pa je po nekajletnem odlaganju nastopil čas za Grčijo.

Visoki in nenavadno oblikovani skalni stolpi Meteore v osrednjem delu celinske Grčije so raj za plezalce, zelo zanimivi pa so tudi za druge ljubitelje narave, kulture in zgodovine. Kar nekaj nepojasnjenih skrivnosti obstaja v zvezi z njimi. Ena od njih je, kako so pred 650 leti uspeli spraviti na vrh najvišjega stolpa mogočen kovinski križ. Dostop na ta vrh je možen samo z zahtevnim plezanjem

in opremo, kakršne takrat, po doslej znanih podatkih, ni bilo. Izven plezalskih krogov je Meteora svetovno znana po slikovitih samostanih, ki so jih zgradili že pred stoletji na vrhovih nekaterih od stolpov. Sezidani nad vrtoglavimi prepadi kljubujejo času in vsiljivcem ter dajejo zatočišče vse redkejšim iskalcem odmaknjenosti in samote, hkrati pa so prvovrstna, kar dobro izkoriščena turistična atrakcija. Sodobni vsiljivci so precej bolj benigni od preteklih osvajalcev, na primer barbarskih plemen ali nemških okupatorjev, pa zato mnogo številčnejši - turisti. Množično prihajajo, pogledajo, poslikajo in gredo. Plezalci pa so posebna kategorija, ki ne posega v samostanski mir, saj v neposredni bližini samostanov plezanje ni dovoljeno. Njihovo intenzivno posvetno iskanje skozi akcijo in odkrivanje lepote se simbolno dopolnjuje, včasih celo prepleta z raziskovanjem v samoti in odmaknjenosti oaz miru, ki jih od ostalega sveta ločijo v plezalni ali

meniški red neposvečenim ljudem nedosegljivi prepadi.

Poleg Meteore je bil letošnji prvomajski cilj tudi okrog dvesto kilometrov oddaljeni Olimp. Je pojem tako za ljubitelje zgodovine kot za raziskovalce kulture in gora. Ni najvišja gora na Balkanu, vendar je najbolj znana, bogata in pomembna. Vsekakor vredna obiska, čeprav je s himalajskimi očmi majhna, saj ne doseže niti treh kilometrov višine. Več kot doživiš in preživiš gora, manj pomembni, čeprav ne nepomembni, so njihovi zunanji atributi, na primer višina. Tako nekako kot pri ljudeh. Možnostim poglobljenega spoznavanja so kakršnekoli številke in drugi podatki le kmalu preseženi okviri.

Ob načrtovanju letošnjega obiska balkanskih gora je privrel že davni spomin na najvišjo med njimi, Musalo v Bolgariji. Pred dvajsetimi leti sem kot prvi poletel z zmažem z njenega vrha, za tolažbo po neuspelem poskusu poleta z Ararata, katerega mi





Meteora - samostan Varlaam

je še pred vzponom na goro preprečila turška policija. Verjetno bi zloglasnim policistom moral biti hvaležen, saj bi me v tistih napetih časih in razmerah, na tromeji med Turčijo, Iranom in Sovjetsko zvezo, ob kar nekaj raketnih in drugih vojaških oporiščih v vzhodni Ararata, vojska zelo verjetno sestrelila. Vendar tudi polet z Musale ni bil kar tako. Med zasilnim pristankom v divji, odmaknjeni gorski dolini, sem grdo polomil zmaja in le malo je manjkalo, da bi si v osrčju balkanskih gora zlomil vrat. Polet se je končal s kratkotrajnim "spancem" in bolečim prebujanjem po močnem udarcu glave v skalo. Vmes je bila na srečo čelada. Zgodba se je nadaljevala z žalostnim preštevanjem polomljenih zmajevih cevi in posledično izgubljenih težko prisluženih študentskih mark. Kasnejše zadoščenje po zanimivem in lepem poletu ter veselje ob preživetju sta odtehtala vse drugo.

## Meteora

Uvodni del letošnjega potovanja sva z Matejo začela v Trstu in nadaljevala s šestindvajset urno vožnjo na palubi ogromnega trajekta, vzdolž celega Jadrana. V zadnjem delu mimo tesnobne, nenaseljene, hribovite albanske obale, Otrantskih vrat, turistično prijaznega in urejenega Krfa ter končala z izkrcanjem v grškem pristanišču Igumenica. Nekajurna ovinkasta vožnja po razgibani in pomladno dehteči pokrajini je mi-

nila predvsem v pričakovanju dramatične spremembe okolja. Kljub prebranim knjigam in množici pregledanih fotografij, sem si težko predstavljal, kako se bo enkrat valovito gričevje, popestrjeno s kakšnim hribom in na obzorjih zamejeno s kopastimi zasneženimi gorami, spremenilo v nekaj povsem drugega. Tovrstna presenečenja so nadvse prijetni, dragoceni utrinki vsakega potova-

nja.

Na pragu večera sva dosegla Meteoro. Nad široko zeleno dolino, visoko nad vase-ma Kastraki in Kalambaka, so v toplih posevniških zahajajočega sonca žareli stolpi, množica stolpov in ostenij. Gruče in osamelci, visoki in vrtoglavo strmi, najrazličnejših domišljjskih in konkretnih oblik. Od živali, prstov, penisov, kelihov, do kompleksov, ki še najbolj spominjajo na mogočne trdnjave z več sto metriskimi prepadnimi obzidji. Posebnost že tako nenavadne in slikovite pokrajine so samostani, zgrajeni na vrhovih nekaterih stolpov. Kot orlovska gnezda čemijo nad prepadi. Marsikomu se zvrtilo v glavi že ob pogledu na starodavne zidove bivališč, za katere izgleda, kot da bodo vsak trenutek zgrmela v globino. Na obzorjih mogočnih stolpov so v večerni zarji žarele zasnežene gore. Prizor slikovitih in usklajenih nasprotij, ki je jemal dih.

Vzhajajoče sonce naslednjega dne sva pozdravila v navpičnici. Meteora je obljubljen dežela, ustvarjena za izpolnjevanje sanj plezalcev. Možnosti soočanja s prepadi in z omejitvami lastnih sposobnosti je nešteto, od sorazmerno lahkih in dobro varovanih smeri, do izjemno težavnih, tveganih, veliko je tudi še nepreplezanih. Kamenina je zanimiva, nenavadna in marsikateremu apnenca ali granita vajenemu plezalcu neustreza. Značilnost Meteore je namreč konglomerat, kakršnega bi zaman iskali v večini



Meteora - je lepše plezati ali uživati po uspešnih vzponih?

evropskih sten in gora. Gre za skupaj zlepljene kamne in kamenčke, od takih, ki jih lahko zagrabiš s celo roko, do tistih, ki se jih komaj okleneš s konicami prstov ali celo takih, ki si imena oprimek zaradi majhnosti skoraj ne zaslužijo. Pogosto izgledajo, kot bi bili le na enem delu prilepljeni v steno in jih bo že najmanjša obremenitev odtrgala skupaj s plezalcem. Pa se moraš včasih s skoraj celo težo obesiti na tak kamenček, za katerega se ti v nerednih trenutkih strahu zdi, da bo že sam od sebe izpadel iz podlage. Obi-

atrakcija plezalci, ki kot pobarvani pajki visijo in se premikajo po najbolj divjih, na videz nemogočih strminah stolpov.

