

I S I S

Leto XIII, Številka 5 / 1. maj 2004

Dragan

Najpomembnejša bo gradnja konsenza



Tokrat vam še zadnjič pišem uvodnik kot predsednik Zbornice.

Glede na to, da sem v prejšnjih uvodnikih pisal zlasti o odprtih vprašanjih med zdravništvom in zobozdravništvom ter državo, se bom tokrat posvetil pisanju o naših vrstah. Od začetka svojega predsednikovanja sem največji pomen dajal enotnosti in pripadnosti slovenskega zdravništva in zobozdravništva. Tukaj mislim na sodelovanje in delovanje vseh treh slovenskih zdravniških organizacij. In seveda najmanj enako pomembno sodelovanje in enotnost vseh slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov. Izkazalo se je, da smo učinkoviti navzven le, če smo sposobni iskreno graditi konsenz brez fig v žepu in potem navzven skupno zastopati izdelana stališča. Kadarkoli je katerakoli zdravniška organizacija navzven delovala mimo takih načel, so nasprotne strani to hitro ugotovile

in poizkusile med nas zabiti klin.

Prvi predpogoj za tak način delovanja je urejenost, transparentnost in iskrenost delovanja znotraj vsake od treh zdravniških organizacij.

Ocenjujem, da smo v osmih letih okrepili delovanje Zbornice in občutno povečali njen vpliv na zdravstveno politiko, pa tudi na javno mnenje. Lanskoletna anketa na reprezentativnem vzorcu članstva je objektivno pokazala zadovoljstvo z delovanjem Zbornice.

Z vzpostavitvijo skupščinskega sveta smo okrepili sodelovanje z regijskimi odbori Zbornice. Pred vsakim zasedanjem skupščine in vsakim odzivom stanovske organizacije na aktualna dogajanja v zdravstveni politiki smo sklicevali skupne seje skupščinskega sveta in izvršilnega odbora. Na ta način sta »izvršilna in zakonodajna« veja vodenja Zbornice vse najpomembnejše odločitve sprejemali skupaj. Zelo dober odziv so doživeli vsakoletni obiski vodstva Zbornice po vseh regijah, kjer smo predstavljali vsebino gradiv, ki so bila obravnavana na zasedanjih skupščine, ter še posebej natančno zbirali predloge in pripombe članstva za delovanje Zbornice. Udeležba na takih srečanjih se je iz leta v leto izboljševala. Zagotovo pomembno povezovalno vlogo slovenskega zdravništva in zobozdravništva igra stanovska revija Isis, po vzpostavitvi spletne strani, ki je izredno dobro obiskana, se je možnost članstvu biti informiran, še izboljšala.

Odbori izvršilnega odbora Zbornice so se večinoma redno sestajali in na ustrezen način pripravljali gradiva in dokumente za obravnavo na izvršilnem odboru. Ves čas je bil osnovni duh vodenja Zbornice gradnja konsenza oziroma skupnega največjega skupnega imenovalca. Odraz takšnega delovanja so bile dobro pripravljene seje skupščine, kjer smo sprejemali skupna stališča in pravilnike. Pa vendar se je v zadnjem letu tega mandata izkazalo, da vse le ni bilo tako lepo, kot je izgledalo večino časa. Posebne okoliščine in posebni dejavniki so tisti, ki omogočijo, da posameznike spoznamo s prave strani. In, kot je znano med modrimi ljudmi, je vsaka stvar za nekaj dobra.

Ker ne more biti vse lepo in prav, še nekaj kritičnih oziroma samokritičnih ocen. V okviru zdravstvene reforme sta dve skupini naših kolegic in kolegov začutili ogroženost v delovanju zdravstvenega sistema. Razlogi za tak občutek niti niso najpomembnejši. Pomembno je, da sta čutili potrebo po organiziranosti izven organov Zbornice, da bi zaščitili interese svojih varovancev. Seveda veste, da pišem o pediatrih in ginekologih, ki delujejo na ravni osnovnega zdravstvenega

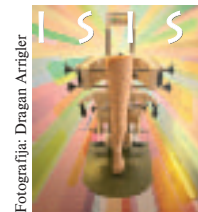
varstva. Smo prvenstveno stanovska organizacija, ki pri svojem delovanju zagotovo zastopa poleg stanovskega tudi javni interes. In prav to pomeni, da bi morala Zbornica že lani uskladiti in tudi navzven zastopati stališča primarnih pediatrov, šolskih zdravnikov in ginekologov.

Osebnostno se sestankov odborov izvršilnega odbora nisem udeleževal oziroma sem se jih udeležil, če sem ocenil, da je moja prisotnost potrebna. Tako sem se na začetku letošnjega leta udeležil tudi seje odbora za osnovno zdravstvo, ki bi moral zastopati interese vseh zdravnikov, ki delujejo na osnovni ravni zdravstvenega varstva. Pred tem sem se sestal ločeno s predstavniki primarnih ginekologov in predstavniki primarnih pediatrov in specialistov šolske medicine. Na obeh sestankih je bila prisotna tudi predsednica odbora za osnovno zdravstvo. Izgradili smo konsenz, to je največji možni skupni imenovalec. Gradnjo konsenza smo nadaljevali tudi na seji odbora za osnovno zdravstvo. Dogovorili smo se, da odbor za osnovno zdravstvo pripravi za izvršilni odbor jasni stališči glede delovanja ginekologov, specialistov šolske medicine in pediatrov v osnovnem zdravstvu. Naš mandat se izteka, na žalost izvršilni odbor v obravnavo in sprejem še zmeraj ni prejel prej navedenih stališč.

V zadnje leto sodi tudi posredovanje v sporu med predsednico odbora za osnovno zdravstvo in dvema kolegoma učiteljema, ki delujeta na področju zdravljenja hipertenzije. Razlog za spor je bil intervju v časopisu Delo, iz katerega je bilo možno razumeti stališče kolegice, da bi moral ZZS s finačnimi prijemi določati smernice predpisovnja zdravil za zdravljenje hipertenzije. V eni uri sproščene in kolegialnega pogovora smo problem razrešili. Razlog pa naj bi bil netočno povzemanje kolegičnih izjav s strani novinarki. Prepričan sem, da je potrebno takšne in podobne konfliktno situacije reševati na kolegialni in stanovski način. Javna polemika o strokovnih vprašanjih med kolegi zagotovo ne more biti produktivna. Še posebej, če na eni strani polemizira funkcionar Zbornice, ki bi se moral še posebej zavedati svoje odgovornosti, na drugi pa dva uveljavljena eksperta.

Sporočilo napisanega je jasno. Zbornica je stanovska organizacija vseh zdravnikov in zobozdravnikov. Pri vodenju takšne organizacije je nujno imeti izdelan občutek za povezovanje in gradnjo konsenza. Umirjeno, a jasno izražanje stališč, ki morajo pokrivati pričakovnja in zahteve vsakega člana. Hkrati pa morajo temeljiti na podatkih, ki se jih da v vsakem trenutku argumentirati. Pogosto se je potrebno izpostaviti v javnosti in biti pripravljen prenašati vse ljube in neljube posledice take izpostavljenosti.

V luči prihajajočih volitev za novega predsednika Zbornice sem predlagal izvršilnemu odboru podporo kandidaturi predsedniku odbora za strokovno- medicinska vprašanja, prof. dr. Vladislavu Peganu, dr. med. Izvršilni odbor je kandidaturu podprl. Prepričan sem, da je prof. Pegan pravi kandidat, ki bo ob izvolitvi nadaljeval z vodenjem Zbornice na način, kot izhaja iz mojega današnjega uvodnika. ■



Vsebina

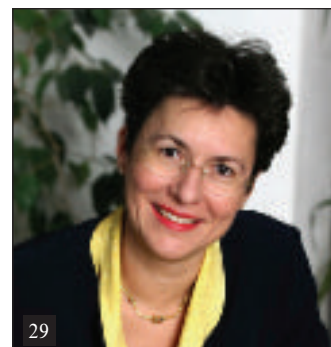
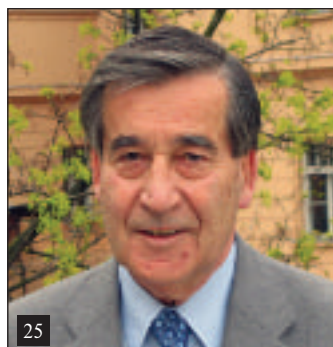
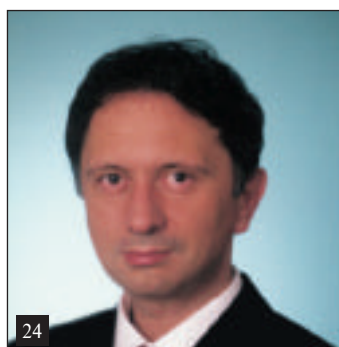
uvodnik	Marko Bitenc	• Najpomembnejša bo gradnja konsenza	3
novice		•	8
iz glasil	Boris Klun	• Prvi balkanski kongres zgodovine medicine	22
	Mira Delavec	• Transplant – “Daruj organe in reši življenje”	22
aktualno		• Programi kandidatov za predsednika Zdravniške zbornice Slovenije	24
	Jože Trontelj, Jože Balažič	• O posegih v truplo, ki niso del rutinske obdukcije, in o ravnanju z biološkim materialom človeškega izvora	33
	Evgen Kajin	• Odvisnost od nedovoljenih drog in družina	35
	Katja Drobnič	• Priporočila za zavarovanje bioloških sledi pri kaznivih dejanjih zoper spolno nedotakljivost pri preiskavah DNK	40
	Viktor Planinšec	• Sodbi Sodišča Evropskih skupnosti o pravni ureditvi zdravniške dežurne službe	44
forum	Nina Mazi	• Zdravstvena reforma pod drobnogledom	46
obletnice	Vladimir Jevtič	• Zgodovina Kliničnega inštituta za radiologijo v Ljubljani ob njegovi 80–letnici (1923 – 2003)	50
	Dubravka Trampuž	• 50–letnica Centra za izvenbolnišnično psihiatrijo	57
	Darja Eržen	• 30 let kliničnih raziskav raka dojk na Onkološkem inštitutu	58
zanimivo	Anica Mikuš Kos	• Psihosocialna pomoč otrokom, učiteljem in družinam v Iraku	60
	Andrej Kastelic, Tatja Kostnapfel Rihtar	• Program zdravljenja v Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CZOPD) Psihiatrične klinike Ljubljana	62
	Miha Likar	• Vodeno zdravstveno varstvo	68
delo Zbornice	Elizbeta Bobnar Najžer	• Hipokratovi nagrajenci 2004	69
	Vladislav Pegan	• Finančno–medicinski nadzori ZZS	71
		• Zapisniki IO ZZS	74
	Dušica Glušič	• Zapisnik sestanka pododbora za ambulantno ginekologijo pri Zdravniški zbornici Slovenije	82
status artis medicae	Bojana Pinter, Alenka Pretnar Darovec, Eda Vrtačnik Bokal	• Nove smernice v svetovanju kontracepcije po umetni prekinitvi nosečnosti (UPN) in po porodu ter v obravnavi UPN pri mladostnicah	83
	Aleš Žemva	• Novosti v zdravljenju dislipidemij	84
koledar zdravniških srečanj		•	87
programi strokovnih srečanj		•	109

APARAT ZA STATIČNE NASTAVITVE NOŽNIH PROTEZ

Prometne nesreče, naravne nesreče, bolezni, pa na žalost vojne razmere, med njimi najbolj minska polja, so najpogostejši vzroki, ko se je potrebno po odstranitvi spodnje okončine zateči k protezi. Za kar najbolj natančno nastavitve vitalnih dimenzij nožne proteze, so si na Inštitutu Republike Slovenije še do nedavnega pomagali z aparatom, ki ga vidite na naslovnici. Proizvajalec je podjetje Otto Bock iz nemškega Dunderstadta, aparat pa v posameznih (sicer redkih) primerih še vedno služi svojemu namenu.

Tekst in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

strokovna srečanja	David Neubauer	• Ustanovitev sredozemskega inštituta za otroke	85
	N. Rotovnik Kozjek, Ž. Mrevlje	• Slovensko združenje za klinično prehrano	127
	Aleš Vesnaver	• Kakovost in učinkovitost v ortognatski kirurgiji	129
	Roman Bošnjak, Janez Ravnik	• Endoskopska nevrokirurgija – sodobna mikrokirurška tehnika	132
	Saša Rainer	• Novosti na področju ultrazvočne vaskularne diagnostike	134
	Željko Jakelič	• CEDENS – X. dan celjskega zobozdravstva	137
	Ludvik Travnik	• Zdravljenje hrbtenice	138
	Polonca Steinmann	• “Zdravnik naj bo dober človek”	140
	Blanka Kores Plesničar	• Novosti v shizofreniji	141
	Irena Rahne Otorepec	• Varno predpisovanje in uživanje zdravil, ki lahko povzročajo zasvojenost	144
	Marjana Šalehar	• Sladkorna bolezen tipa 2	146
tako mislimo	Vesna Plevnik Vodušek	• Odprto pismo predsedniku Zdravniške zbornice	148
recenzija	Vesna Paver Eržen	• Transplantacijska dejavnost	148
nove publikacije	France Urlep	• Preprečimo odvisnosti	150
zdravniki v prostem času	Tomaž Rott	• Nepopolna mitotična abeceda	151
	Tatjana Praprotnik	• Slikarska razstava – Utrinek Mediterana	152
	Majda Kurinčič Tomšič	• Zimske	153
zdravnikom v prostem času	Zvonka Zupanič Slavec	• Ko odhajajo stebri	155
s knjižne police	Milan Štrukelj	• Erich Fromm: Umetnost življenja	157
	Davorin Dajčman	• Bernhard Schlink: Ljubezenski pobegi	158
	Marjana Šalehar	• James Herriot: Zgodbe o mačkah	160
Sisi	Marko Pokorn	• Koder iz Avstralije pomaga pri uvajanju novega informacijskega sistema v slovenskih bolnišnicah	164
misli in mnenja uredništva	David B. Vodušek	• Strokovni kolegij, kaj je že to?	165



Domus medica – Celje

Po štiriletnem načrtovanju in usklajevanju so v začetku aprila v Celjski regiji, kot prvi regiji v Sloveniji, slovesno predstavili skupno pisarno vseh treh zdravniških organizacij. Lahko bi rekli, da je to skoraj simbolno, saj so bili v preteklem obdobju prav

skupnem sodelovanju in skupnih projektih ne samo na ravni vodstev, temveč predvsem na ravni stanovskih kolegov v okolju, kjer živijo in delajo. Kot je poudaril mag. Bitenc: "Prava pot združevanja je iz regij proti centru. Organizacije se med seboj razlikujejo po aktivih in sestavi vodstev, članstvo pa je v vseh treh



Prvi v Sloveniji so se dogovorili za skupno pisarno: Igor Praznik, dr. med., predsednik Zdravniškega društva Celje, Mateja Grat, dr. med., predsednica Fidesa SB Celje in prim. asist.mag. Igor Bizjak, dr. med., predsednik Celjske regije Zdravniške zbornice Slovenije



Podobne table so že pripravljene za prihodnje skupne pisarne, najbližje uresničitvi so v novo-meški in mariborski regiji.

organizacijah isto." V nadaljevanju načrtujejo uresničitve še ene vizije, za katero si z izjemno voljo že dolga leta prizadeva prim. Andrej Možina, podpredsednik Zdravniške zbornice Slovenije: nuditi članom prostor za druženje tudi v prostem času. ■

Elizabeta Bobnar Najžer
Foto: Amadej Lah

v Celju medijsko izjemno izpostavljeni, kar je morda hitreje vzbudilo zavest o medsebojni povezanosti in s tem opori. Pisarno v SB Celje je že pred tem uporabljal Fides, ob izrednem posluhu tako Fidesa kot vodstva bolnišnice, pa je sedaj postala skupna pisarna vseh treh zdravniških organizacij. V njej bodo uradne ure regijskih predstavnikov Fidesa, Zbornice in Slovenskega zdravniškega društva, na voljo sta dva namizna in prenosni računalnik, tiskalnik, prostor za shranjevanje arhiva in oprema za sestanke manjšega števila oseb. Otvoritve novih prostorov so se udeležili predsednika Zdravniške zbornice Slovenije, mag. Marko Bitenc, in Slovenskega zdravniškega društva, prof. dr. Pavel Poredoš, podpredsednik Fidesa, Damjan Povh, dr. med., ter sicer maloštevilni člani vseh organizacij, ki pa, po besedah prim. Bizjaka, že vedo za novo pisarno in v velikem številu z veseljem uporabljajo njene ugodnosti.

Tako se je pričela uresničevati vizija o



Skromna udeležba na formalni otvoritvi ne odraža dejanske identifikacije članov vseh treh organizacij s skupno pisarno.

Skupna seja akademskih zborov obeh slovenskih medicinskih fakultet

Po podatkih preliminarnega vpisa na študij medicine v Sloveniji se je na 200 mest na ljubljanski medicinski fakulteti prijavilo 348 kandidatov, na 80 mest na mariborski medicinski fakulteti pa 109. Kljub povečanemu številu mest za študij medicine v državi, je torej povpraševanje še vedno bistveno višje od ponudbe.

Na študij medicine se vpisujejo najboljši dijaki, ki imajo že dokaj izoblikovana življenjska načela in zato je razumljivo, da se na obeh fakultetah trudijo po svojih najboljših močeh, da bi jim zagotovili tudi odlično izobrazbo ter odgovorili tudi na potrebe slovenskega zdravstva. Pri teh svojih prizadevanjih so se odločili za še tesnejše povezovanje, zato sta se 22. marca 2004 v Ljubljani akademska zborna sestala na skupni seji. Kot je uvodoma poudaril prof. Žargi, med fakultetama sodelovanje že poteka, doseglo je že stopnjo, ko ga je potrebno tako formalno kot vsebinsko podrobneje opredeliti. V Mariboru so izjemno prizadevno vzpostavili popolnoma nov način študija, ki temelji na izkušnjah medicinskih fakultet v Oulu, Tampere-ju in Manchester-u, v Ljubljani pripravljajo prenovo svojega programa. Pomembno bi bilo najti stične točke, ki bi obema fakultetama prinesle kar največ dobrega, je podaril prof. Žargi.

Prof. Krajnc je predstavil kurikulum, ki ga sestavlja skupaj devet predmetov, trije predklinični in šest kliničnih. Temelji na sistemu zbiranja kreditnih točk. V sak letnik jih ima 60, zaželeno bi bilo, da bi jih študenti lahko nabirali tudi na ljubljanski fakulteti, je poudaril prof. Krajnc. Devetčlanski senat (v Ljubljani sta manjkala le dva – eden zaradi službene odsotnosti v tujini, drugi zaradi bolezni) je bil oktobra 2003 izvoljen zgolj za eno leto. Njegova naloga je bila pripraviti kurikulum študija in podrobni urnik za prvi letnik medicincev, ter pripraviti vse potrebno za vpis. Delo je že opravil, znani so tudi že izvajalci predmetov. Največji problem je imela nova fakulteta z zagotavljanjem sredstev za financiranje opreme, pri čemer so ji stali ob strani številni sponzorji. Med njimi je bila tudi ljubljanska Medicinska fakulteta.

Po predstavitvi je prof. Žargi člane ljubljanskega senata povabil k razpravi. Največ vprašanj se je nanašalo na način zagotavljanja



Del članov senata mariborske MF

habilitacij za učitelje, pri čemer bo ljubljanska fakulteta lahko dejavno sodelovala. Odprto je bilo vprašanje predmeta farmakologije in sodelovanja farmacije pri zagotavljanju vsebine pouka. Kot je odgovoril prof. Krajnc na vprašanje predstavnika študentov, bodo v Mariboru načrtovano sproti spremljali kakovost izobraževanja in preverjali tako slušatelje kot predavatelje.

Veliko kateder ljubljanske fakultete je že zagotovilo sodelovanje svojih učiteljev pri organizaciji pouka v Mariboru. Tiste, ki še ne sodelujejo, bo k temu vzbudil sporazum, ki sta ga na koncu podpisala oba dekana. Naj omenim samo nekatere možnosti: izobraževanje kadrov do naziva doktorja znanosti, že omenjene habilitacije, sodelovanje predavateljev, sodelovanje na področju raziskovanja in izobraževanja mladih raziskovalcev (slednjima področjema v Mariboru še niso uspeli posvetiti dovolj časa), znanstveno delovanje, ter, ne nazadnje, sodelovanje tudi na področju politike medicinskega izobraževanja v državi.

Za zagotavljanje financiranja in prostorskih možnosti nove medicinske fakultete je seveda v celoti odgovorna mariborska Univerza.

Prof. Žargi je na koncu strnil razpravo in menil, da so predstavljeni pisni programi, ki so se že sedaj v veliki meri usklajevali z ljubljansko medicinsko fakulteto, kakovostni. V bodoče bo

najbolj pomembna skrb, da bi zapisano preliči v vsakodnevno učno delo in zagotovili vsem slovenskim zdravnikom primerljivo izobrazbo. Zanimivo bo spremljati rezultate študija, saj je v Mariboru veliko manj časa namenjenega predkliniki. Zagotovo pa bo sodelovanje z mariborsko bolnišnico zagotovilo dober pouk kliničnih predmetov. Prof. Krajnc je na koncu poudaril, da so vsi sodelujoči na sestanku končali isto medicinsko fakulteto, zato je prav, da svoje znanje prenašajo naprej. Posebej se je zahvalil prof. Žargiju za dosedanje dragocene nasvete in pomoč.

Senat Medicinske fakultete Univerze v Mariboru od 2003 do 2004 ♦

Prof. dr. Željko Knez, za predkliniko, prof. dr. Peter Kokol, za predkliniko, prof. dr. Milan Brumen, za predkliniko, prof. dr. Eldar M. Gadžijev, za kliniko, izred. prof. dr. Alojz Gregorič, za kliniko, prof. dr. Jože Drinovec, za kliniko, izred. prof. dr. Borut Gorišek, za kliniko, prof. dr. Dušanka Mičetić Turk, za kliniko, prof. dr. Ivan Krajnc, dekan MF UM – član Senata po funkciji, trije člani s strani študentov bodo imenovani jeseni, ko se bo pričel pouk.