Spontano sva vzpostavila dnevni red s številnimi pestrimi variantami. Prebujanje navsezgodaj z zavestjo čudovitega ambienta, ki so ga pogosto dopolnile glasne, od ostenij odmevajoče ozvočene molitve in obredno petje iz cerkve v Kastrakiju. Sledil je dolg pozdrav dnevu in življenju, sredi dopoldneva pa začetek "akcije". Od stolpa do stolpa, v vsakič drugačni in neponovljivi igri rav-



Sončni vzhod pod vrhom Olimpa, zadaj Egejsko morje



Meteora: V navpičnici Sanjskega stebra, spodaj samostan Roussanov

čajno zdrži, sicer bi bil padec neizogiben. Dolg padec, saj so varovalni klini večinoma daleč vsaksebi, ali pa jih sploh ni. Plezanje v Meteori je zato resnično ples v navpičnici na konicah prstov rok in nog, pogosto zelo napeto, bolj igra najfinejšega ravnotežja kot moči, včasih tudi tvegano in duševno precej obremenjujoče, in seveda temu primerno izpolnjujoče. Področje Meteore je tudi nekakšen botaničen in živalski vrt, katerega prebivalci se večinoma harmonično vključujejo v celoto divje, skoraj neokrnjene narave. Od barvitih trnja do pisane množice rož, od množice žgolečih ptic pevk do jadrajocih štorkelj in orlov, od poskočnih kuščarjev do okornih želv in zmuzljivih kač. Med bitji so vsaj za turistično oko nemara glavna

notežja na konicah prstov, od vznožja do vrha. Na vrhu prehodna izpolnitev in užitek, potem pa po vrvi nazaj v prepad in sprehod do naslednjega stolpa v tkanju mozaika nešteti natančnih, neponovljivih gibov, popolne zbranosti, vseh odtenkov veselja in kdaj pa kdaj za začimbo malo napetosti in strahu, kadar je bilo plezanje zelo težko, skala krusljiva, zadnji varovalni klin pa globoko spodaj. Zunanji okvir dogajanja je bilo nekaljeno modro nebo z žgočim soncem, bujno zelenje pod stolpi, prepredeno s številnimi slikovitimi potkami in sproščeno, prav posebno grško vzdušje, ki je značilno za celo pokrajino. V somraku večera se je v dolini nadaljevala ista zgodba, le na drug, nič manj vreden način.

pobočju Olimpa proti vojaški bazi Keoax je bil še poseben užitek, ob misli, da bi kateri od mojih prejšnjih avtomobilov že razpadel, predvsem pa sva bila čisto blizu Gori. Vojaški so bili prijazni, izžarevali so predvsem dolgočasje v kraju, ki je bil "bogu za hrbotom", ali po starogrških verovanjih bogovom pod nogami, ampak to je kmalu postalo nepomemben vtis preteklosti. Uro hoje nad bazo sva dosegla sneg, si naredla smuči in ubrano odkorakala navzgor, podaljšujoč si objem toplih žarkov zahajajočega sonca. Najina lepo vrezana smučina je izginjala v temnečo dolino, večer je bil vedno lepši, razgled močnejši, veter močnejši. Zadovoljna sva ugotovila, da sva na gori sama, kar je običajno najlepše. Ko sta naju viharni veter in mrak

že resno opozarjala na prihajajočo, sicer izredno lepo, ampak na prostem nič kaj prijetno noč, sva dosegla razpadajočo vojaško postojanko na enem od predvrhov Olimpa. Vselila sva se v umazano in zanemarjeno, ampak po gornjskih merilih kraljevsko zavetje. Topel objem puhastih spalnih vreč je v takih pogojih največje možno udobje.

Naslednji dan, po naključju ravno prvi maj, je bil vrhunec letošnje Grčije. Pa ne zaradi datuma. Ob svitu sva na predvrhu Olimpa pričakala rdečo kroglo, ki je počasi

dino globoko spodaj, na nogah pa smuči, s pomočjo katerih bova zdrsula proti bujnemu zelenju dolin. Spontano sem se poskušal vživeti v zgodbe in verovanja, ki so v zgodovino sveta umestile goro, na temenu katere sva sedela in uživala. Pa mi ni šlo najbolje. Midva sva svoj Panteon prinesla s seboj, obstaja neodvisno od okolja in okoliščin. Vsakič se zlije z vseobsegajočo lepoto, ki je bila ta dan dosegljiva tudi očem.

Smuka z vrha Olimpa je bila en sam užitek, le mišice so se občasno pritoževale za-

je bil dan komaj na polovici. Druga je bila povsem drugačna. Z velikim oblakom prahu za seboj sva zdrvela navzdol po serpentinastem makadamu do zelenih ravnin in nato nazaj proti Meteori, prehitvejoč redke praznično počasne voznike. Nekaj ur kasneje sva bila že "doma" v kampu na robu vasice Kastraki. Za vrhunec druge polovice dneva sva izbrala enega najlepših in najmogočnejših stolpov, Ypsilotero. Lahkih smeri nanj ni.

Modro nebo, žgoče popoldansko sonce, bujno zelenje in igračasto majhne hiše Ka-



Na vrhu Olimpa Skolios



Meteora: Pod vrhom stene Jastrebov, zadaj plezalci v Kelihu

in slovesno izplula iz lesketajoče se gladine Egejskega morja globoko pod nama. V rožnati svetlobi jutranje zarje sva smučala do sedla, rumenilo počasi vzpenjajočega se sonca pa naju je spremljalo ves čas vzpona na Skolios, najin današnji cilj, sicer drugi najvišji vrh Olimpa, s katerega je za razliko od najvišjega, le nekaj metrov višjega Mytico-sa, mogoče tudi smučati.

Polnost nasprotij se je najbolj izrazila prav na vrhu Skoliosa. Mračen kot z nožem odrezan skalnat prepad na severu, na jugu pa lepa zasnežena strmina, po kateri sva se povzpela in nato odsmučala. Naraščali sta toplota in svetloba pomladanskega jutra, ki sta objemali debelo zasnežene vrhove Olimpa. Čaroben pogled na žarečo morsko gla-

radi težkih nahrbtnikov in zmečkanega snega. Usklajeno sva vijugala navzdol in se pogosto ustavljala, da se naužijeva zraka in razgleda. Le enkrat je prišlo do razlike - ob vratolomnem padcu je lepši, ampak v tistem trenutku nerodnejši del tandema bentil in si otepal sneg, opazovalcu pa se je hipna zaskrbljenost prelila v sproščen, neprivoščljiv smeh s kančkom žalosti, da je bila akrobacija nepričakovana in prehitra, da bi njo lahko ovekovečil na filmski trak.

### Meteora - drugič

Utrujenost, lakota, dehidracija in navdušenje so v gorništvu pogosto in lepo združljivi. Tudi tokrat je bilo tako. Ko sva v takem stanju pritorila sebe in vso opremo do avta,

strakija globoko spodaj... Globina, ki je s pridobivanjem višine postajala na pogled vse bolj grozeča, hkrati pa z obiljem lepote tudi prijazna. Po ravno prav zahtevnem, čudovitem plesu na konicah prstov sva v zgodnjem večeru izplezala in se zleknila med bujne trave ploščatega vrha. Vrh sosednjega stolpa, z globokim prepadom vmes, so se skrivnostno bleščala poslopja samostana Velika Meteora. Še ena v vrsti izpolnitev se je zgodila. Temneče sence so se vztrajno plazile vse višje in prihajajoča noč je priganjala. Vrvi sva vrgla v globino in po njih zdrsula v vazonje Ypsilotere. Že v mraku sva se v blagozvočnih uspavankah prepevajočih ptic sprehodila med travami, grmovjem, preprogami rož, skozi prezgodaj stlane pajčevine,

mimo kake začudene želve, do platnena zavetja v dolini.

Stolpi Meteore so izredno slikoviti in temu poskušajo slediti tudi njihova imena. Deloma izvirajo od domačinov, množico prvotno neimenovanih pa so poimenovali šele prvi pristopniki, večinoma nemški plezalci, ki so te kraje pričeli obiskovati in raziskovati v petdesetih letih prejšnjega stoletja. Midva sva v naslednjih dneh splezala še na Steno Jastrebov, na Stražarja Svetega duha in končno na Sveti duh, ki je eden najmočnejših stolpov Meteore. Nanj sva se povzpela po visoki, zračni in izredno slikoviti smeri, ki se imenuje Sanjski steber in je res vredna svojega imena.

### Za ščepce turizma

Zadnji dan bivanja v Meteori sva se šla turista. Čar radovednosti je zahteval tudi to. Z zanimanjem sva si ogledala samostan Velika Meteora oziroma Metamorfosis. Zbrano in v miru sva se za omejen čas poglobila v zgodovino in njene zanimive ostanke. Hrupna množica, ki jo neprestano dovažajo in odvažajo avtobusi, je bila moteča, temeljnega pa le ni okrnila. Samostan je odlično ohranjen, del stavb je tudi odprt in urejen za turiste. V zaprtem delu živi le še deset menihov, v najboljših časih jih je bilo 300. V sosednjih orlovskih gnezdih je podobno. Zdi se, da stoletna življenjska sila meniške kulture usiha in čeprav je v samostanih Varlaam, Aghios Nikolaos Anapafsas, Aghia



Bele poljane Olimpa (Foto: Mateja Vrhunc)

Trias, Roussanou in še nekaterih drugih na območju Meteore v fizični obliki lepo ohranjena, urejena in dokumentirana, se vsiljuje trpek občutek minljivosti. Sproti so ga preganjale vsakodnevne jutranje in večerne molitve, ki so včasih tudi s pomočjo ozvočenja odmevale od ostenij in se vtkale v mozaik doživljanja svetosti kraja.

Deset dni je bilo premalo za pravi oddih. Za počitek od vsakodnevnih obveznosti, skrbi in izzivov, za poskus odklopa, ki osveži

energijo dajanja. Tudi v Grčiji se je kak pacient sprehodil skozi zavest. Vedel sem, da se bom z njim ali z njo po vrnitvi domov kmalu srečal. Konkretni ljudje neredko pridejo v ambulanto kmalu po tistem, ko pomislim nanje. Kot bi se najavili iz nekega drugega sveta. Ko potem zares potrkaajo in vstopijo, se svetova, ki pravzaprav nikoli ni sta čisto ločena, spet združita. ■

Foto: Iztok Tomazin

## S KNJIŽNE POLICE

James Herriot:

# Zgodbe o mačkah

Marjana Šalehar (prevedla)

*James Herriot je odrasel na Škotskem. Obiskoval je Veterinary College v Glasgouu. Po diplomu je deloval kot živinozdravnik v Yorkshiru, poročen, oče dveh otrok. Sin je odšel po njegovih stopinjah in hčerka je zdravnica za ljudi. Je v pokoju in živi z ženo v majhni vasi v hribovju severnega Yorkshira. Med nami je manj znan, vendar je avtor številnih literarnih mojstrov, ki so svetovne uspešnice. Mačje zgodbe sodijo med njegove najlepše pripovedi. Njegove iskrene pripovedi o ljudeh in njihovih mačkah se vedno dotaknejo našega srca. Ustvaril jih je leta 1973.*

Izbrala sem "Razbijača", ker nas zgodba pristrčno in lahkotno prenese v spomin na nedavni božični čas.

### Razbijač - božični muc

Moj najbolj živ spomin na božič je vedno vezan na majhno mačko. Prvič sem jo za-

gledal nekega jesenskega dne, ko me je gospa Ainsworth poklicala, da bi pregledal enega od njenih psov.

Pred žarečim ognjem v kaminu sem zagledal, na svoje veliko presenečenje, majhno, črno in kosmato bitje.

“Nisem vedel, da imate mačko”, sem pripomnil. Gospa se je nasmehnila:

“Saj je pravzaprav nimamo. To je Debbie.”

“Debbie?”

“Da, to je Debbie. No... mi jo vsaj tako kličemo. Ne vem, kako ji je pravzaprav ime. Veste, to je potepuška mačka. Pride sem dvakrat ali trikrat na teden in ji damo kaj jesti. Ne vem od kod prihaja, mislim pa, da se največ zadržuje v eni od obcestnih hiš.”

“Ali vam ne daje občutka, da si želi ostati pri vas?”

Gospa Ainsworth je odkimala. “Tako plaho majhno bitje je. Omejuje se na to, da skrivoma vstopi, nekaj poje in hitro zbeži. Nekaj na njej me zelo privlači, vendar ona ne želi sprejeti v svoje življenje ne mene, ne koga drugega.”

Ponovno sem pogledal mačko: “Toda danes ne je.”

“Res je. Kakor koli je nenavadno, od časa do časa pride in se samo za kratek čas pogreje pri oknu. Kot da se želi malo pocarkljati.”

“Kot kaže si včasih zares želi malo privoščiti,” sem presenečen ugotavljal.

Brez dvoma je bilo obnašanje majhne živali nekoliko nenavadno. Mačka je nepremično ždela na preprogi pred kaminom in strmela v žerjavico. Videlo se je, kako uživa. Nekaj v njenem prašnem črnem kožuščku, v njenem divjem in sestradanem videzu je zgovorno pričalo o tem, da so taki trenutki nekaj posebnega v njenem življenju. Da gre za čudežno in prav posebno doživetje. Uživala je v ugodju, o katerem ni mogla v svojem običajnem življenju niti sanjati.

Nenadoma se je obrnila, potihoma odšla iz sobe in izginila.

“Taka je Debbie”, se je zasmejala gospa Ainsworth. “Nikoli ne zdrži dlje kot nekaj deset minut in nato izgine.”

Gospa Ainsworth je bila simpatična dama pri štiridesetih. Sanjska stranka za vsakega veterinarja. Dobro situirana, velikodušna in imetnica treh zelo razvajenih basetov. Zadoščalo je že, da je običajen melanholičen izraz enega izmed psov dobil poudarjen naglas, da sem bil pozvan na pomoč. Tistega dne je eden od lenobnih basetov nekajkrat dvignil tace in si z njo popraskal uhelj. Gospa je izjemno vznemirjena stekla k telefonu in me poklicala.

Posledica njene kronične zaskrbljenosti so bili pogosti obiski v dvorcu Ainsworth. Tako sem imel večkrat priložnost opazovati mačko, ki je pritegnila tudi mojo pozornost. Nekoč sem jo opazoval, ko je z eleganco polizala vsebino krožnika, ki so ji ga nastavili pred kuhinjo. Med tem, ko sem jo gledal, se je zavrtela na svojih zametnih tačkah in odšla skozi vrata dnevne sobe na vrt.

Elegantno dnevno sobo so zasedli trije baseti, ki so smrčali, udobno raztegnjeni pred kaminom. Kot je kazalo, so se že dodobra navadili na Debbie, ker sta jo dva izmed njih ovohavala z ravnodušnim izrazom, tretji pa jo je samo ošinil z zaspanim pogledom. Debbie se je spustila mednje v svoji običajni drži in opazovala žerjavico. Tokrat sem poskusil z njo navezati stik. Previdno sem se ji približal, vendar sem jo skušal pobožati. Previdno in s poigravanjem sem jo uspel prepričati, da mi je dovolila, da sem se s prstom dotaknil njenega smrčka. Za bežen hip je nagnila glavo v stran in mi s smrčkom podrgnila dlan. Vendar se je hitro umaknila in odšla. Ko je bila varno zunaj hiše, se je izstrelila skozi odprtino v živi meji. Zadnje, kar sem uspel videti, je bila temna senca, ki je drsela po travi, namočeni od dežja.

“Tako rad bi izvedel, zakaj odhaja,” sem si mrmral v brado. Gospa Ainsworth se je neslišno pojavila ob meni. “Tega ne bomo nikoli uspeli odkriti,” je dejala.