Skupna seja je bila dobro obiskana



Po predstavitvi se je razvila konstruktivna razprava



Dekana pri podpisu listine o sodelovanju: prof. Miha Žargi in prof. Ivan Krajnc (z leve)

Senat Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani od 2001 do 2005

Prof. dr. Vane Antolič, prof. dr. Jože Balažič, doc. dr. Marjan Bilban, prof. dr. Andrej Bren, prof. dr. Katja Breskvar, doc. dr. Erika Cvetko, prof. dr. Marija Čarman Kržan, prof. dr. Bronislava Črešnar, doc. dr. Branko Ermenc, prof. dr. Franc Farčnik, prof. dr. Nina Gale, prof. dr. Dominik Gašperšič, prof. dr. Borut Geršak, prof. dr. Anton Grad, prof. dr. Zoran Grubič, prof. dr. Marija Gubina, prof. dr. Marko Hawlina, prof. dr. Tatjana Irman Florjanc, prof. dr. Vladimir Jevtič, prof. dr. Kristijan Jezernik, prof. dr. Andreja Kocijančič, prof. dr. Radovan Komel, prof. dr. Srečko Koren, doc. dr. Narcisa Košir, prof. dr. Vladimir Kotnik, prof. dr. Vesna Koželj, prof. dr. Ciril Kržišnik, doc. dr. Tomaž Lunder, prof. dr. Aleksander Manohin, prof. dr. Črt Marinček, prof. dr. Ljubo Marion, prof. dr. Saša Markovič, prof. dr. Andrej Mašera, prof. dr. Helena Meden Vrtovec, doc. dr. Zdenka Ovčak, prof. dr. Franjo Pikelj, prof. dr. Pavel Poredoš, prof. dr. Borut Prestor, prof. dr. Borut Pust, prof. dr. Stelio Rakar, prof. dr. Peter Rakovec, prof. dr. Dean Ravnik, prof. dr. Stane Repše, prof. dr. Tomaž Rott, prof. dr. Blaž Rozman, asist. mag. Anamarija Rožič Hristovski, prof. dr. Zvonimir Rudolf, prof. dr. Uroš Skalarič, prof. dr. Dušan Sket, prof. dr. Janez Sketelj, doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec, prof. dr. Vladimir Smrkolj, prof. dr. Lovro Stanovnik, prof. dr. Vito Starc, prof. dr. Janez Stare, prof. dr. Maksimiljan Sterle, prof. dr. Franc Strle, akad. prof. dr. Saša Svetina, prof. dr. Jurij Šorli, prof. dr. Draga Štiblar Martinčič, prof. dr. Martin Štrucl, prof. dr. Dušan Šuput, prof. dr. Igor Švab, prof. dr. Martina Tomori, prof. dr. Bojan Tršinar, prof. dr. David B. Vodušek, asist. dr. Lijana Zaletel Kragelj, doc. dr. Slavko Zihel, prof. dr. Marjeta Zorc, prof. dr. Marija Žakelj Mavrič, prof. dr. Miha Žargi, akad. prof. dr. Boštjan Žekš

Študentje: Jure Binter, Aleš Fischinger, Andrej Grajn, Gregor Haring, Matej Horvat, Katja Kovač, Miran Križančič, Sandra Manojlovič, Domen Plut, Mircha Poldrugovac, Ajda Skarlovnik, Blaž Vrhnjak

Elizabeta Bobnar Najžer
Foto: Amadej Lah, Matjaž Najžer

Predstavitev učbenika ter zbirke protokolov in formularjev o transplantacijski dejavnosti

Transplantacijska dejavnost je v Sloveniji zelo dobro organizirana. Za normalen razvoj dejavnosti je potrebno urediti in razvijati pravno-etične in strokovno-organizacijske vidike dejavnosti. Pravno-etične rešitve so opredeljene v Zakonu o odvzemu delov človeškega telesa za namen zdravljenja iz leta 2000, strokovno-organizacijske pa še s številnimi podzakonskimi pravilniki, organizacijsko zasnovo Slovenija Transplanta in strokovnim razvojem posameznih možnosti in oblik zdravljenja.

Darovanje organov in tkiv je za razvoj in izvajanje transplantacijske dejavnosti nujna osnova, ki jo moramo razvijati po sodobnih strokovnih merilih. Pridobivanje organov in tkiv je področje v transplantacijski dejavnosti, ki prav tako sloni predvsem na zdravstvenih institucijah kot zdravljenje s presaditvijo v ožjem smislu. Široka družbena podpora je pomembna za načelno odločitev o takšnem načinu zdravljenja. Narašča tudi število bolnikov, ki potrebujejo in želijo tovrstno zdravljenje.

Pridobivanje delov človeškega telesa od



mrtvih darovalcev predstavlja most med smrtjo in življenjem. To je veličastno delo, ki ga mora poznati vsak zdravnik, da ne daje neustreznih informacij o strokovnih postopkih, ki v svojem bistvu vsebujejo zelo občutljivo temo - smrt. Smrt je pojav, ki ga mora vsak zdravnik primerno sprejeti in tudi obvladovati v stikih s svojci in javnostjo. Prav tako mora vsak zdravnik vsaj okvirno poznati načelo pridobivanja organov, tkiv in zdravljenja s transplantacijo.

Človekoljubno dejanje, kot je pridobivanje organov in tkiv za zdravljenje, ne moremo prepuščati le v roke peščice strokovnjakov in javnosti. Če se to dogaja, ustvarjamo strokovno zmedo in ne dosegamo rezultatov, ki bi jih na tem področju lahko.

Področje transplantacijske dejavnosti predstavlja danes povsod po svetu velik strokovni izziv za razvoj in napredek, hkrati pa tudi velike apetite za različnimi ilegalnimi postopki. Znano dejstvo je, da so potrebe za razpoložljivimi organi in tkivi veliko večje, kot je pridobljenih. Prisoten je primanjkljaj, ki se lahko odraža tudi v prezgodnji smrti marsikaterega bolnika ali v želji po pridobitvi organa prednostno, s plačilom. Znanost intenzivno raziskuje tudi nove vire za pridobivanje, kar pa zaenkrat še ni prineslo praktičnih in uporabnih dosežkov.

Za razvoj transplantacijske dejavnosti v Sloveniji je zelo pomembno tudi internacionalno povezovanje, ki pa ne pomeni, da bi lahko pridobili dodatne organe za presaditev iz širšega evropskega področja. Bistvo te povezave je, da se poišče za vsak darovani organ najboljšega

prejemnika, pridobite organ v nujni situaciji in da lahko vsaka država presadi svojim bolnikom le toliko organov, kot jih je bilo pridobljenih v matični deželi.

Z željo, da bi bile strokovne informacije dosegljive vsem zdravnikom, tistim, ki so v neposredni povezavi z dejavnostjo presaditev in tudi tistim, ki se jih tematika dotika zgolj posredno, smo se odločili, da je potrebno opremiti slovenski prostor tudi s strokovno literaturo oziroma učbenikom.

Prvi učbenik za področje Darovanja organov in tkiv je podrobneje predstavljen v rubriki recenzije. Dodatek k učbeniku je zbirka protokolov in formularjev, kar je zbrano v posebni mapi. Ta zbirka je pripravljena v pomoč zdravstvenim delavcem, saj si lahko v morebitnem primeru darovalca nemudoma fotokopirajo ustrezne obrazce. Pripravljamo tudi drugi del tega učbenika, ki bo obravnaval kirurški vidik tega področja. ■

Danica Avsec Letonja

Letnik 1974/1975

30-letnica vpisa na MF

Obvestilo ♦

Vse kolegice in kolege, ki ste se vpisali na Medicinsko fakulteto v Ljubljani v študijskem letu 1974/75, obveščamo, da pripravljamo srečanje ob 30. letnici vpisa.

**SREČANJE
BO V SOBOTO,
20. 11. 2004
V LJUBLJANI.**



Na vajah iz anatomije, januar 1976



Skupinski izlet s "higieno", 1978

Zaradi pravočasne rezervacije prostora prosimo, da potrdite svojo udeležbo na naslov: Marija Koželj, Legatova 2 f, 1000 Ljubljana, GSM: 041 716 828 ali na E: mirjam.mavec@kclj.si

najkasneje do 10. 6. 2004.

Vljudno vabljeni!

*Organizacijski odbor: Brigita Drnovšek,
Breda Zakotnik, Marija Ilijaš*



Vaje iz biologije v Naravoslovnem muzeju, maj 1975

AMBICIOZNI ZDRAVNIKI

Po ugotovitvah ameriških strokovnjakov za raziskavo javnega mnenja sodijo zdravniki v najbolj ambiciozno skupino izobražencev na pragu 21. stoletja. Rezultati poglobljene raziskave na več deset tisoč intelektualcev, ki so jo leta 2002 izvedli v dvanajstih ameriških zveznih državah dokazujejo, da se zdravniki najmanjkrat izneverijo svojemu poklicu. Med njimi je najmanj takih, ki popolnoma zamenjajo poklic. Vendar je v zadnjem

času, zlasti med mlajšimi zdravniki, vedno več takih, ki se odločajo za interdisciplinarnost, kar pomeni, da svoje osnovno medicinsko znanje dopolnjujejo s študijem farmacije, menedžmenta, družboslovja, psihologije, podjetništva, ekonomije ipd. Prav tako je relativno majhen delež zdravnikov, ki si privoščijo dolge počitnice in tudi praksa podaljšanih praznikov (mostov) je med zdravniki relativno redka. Izrazito nizek je odstotek zdravnikov, ki se odločijo za t. i. "sabbatical" večmesečno ali celo večletno odsotnost iz delovnega mesta zaradi študija (izobraževanja, izpopolnjevanja), skrbi za družino (porodniški dopust, varstvo

otrok, pomoč ostarelim staršem, bolnemu partnerju ipd.), potovanja ali hobijev. Prav tako se zdravniki relativno redko odločajo za bolniški stalež. Z dela izostanejo šele, ko so tako bolni (oslabljeni), da ga ne morejo več opravljati. Ker pa delo krepi človeka, Američani ugotavljajo, da njihovi zdravniki zaradi svoje ambicioznosti ne umirajo nič pogosteje od svojih bolj ležernih kolegov, strokovnjakov z nemedicinskih področij. ■

Vir: Time

Priredila in prevedla: Nina Mazi

Novice z golfskih zelenic

Prvič v letošnjem letu sta na domačih igriščih na sporedu dve pomembni tekmi:

29. maja bo v lepem okolju Arboretuma v Volčjem Potoku IV. državno prvenstvo v golfu po naslednjih kategorijah:

Moški: Hcp 0-20, Hcp 21-29 in Hcp 30-36.

Ženske: enotna skupina

Bruto moški

Bruto dame

Pokrovitelj: Raiffeisen Krekova banka

Prijave sprejema recepcija igrišča do vključno 27. maja, T: 01 83 18 080, F: 01 83 18 091, E: uprava@golfarboretum.si.

Povratno srečanje ekip "Vzhoda" in "Zahoda" bo oktobra na ptujskem igrišču.

Podrobnejša obvestila sledijo.

2. Prijavljenci za udeležbo na svetovnih zdravniških športnih igrah ste dobili na domači naslov prijavnice. Izpolnjene vrnite takoj!

3. Za skupinski začetni tečaj igre golfa ni bilo dovolj prijav, tako da se zainteresirani dogovorite zanj individualno. ■

Marko Demšar



Igrišče v Volčjem Potoku bo pričakalo udeležence IV. državnega prvenstva v golfu.

NEUČINKOVITA PREVENTIVA

Ameriški, avstralski in britanski strokovnjaki so prepričani, da je debelost, ki v različnem obsegu, pogostosti in stopnji zahtevnosti pesti prebivalstvo na pragu 21. stoletja, v veliki meri mogoče pripisati tudi neučinkoviti zdravstveni preventivi. Epidemija debelosti, ki ogroža večji delež prebivalstva modrega planeta na prelomu tretjega tisočletja (skoraj 40 odstotkov prebivalcev v ZDA, dobrih 30 odstotkov Britancev in skoraj enak delež Avstralcev, več kot četrtnino Nemcev itd.), kot nalezljive bolezni (aids in podobne nevarnosti), je po mnenju poznavalcev v veliki meri posledica premajhnega, neustreznega, ne dovolj načrtnega, neučinkovitega preventivnega in kurativnega prizadevanja zdravnikov in medicinskega osebja nasploh. Poleg njih

nosijo krivdo za številne (nepotrebne) primere prekomerne telesne teže in debelosti (patološkega ITM) tudi psihologi in starši (skrbniki, rejniki), učitelji, vzgojitelji in sredstva javnega obveščanja.

Po mnenju ameriških zdravnikov in psihologov je hrana nedvomno nevarnejša droga od tobaka, čeprav tega marsikdo javno noče oziroma si ne upa priznati. Ključna nevarnost zasvojenosti s hrano je, da hrana in pijača nosita pozitivni socialni predznak, ki ga je nikotin v večini razvitega sveta dokončno izgubil že v preteklem stoletju. Podobno kot pri kajenju igrajo pomembno vlogo multinacionalke in tobačni lobiji, pa pri debelosti dejavno sodeluje (jo spodbuja) prehrabena industrija, in sicer v tesnem sodelovanju in ob podpori dietne in farmacevtske sfere.

»Dokler se zdravniki ne bodo zavedali, da je debelost resna bolezen s kompleksno patologijo, ki zahteva večdimenzionalno, multicentrično obravnavo, bodo civilizacijske bolezni še naprej kraljevale na samem vrhu globalne lestvice nezmožnosti, invalidnosti in umrljivosti,« je izjavil dr. Patrick Beal iz Velike Britanije. Njegov kolega iz Amerike pa se je v televizijskem intervjuju spraševal, ali zdravniki sploh premorejo dovolj aktualnega znanja in najnovejših informacij o debelosti ter vsem, kar je povezano z njo, da bi lahko ustrezno in učinkovito ukrepali na področju preventivne in zdravljenja resne socialne bolezni 21. stoletja. ■

Vir: Washington Post

Priredila in prevedla: Nina Mazi

Razstava kraškega ustvarjalca v ljubljanski galeriji Kresija

Januarja je minilo leto, odkar smo se poslovili
od slikarja Stojana Zafreda (1951 – 2002).



Spominsko razstavo slikarja Stojana Zafreda je v Galeriji Kresija v Ljubljani, 13. 1. 2004, odprl direktor Inštituta RS za rehabilitacijo, sedanjí direktor KC, mag. Franc Hočevár z naslednjimi besedami: "Zame je velika čast, da odpiram razstavo svojega prijatelja in sodelavca Inštituta, saj tako ohranjamo spomin na velikega slikarja in izjemno osebnost." Na fotografiji sta predstavnika Inštituta RS za rehabilitacijo Vesna Radonjič Miholič in Franc Hočevár.

Po nesreči leta 1970, ko je pristal na invalidskem vozičku, je bil s svojo vedrino in radoživostjo zgled v preseganju samega sebe. Vodil je slikarske delavnice v vrtcih in šolah ter prebujal v mladih ustvarjalnost. Leta 2000 je vodil Poletne slikarske delavnice na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo v Ljubljani (soorganizatorji delavnic in razstave so bili: Vesna Radonjič Miholič, Tanja Štefancič, Dejana Zajc, Pavla Obreza, Marta Hren, Marjan Jerina). Njegovemu spontanemu in neubranljivemu povabilu so se odzvali bolniki, terapevti, svojci in zaposleni. Vodil je tudi delavnice za študente specialne pedagogike. Kakšne so bile njegove metode dela v slikarskih delavnicah? »Slikarstvo je kot igra,« je razlagal Zafred. »Risati je potrebno sproščeno. Pri slikarstvu je veliko čustev, čustva pa so seme, ki ga gojimo ob ustvarjanju. Umetnost krepi osebnost.«

Zafred je slikal z usti. Svoja dela je ustvarjal in razstavljaval po Sloveniji (tudi v Kliničnem centru), v zamejstvu ter drugod po Evropi, na Japonskem in v Avstraliji, kjer se je leta 2000 udeležil delegatske konference Mednarodnega združenja slikarjev, ki rišejo z usti ali nogami (VDMFK). Polnopravni član VDMFK-ja je postal leta 1998. Slikar Stojan Zafred je živel

in ustvarjal na Krasu, in sicer v Divači.

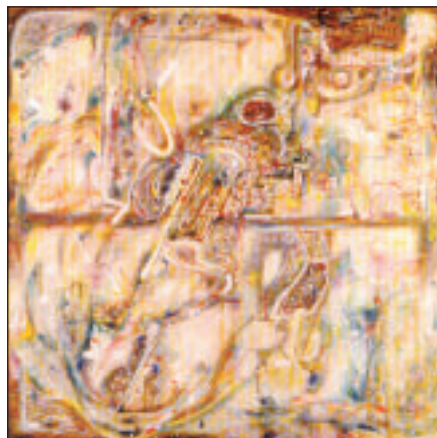
Spominska razstava v poklon slikarju in njegovemu delu je bila na ogled v Ljubljani v Galeriji Kresija od 13. do 31. 1. 2004.

Razstavljeni platna velikega formata, ki so nastala v letih od 1995 do 2000, so pritegnila veliko obiskovalcev.

Vsaka izmed Zafredovih tematsko povezanih slik, razstavljenih na spominski razstavi s skupnim naslovom Kompozicije, je kot razbito zrcalo, čigar sleherni delec zrcali določeno človeško psihično stanje, ki je posledica sesutosti in nemoči bitja in žitja posameznika, zlasti drugačnega, v množici. Slikarju je z mavričnimi barvami uspelo detajle povezati v navidezno ubrano podobo, a poglobljeni pogled v detajle na platnu, ki odsevajo resničnost ljudi, impresionira s svojo simboliko travmatičnosti človekove podzavesti in posledično s sesutostjo.

Slikar je s svojimi deli nenehno kazal na sesutost, da bi ljudje začutili potrebo, »da se je treba sestaviti«, kajti iz ubranih posameznikov raste ubrana družba – prav k temu pa je slikar težil vse svoje življenje. ■

Jožica Planinc



Otvoritev razstave na Inštitutu RS za rehabilitacijo v Ljubljani, 10. 5. 2001.

»Skupna prizadevanja k istemu cilju spremenijo pomen drugačnosti – ta postane vir kreativnosti,« so zapisali na zgibanki ob otvoritvi razstave.

ZASKRBLJUJOČE STANJE ORALNEGA ZDRAVJA

Strokovnjaki SZO iz Ženeve v svojih poročilih ugotavljajo, da je oralno zdravje prebivalcev na pragu 21. stoletja zaskrbljujoče, predvsem na razviti zahodni polobli. Med stomatološko patologijo na vseh celinah najbolj izstopa zobna gniloba, zato jo večina zdravstvenih ekspertov smatra za ključno patologijo moderne dobe. Kariesu, ki so ga zaradi vsesplošne razširjenosti in naraščajoče pogostosti strokovnjaki upravičeno krstili za "tiho epidemijo 21. stoletja", stopajo ob bok bolezní oziroma patološke spremembe mehkih tkiv (dlesni, obzobnega tkiva), rak ustne votline in grla – vse naštete bolezni sodijo med perečo zdravstveno problematiko tako v razvitem industrijskem svetu z visokim bruto družbenim proizvodom kot tudi v deželah v razvoju, kjer vladata pomanjkanje in revščina. Ubikvitarna oralna patologija je zaznamovana s strojno rastočo incidenco pri predstavnikih vseh starostnih skupin prebivalcev. Stroški njenega zdravljenja dosegajo danes po ocenah medicinskih in ekonomskih ekspertov že deset odstotkov vsega denarja, namenjenega zdravstvu. Karies, ki najbolj pesti ZDA, Kanada, Evropo in Avstralijo, je za spoznanje manj razširjen v Aziji, najmanj pa v Afriki, kjer se prebivalstvo "po sili razmer" še prehranjuje pretežno z manj kariogeno hrano. Prav tako so tam manj pogoste ostale bolezni zob in obzobnega tkiva. Vendar poznavalci globalnih trendov napovedujejo, da se bo zaradi spremenjenega načina prehranjevanja (več sladkarij in ostalih kariogenih živil) in deterioracije življenjskih navad nasploh, stanje kmalu poslabšalo. Medtem ko se s problematiko zobne gnilobe na globalni ravni v tem trenutku srečuje že skoraj šest milijard ljudi, pa zaradi vnetja dlesni ter obolenj obzobnih tkiv, ki botrujejo paradontitisu in paradontozi (predčasna majavost in izguba zob), danes trpi že več kot 15 odstotkov svetovnega prebivalstva na vseh celinah. Da bi zajezili porast bolezní zob in ustne votline, strokovnjaki priporočajo pospešeno in poglobljeno preventivo na vseh ravneh, pri čemer je potrebno zagotoviti čimbolj učinkovito medresorsko sodelovanje zdravstva, šolstva, gospodarstva... ■

Vir: Der Spiegel

Priredila in prevedla: Nina Mazi

JEDILNIK NAMESTO ZDRAVNIŠKEGA RECEPTA

Skupina ameriških in japonskih strokovnjakov, ki je proučevala dolgoživost, mladostnost in vitalnost prebivalcev Okinave, je na podlagi rezultatov in izsledkov svojih več desetletij trajajočih študij ugotovila, da bi lahko z ustreznim jedilnikom in zdravimi prehrabnenimi navadami sodobnemu prebivalstvu omogočili daljše, bolj zdravo, telesu in duši prijetno ter okolju prijazno življenje. Podobno ugotavljajo tudi nemški in skandinavski zdravniki, psihologi in strokovnjaki za zdrav način življenja (Healthy Lifestyle). Dr. Bernhard Strunz, internist iz Bonna, je s sodelavci prepričan, da je zaskrbljujoče stanje v "zevajoči" zdravstveni blagajni v doglednem času mogoče uspešno in učinkovito odpraviti s spremembo oziroma izboljšanjem prehrabnenih navad in življenjskega stila prebivalstva. Z ustreznim jedilnikom in spodbudnimi prehrabnenimi navadami bi po mnenju avstrijskega onkologa in znanstvenega raziskovalca, prof. dr. Siegfrida Knasmüllerja, lahko učinkovito preprečili okrog 40 odstotkov malignih obolenj, ki predstavljajo ogromen strošek ne le za zdravstven proračun, temveč za gospodarstvo v celoti, da ne govorimo o kakovosti življenja prizadetih in njihovih najbližjih. Po mnenju dr. Arthurja Jenningsa iz Washingtona morajo zdravniki (zdravstveni delavci), psihologi, učitelji in vzgojitelji ter svetovalci ljudi navdušiti za zdravje, vitkost in mladostnost, obenem pa jim s svojim strokovnim znanjem, izkušnjami in sposobnostmi pomagati odkriti radost in čar zdravega, spodbudnega življenja brez bolezni, motenj in poškodb, zdravil, poživil in najrazličnejših oblik iatrogene terapije. Dr. Jennings v zvezi s tem poudarja, da ključna napaka sodobnih zdravnikov in zdravstva nasploh tiči v dejstvu, da skušajo medikalizirati zdravje in ga prikazati kot vrednoto, za katero je potrebno "garati", se odpovedovati, trpeti ter "stiskati zobe in pas", namesto da bi ljudem pomagali odkriti svetle strani zdravega življenja in jim omogočili, da bi (p)ostali zdravi, vitki, mladostni in vitalni do pozne starosti na lahkoten, sproščen in optimističen način. Da bi v skrbi za zdravje oziroma ravno zaradi njega, uživali življenje in se veselili izzivov, ki jih prinaša spodbuden način življenja. Če bi se vsak zdravnik odločil, da bo začel varčevati pri zdravilih in bo namesto umetnega raje priporočal zdrav način življenja in če bi zdravniki predpisali za deset odstotkov manj receptov, bi zdravstveno blagajno lahko relativno hitro, uspešno in dolgoročno sanirali brez napornih

reform z vprašljivim učinkom. ■

Viri: CNN, Focus, Forbes

Priredila in prevedla: Nina Mazi

ZDRAVJE PREKO SVETOVNEGA SPLETA

V globalnem merilu postaja iskanje zdravja preko spleta vse bolj razširjen in donosen posel. V visoko razvitem delu sveta (ZDA, Kanada, Japonska, Singapur, itd.) za iskanje zdravstvenih in z njimi povezanih informacij in storitev virtualne medije uporablja že več 50 odstotkov prebivalstva. Slovenci smo na tem področju še bolj zadržani, saj je po podatkih raziskav RIS (raba svetovnega spleta – interneta v Sloveniji) leta 2001 le dobra desetina prebivalcev stopila zdravju naproti z miško v roki. Poznavalci trdijo, da je dejanski delež iskalcev zdravstvenih informacij in storitev na spletnih straneh danes že za spoznanje večji – okrog 15, morda 20 ali celo 25 odstotkov. Virtualno zdravstveno udejstvovanje je v Sloveniji relativno sveža novost – prva spletna stran z zdravniškimi nasveti <http://med.over.net>, je nastala pred tremi leti in se je že močno uveljavila. Statistika prikazuje, da jo vsak dan obišče več kot 5.000 posameznikov, kar pomeni dobrih 10.000 uporabnikov na mesec, ki preberejo več kot tri milijone strani na mesec. Po podatkih RIS-a so uporabniki "med.over.net" v preteklem letu gostili kar 17 odstotkov vseh uporabnikov spleta in zabeležili več kot šestdeset tisoč obiskov. Zanimivo je, da so avtorji vodilnega slovenskega zdravstvenega portala tehniki in ne zdravniki, ki so se usposabljali na področju uporabe spletnih strani v zdravstvene namene. Podobno kot v tujini je tudi »med.over.net« anonimen in brezplačen za vse uporabnike. Pričujoči sistem popolne dostopnosti in anonimnosti naj bi se ohranil tudi v prihodnosti. Podjetje Siix, ki je avtor, vzdrževalec in oskrbovalec »med.over.net«, skrbi za največjo možno kakovost svojega virtualnega zdravstvenega foruma, obenem pa poudarja, da je pri njih uporabnik resnično "kralj". Podobna strategija brezkompromisne naklonjenosti in prijaznosti do uporabnikov sodi med ključne postulate ponudnikov virtualnih zdravstvenih storitev tudi v tujini. Slednjega nikakor ne moremo trditi za ponudnike in izvajalce "realnih" zdravstvenih storitev. ■

Vira: UPI in STA

Priredila in prevedla: Nina Mazi

RAČUNALNIK – RAVNAJ PREVIDNO!