Minili so trije meseci, ko se je gospa Ainsworth ponovno oglasila. Dejansko me je pomanjkanje simptomov pri basetih že začelnjalo skrbeti, ko je na lepem klicala. Bilo je ravno božično jutro in pohitela je z opravičili: “Doktor Herriot, zelo mi je žal, da vas moram nadlegovati ravno na današnji dan.

Vem, da bi si želeli počivati za bo-

žič tako kot vsi drugi ljudje.” Vendar njena prirodna vljudnost ni uspela prikriti zaskrbljenosti v glasu.

“Ne skrbite zaradi tega, lepo Vas prosim. Za katerega izmed njih gre to pot?” sem jo vprašal.

“Ne gre za enega izmed psov. Gre za Debbie.”

“Za Debbie? Ali je pri vas?”

“Da. Nekaj ni v redu. Pridite takoj. Prosim Vas.”

Ko sem prečkal trg, sem se spomnil, tako kot že tolikokrat, da je Darrowby na božični dan tak, kot da bi poglavje iz Dickensovega romana postalo resničnost. Puščoben trg, prekrit s snegom, s zaprtimi trgovinami in barvnimi lučkami na drevescih za okni. Hišice se stiskajo skupaj na zasneženem ozadju višavja. Hiša gospe Ainsworth je razkošno okrašena s štanjol papirjem in božjim drevescem. Cele vrste mamljivih steklenic so krasile kredenco in bogat vonj purana s čebulo in zajbljem se je širil iz kuhinje. Njene oči so izražale bolečino, ko me je povabila v dnevno sobo. Tam je bila Debbie, vendar je bilo tokrat vse drugače. Raztegnjena je ležala na boku in ob njej je ležal čisto majčken črn mucek. Prebledel sem in vprašal, kaj se je tukaj dogajalo.

“Vse je zelo čudno,” je menila gospa Ainsworth. “Nekaj tednov je nisem videla. Pred dvema urama se je opotekla v kuhinjo z mucnikom v gobčku. Odložila ga je na preprogo v dnevni sobi. Najprej me je zadeva zabavala, toda hitro sem ugotovila, da nekaj ni v redu. Sedla je kot ponavadi, tako je ostala več kot eno uro, nato je legla in se ni več premaknila.”

Pokleknil sem na preprogo in pobožal Debbie. Bila je vsa shujšana in njen kožušček je bil ves blaten. Ni se branila, ko sem ji

skušal nežno razpreti gobček. Jezik in ustna sluznica so bili čisto blede. Ob prstih sem čutil njene ledene ustnice.



Odi Martinec (foto: Mateja Martinec)

Očesne veznice so bile blede in motne. V daljavi sem zaslišal zvoniti zvon. Z mračno gotovostjo o tem, kaj bom tam našel, sem ji potipal trebuh. Ko so se moji prsti sklenili nad trdo režnjato gmoto v globini njenega drobovja, nisem bil presenečen, samo žalosten. Masiven limfosarkom? Najbrž v zadnjem stadiju in smrten. Prisloni sem stetoskop na njen prsni koš in zaslišal hitre in vedno bolj slabotne utripe srca. Nato sem se vzravnal in sedel na preprogo ter se zastrmel v ogenj, ne da bi videl, le na obrazu sem čutil njegovo toploto. Zaslišal sem glas gospe Ainsworth, ki je prihajal od daleč: "Ali je zelo bolna doktor Herriot?"

"Zelo se bojim zanjo," sem nekako izjekljal. "Ima maligni tumor. Ničesar ne morem storiti zanjo. Zelo ni je žal."

"Oh." Z roko si je zakrila usta in me pogledala z grozo v očeh. Ko je končno lahko spregovorila, se ji je tresel glas: "Torej jo morate takoj uspavati. To je edino, kar zanjo še lahko storiva. Ne sme trpeti."

"Gospa Ainsworth, nobene potrebe ni za čim takim. Ona umira... je že v komi... ničesar več ne čuti."

V naglici mi je obrnila hrbet in ostala tam, negibna, medtem ko se je borila s svoji čustvi. Nato je padla na kolena poleg Debbie. "Oh ti ubogo bitje." Je zajokala in večkrat pogladila njeno glavico, medtem ko so se njene solze zlivale na blaten kožušček. Le kaj se ji je dogodilo? Bolj bi morala skrbeti zanjo."

Molčal sem. Zavedal sem se njene bolečine, ki je bila v takem nasprotju z razkošnimi barvami svečanega ambienta. Nato sem nežno spregovoril: "Nihče ne bi mogel storiti več. Nihče ne bi mogel biti bolj dober z njo."

"Lahko bi jo imela tukaj. Moralo ji je biti grozno tam zunaj v mrazu, ko je bila bolna na smrt. Za nameček je imela še mucke. Kdo ve, koliko jih je bilo?"

"Najbrž je bil ta edini in vam ga je prinesla. Mar ne?"

"Ali ni to čudno? Umirala je in mi prinesla svojega mucka. Ravno na božični dan."

Muce je tiho zamijavkal. Sklonil sem se in potipal Debbiejino srce. Ni več utripalo. "Bojim se, da je odšla." Dvignil sem trupelce in ga odnesel v avto.

Ko sem vrnil, je gospa Ainsworth še vedno božala mladička. Solze so se posušile in njene oči so žarele, ko me je pogledala: "Še nikoli nisem imela nobenega mucka."

"No, kot kaže ste enega pravkar dobili,"

sem se ji veselo zasmeljal.

Ni bilo nobenega dvoma, da je res dobila mucka. Odraščal je z neverjetno naglico in postal temperamenten in sijoč mačkon. V polni meri je opravičeval svoje ime Razbijač. Bil je popolno nasprotje svoje plahe in majhne mame. Kot kralj se je sprehajal po bogatih preprogah hiše Ainsworth in elegantna ovratnica, ki jo je nosil, ga je delala še bolj imenitnega. Ob svojih obiskih v dvorcu sem z užitkom sledil njegovemu razvoju. Najbolj mi je ostal v spominu naslednji božič, ko je praznoval prvi rojstni dan.

Opravljal sem svoj redni obhod. Ne pomnim niti enega božiča, ko ne bi delal, vendar sem se z leti tudi s tem sprijaznil. Na teh poteh sem razmišljal, kako bom užival v puranu. Veliko več ga bom lahko pojedel kot drugi ljudje, ki trenutno le poležavajo v topli postelji ali uživajo pozni zajtrk ob ognju v kaminu. Poleg gibanja so k mojemu počasnemu apetitu pripomogli tudi številni aperitivi, s katerimi so mi postregli gostoljubni okoliški poljedelci.

Prežet z rožnatim optimizmom sem se tako vračal domov. Popil sem kar nekaj viskijev. Yorkširci ga nalivajo v takih količinah, kot bi bilo ingverjevo pivo. Za konec sem popil še kupico rabarbarinega vina pri gospe Earnshaw. To vino sem začutil prav v nohtih svojih prstov na nogah. Kako je žgalo! Ko sem šel mimo hiše gospe Ainsworth sem zaslišal klic: "Srečen božič, gospod Herriot!" Ženska se je pravkar poslavljala od neke obiskovalke in mi je veselo pomahala: "Vstopite in nekaj popijte, da se boste ogreli." Nobene potrebe po dodatnem ogrevanju nisem čutil, vendar sem se vseeno podal po potki do hiše. Znotraj je vladalo enako praznično vzdušje kot pred enim letom. Zaznal sem prefinjeno aromo žajblja in čebule, ki je tako zelo vzburljal želodec za izločanje prebavnih sokov. Ni pa bilo Debbie in njenega trpljenja. Namesto nje je bilo zaznati krepko prisotnost Razbijača. Pravkar se je vrgel proti nemu od psos. Z našpičenimi uhlji in z vražjim žarom v očeh je s tacco zamahnil proti presenečenemu basetu in se kot puščica izstrelil proč. Gospa Ainsworth se je zvonko zasmejala: "On je njihov zapriseženi rabelj, veste. Nikoli jim ne da miru."

Imela je še kako prav. Za njene basete je pomenil prihod Razbijača isto, kot če bi neposvečeni tujec vstopil v enega od tistih izbranih, ekskluzivnih londonskih klubov. Tako dolgo so živeli v prijetne, umirjenem

in rafiniranem vzdušju. Uživali so v rednih, mirnih sprehodih s svojo gospodarico. Postrežena jim je bila odlična in obilna hrana. Po jedi so zadovoljni veliko časa posvetili dremanju na udobnih naslanjačih in mehkih preprogah. Njihovi dnevi so si enolično in brez razburjenja sledili. Toda pojavil se je Razbijač...

Maček je ponovil svoj bojni ples. Tokrat se je usmeril proti najmlajšemu psu. Napadel ga je iz strani in ga izzival. Ko je pričel boksat in je bil klinč neizbežen, je bilo to preveč celo za baseta. Opustil je svoje dostojanstveno vedenje in se pričel kotaliti skupaj z mačkom v stilu proste rokoborbe.

"Zaželela bi vam nekaj pokazati." Gospa Ainsworth je s kredence vzela žogo iz trde gume in odšla na vrt z Razbijačem tesno za petami. Vrgla je žogo na trato, ki je bila prekrita s slamo in maček je planil za žogo, pri tem so se napete mišice prikazale pod bleščečo črno dlako. Z zobmi je trdno zagrabil žogo in jo prinesel gospodarici, jo odložil pred njenimi nogami in nestrpnostno čakal. Znova in znova je metala žogo in Razbijač je ponavljal svoj podvig.

Gledal sem in nisem mogel verjeti svojim očem, pozabil sem celo zapreti usta: maček - prinašalec?

Baseti so ogorčeni spremljali prizor. Nihče jih nebi mogel pripraviti do tega, da bi prinašali žogo, Razbijač pa je to venomer ponavljal, kot da se ne bi nikoli naveličal.

Gospa Ainsworth se je obrnila k meni: "Ali ste sploh kdaj videli kaj podobnega?"

"Ne," sem odvrnil, "nikoli, to je popolnoma izjemen maček."

Gospa je dvignila Razbijača in tako prekinila igro. Vrnili smo se v hišo, kjer ga je stiskala k licu in se neprestano smejala. Medtem je veliki mačkom predel in predel ter se ji ovijal okoli vratu. Gledal sem mačka, živo podobo zdravja in zadovoljstva, in se ob tem spominjal njegove mame Debbie. Težko je bilo dojeti, kako je ubogo, malo, umirjajoče bitje, s poslednjimi močmi prineslo svojega mladiča v edino zatočišče, ki ga je kdaj imela, v upanju, da bodo za malčka poskrbeli. Mogoče sem res pretiraval. Izkazalo se je, da se nisem sam prepuščal takšnim fantazijam. Tisti hip se je gospa obrnila k meni. Kljub nasmehu na ustnicah so bile njene oči žalostne: "Debbie bi bila zadovoljna," izreče.

Pritrdil sem ji: "Da bila bi... Prinesla ga je semkaj točno pred letom dni, ali ne?"

"Točno tako. To je bilo najlepše božično darilo, ki sem ga kdaj koli dobila." ■

## Zdravniška zbornica Slovenije objavlja seznam zdravnikov, ki so opravili program sekundarijata

Vesna Palčič, dr. med., končala 31. 5. 2003, izpit opravila

Matej Vrabc, dr. med., končal 30. 9. 2003, izpit opravil

### Izvolitve v učiteljske nazive na Medicinski fakulteti

Na seji senata Medicinske fakultete 13. 10. 2003 so bili izvoljeni v nove nazive spodaj naštetih sodelavci:

Doc. dr. **Milan Ličina**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv docenta za predmet psihiatrija

Dr. **Matjaž Bunc**, dr. med., izvoljen v naziv docenta za predmet interna medicina

Asist. dr. **Milan Reljič**, dr. med., izvoljen v naziv docenta za predmet ginekologija in porodništvo

Asist. **Armin Alibegović**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet sodna medicina in medicinska deontologija

Asist. mag. **Tadej Avčin**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet pediatrija

Asist. dr. **Boštjan Černila**, univ. dipl. biol., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet biokemija

Asist. dr. **Jure Dimec**, univ. dipl. biol., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet biomedicinska informatika

Asist. mag. **Aleš Fidler**, dr. dent. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet zobne bolezni in normalna morfologija zobnega organa

Asist. mag. **Andrejka Fatur Videtič**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet medicina dela

Asist. dr. **Matejka Legan**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet histologija in embriologija

Asist. dr. **Živa Melik**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet fiziologija

Asist. mag. **Mirna Štabuc Šilih**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet oftalmologija

Asist. **Iztok Štamfelj**, dr. dent. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet zobne bolezni in normalna morfologija zobnega organa

Asist. **Tomaž Zupanc**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet sodna medicina in medicinska deontologija

**Bosiljka Ambrož**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet higiena

**Miran Brvar**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet interna medicina

**Mojca Gabrijelčič Blenkuš**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet higiena

Mag. **Tanja Kersnik Levart**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet pediatrija

Dr. **Barbara Salobir**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet interna medicina

**Maja Skerbinjek Kavalarič**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet pediatrija

**Mirjana Stantič Pavlinič**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet socialna medicina

**Franci Vindišar**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija

Na seji senata Medicinske fakultete 10. 11. 2003 so bili izvoljeni v nove nazive spodaj naštetih sodelavci:

Izr. prof. dr. **Lovro Stanovnik**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet farmakologija in eksperimentalna toksikologija

Doc. dr. **Branka Stirn Kranjc**, dr. med., izvoljena v naziv izredne profesorice za predmet oftalmologija

Doc. dr. **Mišo Šabovič**, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet interna medicina

Asist. dr. **Igor Potočnik**, dr. dent. med., izvoljen v naziv docenta za predmet zobne bolezni in normalna morfologija zobnega organa

Asist. dr. **Bojan Vrtovec**, dr. med., izvoljen v naziv docenta za predmet interna medicina

Doc. dr. **Nina Zidar**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv docenta za predmet patologija

Asist. **Ilona Berčič**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet anesteziologija in reanimatologija

Asist. **David Dovšak**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet maksilofacialna in oralna kirurgija

Asist. dr. **Anton Gros**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet otorinolaringologija

Asist. **Jera Jeruc**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet patologija

Asist. **Zdravko Štor**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija

Mag. **Janko Kovač**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet interna medicina

Dr. **Andreja Marn Pernat**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet interna medicina

**Boštjan Sluga**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija

**Bojan Vujkovic**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet interna medicina

Na seji senata Medicinske fakultete 15. 12. 2003 so bili izvoljeni v nove nazive spodaj naštetih sodelavci:

Doc. dr. **Matjaž Zwitter**, dr. med., izvoljen v naziv izrednega profesorja za predmet onkologija in radioterapija

Asist. dr. **Ksenija Cankar**, dr. dent. med., izvoljena v naziv docentke za predmet fiziologija