Strokovnjaki za zdravstveno statistiko pričakujejo, da bodo v anale na tem področju kmalu vključili nove zaplete – diagnoze, povezane z delom pred fluorescentnim ekranom oziroma z redno uporabo računalnika. Medtem ko so medicinski strokovnjaki, delovni psihologi in ergonomi do nedavnega trdili, da delo z računalnikom za človeka ne predstavlja posebnega tveganja, napora in obremenitve, so na podlagi številnih raziskav, katerih rezultati pričajo ravno nasprotno, začeli opozarjati na nevarnost, ki jih za posameznika predstavlja večurno sedenje pred računalniškim ekranom. Poleg posledic običajnega sevanja, kateremu se ni moč izogniti v stiku z aparati in napravami, priključenimi na električni tok, trpijo ljudje, ki imajo opravka z računalnikom, še za glavoboli, napetostjo, vnetjem oči in motnjami vida, razdražljivostjo, nespečnostjo, motnjami prebave in bioritma, bolečinami v hrbtenici in okončinah, težavami z ožiljem (zlasti venozni in limfatični sistem) ter splošnim slabim počutjem, utrujenostjo in nagnjenostjo k infekcijam.

V skladu z najnovejšimi izsledki ameriški in japonski strokovnjaki ocenjujejo, da težave z vidom in očmi pestijo najmanj 50 odstotkov tistih, ki večino delovnega ali prostega časa prebijejo pred prižganim računalnikom, okrog 60 odstotkov pa jih je prizadetih zaradi nedavno odkritega RSI simptoma (Repetitive Strain Injury - ponavljajoče se poškodbe in vnetne spremembe zgornjih okončin), ki lahko vodi v izredno bolečo in omejeno gibljivost ali celo v popolno negibljivost zgornjih okončin, ramenskega obroča in vratu.

Zato strokovnjaki na nasprotni strani Atlantika vsem, ki veliko delajo z računalnikom, svetujejo naj si izberejo ustrezno ergonomsko pohištvo (mizo, stol, naslonjalo za noge, tipkovnico), prilagodijo razmere svojim telesnim meram, si izberejo čim bolj ustrezno razsvetlavo in optimalno (fiziološko in udobno) lego, ki jo je potrebno večkrat spremeniti (pretegotvanje, vstajanje, hoja, telesna sprostitve), oči pa je najbolje vsakih 10 do 15 minut za kratek čas odvrniti od migotajočega monitorja, jih zapreti, izvesti nekaj vaj očesne gimnastike, jim privoščiti sproščujoč pogled v zeleno naravo ali vsaj v daljavo in seveda čimveč svežega zraka. Največje težave z očmi imajo zaposleni v velikih korporacijah, ki osem ali celo več ur na dan presedijo pred računalnikom, v zaprtih prostorih z neonsko

razsvetljava in umetno klimo. Dobrodošla je tudi vegetacija v prostoru, zlasti rastline, ki vsrkavajo škodljive snovi in naravna ventilacija. Pravočasna preventiva računalniške patologije, ki se jo lotimo danes, bo na eni strani pomagala jutrišnjemu prebivalstvu do boljšega zdravja in psihofizično – socialnega blagostanja, obenem pa pripomogla k uspešnemu krpanju lukenj v zdravstveni blagajni. ■

Vir: *Today News*

Priredila in prevedla: *Nina Mazi*

EKSPLOZIJA STROŠKOV

Naraščanje življenjske dobe in s tem deleža ostarelega prebivalstva v državah razvite zahodne poloble predstavlja na pragu 21. stoletja vse večje breme za zdravstveno blagajno in javne finance nasploh. Strokovnjaki Evropske unije (EU) poudarjajo, da stroški zdravljenja rastejo premosorazmerno s starostjo prebivalstva, krivulja rasti pa je eksponencialna in predstavlja zaskrbljujočo ekspanzijo. Tako so nemški strokovnjaki za ekonomiko v zdravstvu s pomočjo statističnih podatkov zadnjega desetletja preteklega obdobja izračunali, da je ob koncu 20. stoletja razlika v izdatkih za zdravila med 28-letnim in 78-letnim zavarovancem moškega spola znašala dobrih 1.550 odstotkov, kar pomeni, da je povprečen 78-letnik za zdravila porabil dobrih 15,5-krat več sredstev od svojega 50 let mlajšega vrstnika. Stroški zdravljenja v bolnišnici se pri obeh razlikujejo za 1.360 odstotkov, kar pomeni, da so 13,6-krat višji pri 78-letniku. Stroški ambulantnega zdravljenja pa so 600 odstotkov višji (šestkrat večji finančno breme pri generaciji moških 78-letnikov kot pri 28-letnikih).

Upoštevajoč dejstvo, da je danes že skoraj vsak četrti (dobrih 24 odstotkov) prebivalec razvite stare celine starejši od 60 let, leta 2030 pa bo to že vsak tretji (35 odstotkov). V Nemčiji, ki ima sedaj devet milijonov 60 - letnikov, jih bo leta 2030 že vsaj 13,5 milijonov. S podobnim trendom strokovnjaki Eurostata računajo tudi v ostalih državah EU, vključno s Slovenijo. Slednje bo povzročilo pravo eksplozijo stroškov za zdravstveno varstvo, na katerega se velja pripraviti pravočasno, najbolje že kar takoj. Poleg staranja prebivalstva bo k močnemu porastu izdatkov za zdravstvo prispeval tudi razvoj znanosti in tehnike, ki bo medicini, farmaciji in tehniki omogočil, da bodo vedno bolj sposobne in vsemogočne - temu primerno dražje in prodornejše. Tudi pacienti bodo vse bolj

informirani in zahtevni. Med pomembnimi elementi učinkovite priprave, nekakšne preventive proti "bankrotu", je vsekakor potrebno revidirati – preoblikovati oziroma dodelati, pravilno zasnovati in postaviti sistem dodatnega (izrednega, nadstandardnega) zdravstvenega zavarovanja, ustrezno načrtovati in uresničevati razvoj zdravstvenega sistema ter uvesti učinkovito preventivno-vzgojno strategijo, ki naj bi prebivalcem na prijazen in razumljiv način pojasnila in približala ter jih navdušila za redno in trajno skrb za lastno zdravje in psihofizično blagostanje. ■

Vir: *Focus*

Priredila in prevedla: *Nina Mazi*

ZDRAVJE KOT TRŽNA KATEGORIJA

Čepprav zdravje samo po sebi (v strogem pomenu besede) še ne nastopa na tržišču, se na pragu 21. stoletja v obliki nepogrešljivih konkurenčnih prednosti pojavljajo številne njegove "izpeljanke", ki mu dajejo vse močnejši ekonomski prizvok. Priznani japonski ekonomist Junichiro Kamamoto je prepričan, da je nesmrtni Hipokratov postulat "Primum nihil nocere" ne le združljiv z ekonomsko logiko, temveč tudi nepogrešljiv v njenem uresničevanju. Temelji Hipokratove doktrine, ki v marsičem presega zdravstveno sfero, po Kamamotovem mnenju predstavljajo edino pravo zdravilo za ogroženo globalno ekonomijo. Sodobna strokovna doktrina SZO zdravja sicer še ni uvrstila med tržne kategorije, posredno pa mu priznava pomembno vlogo v prizadevanjih za blagostanje že s tem, ko poudarja, da je človek predvsem sam odgovoren za lastno zdravje (posredno tudi za zdravje svoje ožje in širše okolice). Perspektiva zdravja je podobno kot perspektiva trga odvisna od ustvarjene dodane vrednosti – samo ta prinaša napredek. Hkrati je zdravje tudi tesno povezano z denarjem – bolniki ga imajo (praviloma manj) kot zdravi. Za »piko na i« pa se ves svet, tako razviti kakor tudi tisti v razvoju, bori proti nerazumnemu naraščanju stroškov zdravstvenega varstva. S pričujočo tematiko se pospešeno ukvarjajo vsi zdravstveni, finančni, gospodarski in ostali ministri v državah Evropske regije. Priznani nemški univerzitetni profesor in kirurg, prof. dr. Bernd Kremer, predstojnik univerzitetne klinike v Kielu, je v zvezi z grozečim, pretiranim in nesmotrim varčevanjem v zdravstvu že v prejšnjem sto-

letju izjavil, da bi bil za zdravstvo vsekakor najcenejši pacient, ki bi v trenutku, ko bi zbolel (se poškodoval) tudi nemudoma umrl in tako sploh ne bi potreboval nikakršne obravnave, diagnostike, nege, terapije in rehabilitacije. Seveda to še zdaleč ne predstavlja cilja, ki si ga je medicina zadala že v Hipokratovih časih in ga spoštuje še danes, na pragu tretjega tisočletja. Čeprav po mnenju resničnih strokovnjakov optimalno perspektivno le zdravstvo, ki bo glavni razpoložljivih sredstev namenilo ohranjanju zdravja in preprečevanju bolezni, ne pa (tako kot danes) zdravljenju in lajšanju le-teh. Ekonomično ravnanje z zdravjem in z materialnega vidika smotrno obravnavanje bolezni naj bi predstavljali temelj sleherne zdravstvene strategije in politike ter osnovo vsake zdravstvene reforme. ■

Vir: *Eurostat, BBC, CNN*

Priredila in prevedla: *Nina Mazi*

BOJ PROTI RAKU

Bolezen, ki naj bi se v prvi polovici 21. stoletja že povzpela na sam vrh vzrokov smrtnosti na našem planetu in iz njega izrinila trenutno najpogostejše bolezni srca in ožilja, je predmet številnih poglobljenih znanstvenih raziskav, ki se ne odvijajo le na drugi strani oceana, temveč se tudi številni strokovnjaki na stari celini ukvarjajo s tem nevarnim obolenjem. V Nemčiji predstavljajo veliko upanje pacientom prizadevanja skupin strokovnjakov Max Planckovega inštituta in Centra za molekularno medicino iz Berlina. Eksperti iz omenjenih renomiranih inštitucij s svojimi najožjimi sodelavci pospešeno proučujejo učinkovitost treh tipov antitumorske genetske terapije, ki temelji na:

- utrjevanju celic lastnega obrambnega sistema v boju proti raku,
- vnosu (vtihotapljenju) ubijalskih genov v tumorsko tkivo,
- stabilizaciji obolelih oziroma prizadetih celic.

Raziskave, ki jih strokovnjaki vodijo v svojih inštitucijah, upravičeno zbujejo upanje številnim onkološkim pacientom po celem svetu, saj najnovejše ugotovitve dokazujejo, da igra pri malignih zapletih dednost veliko pomembnejšo vlogo, kot smo si predstavljali doslej. Prav tako predstavlja genetika ključno komponento tudi pri iskanju optimalne terapije malignih sprememb v organizmu. ■

Vir: *Reuters*

Priredila in prevedla: *Nina Mazi*

PRVI BALKANSKI KONGRES ZGODOVINE MEDICINE

Oktobra lani je bil v Ohridu Prvi balkanski kongres zgodovine medicine, ki so ga makedonski gostitelji organizirali z malo denarja, kot v glasilu Zdravniške zbornice Makedonije posebej poudarjajo, toda zelo uspešno, saj se ga je udeležilo 140 zdravnikov iz naslednjih držav, (naštete so v tem sledečem vrstnem redu): Rusija, Ukrajina, Bolgarija, Romunija (našteta dvakrat), Srbija in Črna gora, Hrvaška, Bosna in Hercegovina, Grčija, Slovenija, Turčija in Makedonija. Predstavljeno je bilo 149 referatov in 40 posterjev.

Teme, ki so jih obravnavali, poročevalce omenja le v obrisih. Arheologi so predstavili medicinske instrumente, ki so jih našli pri izkopavanjih, umetnostni zgodovinarji slikarstvo, lingvisti so govorili o terminologiji v medicini, zdravniki pa o zdravljenju nekdanj.

Glavni poudarek je bila pobuda za ustanovitev Balkanskega združenja za zgodovino medicine, ki jo je sprejela večina prisotnih.



Združenje naj bi zaživel do naslednjega kongresa v Varni leta 2005.

V isti številki in verjetno kot povzetek prispevka na omenjenem kongresu so prikazane izkopanine iz rimskega obdobja, najdene v zgodovinskem mestu Skupi, in sicer v grobnici, imenovani »Kirurgov grob«. Kolega je moral biti ugleden in bogat, saj bi se današnje stanovske grobnice s takratno komaj lahko primerjale.

Na odličnih posnetkih je pokazanih 16 različnih vrst instrumentov, od kostnih klešč (ki po obliki niso dosti drugačne kot danes), pa do vaginalnega spekula (ki pa je). Zanimivi so urinski katetri, narejeni iz železa ali bronca, saj so tisti, ki se uporabljajo za moške že S-asto ukrivljeni, ženski pa so krajši in ravni. Pri izdatni dolžini se mi poraja vprašanje, kako so lahko izdelali lumen. Kostni svedri (tudi za trepanacijo lobanje) so skoraj enaki tistim iz poznega srednjega veka, tisoč let kasneje, po obliki pa ne dosti drugačni kot tisti pred tridesetimi leti. ■

Boris Klun

Vir: Vox Medici, december 2003

TRANSPLANT – “DARUJ ORGANE IN REŠI ŽIVLJENJE”

Marca je izšla letošnja prva številka Transplanta, ki je Glasilo slovenskega društva “Transplant”. Po podatkih Slovenija Transplanta so do konca februarja presadili štiri ledvice, medtem ko presaditev srca in jeter ni bilo. V tem obdobju je bilo devet presaditev krvotvornih matičnih celic, in sicer avtologne, dve od sorodnega darovalca in tri od nesorodnega darovalca.

V uvodu glasila je urednik opozoril na mačehovski odnos države do humanitarnih dejavnosti, pri čemer je izpostavil izdajo zloženke “Daruj organe - reši življenje”, kjer sta se avtorja zloženke odpovedala honorarju, vendar je država kljub temu zahtevala od izdajatelja plačilo 20-odstotnega davka na dodano vrednost.

Naslednji prispevek preko fotografij predstavi prvo presaditev pljuč v Sloveniji, ki se je zgodila 20. septembra 2003 na Kliničnem oddelku za torakalno kirurgijo. Poleg tega je na kratko opisana zgodovina presajanja pljuč, cilji presaditve, vodenje po posegu, zapleti in stroški operativnih posegov. Poleg presaditve pljuč predstavi glasilo tudi prvo transplantacijo

kostnega mozga v Sloveniji, od katere je minilo petnajst let (20. 1. 1989). Do konca leta 2003 so opravili 233 presaditev, od tega pri 117-tih bolnikih sorodno alogenično, pri sedmih bolnikih pa alogenično nesorodno PKMC. Po številu presaditev se Slovenija uvršča v med države Evropske unije.

V članku z naslovom “Ptice letijo preko oceana...” je bila poljudno razložena vloga karnitina.

Zadnji članek predstavlja pete svetovne zimske igre (s transplantiranimi organi) v Bormiu, ki so potekale od 18. do 24. januarja 2004, in sicer pod okriljem WTGF (World Transplant Games Federation). Iger so se udeležili tekmovalci iz osemnajstih držav. Slovenski predstavniki so osvojili petnajst medalj. S tem so v skupni razvrstitvi petnajstih sodelujočih držav osvojili četrto mesto. Na koncu glasila zasledimo še priprave na volilno skupščino, pisma bralcev, kvalifikacije za svetovne igre bolnikov s transplantiranimi organi in dializnih bolnikov (29. 8. – 29. 9. 2004), smešnice ter povabilo na kolesarjenje po južni Tirolski. O pravicah iz zdravstvenega zavarovanja in zdravstveni reformi, zlasti njenih novostih, zasledimo v rubriki Iz dela društva. Glasilo na

koncu ne pozabi povabiti bralce, da postanejo člani Slovenskega društva “Transplant”. ■

Mira Delavec



Programi kandidatov za predsednika Zdravniške zbornice Slovenije



Asist. Tomaž Benedik,
dr. med. ♦

Zbornica - mati in ne mačeha zdravništva

Poklic: abdominalni kirurg
Zaposlen: Klinični center Ljubljana
Stanujoč: Kranj
Rojen: 21. septembra 1966
Predlagatelj: kandidat s podpisi podpore

Obdojbe, v katerega vstopamo, je prepišno in za slovensko zdravništvo v marsičem negotovo. Odločitve, ki jih bomo sprejemali v naslednjih mesecih in letih, bodo morale biti skrbno pretehtane, saj bo cena napak visoka, škoda pa dolgoročna. Ko govorim o položaju slovenskega zdravništva, imam poleg zdravnic in zdravnikov, zobozdravnic in zobozdravnikov v mislih tudi položaj "uporabnikov" naših storitev, torej naših bolnikov, saj verjamem, da je pravi zastopnik javnega interesa na področju zdravstva prav zdravništvo.

Podoba Zdravniške zbornice Slovenije, kot jo vidim v naslednjem mandatu, je **osrednja zdravniška organizacija v državi**, ki varuje strokovnost zdravništva in v tesnem sodelovanju s Slovenskim zdravniškim društvom in sindikatom Fides prevzema pobude za izgradnjo in ohranjanje stanja, ko se bo zdravništvo lahko optimalno posvečalo svojemu temeljnemu poslanstvu – odgovorni in strokovni skrbi za zdravje in zdravljenje prebivalstva in bo za to tudi živo motivirano in ustrezno nagrajeno. Namen, da bi se Zdravniška zbornica Slovenije preoblikovala v organizacijo z ustrežno težo, ugledom in vlogo, ki bi jo že zdavnaj lahko imela, mora dajati temeljno noto njenemu delovanju. Ustrezni temelji za preoblikovanje zbornice in za njen prevzem osrednje vloge pri krojenju slovenskega zdravstva so že postavljeni v statutu Zbornice. Slovensko zdravniško zbornico vidim tudi kot **cehovsko organizacijo** slovenskih zdravnic in zdravnikov, zobozdravnic in zobozdravnikov, ki plačujejo mesečne zneske članarine, ki niso zgolj simbolični, zato se mi zdi smiselno in prav, da se sredstva, zbrana iz članarin, namenijo predvsem za različne oblike pomoči članom. Biti član Zdravniške zbornice pa naj bi postalo privilegij in ne le obveznost.

Že na začetku moram načeti nekatere aktualne teme, s katerimi se bomo morali soočiti. Ena izmed teh je gotovo **bela knjiga**, ki jo je predstavilo Ministrstvo za zdravje. Kljub številnim pobudam, konstruktivnim odzivom in predlogom s strani zdravništva, nastaja vtis, da je dialog z ministrstvom dobrodošel le toliko časa, dokler se ustvarja "propagandno ozračje" za ta projekt. Naj opozorim na nekatere najbolj sporne predloge: opustitev ginekološke in pediatrične službe na primarni ravni in preusmeritev teh dejavnosti k že sicer preobremenjenemu družinskemu zdravniku, napovedana pravica do vpogleda v čakalne sezname, ki je v

nasprotju s pravico do zaupnosti osebnih podatkov, nalaganje zdravniku, da varčuje z denarjem in s tem s pravicami do zdravstvenih storitev ob bolnikovi postelji... Zanimivo je, da bela knjiga sploh ne obravnava zobozdravstvenega varstva. Ključen pomislek zoper projekt bela knjiga pa je, da si ministrstvo kot del državnega aparata in politični subjekt jemlje pravico soditi in obravnavati strokovna vprašanja, ki so v pristojnosti stroke. Menim, da mora Zdravniška zbornica kot osrednja zdravniška strokovna organizacija sama prevzeti pobudo in pripraviti analizo stanja in program strokovnih prioritet v slovenskem zdravstvu.

Druga stvar, ki še vedno visi v zraku, je grožnja s stavko sindikata Fides, če v pogajanjih z vlado ne bodo doseženi cilji, sprejeti na izredni konferenci sindikata Fides 12. 3. 2004. Da se je od leta 2000 vrednost našega dela zmanjšala za 21 odstotkov, je dejstvo, ki je zlahka preverljivo. Položaj pa se utegne še poslabšati, če bo sprejet predlagani model zakona o plačah v javnem sektorju. Zdravniška zbornica se mora, skladno z njenim statutom, zavzemati za **pravilno vrednotenje dela zdravnikov in zobozdravnikov** in sodelovati pri sprejemanju ustrezne zakonodaje. Ključ za uspeh vidim v tesnem in usklajenem sodelovanju Zdravniške zbornice skupaj s sindikatom Fides in Slovenskim zdravniškim društvom.

Delež zasebnikov v javni zdravstveni mreži je še vedno nizek in ni primerljiv z zahodnoevropskimi razvitimi zdravstvenimi sistemi. To velja zlasti za specialiste na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva. Zgleda za uspešno sodelovanje in koeksistenco zasebnega in državnega sektorja v javni zdravstveni mreži lahko poiščemo že v neposredni sosesčini. Zavzemal se bom za to, da bomo na Zdravniški zbornici Slovenije oblikovali projektno skupino, ki bo proučila različne modele v izbranih državah, in na podlagi dognanj ustvarili temelje za pozitivne premike v korist povečanja deleža zasebnikov v javni zdravstveni mreži.

V sestavu Zbornice že poteka projekt "**Svobodni zdravnik specialist**", za katerega so člani Zbornice pokazali kar precejšnje zanimanje. Projekt je osnovan po nizozemskem modelu pogodbenega sodelovanja med zdravstveno ustanovo in zdravnikom zasebnikom in je predstavljen na spletni strani Zbornice. Glede na interes si projekt zasluži podporo pri realizaciji.

Kot predsednik Zdravniške zbornice Slovenije si bom prizadeval za **predruženje finančne zgradbe porabe denarja, ki ga prispevajo**

člani Zbornice s plačilom članarine. Za dejavnosti, ki jih izvaja Zbornica iz naslova javnih pooblastil, na primer strokovni nadzori, organizacija sekundarijata, je potrebno pridobiti sredstva od ustreznih državnih institucij in ne iz denarja, zbranega iz članarin. Zavzemal se bom, da bodo denarna sredstva, zbrana iz članarin, namenjena prvenstveno **socialni in pravni zaščiti članov** Zbornice. Omenjena sredstva bi bilo potrebno nalagati v skrbstvenem skladu, namenjenem za pomoč članom Zbornice in njihovim družinam ter skladu za financiranje pravne pomoči in svetovanja članom v primeru odškodninskih tožb.

Pomembno področje, ki potrebuje statutarno in zakonsko opredelitev, je **položaj zdravilstva** v Republiki Sloveniji. Zdravniška zbornica ima odgovorno nalogo pri opredeljevanju in spremljanju položaja zdravilstva. Ugotavljam, da je to še nezorana ledina, ki so jo države EU (kamor po novem spadamo) uredile na različne načine, nas pa to delo še čaka. Predlagam prevzem pobude reševanja tega problema s strani Zbornice po zgledu primerljivih držav in v iskanju širšega družbenega konsenza.

Z zadovoljstvom ugotavljam, da se bodo 150 diplomantom Medicinske fakultete v Ljubljani v nekaj letih pridružili prvi diplomanti na novo konstituirane **Medicinske fakultete v Mariboru**. Članom Zbornice, ki so sodelovali pri ustanovitvi, čestitam. Zbornica ima v svojem statutu sodelovanje pri dodiplomskem študiju medicine in stomatologije in prepričan sem, da bo sodelovanje z obema slovenskima medicinskima fakultetama plodno in konstruktivno.

Naloga Zdravniške zbornice Slovenije je **izvajanje in razpis specializacij**. Razpis specializacij za potrebe javne zdravstvene mreže se pripravi na osnovi ugotovljenih potreb po novih specialistih s strani izvajalcev javne zdravstvene mreže (letos 832) in predvidenih potrebnih nadomestitev zdravnikov zaradi upokojevanj (letos 396). Razpoložljivih

zdravnikov, ki lahko kandidirajo za odobritev specializacije, primanjkuje (letos jih je na voljo 200). Pomanjkanje zdravnikov za zasedbo specializacijskih mest bo čez nekaj let še bolj pereče in problem je treba pričeti reševati takoj, sicer lahko pričakujemo dotok tujih zdravnikov iz ekonomsko manj razvitih držav.

Podobno je s **kadrovsko zasedenostjo zdravniške službe v demografsko ogroženih** območjih. Problem je rešljiv s spodbujanjem namenskega kadrovskega štipendiranja, ki naj ga finančno prispeva lokalna skupnost v sodelovanju z ustreznimi državnimi institucijami.

In nenazadnje naj načem še problem našega najštevilčnejšega članstva, **zdravnic in zobozdravnic**. Znano je, da so ženske kolegice pri iskanju zaposlitve nemalokrat v diskriminiranem položaju nasproti moškimi kandidatom. To je še zlasti opazno pri nekaterih specialnostih. Nekateri delodajalci si niti ne pomišljajo tovrstnih pogledov kar javno razglašati. Kljub temu, da je takšno ravnanje v nasprotju z delovno pravno zakonodajo, se mi zdi potrebno, da se Zdravniška zbornica Slovenije do tega vprašanja jasno opredeli.

Članstvo Republike Slovenije v EU prinaša številne možnosti za strokovna in stanovska sodelovanja z zdravniškimi zbornicami v ostalih državah članicah. Sproščen bo tudi pretok delovne sile in študentov, pa tudi kapitala. Zbornica bo morala sprejeti izzive, ki jih prinaša nov čas in odgovorno, v skladu s pooblastili, ki so opredeljena v statutu Zbornice in zakonodaji, skrbeti, da bo raven strokovnosti zdravništva v državi ohranjena in višja, raven zdravstvenega varstva prebivalstva pa boljša.

Špoštovane kolegice in kolegi, vabim Vas na pot. Skupaj bomo nadgradili bogato zapuščino opravljenega dela v Zdravniški zbornici Slovenije in slovenskemu zdravništvu pridobili položaj, ki mu je vedno pripadal. Energije, znanja in potencialov imamo dovolj. V to verjamem.



Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med. ◆

Našo prihodnost oblikujemo vsi skupaj, s strpnostjo, premišljenimi odločitvami in daljnovidnostjo.

Poklic: abdominalni kirurg

Zaposlen: Klinični center Ljubljana

Stanujoč: Ljubljana

Rojen: 17. junija 1935

Predlagatelj: izvršilni odbor ZZS, Ljubljanski regijski odbor za bolnišnično in specialistično zdravstvo, Obalno-kraški regijski odbor

V zadnjih štirih letih sem se kot član izvršilnega odbora dobro seznanil z delovanjem Zdravniške zbornice Slovenije. Spoznal sem tudi strukturo in naloge strokovnih služb ter spremljal reševanje problemov slovenskega zdravništva. V iztekajočem se mandatu vodstva Zdravniške zbornice se je položaj slovenskega zdravnika in zobozdravnika v odnosu do države in družbe poslabšal. Z argumentiranimi predlogi in zahtevami v dovolj strpnem dialogu nismo uspeli prepričati naših sogovornikov (predvsem Ministrstvo za zdravje), da je zdravstveno varstvo državljanov Slovenije v največji meri odvisno od zadovoljnih, motiviranih, poklicu predanih in strokovno dobro podkovanih zdravnikov.

Okrepiti položaj slovenskega zdravništva in zobozdravništva

Mandat novega predsednika Zdravniške zbornice bo zaznamovan z reševanjem cele vrste spornih zadev, ki pogojujejo trenutno dokaj nezavidljiv položaj slovenskega zdravnika. Predsednik Zdravniške zbornice in člani ožjega vodstva te stanovske organizacije bodo brez odločnih skupnih akcij vseh zdravniških organizacij le stežka kos vsem nalogam, ki jih bo potrebno reševati in rešiti v prihodnjih letih. K sreči je pred kratkim prišlo do učvrstitve sodelovanja med Zdravniško zbornico, Slovenskim zdravniškim društvom in zdravniškim sindikatom Fides. Na tem temelju bo delo lažje, predvsem pa bolj učinkovito.

Zagotoviti sorazmerno strokovno in regionalno zastopanost članov v organih ZZS

Kar zadeva vlogo Zdravniške zbornice mislim, da je bilo delo v preteklosti odlično zastavljeno. Ne smemo pozabiti, da ta stanovska

organizacija v sedanjih obliki obstaja šele 12 let, njena prejšnja tradicija je bila prekinjena, za učvrstitev nove pa potrebuje svoj čas. Zato je tudi v bodoče potrebno pričakovati izboljšave predvsem v organizaciji Zbornice, ki mora vse bolj prisluhniti glasu vseh zdravnikov. To brez izjeme velja za vse skupine zdravnikov, za zdravnike primarnega, sekundarnega in terciarnega nivoja, ter seveda tudi za zobozdravnike.

Izvršilni odbor Zdravniške zbornice je že sedaj sestavljen na način, da so zastopani zdravniki vseh nivojev. Je pa prav gotovo res, da sestava nekaterih odborov ne odraža sorazmerno število zdravnikov posameznih strokovnih področij, ki naj jih člani odborov predstavljajo. Potrebno bo bolj upoštevati tudi »regionalni princip«, ki ga bo potrebno s še večjo skrbnostjo udejaniti v vseh odborih Zbornice. Zahteve po sorazmerni strokovni in regionalni zastopanosti smatram za povsem legitimne. Te zahteve so tudi dokaz, da zdravniki želijo tvorno sodelovati v svoji stanovski organizaciji, s pomočjo katere lahko ustvarijo svoja pričakovanja in zahteve.

Avtonomija zobozdravnikov

Zaradi vključitve v Evropsko unijo bomo s spremembo naših aktov morali zagotoviti popolno avtonomijo zobozdravnikov tako v okviru izvršilnega odbora kot skupščine Zbornice. Vzpodbujali bomo ustrezne rešitve razvoja zobozdravstva v sodelovanju s Slovenskim zdravniškim društvom in Stomatološko kliniko. Pripombe, ki so v zvezi s temi problemi prispele na Zbornico, bo nujno potrebno upoštevati.

Dejavnosti za izboljšanje zdravstvene oskrbe državljanov

Na obzorju slovenskega zdravništva je vidnih precej nevihtnih oblikov. V mislih imam med drugim udejanjanje zdravstvene reforme, o kateri je Zdravniška zbornica povedala svoje mnenje. Že danes je očitno, da vseh napovedanih ciljev za izboljšanje zdravstvene oskrbe državljanov Slovenije ne bo mogoče uresničiti, saj v »beli knjigi« za kaj takega ne zasledimo pravega recepta. Res je, kar piše v tej knjigi, da zdravstveni sistem v Sloveniji ni pravičen, ni enakomerno dostopen, da je premalo učinkovit in verjetno tudi v določeni meri zaostaja v kakovosti. Marsikateri zdravnik bi znal ponuditi rešitve za našete zagate, a v »knjigi« jasnih navodil in ukrepov, žal, ne najdemo. Da pa tudi Zdravniška zbornica ni povsem odklonilna do ukrepov, ki pomenijo varčevanje z denarjem, namenjenim za zdravstveno varstvo, je dokaz dejstvo, da smo pozitivno ocenili ukrep predpisovanja cenejših generičnih zdravil v breme ZZZS.

Delovnoppravna zakonodaja in vrednotenje zdravnikovega dela

Frontalne motnje se približujejo tudi zaradi neuspešnih pogajanj z Ministrstvom za zdravje oziroma z vladno pogajalsko skupino o odprtih vprašanih delovnoppravne zakonodaje in vrednotenja zdravnikovega dela. Zdravniki nismo bili povabljeni k sodelovanju v posebni delovni skupini Ministrstva za notranje zadeve, ki pripravlja plačilne razrede v Zakonu o plačah javnih uslužbencev. Pravilna in pravična umestitev zdravnikov v javni plačni sistem bi bila mogoča le, če bi se uporabljala metodologija, ki upošteva dolžino dodiplomskega in podiplomskega študija, obvezo stalnega izobraževanja, specifično odgovornost pri opravljanju poklica in delovne pogoje. Na ta način bi tudi lahko nadomestili znižanje vrednosti zdravnikovega dela za več kot 20 odstotkov od leta 2000. Podpirali bomo dejavnosti našega sindikata FIDES za uresničevanje nerealiziranih pogodb in dogovorov z vlado iz preteklih let.

Verjamem, da so večini zdravnikov poznana stališča Zbornice do zadnjih sprememb Zakona o zdravniški službi. Vse tri zdravniške organizacije so enotnega mnenja, da je novela zakona neživljenska in trenutno neizvedljiva. Zakon mora urediti ustrezno nagrajevanje tistim zdravnikom, ki morajo delati več kot drugi poklici v javnem sektorju. Tudi nastajajoča nova zdravstvena zakonodaja mora upoštevati mnenja

slovenskega zdravništva. Vsebina novega zakona je še vedno popolna neznanka. Na pripombe in predloge v zvezi z »belo knjigo« Zdravniška zbornica s strani predlagatelja osnutka zakona ni dobila odgovora. Če bo v državnozbornsko obravnavo prišel osnutek novega zakona, ki v bistvenih členih ne bo usklajen z zdravništvom in kot tak nesprejemljiv, bomo primorani uporabiti vsa možna sredstva vplivanja na postopke v Državnem zboru.

Vedeti je treba, da je zdravniška stavka ukrep, ki si ga zdravniki najmanj želimo. Zato bo potrebno odločno zahtevati reševanje odprtih zadev in se morda izogniti stavki. Vem, da tudi zdravniške organizacije poznajo realne možnosti nasprotne strani, ki pa mora pokazati dobro voljo in zdravnikom ponuditi konkretne rešitve v določenih časovnih okvirih, a brez fige v žepu. V tem primeru bi, če uporabim večkrat uporabljeno prisposodbo, odvzeli veter iz jader, kar pa še zdaleč ne bi pomenilo kapitulacije slovenskega zdravništva, temveč le priprave na varen pristanek, ki si ga vsi želimo.

Povrnitev ugleda slovenskemu zdravništvu

Slovenskim zdravnikom je potrebno povrniti ugled, s katerim je povezana tudi profesionalna samozavest in avtonomija. Nič ni narobe, če se javnost kritično odziva na domnevne nepravilnosti, ki jih zagrešimo pri našem delu. Moramo pa vztrajati na ustavni pravici, da mora biti krivda nedvomno dokazana. Predvsem pa odklanjamo pavšalne obsodbe, žal tudi s strani kolegov (ne glede na položaj v hierarhični lestevici), na podlagi nepreverjenih dejstev. Zdravniška zbornica se nenehno ukvarja s pritožbami bolnikov in njihovih svojcev, za katere se v večini primerov izkaže, da niso utemeljene. Ugotovitve podkrepimo z argumenti in s tem zaščitimo dobro ime obtoženega zdravnika. Da pa si prizadevamo ravnati pravično in tako ohranjati ugled našega stanu, dokazujemo s primeri, ko priznamo naše napake in, kadar je potrebno, celo izločimo iz naših vrst kolege, ki našemu stanu niso v čast.

Javna pooblastila

Izjemno pomembno je, da Zdravniška zbornica tudi v bodoče opravlja dejavnosti v okviru javnih pooblastil. V zvezi s specializacijami je bilo opravljeno veliko delo. Novi sistem financiranja je omogočil bolj kakovostni potek specializacije, ki je predvsem rezultat bolj definirane odgovornosti mentorjev in temeljitejše sodelovanje specializantov v dejavnostih na oddelkih, kjer so na »kroženju«. Vem, da prihajajo na Zbornico tudi signali določenega nezadovoljstva v zvezi z razpisi specializacij, zagotavljam pa, da pripombe ne bodo naletele na gluha ušesa in svet za izobraževanje bo v okviru možnosti reševal nastale probleme. Velik del zapletov pri razpisu specializacij prinaša obvezno upoštevanje Zakona o upravnem postopku. Na tem področju bomo s pomočjo naše pravne službe skušali doseči pozitivne spremembe.

Podeljevanje in podaljševanje licenc za opravljanje zdravniškega poklica je pomembna dejavnost Zdravniške zbornice. Harmonizacija z evropskimi direktivami bo tudi na tem področju verjetno prinesla spremembe. Povedati je namreč treba, da smo ena redkih evropskih držav, ki ima tako stroge kriterije za podaljševanje licence. Želja po nenehnem strokovnem izpopolnjevanju je lastna veliki večini zdravnikov, potrebno pa jim je to omogočiti tako finančno kot tudi z manjšimi poklicnimi obremenitvami. Naš sistem podeljevanja licenc bo potrebno harmonizirati s stališči CPME (Comite Permanent des Medecins Europeens), ki odsvetuje obnavljanje licenc na podlagi obveznega zbiranja kreditnih točk. Evropski zdravniki menijo, da mora nenehni strokovni razvoj vsakemu zdravniku pomeniti etično pravico in dolžnost. Zdravniška zbornica naj bi nudila pomoč pri evidentiranju in hranjenju dokumentacije za potrebe dokazovanja strokovne usposobljenosti. Zagotovo pa dobro delujočega in utečenega sistema podeljevanja in podaljševanja

licenc ne bomo spreminjali čez noč in v vsakem primeru usklajeno z mnenji in predlogi celotnega članstva Zdravniške zbornice.

Tudi opravljanje nadzorov s svetovanjem je ena od dejavnosti Zbornice v okviru javnih pooblastil. Ker je proračunskega denarja malo, opravi Zbornica nadzore le pri 50 zdravnikih na leto, kar je seveda bistveno manj, kot določa pravilnik o nadzorih. To je tudi razlog, da so vsakoletno naključno izbrani zdravniki večkrat prepričani, da bodo doživeli nadzor v zvezi s kako domnevno nepravilnostjo pri svojem delu. To pa nikakor ne drži, poudarek je v vsakem primeru na dobronamernem svetovanju, kjer je to potrebno. Ob pritožbah bolnikov ali njihovih svojcev in nasploh zaradi razjasnitve domnevnih zdravniških napak pa Zdravniška zbornica s pomočjo najkompetencejših strokovnjakov opravlja izredne strokovne nadzore, ki naj bi pravično razsojali o upravičenosti očitkov zoper zdravnikovo ravnanje.

Razvoj zasebne zdravniške dejavnosti

Ob formalni včlanitvi v Evropsko skupnost se bomo verjetno še bolj zavedli, da zaostajamo pri razvoju zasebnosti, predvsem na primarnem nivoju splošne medicine. Statistika kaže za Slovenijo, da je le 20 odstotkov splošnih zdravnikov zasebnikov, v nekaterih regijah mnogo več kot v drugih, a odločno premalo. Zbornica se bo zavzemala, da se zdravnikom, ki se svobodno odločajo za tak način dela, čimbolj olajša prehod med zasebnike. Pot v zasebnost je namreč še vedno povezana s preveč nepredvidljivimi tveganji. Zasebnost prav gotovo tudi v osnovnem zdravstvu prinaša duh zdrave tekmovalnosti, ki nedvomno pomeni večjo kakovost in učinkovitost.

Splošna/družinska medicina

Osnovno zdravstvo odločilno vpliva na zdravje večine bolnikov, ki nikoli ne prestopijo praga na sekundarno raven. Pa tudi zdravstvena oskrba kroničnih bolnikov po navodilih specialista je v veliki meri zaupana splošnemu zdravniku. V tem segmentu so še vedno močno motene komunikacije med kolegi. Zbornica si bo prizadevala, da se bodo pogoji dela splošnega zdravnika izboljševali predvsem v smislu boljšega informiranja, boljšega komuniciranja z zdravniki sekundarne ravni in pravičnega nagrajevanja predvsem v geografskih področjih,

kjer so obremenitve zdravnikov nesorazmerno velike. Iz razgovora s predstavniki splošnih zdravnikov je bilo mogoče razbrati, da si želijo delati čimbolj kakovostno, da pa pogrešajo strokovne smernice, ki bi jim olajšale delo. Razmisliti bi bilo potrebno o ustanovi, morda o Inštitutu za družinsko medicino, ki bi usmerjal strokovno delo zdravnikov na osnovnem nivoju, kar bi prav gotovo vplivalo tudi na zmanjševanje števila napotitev bolnikov v specialistično obravnavo.

Svobodni zdravnik specialist

Evropsko naravnani je tudi projekt takoimenovanega »svobodnjaka«. Upamo lahko le, da s strani vodstev zdravstvenih ustanov ne bo preveč ovir, ki bi zavirale udeležanje te nove oblike delovnega razmerja specialistov. Zdravniška zbornica bi morala tudi v bodoče nadaljevati s projektom svobodnega zdravnika specialista in čimpreje izvesti »pilotni« preizkus, ki bo dal dragocene odgovore na vse pomisleke in nerešena vprašanja.

Enakopravni v združenju Evropi

Ker se letos kot enakopraven član pridružujemo Evropski skupnosti, pričakujemo obilico dela z usklajevanjem dokumentov, ki v Evropi urejajo pravna izhodišča zdravniškega in zobozdravniškega poklica. Smiselno bi bilo v okviru Zdravniške zbornice ustanoviti odbor, ki bi sledil in analiziral vsa gradiva, pripravljaval predloge stališč za izvršilni odbor in predlagal predstavnike v evropskih zdravniških organizacijah.

Zaupanje za zaupanje

Naštel sem celo vrsto nalog, ki nas čakajo v prihodnjih letih. Kot predsednik Zbornice bi si predvsem želel, da bi bila naša usmeritev pravilna in v korist vsem zdravnikom Slovenije. Čeprav z zmerno hitrostjo, naj bi brez večjih stranpoti prišli bližje zastavljenim ciljem. Od vseh zdravnikov in zobozdravnikov pričakujem zaupanje v stanovsko organizacijo, ki bo s tvornim sodelovanjem slehernega člana še pridobivala na svoji veljavi v slovenskem prostoru.

Našo prihodnost oblikujemo vsi skupaj, s strpnostjo, premišljenimi odločitvami in daljnovidnostjo.

Ljubljana, 12. april 2004



Igor Praznik, dr. med. ◆

*Za nadaljnjo krepitev delovanja ZZS
in ugleda zdravniškega poklica*

Poklic: specialist splošne medicine

Zaposlen: Zasebna zdravniška ordinacija

Igor Praznik, dr. med., Vojnik

Stanujoč: Celje

Rojen: 11. maja 1953

Predlagatelj: Celjski regijski odbor

Zdravniška zbornica Slovenije od leta 1992 nadaljuje tradicijo Zdravniške zbornice Slovenije, ustanovljene leta 1923 v Ljubljani, s tem da izvršuje poslanstva in naloge, ki so določene s statutom ZZS. Zdravniška zbornica Slovenije zastopa poklicne, stanovske interese vseh zdravnikov in

zobozdravnikov v Republiki Sloveniji, je aktivna pri oblikovanju javnega mnenja v družbi in razvija možnosti za državljanom dosegljivo zdravstveno in socialno politiko.

Naloge ZZS so opredeljene tudi še v drugih aktih Zdravniške zbornice Slovenije in v veljavni zakonodaji, predvsem pa so:

- Zagotavljanje dobre zdravstvene oskrbe prebivalstva s stalnim razvojem, ki ga lahko zagotavlja le nenehna izmenjava izkušenj vseh udeleženi ter sprejemanje načrtov in ciljev za izvajanje zdravstvene dejavnosti z najširšim možnim konsenzom.
- Negovanje in spodbujanje pripadnosti svoji stanovski organizaciji pri vseh članih, zdravnikih in zobozdravnikih, svetovanje, informiranje, izobraževanje o vseh procesih, dogajanjih, postopkih, pomembnih za zdravništvo na področju zdravstva in tudi širšem socialnem področju.
- Vzpostavljane, doseganje najvišjih možnih standardov ter moralno etičnih okvirov za izvajanje zdravniškega poklica na vseh ravneh.
- Ohranjanje poklicnih in stanovskih interesov zdravništva v najširšem smislu, tudi pri odnosih z vlado, Državnim zborom, Državnim svetom in političnimi strankami.
- Zastopanje zdravništva v zdravstveno-političnih in strokovno-medicinskih vprašanjih.
- Spodbujanje in zagotavljanje strokovnega izobraževanja zdravnikov.
- Spodbujanje in omogočanje zagotavljanja kakovosti.
- Povezovanje in izboljšanje sodelovanja z medicinsko znanostjo, drugimi zdravniškimi organizacijami doma in v tujini.

Trenutne zdravstveno politične oziroma ekonomsko politične okoliščine v slovenskem zdravstvu

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije se v letošnjem letu nahaja pred veliko, sicer načrtovano izgubo, bi pa financiranje zdravstvenega zavarovanja za nekoliko višjo prispevno stopnjo (nekoliko višjim odstotkom BDP) lahko zadoščalo, kljub razvoju medicinske znanosti in s tem povezanim povečevanjem stroškov, za še naprej vsem dostopno in kakovostno zdravstveno varstvo tudi v naslednjih letih. Vendar je zaradi stalnih transferjev denarja iz socialnih in političnih razlogov na področja izven tistih, ki so opredeljena z zdravstveno zakonodajo in pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, prebivalstvo prikrajšano za visoko kakovostno zdravstveno oskrbo.