- Dr. **Alenka Mavri**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za predmet interna medicina
- Asist. dr. **Margareta Strojman Fležar**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za predmet patologija
- Asist. dr. **Metka Volavšek**, dr. med., izvoljena v naziv docentke za predmet patologija
- Doc. dr. **Mojca Kržan**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv docentke za predmet farmakologija in eksperimentalna toksikologija
- Asist. mag. **Miha Arnoč**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet interna medicina
- Asist. mag. **Anton Crnjac**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija
- Asist. mag. **Boris Gašpirc**, dr. dent. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet ustne boleznin in parodontologijo
- Asist. dr. **Andrej Kansky**, dr. dent. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet maksilofacialna in oralna kirurgija
- Asist. dr. **Tomaž Kocjan**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet interna medicina
- Asist. **Mateja Lopuh**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet anesteziologija z reanimatologijo
- Asist. mag. **Boštjan Mlakar**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet anatomija
- Asist. mag. **Edvard Pirnat**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet interna medicina
- Asist. **Stojan Potrč**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija
- Asist. mag. **Aleš Pražnikar**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet fizikalna in rehabilitacijska medicina
- Asist. mag. **Uroš Rot**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet nevrologija
- Asist. dr. **Aleš Tomažič**, dr. med., ponovno izvoljen v naziv asistenta za predmet kirurgija
- Asist. **Minca Voje**, dr. med., ponovno izvoljena v naziv asistentke za predmet anesteziologija z reanimatologijo
- Dr. **Klemen Bohinc**, univ. dipl. inž. fiz., izvoljen v naziv asistenta za predmet biofizika
- Dr. **Gordana Glavan**, univ. dipl. biol., izvoljena v naziv asistentke za predmet patološka fiziologija
- Dr. **Irena Horvat Žnidaršič**, univ. dipl. biol., izvoljena v naziv asistentke za predmet patološka fiziologija
- Mag. **Nataša Kos**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet fizikalna in rehabilitacijska medicina
- Mag. **Nataša Milivojevič**, dr. med., izvoljena v naziv asistentke za predmet patološka fiziologija
- Mag. **Janez Podobnik**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet ortopedija
- Dr. **Peter Pregelj**, dr. med., izvoljen v naziv asistenta za predmet psihiatrija
- Dr. **Rina Rus**, dr. med.  
*naslov:* "Vpliv stiskanja pesti in venskega zažemanja na žile podlahti pri bolnikih s kronično ledvično odpovedjo"  
*mentor:* prof. dr. Jadranka Buturović Ponikvar  
*somentor:* prof. dr. Rajko Kenda  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 10. 9. 2003
- Dr. **Elvira Maličev**, univ. dipl. biol.  
*naslov:* "Optimizacija postopka priprave hondrocitov za transplantacijo in preučevanje imunogenosti sklepnega hrustanca"  
*mentor:* prof. dr. Vinko Pavlovčič  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 22. 9. 2003
- Dr. **Irena Marin**, univ. dipl. mikrobiol.  
*naslov:* "Metode za določanje virusnega bremena in njihov pomen v diagnostiki ter spremljanju poteka in zdravljenja hepatitisa B"  
*mentor:* prof. dr. Mario Poljak  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 23. 9. 2003
- Dr. **Nika Lovšin**, univ. dipl. kem.  
*naslov:* "Molekularna evolucija non-LTR retrotranspozonov pri vretenčarjih"  
*mentor:* doc. dr. Dušan Kordiš  
*somentor:* prof. dr. Franc Gubenšek  
*področje:* biokemija in molekularna biologija  
*zagovor:* 24. 9. 2003
- Asist. dr. **Branko Zorn**, dr. med.  
*naslov:* "Pomen granulocitne elastaze, aktivnih derivatov kisika in enoverižne DNK spermijev za diagnostiko in prognozo skritega vnetja spolovil pri neplodnih moških"  
*mentor:* prof. dr. Helena Meden Vrtovec  
*somentor:* prof. dr. Pierre Jouannet  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 27. 10. 2003
- Dr. **Gordana Glavan**, univ. dipl. biol.  
*naslov:* "Dopaminergično uravnavanje izražanja mRNA sinaptotagminov v striatumu podgan z enostransko poškodbo nigrostriatne poti"  
*mentor:* doc. dr. Marko Živin

## Novi doktorji in magistri znanosti s področja medicine

### Doktorski naziv so dosegli:

- Asist. dr. **Leja Dolenc Grošelj**, dr. med.  
*naslov:* "Somnološke lastnosti in polisomnografske značilnosti pri starejših bolnikih s kronično nespečnostjo"  
*mentor:* prof. dr. David B. Vodusek  
*področje:* medicinske vede  
*zagovor:* 20. 8. 2003
- Dr. **Gordana Wozniak**, univ. dipl. biol.  
*naslov:* "Izdelava imunodiagnostičnih reagentov na osnovi rekombinantnega humanega tkivnega inhibitorja metaloproteinaz TIMP-1"  
*mentor:* prof. dr. Peter Dovč  
*področje:* biokemija in molekularna biologija  
*zagovor:* 22. 8. 2003



- somentor: prof. dr. Dušan Sket  
področje: medicinske vede  
zagovor: 29. 10. 2003
- Dr. **Aleš Premzl**, univ. dipl. biol.  
naslov: "Vloga zunajceličnega in znotrajceličnega katepsina B pri invaziji in oživiljanju tumorjev"  
mentor: doc. dr. Janko Kos  
področje: biokemija in molekularna biologija  
zagovor: 4. 11. 2003
- Dr. **Anamarija Kavčič**, dr. med.  
naslov: "Motnje gibanja pri otrocih s porodno težo pod 5. centilom za gestacijsko starost - etiološki vidiki"  
mentor: prof. dr. David B. Vodusek  
somentor: prof. dr. Marjan Pajntar  
zagovor: 18. 11. 2003
- Asist. dr. **Gregor Novljan**, dr. med.  
naslov: "Ultrazvočni mikcijski cistogram: nova preiskava za ugotavljanje vezikoureternega refluksa pri otrocih"  
mentor: prof. dr. Rajko Kenda  
somentor: prof. dr. Jadranka Buturović Ponikvar  
področje: medicinske vede  
zagovor: 19. 11. 2003
- Dr. **Toni Petan**, univ. dipl. kem.  
naslov: "Nevrotoksično in encimsko delovanje modrasovih fosfolipaz A:"  
mentor: prof. dr. Jože Pungerčar  
področje: biokemija in molekularna biologija  
zagovor: 26. 11. 2003
- Dr. **Nina Vardjan**, univ. dipl. mikrobiol.  
naslov: "Študij molekularnega mehanizma presinaptično nevrotoksičnega delovanja amoditoksinov"  
mentor: doc. dr. Igor Krizaj  
somentor: prof. dr. Jože Pungerčar  
področje: biokemija in molekularna biologija  
zagovor: 27. 11. 2003
- Asist. dr. **Helena Lenasi**, dr. med.  
naslov: "Vpliv kalcijevega antagonista amlodipina na aktivnost sintaze dušikovega oksida v endoteliju arterij prašiča"  
mentor: prof. dr. Martin Štruel  
somentor: prof. dr. Metka V. Budihna  
področje: medicinske vede  
zagovor: 28. 11. 2003
- Asist. dr. **Aleš Tomažič**, dr. med.  
naslov: "Napovedni dejavniki preživetja bolnikov po resekciji periampularnega karcinoma"  
mentor: prof. dr. Vladimir Pegan  
somentor: prof. dr. Vera Ferlan Marolt  
področje: medicinske vede  
zagovor: 28. 11. 2003
- Asist. dr. **Edvin Dervišević**, dr. med.  
naslov: "Vpliv nizko-frekvenčne električne stimulacije in izokinetičnega treninga na maksimalno moč štiriglave stegenske mišice"  
mentor: doc. dr. Marjan Bilban  
somentor: prof. dr. Vojko Valenčič  
področje: medicinske vede  
zagovor: 1. 12. 2003
- Dr. **Valentina Otja Püntmann**, dr. med.  
naslov: "Prispevek reaktivnih kisikovih spojin h kontrakciji človeških prevodnih arterij pod vplivom angiotenzina - II"  
mentor: prof. dr. Peter Rakovec  
somentor: prof. dr. Donald RJ Singer  
področje: medicinske vede  
zagovor: 15. 12. 2003
- Dr. **Simona Kranjc**, univ. dipl. biol.  
naslov: "Vpliv elektroporacije na radiosenzibilizirajoči učinek bleomicina in cisplatina pri sarkomskih celicah in tumorjih LPB".  
mentor: prof. dr. Gregor Serša  
zagovor: 16. 12. 2003
- Naziv magistra so dosegli:**  
Mag. **Miha Čerček**, dr. med.  
naslov: "Raznolikost dednega zapisa v genu IL-6 pri bolnikih s koronarno boleznijo"  
mentor: prof. dr. Igor Kranjec  
somentor: prof. dr. Borut Peterlin  
smer: biomedicina - medicina  
področje: medicinske vede  
zagovor: 9. 9. 2003
- Mag. **Mirjam Cvelbar**, dr. med.  
naslov: "Dejavniki tveganja in napovedni dejavniki pri bolnicah z dvojnimi primarnim rakom: epitelni rakom jajčnika in rakom dojke"  
mentor: doc. dr. Marjeta Uršič Vrščaj  
somentor: prof. dr. Stelio Rakar  
smer: biomedicina - medicina  
področje: medicinske vede  
zagovor: 4. 7. 2003
- Mag. **Matjaž Homšak**, dr. med.  
naslov: "Povezava interleukina IL-13 in protitelesa IgE s polimorfizmom gena za IL-13 pri otrocih z astmo"  
mentor: doc. dr. Vasilija Maček  
smer: klinične medicinske vede  
področje: medicinske vede  
zagovor: 5. 11. 2003
- Mag. **Zoran Milošević**, dr. med.  
naslov: "Vloga računalniško tomografske angiografije pri odkrivanju in oceni značilnosti znotrajlobanjskih anevrizem"  
mentor: prof. dr. Miloš Šurlan  
smer: biomedicina - medicina  
področje: nevroradiologija  
zagovor: 10. 11. 2003
- Mag. **Janez Benedik**, dr. med.  
naslov: "Vpliv tramadola na zdravljenje pooperativne bolečine po odstranitvi žrelnice in nebnic pri otrocih"  
mentor: prof. dr. Aleksander Manohin  
smer: biomedicina - medicina  
področje: medicinske vede  
zagovor: 12. 11. 2003
- Mag. **Irena Virant**, dr. med.  
naslov: "Patologija sluznice kontralateralnega jajcevoda pri ženskah z zunajmaternično nosečnostjo (salpingoskopska ocena)"  
mentor: prof. dr. Tomaž Tomažević  
smer: temeljne medicinske vede  
področje: medicinske vede (ginekologija in porodništvo)  
zagovor: 20. 11. 2003
- Mag. **Erika Matos**, dr. med.  
naslov: "Vpliv inhibitorjev urokinaznega aktivatorja na učinkovitost hormonskega ali citostatskega zdravljenja raka dojke"  
mentor: prof. dr. Tanja Čufer  
smer: biomedicina - medicina  
področje: medicinske vede  
zagovor: 1. 12. 2003
- Mag. **Mirjana Radovanovič**, dr. med.  
naslov: "Stališča do zdravja in raba psihoaktivnih snovi pri slovenskih srednješolcih"  
mentor: prof. dr. Martina Tomori  
smer: socialno medicinske vede  
področje: medicinske vede  
zagovor: 3. 12. 2003