Tudi veliki reformni načrti za novo stoletje (tisočletje) pri tem ne bodo dosti spremenili, če ne bo pregleden sistem financiranja zdravstvenih dejavnosti končno prestopil v transparentni sistem finančnih tokov v zdravstvu.

Dosedanja zdravstvena politika vsiljuje racionaliranje (ne samo racionalizacijo). Zdravstveno zavarovanje je v preteklih letih izgubilo pomembna sredstva zaradi politično-ekonomskih vzrokov, ob tem pa je bilo potrebno ambulantno in stacionarno obravnavati vsaj enako oziroma večje število pacientov, v zadnjih letih še posebno starejših ob spremenjenih demografskih razmerah, ki se bodo v naslednjih letih in desetletjih še stopnjevale. Ob tem je že danes v mnogih primerih skoraj nemogoče financirati, kar bi bilo nujno in strokovno indicirano po vseh kriterijih. V resnici vse zdravstvene storitve, kot še vedno radi poudarjajo v nekaterih krogih, za vse in ob vsakem času niso več možne in možnosti racionalizacije, če želimo biti še odgovorni za varnost naših pacientov, niso več velike (če sploh še obstajajo).

Denar zavarovancev iz vseh oblik zdravstvenih zavarovanj mora biti pregledno in izključno porabljen za zdravstveno oskrbo z največjo možno mero solidarnosti.

Osnovna načela zdravstvenega zavarovanja in sistema financiranja so v prejšnjih letih še nekako zadoščali za financiranje vsaj vseh nujnih zdravstvenih storitev, čeprav tudi ne optimalno, v zadnjih letih pa smo pričča vedno večjemu razkoraku med pridobljenimi, načrtovanimi sredstvi in dejansko porabo, ki je obremenjena tudi s čisto nemedicinskimi odlivi ob že omenjenem porastu stroškov, ki jih nismo ustrezno predvideli in opredelili v finančnih načrtih.

Sredstva se še vedno zbirajo solidarno, vendar so velikokrat nesolidarno porabljena (zlorabljena).

Sredstva za zdravstvo so v okviru BDP relativno konstantna, kljub temu, da vemo, da se stroški povečujejo, torej tudi racionalnejša poraba sredstev, ki je vsekakor nujna, vsakemu posamezniku ne zagotavlja več neomejeno nujne zdravstvene storitve. Diferenciacija nujnih, potrebnih zdravstvenih storitev v solidarno in nesolidarno financirane pa iz zdravniškega stališča ni sprejemljiva.

Kljub obvladovanju oziroma zniževanju stroškov se nam obeta prehod v resno finančno stisko.

Po Zakonu o zdravniški službi (ZZdrS) imamo v Sloveniji v javnem zdravstvenem sistemu zdravniška delovna mesta v mreži razporejena po strokovnih področjih v javnih zavodih, pri drugih pravnih osebah s koncesijo in pri zasebnih zdravnikih s koncesijo. Nimamo pa še prostega trga zdravstvenih storitev z osnovnimi načeli konkurence. Za nadaljnji razvoj je potrebno pametno načrtovanje sprememb, izboljšava reform, da bi lahko izgradili modernejši in bolj socialen zdravstveni sistem, če je le možno brez kratkoročnih interventnih programov varčevanja, ki na daljši rok ne prinesejo veliko.

Nepravično nagrajevanje zdravnikovega dela

Ko smo pred leti dosegli določen nivo zdravniških plač, na katere so po mojem mnenju vezane tudi plače zdravstvenih sodelavcev in drugih delavcev v zdravstvu, smo menili, da bomo takšno raven lahko vsaj vzdrževali. Vendar smo ponovno priča dejstvu, da se tudi naši prihodki realno manjšajo, kar je poleg ostalih dejavnikov, ki mogoče pomembneje vplivajo na odločitev za zdravniški poklic, tudi eden od vzrokov, da se srečujemo s pomanjkanjem zdravnikov pri nas, ravno tako kot tudi večina dosedanjih članic EU in novo pristopnih članic, ki so tako kot Slovenija v primerjavi z njimi na repu statistike o prekrbljenosti z zdravniki na prebivalce.

Nekaj predlogov za reformo

Vidim in priznavam nujnost sprememb, ki pa so možne le v konstruktivnem dialogu vseh udeleženi.

- Finančna podpora preventivnim dejavnostim (tudi več direktno iz državnega proračuna), z razvojem sistemov motiviranja.
- Dogovorjena osnovna načela zbiranja denarja in razporejanja sredstev.
- Zdravstveni denar izključno za medicinsko oskrbo in storitve.
- Boljša transparentnost porabe sredstev, tudi za zdravila (z uvedbo elektronskega recepta in orodij za bolj kakovostno predpisovanje).
- Krepitev vloge in sodelovanje organizacij pacientov, ki dodatno pripomorejo k transparentnosti procesov odločanja.

Pomembno bo tudi:

- na novo definirati storitve,
- povečati vlogo osnovnega zdravstva s pametno reorganizacijo glede na razpoložljivo strukturo zdravnikov v tem pomembnem segmentu,
- reorganizirati ambulantno specialistično dejavnost (jo v večji meri postaviti izven bolnišnic),
- zagotoviti stabilne okvire delovanja bolnišnic (sekundarnega in terciarnega nivoja),
- definirati dobro zdravstveno oskrbo in pri tem vlogo posameznega zdravnika,
- ohranitev oziroma izboljšanje in dopolnitev sedanjega sistema financiranja zdravstva in ob tem začeti razmišljati o možnih in utemeljenih procesih privatizacije tudi v zdravstvu (tako kot v šolstvu in kulturi), ob upoštevanju dejstva, da gre pri tem za dejavnosti širšega družbenega pomena (»Non profit sector«!).

Za nadaljnjo krepitev delovanja ZZS in ugleda zdravniškega poklica

Ustanovitelji in prvo vodstvo Zdravniške zbornice Slovenije so postavili temelje stanovske organizacije vseh zdravnikov in zobozdravnikov v Sloveniji, v dveh naslednjih mandatih od leta 1996 do 2000 in od leta 2000 do 2004 pa se je razvila v moderno zdravniško zbornico z učinkovito profesionalizacijo strokovnih služb, ki tudi enakopravno vstopa oziroma je že vstopila v mednarodne zdravniške organizacije v okviru UE in tudi širše.

Kot član ZZS in kot član IO ZZS v zadnjih dveh mandatih si želim še naprej kompetentno, učinkovito, zanesljivo in inovativno organizacijo, kot kandidat za predsednika ZZS, s podporo razširjenega Celjskega regijskega odbora, pa bi rad prispeval s pomočjo novo izbranih organov Zbornice k nadaljnji kremitvi delovanja ZZS, ob še boljšem sodelovanju čim večjega števila članov ter povezovanju z drugima dvema zdravniškima organizacijama – za ohranjanje ugleda zdravniškega poklica.



Asist. Gordana Živčec Kalan,
dr. med. ◆

Volilni program

Poklic: specialistka splošne medicine

Zaposlena: Zdravstveni dom Ilirska Bistrica

Stanujoča: Rijeka, Hrvatska

Rojena: 16. maja 1961

Predlagatelj: kandidatka s podpisi podpore

Povzetek: Program sem oblikovala v desetih točkah. Zavzemam se za to, da Zbornica ne bo odvisna od dnevne politike ter bo zastopala mnenja zdravnikov in zobozdravnikov (dr. med. in dr. dent. med.). Zbornico bom bolj približala članom in jo prilagodila njihovim potrebam. Uravnotežila bom izvajanje javnih pooblastil in jih prenehala postavljati pred potrebe zdravnikov in zobozdravnikov. Oblikovala bom tri forume, ki jih bodo vodili upokojeni zdravniki in zobozdravniki: forum za pomoč, forum javnosti in forum za posredovanje v sporih. Za dejavno predstavljanje Zbornice in njenega delovanja v širši skupnosti bom okrepila službo za stike z javnostmi. Njena naloga bo tudi strpno in argumentirano odgovarjati na neupravičene napade na zdravnike in zobozdravnike.

Zdravniška zbornica mora imeti tvorno vlogo pri oblikovanju zdravstvene politike. Vlada, ki si resnično želi pravega partnerskega odnosa, bo ob imenovanju ministra za zdravje upoštevala mnenje Zdravniške zbornice!

Zavedam se, da je potrebno odpraviti ovire, ki preprečujejo dobro sodelovanje in komunikacijo med zdravniki. Težave se pojavljajo tako na osebni kot na profesionalni ravni. Intenzivno bom gradila mostove med vsemi tremi zdravniškimi organizacijami. Skladno z evropskimi težnjami povezovanja zdravništva bo moj prvi korak ustanovitev skupne hiše. Ob odobranju specializacij želim povečati vlogo regij oz. okolij, iz katerih zdravniki prihajajo. Moj cilj je povečati število zdravnikov in zobozdravnikov na vseh ravneh na primerljive evropske standarde in s tem zmanjšati delovno obremenitev na strokovno in človeško sprejemljivo raven. Nasprotujem pa organiziranosti zdravstvenega varstva na profitnih principih.

Seje izvršilnega odbora Zbornice naj postanejo odprte za vse člane. Tudi operativno delovanje Zbornice naj bo javno. Večino težav smo zdravniki in zobozdravniki sposobni in pripravljeni rešiti samostojno, če nam je to le omogočeno.

1. Predsednik Zbornice – prvi med enakimi in politično neodvisen

Zavzemam se za to, da Zbornica ne bo odvisna od dnevne politike ter bo zastopala mnenja zdravnikov in zobozdravnikov (dr. med. in dr. dent. med.).

Vsakodnevno se soočamo z resnico, da so politične odločitve mogoče res hitre in odločujoče, vendar so daljnosežne in pogosto tudi napačne. Zdravstveni sektor je eden tistih, v katerem so načrtovanje, odločanje in odgovornost za dobro delovanje odvisni predvsem od izvajalcev in so grobi posegi dnevne politike vanj zgolj škodljivi in uničujoči. Nam, zdravnikom in zobozdravnikom, je ob tem naložena še posebna odgovornost, ker smo glavni nosilci dejavnosti. Zato menim, da mora biti predsednik Zbornice politično neodvisen, ker je predstavnik stroke v politiki, in se mora odločati izključno v skladu s stroko, za dobrobit svojih kolegov in uporabnikov. Ob tem ne sme pozabiti, da je vendarle najprej zdravnik in so ga prav kolegi zdravniki izbrali, da predstavlja, zastopa in uresničuje njihove potrebe, pričakovanja in interese. Torej se ne more in ne sme povzdigniti nad zdravništvo, temveč mora ostati njegov integralni del, se pravi prvi med enakimi.

2. Zbornica za člane in ne le kot podaljšana roka oblasti

Zbornico bom bolj približala članom in jo prilagodila njihovim potrebam. Kot predsednica bom dostopna vsakemu posameznemu članu. S tem namenom sem že zdaj oblikovala spletno stran za neposredno komunikacijo: www.gordana-kalan.com, kjer je predstavljen tudi program v razširjeni obliki. Zavedam se, da lahko sleherni vodja kaj hitro izgubi pristen stik s članstvom, če ga intenzivno in zavestno ne neguje. Prav tako mora nenehno preverjati svoje delovanje, da ga ne zanese v napačne vode. Zbornico bom vodila na način, ki bo prijazen članom, in tem zagotovila ustrezne možnosti za tvorno delovanje. Tudi zdravnikom in zobozdravnikom zunaj središča bom olajšala sodelovanje v organih Zbornice.

Zasebni zdravniki in zdravniki, zaposleni v javnih zavodih, imamo zelo podobne težave pri svojem delu, torej ni razloga, da Zbornica ne bi

aktivno zastopala interesov vseh zdravnikov in zobozdravnikov.

Ocenjujem, da je vse preveč dejavnosti in denarnih sredstev usmerjenih v izvajanje javnih pooblastil, ob tem pa je zanemarjeno ugotavljanje dejanskih potreb in izpolnjevanje pričakovanj članstva. Uravnotežila bom izvajanje javnih pooblastil in jih prenehala postavljati pred potrebe zdravnikov in zobozdravnikov.

3. Oblikovanje treh forumov, ki jih bodo vodili upokojeni zdravniki in zobozdravniki

Forum za pomoč zdravnikom

Zdravniki se čedalje pogosteje znajdemo v osebni, finančni ali pravni stiski. Forum bodo vodili izkušeni upokojeni zdravniki ob vsestranski pomoči strokovnjakov z različnih področij. Prav tu bi lahko namreč s pridom uporabili intelektualni potencial upokojenih kolegov, seveda ob pomoči strokovnih služb Zbornice.

Za področje prava bomo sklenili pogodbo o poslovnem sodelovanju z eminentnimi odvetniškimi hišami – oblikovanje t. i. branilske skupine. Takšna skupina bo imela preventivni in kurativni značaj. Preprečevala bo namreč možnost, da se zdravnike in zobozdravnike tako lahko odlobo, izpostavlja javni presoji in različnim pritiskom, preden je dokazana njihova dejanska krivda, odgovornost ali vpletenost v inkriminirani dogodek. Vsak potencialni tožnik bo še pred takšnim neustreznim postopkom dolžan sam oceniti, ali je njegova pritožba resnično utemeljena, ker bo morebitna neutemeljena pritožba pomenila negativne posledice tudi zanj, ne le za zdravnika, ki svojega omadeževanega ugleda ponavadi nikoli več ne more oprati pred javnostjo.

Ob osebnih stiskah bodo imeli zdravniki na voljo izkušene kolege, ki jim bodo stali ob strani v najtežjih trenutkih.

Ob morebitnih ekonomskih težavah posameznih članov bo Zbornica zagotavljala ustrezno pomoč, ne samo pri skrbstvenem skladu, temveč tudi s svetovanjem usposobljenih strokovnjakov s področja financ, sklepanja pogodb in naložb za prihodnost.

Forum javnosti

Tudi ta forum bodo vodili upokojeni zdravniki. Njegova naloga bo informirati bolnike o njihovih pravicah in reševati manjše pritožbe v obliki poravnjav. V forum bom pritegnila tudi laično javnost, skladno z evropskimi usmeritvami na področju zaščite bolnikov. Forum bo posvetovalno telo izvršilnega odbora Zbornice.

Forum za posredovanje v sporih

Ta skupina bo prva stopnja posredovanja v konfliktnih situacijah med zdravniki. Ni dopustno, da posamezni zdravnik izrabí svoj položaj za osebno promocijo in izvajanje pritiska na kolega, ki je v podrejenem položaju. Ta forum bo namenjen poravnavanju sporov, svetovanju tistim, ki so se znašli v njih, ter morebitni arbitraži.

4. Povečati ugled zdravništva in Zbornice v javnosti

Za dejavno predstavljanje Zbornice in njenega delovanja v širši skupnosti bom okreplila službo za stike z javnostmi. Njena naloga bo tudi strpno in argumentirano odgovarjati na neupravičene napade na zdravnike in zobozdravnike.

5. Novi programi in vpliv Zbornice na oblikovanje zdravstvene politike

Zdravniška zbornica mora imeti tvorno vlogo pri oblikovanju zdravstvene politike. To izhaja iz vseh nalog, ki jih moramo zdravniki in zobozdravniki zagotoviti danes in v prihodnosti. Ob tem bi vlada, ki si resnično želi pravega partnerskega odnosa, ob imenovanju ministra za zdravje upoštevala mnenje Zdravniške zbornice!

Ob vseh dandanes odprtih vprašanjih, kot so mreža zdravniških delovnih mest, delovnopравни položaj zaposlenih v zdravstvu, umestitev zdravnikov in zobozdravnikov v plačne razrede, investicije v zdravstvu, razporejanje sredstev znotraj sistema zdravstvenega varstva, evropska direktiva o delovnem času, pa vidim še kopico drugih.

Prizadevala si bom izboljšati položaj zobozdravnikov, ki morajo po moji presoji dobiti večji vpliv na oblikovanje programa oralnega zdravja prebivalstva. Oblikovati je potrebno mrežo zobozdravniških delovnih mest po vseh nivojih in specialnostih.

Zagotavljanje neprekinjenega zdravstvenega varstva ne sme biti organizirano v škodo bolnikov. Seveda pa čezmerne časovne obremenitve ne smejo negativno vplivati na zdravstveno stanje izvajalcev.

Za uresničitev skupnih ciljev bom sodelovala z laično javnostjo in s skupnimi akcijami bomo izvajali pritisk na dnevno politiko.

6. Komunikacija med zdravniki

Posvetila se bom odpravljanju ovir, ki preprečujejo dobro sodelovanje in komunikacijo med zdravniki. Težave se pojavljajo tako na osebni kot na profesionalni ravni. Da bi vse strani utrpele čim manj škode zaradi neustrezne medosebne komunikacije, bom, kot že rečeno, organizirala skupino, ki bo posredovala v sporih med zdravniki in bo prvi arbiter pred vključevanjem drugih institucij. Na ravni strokovne komunikacije bom podpirala delovanje razširjenih strokovnih kolegijev, ki so najprimernejše telo za vzpostavitev ustreznih poti v profesionalni komunikaciji. Na ravni nadzorov bodo le-ti rezervirani za individualne presoje dela posameznega zdravnika oz. zobozdravnika.

7. Domus medica

Intenzivno bom gradila mostove med vsemi tremi zdravniškimi organizacijami. Skladno z evropskimi težnjami povezovanja zdravništva bo moj prvi korak ustanovitev skupne hiše. V nadaljevanju pa postopno oblikovanje enotne in močne zdravniške organizacije, ki bo imela s tem povezano večjo politično moč v dogovarjanjih in pogajanjih z drugimi institucijami.

8. Izobraževanje in specializacije

Izobraževanje je dolžnost in tudi pravica vsakega zdravnika in zobozdravnika. Strokovno izobraževanje in izpopolnjevanje sodi k zdravnikovemu delu in ne sme postati breme, ki ga zdravniki opravljamo v prostem času. Ob odobranju specializacij želim povečati vlogo regij oz. okolij, iz katerih zdravniki prihajajo. Zavzemala se bom za to, da bodo imeli direktorji javnih zavodov in tudi zasebni izvajalci, ki želijo zagotoviti svojega naslednika, bistveno večji vpliv pri izbiri kandidata za specializacijo. Administrativno naravnani sistem licenciranja bo nadomestil sodobni stalni strokovni razvoj (angl.: CPD).

9. Izboljšanje delovnopravnega položaja zdravnikov

Moj cilj je povečati število zdravnikov in zobozdravnikov na vseh ravneh na primerljive evropske standarde in s tem zmanjšati delovno obremenitev na strokovno in človeško sprejemljivo raven. Zavzemam se za to, da se delo prek polnega delovnega časa v celoti šteje v pokojninsko osnovo, pa tudi, da se čas, prebit na delovnem mestu, upošteva pri izračunu pokojninske dobe.

Zdravnik je temeljni izvajalec zdravstvene dejavnosti. Omogočiti mu je potrebno, da svobodno odloča o svojem statusu (zaposlen, zasebnik, v svobodnem statusu ...).

Zdravnikom, ki so sposobni in želijo delati več kot določa temeljni delovnopравни zakon, pa mora posebna zakonodaja to omogočiti.

10. Javnost dela in približanje Zbornice članom

Seje izvršilnega odbora Zbornice naj postanejo odprte za vse člane. Tudi operativno delovanje Zbornice naj bo javno. Prav tako kot sem sama uvedla internetno stran za izvolitev predsednika Zdravniške zbornice, bo imel tudi vsak član izvršilnega odbora Zbornice svoj naslov, na katerega bo lahko vsak član Zbornice naslovil svoj problem ali zastavil vprašanje ter nanj seveda dobil ustrezen odgovor ali pojasnilo.

Organizirala bom problemske okrogle mize po regijah ter pospešila komunikacijo med regijami ter nivoji v zdravstvu. Večino težav smo zdravniki sposobni in pripravljeni rešiti samostojno, če nam je to le omogočeno. ■

O posegih v truplo, ki niso del rutinske obdukcije, in o ravnanju z biološkim materialom človeškega izvora

Jože Trontelj, Jože Balazic

Etični pogled na medicinsko uporabo človeških trupel in bioloških materialov človeškega izvora se je spremenil v zadnjih letih. Z razvojem medicinskih ved se je močno povečalo zanimanje za biološki material človeškega izvora, bodisi živih ali mrtvih dajalcev. Tudi trupla so vse bolj predmet različnih interesov stroke in znanosti, celo uporabe za komercialne namene. Obenem pa se ljudje vse bolj zavedajo svojih pravic, med drugim pravice do zavrnitve posegov v svoje telo in pravice do zaupnosti osebnih zdravstvenih podatkov. Niti prva niti druga s smrtjo ne ugasneta. Kršitve imajo za prizadetega, včasih tudi za svoje, lahko raznovrstne negativne posledice. Države razvitega sveta, med njimi tudi Slovenija, so s skrbno pripravljeno zakonodajo zavarovale osebne podatke posameznika. Glede drugih vidikov pa imamo precejšnjo pravno praznino, na primer glede tega, kako urediti materialne koristi, ki utegnejo izvirati iz rabe biološkega materiala živih in umrlih ljudi, ali kdaj in kako pridobiti soglasje dajalca. KME je že pred leti pozvala zakonodajalca, da zakonsko uredi vsaj osnovne pravne pogoje za posege v truplo. Odvzeme delov trupla brez predpisanega soglasja inkriminira Kazenski zakonik (1) v 3. odstavku 191. člena, vendar gre predvsem za rabo za presaditve. Raziskave in druge vrste uporabe trupel in biološkega materiala človeškega izvora so pomembne za napredek medicinskega znanja, za nekatere metode diagnostike in zdravljenja ter jih zaradi pravne praznine ne moremo ovirati ali celo ustaviti. V okviru Usmerjevalnega odbora za bioetiko pri Svetu Evrope se ta čas pripravljajo priporočila, ki bodo nasvet in smernice zakonodajalcem v državah članicah (2, 3, 4). Vse to pa bo zahtevalo še nekaj časa. Zato prosilcem za oceno etičnosti načrtov raziskav in za soglasje k drugim vrstam rabe delov človeškega telesa pomagamo z začasnimi okvirnimi nasveti, ki jih povzemamo v naslednjem.

O posegih v truplo in ravnanju z njegovimi deli

Nad vse pomembno je, da si medicina z neoporečnim in pietetnim ravnanjem s trupli ohrani zaupanje ljudi. Javnost mora biti prepričana, da zdravstveno osebe spoštuje človeško dostojanstvo, voljo, želje posameznika in pravico do zaupnosti tudi po njegovi smrti. Javnost je za nepravilnosti v teh stvareh zelo občutljiva, kot je pokazal nedavni škandal v Britaniji, kjer so v neki bolnišnici odkrili zbirko otroških organov, odvzetih in shranjenih brez soglasja staršev.

Komisija za medicinsko etiko večkrat prejme prošnje za odobritev posegov v trupla – bodisi za namene pouka, uvajanja in vadbe kirurških tehnik ali za raziskave. Še večkrat gre za odvzeme vzorcev tkiv oziroma delov telesa, spet navadno v pedagoške namene, zaradi uvajanja novih metod ali za raziskave.

KME svetuje, da se zdravniki pri posegih v truplo (kadar ne gre za rutinsko obdukcijo oziroma diagnostični poseg ali za sodnomedicinsko

obdukcijo oziroma poseg) držijo naslednjih načel:

Privolitev. Uporaba trupla v izobraževalne ali znanstvene namene je praviloma dovoljena, če je pokojnik pred smrtjo v to izrecno privolil. Lahko je dovoljena tudi tedaj, kadar je znano ali je mogoče sklepati, da pred smrtjo takim posegom ne bi nasprotoval. V tem primeru je potrebno soglasje enega od pokojniku najbližjih svojcev. Izkušnje kažejo, da ljudje tako prošnjo redko zavrnejo, zelo pa zamerijo, če za uporabo trupla oziroma njegovih delov izvedo, pa niso bili zaprošeni za privolitev.

Soglasje pristojnega telesa. Za vsako raziskavo ali vsak drug namen uporabe trupel, njegovih organov, tkiv ali drugih delov mora dati soglasje pristojno telo. V primeru raziskav ali morebitne uporabe delov telesa za komercialne cilje je to komisija za medicinsko etiko. Ko gre za pouk ali vadbo operacijskega posega na truplu, je to lahko strokovni kolegij ustanove, ki je odgovorna za truplo. Soglasje mora biti pisno in izdano za vsako uporabo (npr. raziskovalni projekt) posebej. Pavšalne odobritve niso možne.

Za poseg v truplo mora dati soglasje predstojnik ali pooblaščen vodja ustanove, ki je v tistem času odgovorna za truplo. Ta mora zagotoviti, da bo poseg opravljen v skladu s spodaj navedenimi načeli.

Pietetno ravnanje in spoštovanje zasebnosti. Pri posegu in ravnanju s truplom in morebiti odvzetimi deli telesa je treba ravnati v skladu z načeli pietete. Zunanje sledove posega na truplu je treba kolikor mogoče zakriti. Če je le mogoče, naj se poseg opravi skozi obdukcijski rez. Spoštovati in zagotoviti je treba zasebnost umrlega, torej zaupnost medicinskih podatkov, ki jih poseg lahko odkrije, seveda pa tudi tistih, ki so del medicinske dokumentacije ali so pridobljeni kako drugače, torej tudi drugih podatkov osebne narave. Zdravstvena ustanova jih praviloma ni upravičena izročiti niti najožjim svojcem, razen če je to v skladu z izraženo željo pokojnika ali če imajo ustrezen zdravstveni ali drug pravno priznan interes. Podatki so lahko dostopni pooblaščenim ustanovam, kadar gre za zakonite interese javnega zdravja ali druge z zakonom določene namene.

Odvzem za presaditev in druge namene zdravljenja ali diagnostike. Rabo za vsaditev delov telesa v druge ljudi za terapevtske namene ureja Zakon o odvzemu in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja. Za drugačno uporabo delov trupla (izdelavo protetičnih ali podobnih naprav, ali za zdravila ali druge pripravke za diagnostiko in zdravljenje) pa tudi okvirnih mednarodnih smernic še ni. Tudi za to izdaja KME mnenja oz. odobritve za vsak primer posebej.

O arhiviranih bioloških vzorcih, odvzetih živim bolnikom za diagnostiko, v postopku zdravljenja ali za raziskavo

Privolitev. Z napredkom medicine, zlasti na področju genetike, postajajo arhivi bioptičnih vzorcev, v povezavi z medicinsko dokumentacijo

dajalcev, za znanost vse dragocenejši. Tudi tu velja okvirno načelo, da si je treba pridobiti privolitve dajalca vzorca, razen če je vzorec nepovratno anonimen. KME lahko prosilca odveže dolžnosti pridobivanja privolitve, če bi bilo iskanje težko dosegljivega dajalca povezano s prezapletenimi ali predragimi postopki ali z nesprejemljivim vznemirjanjem dajalca (oziroma svojcev po dajalčevi smrti) in če predlagana uporaba ne prinaša pomembnejših etičnih vprašanj oziroma ne predstavlja pomembnega posega v zasebnost (tak primer so epidemiološke raziskave).

KME svetuje, da se privolitve v morebitno raziskovalno ali pedagoško uporabo, če je mogoče, pridobi že pred odvzemom vzorca. Pacientu pa je treba povedati, da bo vsako takšno uporabo predhodno odobrila pristojna komisija za medicinsko etiko (če gre za raziskavo) oziroma strokovni kolegij ustanove (če gre za rabo pri pouku). Seveda mu je treba povedati tudi za pravico (ki se ji po svoji volji lahko odpove), da bo za vsako morebitno novo uporabo posebej vprašan vnaprej. Nekatere vrste uporabe, na primer v genetskih študijah, lahko prepove že vnaprej. Enako lahko zahteva, da se vzorec uniči (s spremljajočo dokumentacijo vred) po določeni uporabi ali izbranem času. To načelo velja tudi za primere, ko je vzorec odvzet za raziskavo, pa je del shranjen za morebitno poznejšo rabo, in za primere, ko je tkivo (npr. tumor) odstranjeno med terapevtskim posegom.

Mnogokrat je težko predvideti, kakšne raziskave utegnejo biti zanimive in potrebne čez nekaj let. Raziskovalcem je zato najljubše, če lahko dobijo od dajalca pavšalno privolitve za kakršnokoli raziskavo in za neomejen čas. Vendar se nekateri strokovnjaki za etiko nagibajo k temu, da bi take prošnje za 'bianco' privolitve opredelili kot etično nesprejemljive. KME priporoča, da se zdravnik, ki prosi dajalca za soglasje k še nedefiniranim prihodnjim raziskavam, zaveže vsaj k temu, da vzorec ne bo uporabljen za nemedicinske raziskave niti za druge nemedicinske namene.

Dajalec mora vedeti, da bo tudi vsako morebitno nadaljnjo raziskavo na istih vzorcih odobrila pristojna etična komisija.

Varovane zaupnosti. Če vzorec ni ireverzibilno anonimiziran, in posebno če se bo preučeval v povezavi s kliničnimi podatki, je treba skrbno zavarovati zaupnost osebnih zdravstvenih in drugih podatkov. Če bo raziskava tekla na anonimnih vzorcih, je treba anonimizacijo opraviti čimbolj na začetku raziskave. Delo mora biti objavljeno tako, da dajalec ni mogoče prepoznati.

Sporočanje nepričakovanih izsledkov. Pripomniti je treba, da anonimizacija ni vselej možna. Družina z redko dedno boleznijo v majhni skupnosti je prepoznavna tudi brez imen. Poleg tega anonimizacija ni zmeraj v interesu dajalca vzorca. Raziskava utegne odkriti medicinska dejstva, ki so pomembna za tedanje ali prihodnje zdravje dajalca ali sorodnikov, in je glede na obstoječe znanje in pravila stroke mogoče koristno ukrepati. Tedaj je navadno prav, da raziskovalec stopi v stik z dajalčevim zdravnikom ali neposredno z dajalcem, seveda na primeren način, da se izogne škodljivemu vznemirjenju in da se spoštuje zaupnost. Dajalec ima tudi pravico, da se takemu obvestilu odreče. Informacija se v posebnih primerih lahko zadrži (ko bi dajalcu lahko povzročila več škode kot koristi).

Raziskovalec mora v vlogi za etično mnenje navesti in utemeljiti razloge za ireverzibilno anonimizacijo ali – še posebej – proti njej.

Če dajalec vzorca želi, mu je treba omogočiti tudi dostop do splošnih rezultatov raziskave.

Komercialna uporaba. Če bo iz raziskave izšla komercialna uporaba, je treba dajalcu to povedati. Po mednarodno sprejetem načelu, da "človeško telo in njegovi deli kot taki ne smejo biti vir finančne koristi", sicer ne more biti osebno udeležen pri morebitnem dobičku. Vendar se nekateri strokovnjaki v Usmerjevalnem odboru za bioetiko Sveta Evrope zavzemajo za to, da bi dajalcu priznali pravico, da soodloča o porabi

primerne dela dobička (npr. za humanitarne namene).

Genetske študije. Arhivirani ali prospektivno zbirani biološki vzorci postajajo vse zanimivejši za genetske študije. Te so etično še občutljivejšje zaradi pomena, ki ga utegnejo imeti rezultati za napoved morebitnih prihodnjih bolezni dajalca vzorca in njegovih sorodnikov, in ker lahko pripeljejo do neupravičene diskriminacije in stigmatizacije nosilca dedne pomanjkljivosti in sorodnikov. Če je predvideno, da bo odkritje morebitne dedne pomanjkljivosti dajalcu vzorca sporočeno, je treba ravnati po pravilih, ki veljajo za genetsko diagnostiko in svetovanje: (5, 6) dajalcu vzorca je treba pojasniti ne samo to, kakšen bo postopek odvzema materiala in kaj se bo z njim zgodilo, ampak predvsem, kakšne utegnejo biti posledice pridobljenih podatkov. Ne gre le za diagnozo in prognozo, torej za pomen ugotovitev za sedanje in prihodnje zdravje osebe, včasih gre lahko tudi za odločitve o ustvarjanju družine in o tem, ali bo oseba želela imeti otroke. To velja tudi za krvne sorodnike, ki utegnejo imeti isto genetsko pomanjkljivost. Osebi je treba povedati, kakšno medicinsko pomoč lahko pričakuje. Pojasnila morajo biti razumljiva, posvet pa ne sme biti sugestiven. Potrebna je privolitve v postopek, v posebno kočljivih primerih, ko rezultat lahko odkrije usodno bolezen, za katero ni učinkovitega ukrepanja, se preiskava opravi šele potem, ko oseba zahtevo po daljšem premisleku ponovi. Če oseba ni sposobna privolitve, je genetsko testiranje za diagnozo in prognozo, ki njej sami ne bosta koristni, le izjemoma upravičeno. Če gre za otroka ali mladostnika, ki je v predsimpltomatskem obdobju, je treba testiranje praviloma odložiti do polnoletnosti. – To seveda ne velja za testiranje v raziskovalni namen, katerega rezultati dajalcu vzorca ne bodo sporočeni.

Tudi farmakogenetske študije so lahko povezane z etičnimi vprašanji, kot so morebitne kršitve zaupnosti, nezadostna poučitev, stigmatizacija in diskriminacija skupin ljudi, ki jih je mogoče prepoznati, ali sporočanje ugotovitev neugodnih genetskih dejavnikov.

O raziskavah na zarodkih in na matičnih celicah

Človeški zarodki in vitro, matične celice in celične kulture. Slovenski zakon o oploditvi z biomedicinsko pomočjo (7) prepoveduje pridobivanje človeških zarodkov za namene raziskav. Isto prepoved nalaga državam pristopnicam Konvencija Sveta Evrope o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino. Prepovedano je tudi pridobivanje kloniranih zarodkov, hibridov in himer. Zakon pa dovoljuje raziskave na zarodkih in vitro z razvojnimi napakami, neprimernih za oploditev, in na zarodkih in vitro, ki so predvideni za uničenje, bodisi ker je potekel rok hrambe ali ker ne bodo uporabljeni za oploditev. Raziskave ocenjujeta z znanstvenega in etičnega vidika dve komisiji: Državna komisija za oploditev z biomedicinsko pomočjo in Državna komisija za medicinsko etiko. Upravičene so samo tedaj, ko gre za pomembno znanstveno vprašanje, na katero ni mogoče odgovoriti drugače, npr. z raziskavo na živalskih zarodkih. Potrebno je soglasje para, za katerega je bil pridobljen zarodek za oploditev z biomedicinsko pomočjo.

Raziskave na embrionalnih matičnih celicah so v Sloveniji možne ob upoštevanju omejitev iz prejšnjega odstavka. Raba celičnih kultur (vključno z matičnimi celicami iz fetalnih tkiv ali iz tkiv otroka oziroma odraslega človeka) etično ni problematična. Vseeno pa tudi te raziskave pregleda in oceni etična komisija.

Splavljeni zarodki. Za raziskave na splavljenem zarodku je potrebno soglasje ženske, ki je splavila. Časa ali drugih okoliščin splava ni dovoljeno prilagajati interesom raziskave. S splavljenim zarodkom je treba ravnati enako pietetno kot s truplom rojenega človeka.

Posteljica in popkovnična kri. Posebno za zadnjo zanimanje narašča,

predvsem zaradi pridobivanja fetalnih matičnih celic. Ustanavljajo se banke matičnih celic; tudi te bo treba zakonsko urediti. Nekatere evropske države zakone o "biobankah" te in drugih vrst že imajo. V načrtu je tudi priporočilo Sveta Evrope. Evropska zveza pripravlja smernico, ki bo predvidoma zadevala le tehnične vidike in standarde dobre prakse, ne bo pa uveljavljala etičnih pravil. Evropska skupina za etiko v znanosti in novih tehnologijah (EGE) pri Evropski komisiji pa je prav te dni objavila svoje stališče o etičnih vidikih bank za popkovnično kri (8).

Sklep ◆

Iz povedanega je razvidno, da podrobne in izčrpne zakonske ureditve biomedicinskega raziskovanja na človeških bitjih, truplih in na biološkem materialu človeškega izvora danes še ni – niti na mednarodni ne na državni ravni. Do tega bo verjetno prišlo v prihodnjih nekaj letih. Prav bo, če bo Slovenija tudi tu brez večje zamude svoj pravni red dopolnila v skladu z mednarodnimi priporočili. Dotlej pa bo primerno, da se medicinska stroka in znanost ravnata po splošnih načelih, kot so zapisana v Ovidski konvenciji (9, 10), in po zgoraj predlaganih priporočilih. ■

1. Kazenski zakonik Republike Slovenije, Uradni list RS, št. 63/94.
2. Draft additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, on Biomedical Research. CDBI/INF (2003) 6. Council of Europe, Strasbourg, 2003.
3. Draft Explanatory Report to the draft additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, on Biomedical Research. CDBI (2003) 9. Council of Europe, Strasbourg 2003.
4. Draft instrument on the use of archived human biological materials in biomedical research. CDBI-CO-GT biomat/RAP1 (2003), Council of Europe, Strasbourg; 2003.
5. Working document on the applications of genetics for health purposes. CDBI/INF (2003) 3, Council of Europe, Strasbourg, 2003.
6. Explanatory note to the working document on the applications of genetics for health purposes. CDBI/INF (2003) 4, Council of Europe, Strasbourg, 2003.
7. Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB). Uradni list RS, št. 70/2000, 8. 8. 2000.
8. The European Group on Ethics in Science and New Technologies (EGE): Opinion No. 19 on the ethical aspects of umbilical cord blood banking. Evropska komisija: Bruselj, 16. marca 2004 (http://europa.eu.int/comm/european_group_ethics/index_en.htm).
9. Council of Europe. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. European Treaty Series - No. 164. Oviedo, 4 November 1997.
10. Council of Europe (Directorate of Legal Affairs). Explanatory Report to the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. DIR/JUR 5. Strasbourg, May 1997.

Odvisnost od nedovoljenih drog in družina: poskus systemskega razumevanja in nekatere možnosti svetovanja

Evgen Kajin

Odvisnost od psihoaktivne snovi prizadene posameznika in njegovo družino. S tem se strinjamo vsi. Kako ukrepati, je vprašanje, s katerim se vedno znova in na svoj način ukvarja posameznik, ki je odvisen, in člani njegove družine. Sčasoma prizadeti člani vključijo ljudi, ki se s tem poklicno, strokovno ali laično ukvarjajo. Ni mogoče določiti en in edini način ukrepanja, ki bi bil uporaben za vse, kajti vsak posameznik in vsaka družina imajo svojo lastno zgodovino in izvire moči. Tako je edini ustrezen način ukrepanja tisti, ki upošteva vsako družino posebej glede na njene lastnosti in lastnosti vsakega njenega člana.

1. Kaj je družina? ◆

Maja Rus Makovec (Rus Makovec, 2003) piše, da "če hočemo graditi družinsko življenje, je treba imeti neko čustveno kontinuiteto. Čustvena kontinuiteta in gotovost, da bodo tam neki 'naši', ko jih bomo potrebovali, nam omogoči varen osebnostni razvoj." Drugje ista avtorica (Rus Makovec, 1996) piše, da "...družina ni le seštevek posameznikov, ampak celota - holon, ki poleg posameznikov k svojim sestavnim delom šteje tudi odnose med posamezniki in podsistemi (starševski, sorojenski, partnerski podsistem)."

Družinsko življenje, piše Virginia Satir (Satir, 1995), "je podobno ledeni gori. Ljudje se večinoma zavedajo le desetine tega, kar se dejansko dogaja, in sicer tiste desetine, ki jo lahko vidijo in slišijo ter mislijo, da

je to vse, kar obstaja. ... Kakor je usoda mornarja odvisna od tega, da pozna tudi tisti del ledene gore, ki se skriva pod vodo, tako je usoda družine odvisna od razumevanja občutkov in potreb, ki se skrivajo onstran vsakdanjih družinskih dogodkov." Gabi Čačinovič Vogrinčič (Čačinovič Vogrinčič, 1998) dodaja, da "ena desetina zadostuje za običajni tok vsakdanjega življenja, vsaka nujna sprememba pa zahteva svojsko raziskovanje ... razvidnost nove desetine."

Janek Musek (Musek, 1995) piše, da je družina "... temeljni posrednik človekovega obstoja v čisto biološkem, naravnem svetu, v družbenem svetu ter v svetu duha in kulture. Brez družine človek ne bi mogel biološko obstati, brez družine ne bi mogla obstajati nobena družba, brez družine se ne bi mogla oblikovati osebnost posameznika..."

Virginia Satir na istem mestu dodaja, da so "odrasli, ki so za družino zadolženi, ... ustvarjalci ljudi."

Če poskušamo citirano povezati, ugotovimo, da o osnovi in temelju človeka, njegovega osebnostnega razvoja in celotne družbe vemo le deset odstotkov, kar je dovolj za normalno delovanje. Kaj pa, če se kaj zalomi, če pride to težav, do "izbruha simptomov"? Tedaj je potrebno začeti z raziskovanjem tistega, kar nam ni poznano. Začnimo.

2. Kaj določa lastnosti neke družine? ◆

Če rečemo, da ima družina "svoje lastnosti", kaj to pomeni? Nikakor k lastnostim družine ne štejemo (samo):

- Število članov, njihovo starost in spol ter družinski standard, temveč (tudi) sledeče:
- Podsysteme (podskupine) v družini: po nekem "ključu" se med seboj v (pod)skupine povezujejo člani družine glede na generacijo, spol, pripadnost osnovni družini itd.
- Meje družine notranje meje: koliko člani enega podsistema iščejo in nudijo oporo, se odmikajo, ... članom drugega podsistema; zunanje meje: koliko podatkov, čustev, iskanja opore... prehaja iz družine v okolje ali iz okolja v družino, oziroma koliko tega člani družine iščejo v okolju; meje so propustne, polprepustne ali nepropustne.
- Hierarhija moči v družini: temu raziskovalci družine pripisujejo osrednjo ali vsaj zelo pomembno vlogo (Čačinovič Vogrinčič, 1998). Temeljno stališče je, da je jasna in trdna hierarhična organiziranost osnovni pogoj za zdravje. V tem smislu ni govora o avtoritarnih ali demokratičnih odnosih, vedno le o jasnosti in trdnosti strukture moči. Edinole jasno razmejene hierarhične stopnje zagotovijo jasne meje.
- Načini delitve moči in odločanja: družina deluje kot "laissez fair" (vse je dovoljeno, vsak po svoje), ali demokratični (odločitev po skupni razpravi, kjer vsi člani na odločitev vplivajo, dokončno pa jo z odgovornostjo sprejme za to od vseh izbran in potrjen član), ali avtoritarni (eden odloča in ima vedno prav, vsi ostali sledijo) sistem. Pogoji za socializacijo v avtoritarni ali demokratični delitvi moči so usodno različni (Čačinovič Vogrinčič, 1998)
- Temeljni moči v družini: so osnovne dobrine, ki jih posameznik poseduje in ki lahko prispevajo k njegovi sposobnosti, da kontrolira dano situacijo. Nekateri (Čačinovič Vogrinčič, 1998) naštevajo šest skupin dobrin: legitimna moč ali avtoriteta, ki temelji na normativno določenih pravicah; referenčna moč, izpeljana iz privlačnosti oziroma identifikacije s posameznikom; moč znanja; informacijska moč posameznikove sposobnosti prepričevanja; moč nagrad, nad katerimi ima posameznik kontrolo; moč kaznovanja.
- Struktura družine: označuje tisto, kar se je v interakciji (medosebnem vplivanju in odzivanju članov družine) ustalilo kot pravilo, red, zakonitost, tako v vedenju kot mišljenju in čustvovanju (Čačinovič Vogrinčič, 1998). Potreba po varnosti (tako osebni kot družinski) je zadoščena izključno tedaj, ko obstaja neka zakonitost v pričakovanih in njih izpolnitvah. Družina se mora najprej strukturirati, da bi lahko tvegala spreminjanje. Strukturiranje je neločljiva, naravna značilnost družinske skupine, vendar je inherentna značilnost tudi nenehno spreminjanje te strukture skozi razvojne faze. Sem spada tudi način komunikacije med člani družine, kjer je pomembna tako verbalna kot neverbalna komunikacija.
- Življenjski slog družine: način prehranjevanja, uporaba prostega časa, obredi (praznovanja, skupna kosila, način žalovanja).
- Družinske vrednote (dobri medsebojni odnosi, zdravje, uspeh v šoli ali karieri, denar, nepremičnine itd.) in njih ureditev po pomembnosti.
- Družinske skrivnosti: četudi o nekaterih (večinoma bolečih) stvarih člani med seboj ne govorijo, njihov vpliv prehaja tudi v sledeče generacije.
- Trenutna razvojna faza družine: Opisujejo različno število faz v razvoju družine, nekatere razdelitve jih naštevajo sedem (Friesen, 1985; Roberts, 1987 po Lokar, 1996)), : 1. stvaritev družine in partnerstvo brez otrok, 2. družina z majhnim otrokom (prvi otrok do tretjega leta), 3. družina s predšolskimi otroki, 4. družina s šoloobveznimi otroki, 5. družina z mladostniki, 6. razpršitev družine (v sredini življenja med odhodom otrok in upokojitvijo; "prazno gnezdo"), 7. družina je zopet partnerska zveza (družina v starosti do smrti staršev). V vsaki od faz mora družina obvladati drugačne naloge, v času prehoda iz ene faze v drugo pa doživlja družina krizo, ki jo premaga, ko sprejme in

usvoji naloge, značilne za sledečo razvojno fazo.

Virginia Satir (Satir, 1995) poleg tega opiše štiri dejavnike, ki so pri vsakem posamezniku, vsaki družini različni in se izražajo v družinskih problemih ter tudi uspehih:

- samovrednotenje: občutki in predstave, ki jih ima človek o samem sebi;
- komunikacija: načini sporazumevanja, ki si jih ljudje izdelajo, da bi drug drugega razumeli;
- družinski sistem: razvije se iz pravil o tem, kako bi morali čutiti in delovati;
- povezava z družbo: način, kako ljudje vzpostavljajo stik z drugimi ljudmi in ustanovami zunaj družine.