Glasiilo Zdravniške zbornice Slovenije  
Strokovna revija Isis

## Impressum

LETO XIII, ŠT. 2, 1. februar 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 Najžer, prof. sl., ru.  
E-pošta: eb.najzer@zss-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR  
EDITORIAL BOARD  
Martin Bigec, dr. med.  
Vojko Flis, dr. med.  
prof. dr. Nenad Funduk, dr. dent. med.  
prof. dr. Anton Grad, dr. med.  
prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.  
prof. dr. Boris Klun, dr. med.  
prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.  
prof. dr. Črt Marinček, dr. med.  
asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.  
asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med.  
prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.  
prof. dr. David B. Vodušek, dr. med.  
doc. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

LEKTORICA • REVISION  
Mira Delavec, prof. slov. in zgod.

TAJNICA UREDNIŠTVA • SECRETARY  
Marija Cimperman

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN  
PRIPRAVA ZA TISK • DTP  
Camera d.o.o.  
Knezov štradoln 94, Ljubljana  
tel.: 01/420 12 00

TRŽENJE • MARKETING  
Atelier IM d.o.o.,  
Design•Promocija•Komunikacije  
Breg 22, Ljubljana  
tel.: 01/24 11 930  
faks: 01/24 11 939  
E-pošta: atelier-im@siol.net

TISK • PRINTED BY  
Tiskarna Povše,  
Povšetova 36 a, Ljubljana  
tel.: 01/230 15 42

# Isis

Glasiilo Zdravniške zbornice Slovenije

*The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia*

## The Isis Journal

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 11.760,00 SIT. A single issue costs 980,00 SIT. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 7.500 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 XX<sup>th</sup> dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

## Sodelovalci

Satar Baghrizabehi, dr. med., zdravnik, SB Murska Sobota • Mag. Ana Benedičič Piliš, dr. med., zdravnica, Dermatovenerološki oddelek, SB Celje • Martin Bigec, dr. med., zdravnik, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Prof. dr. Nataša Budihna, dr. med., upokojena zdravnica, Ljubljana • Prim. Aleksander Brunčko, dr. med., zdravnik, KO za pediatrijo, Splošna bolnišnica Maribor • Miroslava Cajnkarcac, dr. med., zasebna zdravnica, MC KAC d. o. o.,

Slovenj Gradec • Prim. Jože Četina, dr. med., postaja GRS Celje • Mitja Četina, dr. med., postaja GRS Celje • Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., Zdravniška zbornica Slovenije • Prim. Marjan Fortuna, dr. med., zdravnik, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana • Prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med., svetnik, zdravnik, SB Maribor • Majda Guzej, SB Celje • Jiri Hollan, dr. med., zdravnik, KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Prim. Danica Homan, dr. dent. med., upokojena zobozdravnica, Celje • Mag. Matjaž Homšak, dr. med., zdravnik, SB Maribor • Rade Iljaž, dr. med., zdravnik, ZD Brežice • Evgen Kajin, dr. med., zdravnik, Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog, ZD Ljubljana Center • 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 • Marjeta Kočevar, Črnomelj • Asist. Nena Kopčavar Guček, dr. med., zdravnica, Zdravstveni zavod Zdravje Ljubljana • Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prof. Pavle Kornhauser, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Asist. Rok Kosem, dr. dent. med., zobozdravnik, Center za otroško in preventivno zobozdravstvo, SPS Stomatološka klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Mirta Koželj, dr. med., zdravnica, KO za kardiologijo, KC Ljubljana • Asist. Milan Krek, dr. med., zdravnik, Katedra za javno zdravstvo, Medicinska fakulteta • Jurij Kurillo, dr. med., upokojeni zdravnik, Kranj • Prof. dr. Miha Likar, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Doc. dr. Andrej Marušič, dr. med., zdravnik, Inštitut za varovanje zdravja RS • Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana • Ali Nassib, dr. med., zdravnik, ZD Šmarje pri Jelšah • Doc. dr. Dušica Pahor, dr. med., zdravnica, Očesni oddelek, SB Maribor • Doc. dr. Milan Peterlin, dr. dent. med., zobozdravnik, SPS Stomatološka klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Franjo Pikelj, dr. med., svetnik, zdravnik, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana • Asist. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., zdravnica, Ljubljana • Melita Pretnar Silvester, dr. med., zdravnica, Psihiatrična bolnišnica Begunje • Mag. Janez Rebol, dr. med.,