3. Ali je družina sistem? ◆

Družino lahko opredelimo kot sistem, ker pri njej opazimo sledeče:

- Vsaka sprememba pri enem članu se zrcali pri vseh ostalih članih družine. Vse, kar se dogaja enemu članu je pomembno za vsakega od ostalih članov. Trajna in globoka sprememba (načina navezovanja odnosov, odhod starih in prihod novih članov itd.) pri enem članu družine povzroči trajno in globoko spremembo v celotni družini.
- Vse, kar tvori vzdušje v družini in kar sestavlja podobo družine (družinski slog), prispevajo vsi člani.
- Družina živi in funkcionira tako, da vzdržuje ravnotežje (homeostazo). V družini (kot tudi v drugih sistemih) poteka neprestano dinamično dogajanje, kjer pa je končni rezultat vedno enak. Proti ključnim spremembam delujejo vsi člani družine (s tem ohranijo način življenja, ki jim je znan).
- Družinski sistem daje napotke za delovanje člana družine zunaj nje. Tako že to, da člani družine "poimenujejo" otroka z neko njegovo lastnostjo, v veliki meri določijo lastnosti in način vedenja tega otroka, pa tudi vedenje ostalih članov družine do le-tega.
- Meje družine in njenih podskupin znotraj družine močno vplivajo na razvoj družine in njenih članov ter na način vstopanja v odnose (tako znotraj družine kot tudi z okoljem).

4. Dejavniki, ki povzročajo stres - napetost in tesnobo v družini (stresorji) in sporočilo simptoma, ki se ob tem pojavi ◆

Opisujejo "vertikalne" in "horizontalne" dejavnike, ki povzročajo napetost in tesnobo v družini (Rus Makovec, 1996).

Vertikalni stresorji se prenašajo iz generacije v generacijo. To so načini komunikacije in funkcioniranja (družinska stališča, prepričanja, tabuji, skrivnosti, merila); nam so dana od starejših generacij, naša odločitev (ali problem) pa je, kaj z njimi storimo.

Horizontalni stresorji delujejo med premikanjem družine skozi čas, ko se spopada s spremembami in (razvojnimi) prehodi iz ene v drugo življenjsko fazo. Določeni razvojni stresorji so napovedljivi (začetek šolanja otroka, odhod odraslega otroka, upokojitve itd.), nekateri pa ne (predčasna smrt, rojstvo prizadetega otroka, kronična bolezen, vojna, itd.).

Družina postane izredno disfunkcionalna, če se ji dogajajo hudi stresorji na horizontalni osi. Za razliko od tega pa v družini, kjer obstaja intenziven pretok tesnobnosti na vertikalni osi, že relativno majhen horizontalen stres lahko povzroči hudo prekinitev v sistemu. V določenih obdobjih življenja družine se obe ravni stresorjev stekata skupaj. Ocena funkcioniranja družine v tej stični točki nam pove, kako dobro ali kako slabo je družina opremljena za spopadanje s svojim časovnim prehodom.

Družinski stresorji se navadno zgodijo in zgostijo okrog točk prehoda življenjskega cikla ter pogosto povzročijo prekinitve, zastoj v ciklusu in povzročijo simptom oziroma disfunkcije. Sprožitve simptomov je v pomembni povezavi z družinskimi razvojnimi krizami, ko družina bodisi dobiva ali izgublja člane.

Kakšne zgodbe o družini pripoveduje simptom? Maja Rus Makovec našteva sledeča "sporočila simptomov" (Rus Makovec, 1996), ki ima poleg vzroka tudi svojo funkcijo v družini:

1. Simptom lahko sporoča, da se je družina znašla okrog točke prehoda življenjskega cikla. Če je pomemben dogodek življenjskega cikla (npr. smrt starega starša) časovno tesno povezan s prehodom v naslednjo življenjsko fazo, se bo simptom zelo verjetno pojavil mnogo kasneje pri sledeči generaciji ob prehodu v naslednje življenjsko obdobje. Simptom torej včasih pove, da prejšnja generacija (ali prejšnje generacije) ni funkcionalno razrešila težav ob pomembni točki prehoda.
2. Simptom lahko sporoča, da družina skuša vzdrževati svoje (nefunkcionalno) ravnotežje in da ni usposobljena (in torej ni pripravljena) za spremembo ravnotežja. Na primer: En član postaja vse bolj neodvisen, drugi člani pa se odzovejo tako, da so vse bolj skrbniški in nadzorniški. Proces teh medsebojnih pozitivnih povratnih zvez okrepi napetost v odnosih do te mere, da je potrebna neka rešitev. Ena možnost je sprememba sistema in odnosov v tej družini na primer z odhodom neodvisnega člana. Če sistem spremembe ne zmore, izbruhne simptom, npr.: a) nekdo zboli ali postane depresiven, b) obnašanje člana, ki se osamosvaja, postane (ali pa se opisuje kot) problematično in nadzorovanje ter skrb sta upravičena; v obeh primerih član, ki postaja neodvisen, ne more iz družine.
3. Simptom lahko informira, da je struktura družine nefunkcionalna in/ali rigidna. To pomeni, da so bodisi družinske meje preveč difuzne ali pa pretirano rigidne. V družini lahko obstaja starševski podsistem, ne pa partnerski ali obratno. Starši zaradi svoje nezrelosti ne negujejo starševske hierarhije ter pričakujejo, da bodo otroci pomagali reševati njihove težave; ali pa je hierarhija tako trda, da ne dopušča individuacije otrok. V družini lahko poteka boj za moč.
4. Družina s simptomom sporoča, da je njen način spopadanja s stresom njen problem, ne pa sam simptom. Na primer, ko je družina nekoč imela težave, se je z njimi uspešno spopadla na način A. Ko so se pojavile sedanje težave, je družina uporabila isti način (ker je imela dobre izkušnje), vendar situacija zahteva nove načine reševanja in ta način ni uspešen. Če družina kljub temu vztraja pri tem načinu, lahko ustvari hud problem in simptom, čeprav z njo ni nujno kaj posebno narobe.

5. Lastnosti družinskega sistema s članom, odvisnim od psihoaktivne snovi

Če se sedaj vrnemo k odvisnosti, lahko rečemo, da je odvisnost enega člana sicer le ena od lastnosti dane družine, vendar ta vpliva nanjo v celoti, na vse družinske člane in torej tudi na družinski slog. Ali je mogoče govoriti o značilnostih "odvisne družine" ali bolj ustrezno, o družini s problematiko bolezni odvisnosti?

Najprej ponovimo, kar je bilo marsikje rečeno in zapisano. Za družino so mnogo usodnejši tisti učinki psihotropne snovi, ki so neodvisni od njene kemične zgradbe. Gre za posebna in dokaj specifična dogajanja znotraj družine, ki se praktično vedno odražajo tudi v stikih posameznih družinskih članov z zunanjim svetom. O tem je pisala Zdenka Čebašek Travnik in tu povzemamo nekaj ugotovitev (Čebašek Travnik, 1996):

- zamenjava prednostnih nalog (opušcanje odgovornosti; opuščanje za družino v specifični fazi pomembnih nalog; vse bolj prednostna

postaja skrb za odvisnega člana, vezana za njegovo (ne)jemanje psihoaktivnih snovi);

- spreminjanje vrednot tako odvisnega člana kot (kasneje, postopoma) tudi ostalih članov (vrednota poštenja vse manj pomembna, vrednota laži vse pomembnejša; prikrivanje dogodkov, vezanih za jemanje psihoaktivnih snovi, postaja pomembnejše od skrbi za preživetje; dopušcanje vse več bolečih skrivnosti, razjasnjevanje je manj pomembno itd.);
- večja izpostavljenost nesrečam in boleznim tako pri odvisnem članu kot tudi pri ostalih (bodisi zaradi nepazljivosti ali nevarnosti nasilja s strani oseb, vpletenih v kriminalna dejanja, bodisi zaradi nevarnosti prenosa nalezljivih bolezni);
- prezgodnje izgube, bodisi začasne (zaporna kazen, urejanje v komunah in terapevtskih skupnostih ali zdravljenje v bolnišnicah) ali trajne (smrt odvisne osebe);
- partnerji in otroci odvisnih oseb so sami kandidati za razvoj odvisniškega vedenja (partnerji lajšajo svojo duševno stisko s pomirjevali, otroci (poleg genetske obremenjenosti) posnemajo odvisniško vedenje staršev);
- izmenjevanje obdobji abstinence z obdobji rabe psihotropnih snovi (glede na odvisno sebo, ki začne po obdobju abstinence jemati psihoaktivno snov, se skorajda istočasno spremeni tudi vedenje drugih družinskih članov).

Družinski član se zaradi narave bolezni upira konstruktivnim predlogom drugih družinskih članov, ki si želijo spremembo. Sčasoma postane odvisnost trajna lastnost družine, še posebej, če je prisotna že več generacij in so se družinski člani kar "vdali v usodo". Pri takih družinah poskus zdravljenja izzove hujše težave kot odvisnost sama. Partnerji in drugi člani postanejo "reševalci", ki kratkoročno pomagajo odvisni osebi, jo ščitijo pred posegi zunaj družine in dolgoročno vzdržujejo odvisnost.

6. Ali obstaja določen vzorec družine, ki povzroči odvisnost pri enem od članov?

Takega vzorca ni mogoče z gotovostjo prepoznati. Družine, v katerih obstaja neustrezno reševanje konfliktov, lahko povzročijo pri otrocih marsikatero travmo, vendar ni mogoče z gotovostjo reči, kdaj bo otrok postal odvisnik. Opazili pa so, da rabo drog v družini spodbujata sledeči značilnosti družin (Rus Makovec, 2002):

- spodbujanje agresivnih vedenjskih vzorcev pri otrocih (npr.: oče pretepa sina, da bo bolj ubogal in je ponosen, če je isti sin nasilen zunaj družine; vzdušje v družini je sovražno in zavračajoče do otrok; disciplina včasih velja, včasih pa ne, česar otrok ne more predvideti);
- depresivno vzdušje v družini.

7. Kako doseči okrevanje odvisnega člana in celotne družine?

Obdobje zdravljenja in okrevanja zahteva od družine ponovno prilagajanje. To je težko sprejemljivo predvsem za tiste člane družine, ki so v času odvisnosti prevzeli večino odgovornosti in kompetenc. Če jih ne vključimo v proces zdravljenja, bodo s svojim vedenjem nenehno provocirali zdravljenca (npr. sumili, da ponovno jemlje drogo, sami bodo pred abstinirajočim odvisnim članom rabili psihoaktivne snovi itd.). Tudi nasilniškemu vedenju se člani družine postopoma prilagodijo in se prej umaknejo pred nasilno osebo, namesto, da bi poiskali druge rešitve.

Za ravnanje staršev v situaciji, ko pri otroku prepoznajo, da ima težave z rabo droge, opisuje Barbara Coloroso nekaj konkretnih nasvetov

(Coloroso, 1996), ki jih lahko povzamemo:

1. Ne reagirajte panično, iz jeze ali strahu.
2. Poučite se čim temeljiteje o mamilih.
3. Ugotovite, kdo je vašemu otroku najbližji (ni nujno, da so to starši) in prosite to osebo za pomoč. Ohranite stik z otrokom.
4. Začnite miren dialog z otrokom o tem, zakaj je začel jemati mamilo. V pogovoru bodite kratki in nenapadalni, brez moraliziranja ali groženj.
5. Jemanje mamil ali njihovo razpečevanje je zelo verjetno znak drugih, morda še bolj perečih problemov. Nikar jih ne prezrite.
6. Vključite druge ljudi, po možnosti s pristankom otroka. Povežite se s strokovnjaki.
7. Bodite poštene in realni. Sprejmite dejstvo, da vas bo otrok morda opominjal na vaše nedoslednosti ali hinavščino. Ne izgubite živcev zaradi tega.
8. Droge so lahko tematika, ki bo omogočila, da preučite vaš celoten odnos do otroka in da se o tem pogovorite z njim in z drugimi. Lahko je zelo dragocena priložnost za razčiščenje na mnogih področjih.
9. Če kljub vsem prizadevanjem presodite, da problemu niste kos, poiščite strokovno ali drugo pomoč.
10. Pomnite: Če vaš otrok jemlje mamila, počno to tudi nekateri njegovi prijatelji. Za vas je to priložnost, da si skupaj s starši otrokovih prijateljev prizadevate poiskati kakšno boljše rešitev, kot so mamila. Janez Rugelj piše (Rugelj, 2000), da človeka kot posameznika, ločenega od okolja, nima smisla obravnavati, ker človeka, ki ne bi imel nobenih stikov z ljudmi, kratko in malo ni. Posameznika lahko razumemo samo na temelju njegovih odnosov z ljudmi, s katerimi živi in dela. Rugelj na primer za odvisnost od alkohola piše, da ni "bolan ... samo alkoholik, temveč tudi njegova družina in delovna skupina" in za zdravljenje zahteva poleg popolne abstinence tudi aktivacijo na mnogih področjih delovanja.

Za obravnavo družin z anoreksičnim bolnikom ali bolnico so zasnovali vrsto procesov, ki so uporabni tudi pri odvisnosti od drog. Pri tem je pomembno poudariti, da mora biti način zdravljenja za vsako družino posebej prilagojen. Povzemimo vendarle na kratko opis nekaterih postopkov v družinski terapiji (Friesen, 1985):

1. Diferenciacija. Člane motivirati k diferenciaciji, da bodo zmogli prepoznati svojo individualnost in različnost od drugih članov. To je potrebno začeti zgodaj v obravnavi, da bi simptoma ne reaktivirali stari družinski vedenjski vzorci.
2. Soočati se z vsebinami. Preverjati in soočati se z vsebinami, ki ohranjajo simptom (npr. "bližina" lahko izzove boj za moč in prepire itd.)
3. Zadrževanje. Klienta na primer terapevt vpraša: "Si se res pripravljen odpovedati temu vedenju, ki je postal tako pomemben del tvojega življenja?", saj v primeru, ko se (družinski) sistem še ne zmore spremeniti, odstranitev enega simptoma izzove izbruh drugega simptoma.
4. Separacija simptoma. Družinski člani preko simptoma varno, posredno izražajo svojo sovražnost drug do drugega. Če bi odvzeli simptom, bi ostali brez pomembnega načina komuniciranja s pomembnimi drugimi. Terapevt je pozoren na to, kako se družina trudi razreševati problem, je empatičen do frustracije družine in njene (začasne) neučinkovitosti pri reševanju.
5. Razvijanje osebne kontrole. Terapevt usmerja klienta v razumevanje problema (v tem primeru odvisnosti od nedovoljenih drog) kot posledice težav tudi zaradi življenjskega sloga in ne le kot telesne bolezni, ki bi se jo pozdravilo z nekaj tabletami. To pokaže klientu z razlago, da bo zmogel bolje obvladovati simptome takrat, ko bo

bolj nadzoroval svoje življenje in odnose.

6. Uporaba navodil. Z njimi terapevt vodi klienta, da razvija občutek za obvladovanje samega sebe, za avtonomijo, individuacijo, spremembo rigidnih medosebnih interakcij.
7. Intenziviranje. Ko je terapevt pridobil zaupanje družine, terapevtsko delovno zvezo in terapevtski odnos z družino, lahko začne intenzivneje soočati člane družine z njihovimi destruktivnimi vzorci obnašanja v odnosih.
8. Preusmerjanje moči od starih, nefunkcionalnih vsebin v bolj zadovoljive.
9. Reframing (pogledati isto vsebino z drugega zornega kota, z drugačnim načinom razumevanja). Članom družine terapevt pomaga videti simptom kot poskus, da pokažejo potrebo po bližini ali kot poskus uravnavanja bližine v družini, ne pa kot nasilno in destruktivno držo.
10. Oblikovanje neodvisnosti. Ko se člani družine naučijo neposredno obračati drug na drugega, je za člana s simptomom mogoče začeti proces osamosvajanja od družine na zadovoljiv način.
11. Razvijanje alternativnega obnašanja in vedenjskih vzorcev. S prepoznavanjem starih vzorcev in notranjih konfliktov lahko simptomatični član odkriva, preizkuša, uporablja drugačno obnašanje in interakcije.
12. Socialne mreže. Člani družine, vključno s simptomatičnim, razvijajo stike v družbi, ki pa niso le zamenjava za odvisnost, kakršna je prej obstajala med člani znotraj družine.
14. Utrjevanje spremembe. Terapevt pomaga klientu ravnati z občutki izolacije, odvisnosti itd., ki se pojavljajo v obdobjih ponovitve bolezni.

Družinska terapija je velikokrat usmerjena k spremembi hierarhije, kajti bolezenski simptomi družine so prepoznani kot posledica neustreznega reševanja problemov hierarhije ali njene nejasnosti. Če v družini ne vlada hierarhija z dominacijo enega od staršev ali hierarhija z zadovoljivim sistemom sodelovanja med obema, ne bomo imeli ene družine, temveč dve (dva, ki odločata vsak po svoje in vsak zahteva zase lojalnost od "podrejenih" - otrok, ki so od njiju odvisni itd.). Večina terapevtskih intervenc je usmerjenih k razčiščenju kompetenc, razmejitvi podsistemov ter novemu in jasnejšemu formuliranju pravil. Logika takega dela je sledeča: samo jasno razmerje moči je mogoče spregledati, uvideti in spremeniti. ■

Literatura:

- Coloroso, Barbara. 1996. *Otroci so tega vredni*. Ljubljana: Založba Tangram.
- Čačinovič Vogrinčič, Gabi. 1998. *Psihologija družine*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Čebašek Travnik, Zdenka. 1996. *Družina in boleznimi odvisnosti*. V: *Delo z družino, Zbornik prispevkov s seminarja Delo z družino*. Ur. Zdenka Čebašek Travnik, Maja Rus Makovec. Ljubljana: Slovensko društvo za družinsko terapijo, Psihiatrična klinika Ljubljana; str. 31-38.
- Friesen, John D. 1985. *Structural-Strategic Marriage and Family Therapy*. New York: Gardner Press, Inc.
- Lokar, Jože. 1996. *Delo z družino - novost v (psihoterapevtskem delu z družino? V: Delo z družino, Zbornik prispevkov s seminarja Delo z družino*. Ur. Zdenka Čebašek Travnik, Maja Rus Makovec. Ljubljana: Slovensko društvo za družinsko terapijo, Psihiatrična klinika Ljubljana; str. 55-61.
- Musek, Janek. 1995. *Ljubezen, družina, vrednote*. Ljubljana: Educy.
- Rugelj, Janez. 2000. *Pot samouresničevanja*. Ljubljana: Samozaložba: Slovensko društvo terapevtov za alkoholizem, druge odvisnosti in pomoč ljudem v stiski.
- Rus Makovec, Maja. 1996. *Simptom-sporočilo družine*. V: *Delo z družino, Zbornik prispevkov s seminarja Delo z družino*. Ur. Zdenka Čebašek Travnik, Maja Rus Makovec. Ljubljana: Slovensko društvo za družinsko terapijo, Psihiatrična klinika Ljubljana; str. 15-23.
- Rus Makovec, Maja. 2002. *Sistemiški model zlorabe drog v adolescenci*. V: *Podiplomski študij iz družinske dinamike 2001/02*. Neobjavljeni zapiski.
- Rus Makovec, Maja. 2003. *Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Satir, Virginia. 1995. *Družina za naš čas*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

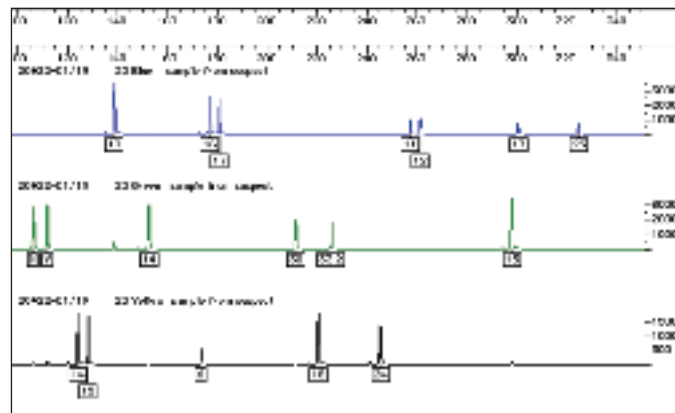
Priporočila za zavarovanje bioloških sledi pri kaznivih dejanjih zoper spolno nedotakljivost pri preiskavah DNK

Katja Drobnič

Pričujoči prispevek se razlikuje od drugih v tej reviji po tem, da predmet njegove obravnave ni v povezavi z nobeno boleznijo, razen v družbenem smislu, temveč z biološkimi sledmi, ki lahko nastanejo na telesih žrtev ali storilcev pri kaznivih dejanjih zoper spolno nedotakljivost. Ne glede na to, da se z njimi zdravniki ne srečujete vsak dan, je dandanes pravilna obravnava večjega pomena kot kadarkoli doslej. Znanost in tehnika sta na področju forenzičnih preiskav DNK tako napredovali, da je danes mogoče ugotoviti identiteto osebe iz mikrosledov, na primer sledov poljubljanja. V primeru, da zdravnik teh sledov ne najde oziroma jih ne išče, ali jih nepravilno zavaruje, kar povzroči njihovo razgradnjo in s tem posredno tudi genetskega materiala (DNK), zaradi česar nadaljnje preiskave niso več mogoče, lahko, zaradi pomanjkanja dokazov, pride do opustitve kazenskega postopka, do oprostitev storilca kaznivega dejanja ali do obsodbe nedolžnega na podlagi drugih manj zanesljivih dokazov kot je na primer prepoznava.

Kratek pregled preiskav DNK

Genetski identifikacijski testi so vstopili na področje civilnega in kazenskega prava v sredini 80-ih letih prejšnjega stoletja. Vendar sta znanost in tehnika na tem področju tako hitro napredovali, da se je v tem kratkem času izredno povečala raznovrstnost bioloških sledov, uporabnih za identifikacijo s preiskavo DNK, hkrati pa se je količina sledi, potrebne za analizo, zmanjšala na mikroskopsko raven oziroma na nanogramske količine DNK v sledi. Zaradi zmožnosti ugotovitve identitete osebe, ki je sled pustila na kraju dejanja, je zrasel pomen tudi pravilnega zavarovanja bioloških sledov kot tudi standardizacija preiskav DNK. Ustanovile so se različne delovne skupine in telesa po vsem svetu, ki sprejemajo standarde na področju zavarovanja sledov, preiskav DNK in podaje izvedenskega mnenja. V Evropi je tako telo Evropsko združenje forenzičnih laboratorijev (ENFSI; angl. European Network of Forensic Science Institutes). Ustanovljeno je bilo leta 1995, katere edini član iz Slovenije je Center za forenzične preiskave (CFP) pri Ministrstvu za notranje zadeve, ki je obenem tudi eden izmed 13-ih ustanovnih članov. Naloga ENFSI skupine je standardizacija in harmonizacija različnih preiskovalnih metod v Evropi, zagotavljanje kakovosti, priprava programov za pridobivanje akreditacije in izdaja certifikatov za opravljanje preizkusov znanja za posamezna področja forenzičnih preiskav. Standardi, ki so že ali še bodo sprejeti v njenem okviru, naj bi veljali za vse evropske države, nečlanicam Evropske unije pa naj bi njihovo sprejetje omogočilo hitrejšo pridružitve v unijo. Strokovnjaki CFP vseskozi dejavno sodelujemo pri standardizaciji na različnih področjih in vsako leto opravljamo teste strokovnosti. Zelo pomembno je tudi sodelovanje ENFSI delovne skupine DNK, v kateri dejavno sodelujejo strokovnjaki biološkega laboratorija CFP, v projektu pri Evropski komisiji z imenom STOP (Sexual trafficking of Persons)



Elektroferogram osumljenega analiziran na 10 lokusih STR z uporabo sistema SGM Plus. Posamezen vrh v grafu predstavlja alel, številka pod njim pa vrsto oziroma tip alela. Prva vrstica prikazuje pomnožene alele na štirih lokusih STR, ki so označeni s fluorescentnim barvilom, kateri emitira v modri barvi, elektroferogram v sredini vsebuje pomnožene alele na treh lokusih STR in amplifikacijska produkta amelogeninskega gena na kromosomu X in na kromosomu Y za določitev spola, ki fluorescirajo v zeleni barvi. Spodnja vrstica pa prikazuje pomnožene alele na treh lokusih STR, ki fluorescirajo v rumeni barvi. Verjetnost, da bi dve naključno izbrani osebi iz bele populacije imeli enak STR SGM Plus profil, je približno $3,3 \times 10^{-13}$.

pri odkrivanju in zatiranju kriminala s področja pedofilije in spolnih deliktov, v smislu uporabe enotne nomenklature na področju preiskav DNK, standardizacije metod preiskav, uporabe istih genetskih označevalcev kot ogrodje za vse evropske nacionalne banke podatkov DNK, da bodo le-te lahko postale med seboj kompatibilne ter standardizacija postopkov zavarovanja sledov.