zdravnik, Oddelek za ORL in CFK, SB Maribor • Leopold Rijavec, Ljubljana • Saška Roškar, Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana • Asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., zdravnica, ZD Ljubljana, enota ZD Vič - Rudnik • Prim. Mojca Senčar, dr. med., upokojena zdravnica, predsednica slovenske ED • Mag. Eveline Sodja, dr. med., zdravnica, Klinični inštitut za radiologijo, KC Ljubljana • Prim. mag. Marijana Šalehar, dr. med., zdravnica, ZD Ljubljana • Dr. Milan Štrukelj, dr. med., upokojeni zdravnik, Mavčiče • Primož Štular, dr. med., zdravnik, ZD Ljubljana, enota ZD Center • Asist. mag. Iztok Tomazin, dr. med., zdravnik, ZD Tržič • Akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., višji svetnik, zdravnik, Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko, Ministrstvo za zdravje, Ljubljana • Asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., zdravnica, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Upravni odbor Združenja za ambulantno ginekologijo • Marko Vavpotič, dr. dent. med., zobozdravnik, ZD Ljubljana, enota ZD Šiška • Mag. Nataša Vidovič Valentinčič, dr. med., zdravnica, Očesna klinika Ljubljana, KC Ljubljana • Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., višji svetnik, upokojeni zobozdravnik, Ljubljana • Dr. Aleksander Zadel, spec. kl. psih., pomočnik Uprave za kadrovske zadeve Istrabenz d. d., Koper • Maja Zorko, Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana • Izr. prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., zdravnik, Onkološki inštitut Ljubljana • Ivan Žebeljan, dr. med., zdravnik, SB Maribor • Saša Žužek Rešek, dr. med., upokojena zdravnica, Portorož

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. Poština plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

## Navodila avtorjem

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

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

### Navodila o navajanju sponzorjev

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

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

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

The President of the Medical Chamber

**Marko Bitenc**, M.D., M.Sc.

E-mail: marko.bitenc@zss-mcs.si

The vice-president of the Medical Chamber

**Andrej Možina**, M.D.

The vice-president of the Medical Chamber

Prof. **Franc Farčnik**, M.S., Ph.D.

The President of the Assembly

Prim. **Anton Židanik**, M.D.

The vice-president of the Assembly  
**Živo Bobič**, S.D.

### Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Prof. **Matija Horvat**, M.D., Ph. D.

The president of the Professional medical committee

Prof. **Vladislav Pegan**, M.D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

**Gordana Živčec Kalan**, M. D.

The president of the Hospital health care committee

Prim. **Andrej Možina**, M.D.

The president of the Dentistry health care committee

Prof. **Franc Farčnik**, M.S., Ph.D.

The president of the Legal-ethical committee

**Žarko Pinter**, M.D., M.Sc.

The president of the Socio-economic committee

**Jani Dornič**, M.D.

The president of the Private practice committee

**Igor Praznik**, M. D.

The Secretary General

**Brane Dobnikar**, L.L.B.

Public Relations Department

**Elizabeta Bobnar Najzer**, B.A.

Legal and General Affairs Department

**Vesna Habe Pranjic**, L. L. B.

Finance and Accounting Department

**Jožica Osolnik**, Econ.

Health Economics, Planning and Analysis Department

**Nika Sokolič**, B. Sc. Econ.

Training and Professional Supervision Department

**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.

## O prijaznosti

Anton Trstenjak je zapisal, da smo Slovenci prijazni ljudje. Ne dvomim, da je to tudi iskreno čutil: če ti je ime Anton Trstenjak, so do tebe vsi prijazni.

Prava prijaznost je prijaznost do neznanca. Prava prijaznost je, da se vživiš v vlogo tujca, ki je prvič pri tebi in mu pomagaš skozi začetne težave v novem okolju. In tukaj nisem več prepričan, da bi se dobro odrezali.

Naj začnem s cestnimi smerokazi. Zadnjič peljem fanta na badmintonski turnir v Lendavo. Do Maribora, si rečem, potem proti Murski in sva tam (takrat še nisem vedel za bližnjico čez Ormož). A glej težavo! V celem Mariboru ni ene cestne oznake, ki bi me napotila na Mursko Soboto. Oznaka za pot v Pomurje se pojavi šele na pol poti do Šentilja!

Ljubljana je, tako kaže, še vedno v ilegali. Kdo ve, koliko tujcev bi si želelo postanek v mestu, pa pot v center Ljubljane preprosto zgrešijo. Če se pripelješ z Dolenjske, te smerokaz prosi, da se odločiš med "Ljubljana-jug" in "Ljubljana-vzhod". Na slepo izbereš drugo možnost. Pelješ se mimo izvozov "Ljubljana-Bizovik" in "Ljubljana-vzhod", ki bi te peljala naravnost v center mesta, a tega ne veš. Nato pride razcep, kjer se odločaš med izvozom "Ljubljana-sever" in glavno cesto "Ljubljana-Sneberje". Čudno vprašanje, posebej za tujca, ki mu imena s takimi priponkami malo pomenijo! Ostaneš torej na glavni cesti - in se kmalu znajdeš na cestninski postaji pri Lukovici... Da, res je: med dvanajstimi izvozi iz avtocestnega obroča okrog Ljubljane le na treh piše, da vodijo v center mesta, čeprav se pride v mesto prav povsod.

Smo za tujca, ki kroži okrog mesta, še prijazni?

Sledeče uvodne odstavke sem moral napisati, da mi ne bi moj direktor očital, da le njega kritiziram. Kdor profesorja Rudolfa pozna, mu bo težko očital, da je v osebnih stikih neprijazen. In vendar: v stikih z bolniki in z našimi kolegi iz drugih zdravstvenih zavodov Onkološki inštitut ni več prijazen. Drobnjakarsko varčujemo pri nekaj nujno



potrebnih novih delovnih mestih in izgubljam, kar smo potrpežljivo gradili desetletja: izgubljam zaupanje, da bomo znali prisluhniti bolniku ali kolegu v stiski. Da je v naše ambulante naročenih preveč bolnikov, je ena stran resnice; da bi lahko tudi večje število bolnikov sprejeli z boljšo organizacijo dela in brez treh ali štirih ur čakanja, pa je tudi res. Kupili smo novo telefonsko centralo. Telefonijo smo odcepili od Kliničnega centra - in smo nenadoma najbrž edina bolnišnica v Sloveniji, ki nima telefonista. Bolniki in kolegi nas brez uspeha kličejo po več dni. Predstojniki oddelkov z akademskim nazivom in z deset ali petnajst zaposlenimi zdravniki specialisti nimajo tajnice, ki bi njim in vsem njihovim kolegom, poslovnim partnerjem in bolnikom omogočila normalno komunikaci-

jo. Vratarji-varnostniki nimajo navodil in telefonske klice prevežejo, kamor se jim zdi. Da bi kdo od njih vedel, da je iskani zdravnik na dopustu in kdo ga nadomešča - to je smešno pretiravanje. Da bi kdo od njih znal angleško in sprejel klic iz tujine, to je za nacionalni onkološki center odveč.

Pravijo, da se ljudje danes vse bolj zapiramo vase in da nas vedno manj zanima, kaj se dogaja pred vrati ali na sosedovem dvorišču. "Le zase se brigaj!" To postaja splošno vodilo. Empatija nam je tujka, ki zgublja svoj globok človeški pomen. Vedno manj nas je, ki se še trudimo, da bi se tu in tam vživeli v vlogo druge strani - tujca, bolnika.

Je v zdravstvu prijaznost ali neprijaznost stvar olike? Tudi to, seveda, vendar ne samo to. Naj gre za predolgo čakanje na ambulantni pregled ali za nedostopnost zdravnika za telefonski posvet - neprijaznost odpira vrata nezadovoljstvu. Še nekaj nesrečnih okoliščin - nepredviden zaplet zdravljenja, slaba komunikacija z bolnikom ter s svojci med predajo dežurne službe - in smo pri javni pritožbi ali sporu na sodišču.

Prijaznost je znak spoštovanja človeka. Nič več in tudi nič manj.

Matjaž Zwitter