Profiliranje DNK

DNK je kratica za molekulo deoksiribonukleinske kisline, ki predstavlja dedni material vsakega posameznika in je zvita v dvojno vijačnico. Vsaka od verig je sestavljena iz različnih zaporedij štirih nukleotidov – adenina (A), timina (T), gvanina (G) in citozina (C), ki pa se med seboj povezujejo z vedno enimi in istimi nukleotidi v bazni par (A s T in G s C). Značilnost človeške DNK je, da njen velik del (30 odstotkov), v primerjavi z geni, ki predstavljajo le približno tri odstotke genoma, zavzemajo ponavljajoča se zaporedja DNK, ki ne kodirajo proteinov in v večini primerov predstavljajo zelo polimorfna področja ter so po človeškem genomu raztreseni povsem naključno. Danes se pri genetskih identifikacijskih testih preiskuje eno izmed teh

skupin polimorfnihih področji, imenovano mikrosateliti ali lokusi STR (angl. short tandem repeat). V osnovi so mikrosateliti kratka področja, ki jih sestavljajo zaporedja nukleotidov (od dve do sedem jih tvori en motiv), ki se razlikujejo med seboj le po številu zaporednih ponovitev motiva in s tem v dolžini. Polimorfizem področij STR torej temelji na variacijah v številu ponovitev osnovnega motiva, posledica pa je visoka variabilnost v dolžini posameznih alelov. Za vsako področje STR obstaja večje število različnih alelov. Vsak posameznik ima za vsako področje STR dva alela, enega je podedoval od matere in drugega od očeta. Variabilnost lokusov STR znotraj prebivalstva je tako visoka, da lahko z uporabo večjega števila lokusov razlikujemo katerikoli osebi, razen enojajčnih dvojčkov.

Najnovejša in izredno zanesljiva metoda, ki se danes uporablja za identifikacijo bioloških sledi, kot tudi za ugotavljanje sorodstvenih povezav na primer spornega očetovstva, je določanje mikrosatelitnih polimorfizmov s PCR metodo. Pri analizi nastane specifičen alelni vzorec ali profil DNK. Metoda določanja genetskih profilov oziroma profiliranje DNK je razmeroma preprosta in danes tudi avtomatizirana preiskava. Analiza področij STR z metodo PCR se je začela uporabljati šele v začetku 90-ih, vendar jo danes v identifikacijske namene uporablja večina forenzičnih laboratorijev po svetu, prav tako pa tudi v CFP. Z razvojem metod, ki temeljijo na detekciji fluorescentno označenih produktih PCR, se je uspešnost analize STR še dodatno povečala, ker lahko naenkrat pomnožimo in hkrati analiziramo različna področja STR (do 16 različnih področij STR). Velikost posameznih alelov, ki smo jih ločili z gelsko ali kapilarno elektroforezo, pa določamo avtomatizirano, z uporabo posebnega instrumenta za določanje zaporedja DNK (377 DNA Sequencer ali 310 Genetic Analyzer), ki vsebuje specialne analitske računalniške programe. Rezultati analiz so podani v obliki elektroferogramov (slika 1). Posamezen alel predstavlja vrh v grafu, hkrati pa so podani velikost in tip alelov ter njihova koncentracija. Interpretacija rezultatov je dokaj enostavna in ne prihaja do nejasnosti pri merjenju dolžin. Najpomembnejše pa je, da s sedanjimi forenzičnimi analizami DNK lahko ugotovimo identiteto osebe, od katere izvira biološka sled. Metoda profiliranja DNK omogoča identifikacijo bioloških sledi z zelo nizko koncentracijo DNK, ki je lahko že precej razgrajena, kot tudi tiste, ki vsebujejo sledi več oseb. Tako je z uporabo najnovjših metod na področju preiskav DNK mogoče identificirati sledi slin z mesta poljubljanja na telesu žrtve, eno sramno dlako s korenino, kapljico krvi, sled sperme kot tudi epitelnih celic na kondomu, epitelne celice žrtve (moškega ali ženske) na penisu storilca.

Ker gre za količinsko skromne vzorce, je nevarnost njihove kontaminacije, izgube, napačnega zavarovanja, pomešanja ali razgradnje zelo velika, obenem pa, ker imajo identifikacijski testi tako visoko stopnjo verjetnosti, v svetu narašča potreba po standardih za zbiranje in zavarovanje dokaznega materiala.

Preiskave bioloških sledi s preiskavo DNK

V biološkem oddelku CFP opravljamo preiskave DNK bioloških sledi že od leta 1996. Letno število preiskav DNK se je povzpelo iz 800 v letu 1996 na dobrih 3.000 v letu 2001, čeprav število prijavljenih kaznivih dejanj ne narašča v tolikšni meri. Nastala razlika je posledica večje občutljivosti današnjih preiskav, tako da danes lahko preiskujemo sledi, katerih analiza še par let nazaj ni bila mogoča. Na tem mestu bi še poudarila, da se kljub tako povečanemu obsegu dela število zaposlenih v biološkem oddelku CFP ni spremenilo, zaradi česar je prišlo do velikega zaostanka (leto dni) pri reševanju določenih vrst kaznivih dejanj (vlomi ipd.). Prav tako preiskave opravljamo ves čas v istih prostorih, ki ob

takem obsegu preiskav postajajo za delo nevdržni. Zaradi neprimernih prostorov za delo tudi ne moremo uvajati določenih novih metod, ki bi lahko pripomogle k raziskavi nekaterih sledi, ker je nevarnost kontaminacije prevelika. Kajti, kot sem omenila že na začetku, vsako leto opravimo test strokovnosti v okviru ENFSI DNK skupine, ki je edino merilo naše strokovnosti. Do sedaj smo vse teste opravili brez napake. V povprečju velja, da je uspešnost testov za evropske forenzične laboratorije, ki pri tem sodelujejo, med 70 do 80 odstotki.

Čeprav število zadev, povezanih s kaznivimi dejanji zoper spolno nedotakljivost, ki jih dobimo v preiskavo, ostaja vsa leta bolj ali manj konstantno, to je približno 40 do 50 zadev. Z leti narašča število zavarovanih in preiskanih sledi na posamezno kaznivo dejanje. Število preiskav DNK se je povečalo ne samo zaradi uspešnosti najnovjših preiskav DNK iz mikrosledov, ampak tudi zaradi različnih oblik izobraževanja, ki so jih bili deležni z naše strani tako kriminalistični tehniki kot tudi zdravniki – ginekologi v zvezi z iskanjem različnih vrst sledi in njihovega pravilnega zavarovanja. Še pred osmimi leti so se vaginalni in analni brisi zavarovali samo zaradi ugotavljanja prisotnosti živih spermijev, medtem ko nihče ni zavaroval sledi slin ali sledi epitelnih celic s penisu osumljenec, saj na podlagi določitve krvnih skupin ali morfoloških preiskav celic ni bilo, razen v izjemnih primerih (menstruacija ali po porodu), mogoče dokazovati prisotnosti epitelnih celic drugih oseb. Vendar se v zadnjem času kaže, da je bil obseg izobraževanj, ki so ga bili deležni zdravniki (dve predavanja na Dnevih ginekologov, izdaja plakata s kratkimi navodili za zavarovanje sledi sperme, ki so bila razposlana direktorjem ginekoloških oddelkov vseh bolnišnic v Sloveniji leta 1999 in posamezna predavanja na povabilo ginekoloških oddelkov različnih bolnišnic) preskromen, saj zdravniki niso vsako dan v stiku s tovrstnimi kaznivimi dejanji. Mnogi niti ne vedno, da obstaja CFP, in katere od modernih forenzičnih genetskih preiskav se danes tu opravljajo. Marsikatera preiskava DNK, ki je predstavljena našemu občinstvu v zelo poznanih nanizankah, kot sta Na kraju zločina na slovenskem televizijskem programu in Forenzični detektivi na Discoverju, je za strokovnjake biološkega oddelka CFP stvar preteklosti.

Kot sem že omenila prispe, v biološki oddelku v povprečju 50 zadev, ki se nanašajo na kazniva dejanja zoper spolno nedotakljivost. Največji del se nanaša na posilstva žensk s strani moških, nekoliko manj je zadev spolnega nasilja nad ženskami, v zadnjem času pa je zavarovanih nekoliko več sledi iz tovrstnih kaznivih dejanj nad otroki in mladotletniki. Glede na dokaj nizko število prijavljenih kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost (le 498 v letu 2002, vir MNZ, Policija) v Sloveniji



Pribor primeren za zavarovanje sledi sperme ali slin z različnih mest na telesu posameznika, ki je na voljo v vsaki ginekološki ordinaciji in ga predstavlja plastična epruveta z vatirano paličico na zamašku. Spodnji del slike prikazuje na približno katerem mestu je potrebno odrezati vrh epruvete pred shranitvijo brisa na vatirani paličici nazaj v epruveto.

ni smiselno uvajati posebnih skupin zdravnikov in medicinskih sester, ki bi bile specializirane za zavarovanje sledi, ki nastanejo pri kaznivih dejanjih zoper spolno nedotakljivost, kot imajo to urejeno v nekaterih evropskih državah, Avstraliji, Južni Afriki in ZDA. Zato te sledi, odvisno od mesta, kjer se nahajajo, zavarujejo, ne samo zdravniki – ginekologi, ampak tudi kriminalistični tehniki. Danes v biološki oddelek CFP poleg sledi sperme, odvzete z različnih intimnih mest na telesu (nožnica, anus), dobimo v preiskavo tudi sledi sperme, odvzete iz ust oziroma okolice ust ter drugih delov telesa, sledi slin z mest poljubljanja in grizenja, sledi izza nohtov, sramne dlake, ki jih v večini primerov zavarujejo kriminalistični tehniki ali osebe same, tako da zdravniki niti ne vedo, da ta količina sledi zadostuje za identifikacijo storilca kaznivega dejanja. Ostaja pa odprto vprašanje, kateri zdravnik specialist naj zavaruje sledi s penisa osumljenca, izčese sramne dlake osumljencu (žrtev si jih običajno sama, obstaja pa dvom v korektnost tega postopka pri osumljencu), ali odvzame sledi iz anusa posiljenega moškega, in ne nazadnje, ali ne bi bilo bolj primerno, da bi tudi sledi z drugih delov telesa žrtve zavaroval zdravnik in ne žrtev sama.

Pomen razgovora z oškodovankami (žrtvami) ◆

Zdravniki se morate zavedati pomena obširnega in natančnega razgovora z oškodovanko, čeprav vemo, da mora oškodovanka zaradi kazenskega postopka, ki je v veljavi pri nas, večkrat odgovarjati na enaka vprašanja in je izpostavljena vedno znova stresnim situacijam. Kljub temu, da je za žrtve zelo boleče vedno znova opisovati potek dogodka, je s forenzičnega vidika nujno potrebno, da zdravnik pridobi čim bolj natančen opis poteka kaznivega dejanja, da bi lahko zavaroval vse potrebne sledi, ki so velikokrat edini materialni dokaz o storitvi kaznivega dejanja. Oškodovanko je najprimerneje pustiti, da dogodek opiše s svojimi besedami, tako se bo lažje spomnila poteka dogodka, vendar pa je potrebno ugotoviti:

- Koliko časa je minilo od kaznivega dejanja, saj sledi sperme v nožnici ali anusu, kot tudi sledi epitelnih celic na penisu osumljenca, ne moremo zaslediti v dovolj veliki količini po 72 urah (treh dneh). Sledi sperme iz ust pa je možno zavarovati le do takrat, dokler si žrtev ust ni sprala, podobno pa velja tudi za sledi sperme v anusu, ki jih je mogoče zaznati le, dokler žrtev ni iztrebljala. Tudi brez posebnega spiranja ust oziroma iztrebljanja pa velja, da so uporabne sledi sperme v ustih in anusu obstojne mnogo krajši čas, saj se v ustih spirajo s slino, v anusu pa se v stiku z blatom hitreje razgrajujejo. Čas, ko je še smiselno zavarovati sledi sperme s trupel, pa je bistveno daljši. V nožnici trupla se spermiji ohranjajo tudi do pet dni po smrti, v nekaterih primerih pa celo dlje (poročja se celo o desetih dneh).
- Ali je storilec uporabljal kondom ali lubrikant (vazelina in podobno)?
- Ali je imela žrtev menstruacijo v času posilstva (pomembno za iskanje sledov na osumljencu in na kraju dejanja)?
- Ali je oškodovanka imela spolne odnose do 72 ur pred kaznivim dejanjem? To je namreč tudi najdaljši čas, ko je še možno zaznati sledi sperme v vaginalnih brisih. Sledi sperme, izvirajoče iz predhodnih spolnih odnosov lahko povzročijo nastanek mešanega profila DNK pri analizi sledi sperme iz ginekološkega vzorca, odvzetega po kaznivem dejanju.
- Ali je storilec ejakuliral po drugih delih telesa /ca, in če je, po katerih.
- Ali je storilec oškodovanko poljubljal ali grizel, in če jo je, na katerih mestih.

Zavarovanje bioloških sledi s telesa oškodovanke in osumljenca ◆

Na tem mestu bi posebej poudarila, da pri nas trenutno še ni na voljo specialnih priborov za zavarovanje sledi s telesa žrtev oziroma osumljenih. Dogaja pa se, da delavci policije zdravnikom pri telesnem pregledu oškodovank ali osumljenih odstopijo pribore, namenjene odvzemu in shranjevanju bioloških sledov, zavarovanih s kraja kaznivih dejanj, zaradi česar nato zdravniki – ginekologi napačno predvidevajo, da imajo delavci policije na voljo posebne pribore za odvzem bioloških sledov s telesa in jih pri naslednjih primerih od njih pričakujejo. Na tržišču sicer obstajajo različni kompleti za zavarovanje sledi s teles žrtev oziroma osumljenih, ki pa niso primerni za naše razmere, medtem ko smo strokovnjaki biološkega laboratorija na žalost preobremenjeni z delom, da bi ga sami zasnovali. Vendar upamo, da bomo v kratkem ugriznili tudi v to "kisló jabolko". Tako smo obstoječa navodila pripravili v skladu s forenzično stroko in priborom, ki je nujno potreben pri vsakodnevnih ginekoloških preiskavah in je tako na razpolago v vsaki ginekološki ordinaciji. Odvzem brisov na drug način, kot je opisano v navodilih (npr. razmaz brisa na objektno steklo, odvzem z injekcijsko brizgo, odvzem s ščetko na držalu ipd.), močno odsvetujemo, saj lahko privede do prevelikih izgub sledi, zaradi česar analiza DNK ni uspešna.

5.1. Odvzem in shranjevanje brisov sperme iz nožnice (ali anusa) z uporabo vatirane paličice iz plastične epruvete (slika 2)

Zdravnik naj odvzame bris iz nožnice ali anusa oškodovanke (v primeru, ko oškodovanka ne ve, ali je do izliva prišlo v nožnici ali anusu, pa še s sramnih ustnic) s pomočjo sterilne vatirane paličice iz plastične epruvete, v skladu s pravili ginekološke stroke. Če je mogoče, naj se bris odvzame dvakrat, vsakič z novo vatirano paličico, iz nove plastične epruvete.

Vatirano paličico, z odvzetim brisom, naj zdravnik nato vstavi nazaj v plastično epruveto, kateri pa je pred tem odrezal vrh, nasprotni konec od zamaška (slika 2). Pri tem je potrebno paziti, da vatirani del paličice ne gleda iz epruvete. Za preiskave DNK je neprimerno bris razmazati na objektno stekelce, kot je to bila praksa v preteklosti, ko se je le določala prisotnost spermijev v brisu, saj so izgube spermijev pri takem postopku prevelike.

Plastično epruveto z odrezanim vrhom, v katerih je bris, se nato shrani še v kuverto ali papirnato vrečko. Na njo se vpiše ime in priimek oškodovanke, njen rojstni datum, dan odvzema brisa, mesto, s katerega je bil bris odvzet ter se označi, kateri bris je bil odvzet prvi oziroma drugi. Zdravniki lahko te podatke vpiše tudi v rubrike na nalepki, ki je na plastični epruveti.

5.2. Odvzem in shranjevanje vaginalnega ali analnega brisa z uporabo vatirane paličice z lesenim držalom (slika 3)

To navodilo pride v poštev v primerih, ko ni na voljo plastičnih epruvet z vatirano paličico na zamašku.

Zdravnik naj odvzame bris iz nožnice ali anusa oškodovanke (v primeru, ko oškodovanka ne ve, ali je do izliva prišlo v nožnici ali anusu, pa še s sramnih ustnic) s sterilno vatirano paličico z lesenim držalom, v skladu s pravili ginekološke stroke. Če je mogoče, naj se bris odvzame dvakrat, vsakič z novo vatirano paličico.

Posamezen bris, zavarovan na vatirani paličici, naj se, če je le mogoče, nekoliko posuši na zraku (približno pol ure).

Rahlo posušen vaginalni bris, zavarovan na vatirani paličici, se nato shrani v kuverto in zalepi. Nikakor se ga ne sme shraniti v stekleno epruveto z neprodušnim zamaškom (niti s kosom vate). Za preiskave DNK je neprimerno bris razmazati na objektno stekelce, zaradi istih razlogov, kot je to navedeno pri prejšnji točki.

Na kuverto z enim odvzetim brisom se vpiše ime in priimek oško-

dovanke, njen rojstni datum, dan odvzema brisa, mesto odvzema brisa (npr. nožnica) ter kateri bris je bil odvzet prvi oziroma drugi.

5.3. Zavarovanje sledi sperme z drugih delov telesa

Sled sperme na telesu oškodovane osebe naj zavaruje zdravnik s sterilno vatirano paličico (plastičnim ali lesenim držalom), pri truplih pa naj to opravi obducent.

Sled sperme s telesa odvzame zdravnik z vatirano paličico, katero je potrebno predhodno omočiti s sterilno destilirano vodo ali fiziološko raztopino. Z vrhom vlažne vatirane paličice naj nato rahlo kroži po mestu, kjer naj bi se nahajala sperma. Nato naj vzame drugo, vendar suho vatirano paličico in z njo isto mesto na telesu obriše do suhega.

Z vatirano paličico s sledjo postopajte na enak način kot pri zavarovanju sledi sperme v brisih, odvisno je od vrste vatirane paličice (na plastičnem zamašku ali lesenem držalu). Pri sledih, odvzetih z drugih delov telesa, je potrebno še zabeležiti vrsto sledi, ki se nahaja v brisu (npr. sperma).

5.4. Zavarovanje sledi sperme v ustih

Pri zavarovanju teh sledi se uporablja enaki vrsti vatiranih paličic kot pri zavarovanju zgoraj navedenih sledi.

S sterilno vatirano paličico se natančno obriše sledeča mesta v ustih oškodovanke: pod jezikom, dlesni, med zobmi in ustno nebo.

Z vatirano paličico s sledjo postopajte na enak način kot pri zavarovanju sledov sperme v brisih, odvisno od vrste vatirane paličice (na plastičnem zamašku ali lesenem držalu).

5.5. Zavarovanje zarodka pri splavu

Pri določenem številu posilstev se zgodi, da žrtev teh dejanj ne prijavi oziroma jih ne prijavi tudi nihče drug. Takšna dejanja se lahko odkrijejo naknadno, v kolikor je prišlo do zanositve. Takrat se žrtve večinoma odločajo za splav. Zaradi ugotavljanja storilca kaznivega dejanja je potrebno zavarovati splavljen zarodek v celoti ali le njegov del, odvisno od njegove velikosti. Pri posegu je potrebno paziti, da splavljen zarodek ne kontaminiramo s krvjo drugih oseb. Po opravljenem posegu splavljen zarodek ali njegov del očistimo s sterilno fiziološko raztopino in ga shranimo v sterilno petrijevko ali večjo plastično centrifugirko. Če tkivo ni možno takoj dostaviti na CFP, se le-to do nadaljnega zamrzne. Na podlagi določitve profila DNK splavljenega zarodka lahko ugotovljamo ali je osumljenec biološki oče splavljenega zarodka. Zaradi kompleksnosti zavarovanja splavljenega zarodka je v teh primerih najbolje, da se zdravnik, ki opravlja splav, poveže s strokovnjaki biološkega laboratorija CFP.

5.6. Določevanje storilca kaznivega dejanja posilstva pri nosečnosti

V primerih, ko pri posilstvu pride do zanositve, pa žrtev ne želi opravljati splava, je mogoče že v času nosečnosti, na podlagi genetske preiskave biopsijskega materiala, pridobljenega iz horionskih resic ali na podlagi krvi iz venske žile, katere odvzame zdravnik na enak način kot je to potrebno pri prenatalnih genetskih preiskavah, ugotoviti, ali je osumljenec biološki oče nerojenega otroka.

5.7. Zavarovanje sledi sline z mesta ugriza ali poljubljanja

Pri teh sledih postopamo na enak način kot pri zavarovanju sledi sperme na drugih delih telesa.

Sled sline na telesu oškodovane osebe (ali na truplu) se odvzame z vatirano paličico, katero je potrebno predhodno omočiti s sterilno destilirano vodo ali fiziološko raztopino, tako da se z vrhom vlažne vatirane paličice rahlo kroži po mestu, kjer naj bi se nahajala slina. V primeru vidnega ugriza se kroži po mestu znotraj ugriza kot tudi po predelih, kjer so vidni zobje. Nato se vzame drugo vendar suho vatirano paličico in se z njo isto mesto na telesu obriše do suhega.

Z vatirano paličico s sledjo postopajte na enak način kot pri zavarovanju sledi sperme v brisih, odvisno od vrste vatirane paličice (na



Pribor primeren za zavarovanje sledi sperme ali sline z različnih mest na telesu posameznika, ki je na voljo v vsaki ginekološki ordinaciji in ga predstavlja sterilna vatirana paličica na lesenem držalu. Paličico z odvzetim brisom nato shranite v čisto papirnato vrečico ali kuverto.

plastičnem zamašku ali lesenem držalu). Pri sledih odvzetih z drugih delov telesa je potrebno zabeležiti še vrsto sledi, ki se nahaja v brisu (npr. slina).

5.8. Zavarovanje sramnih dlak oškodovanke ali osumljenca

V praksi vzorce sramnih dlak jemljejo kriminalistični tehniki ali osebe same, od katerih potrebujemo te vzorce. Tako imajo za zdaj na voljo primerne glavnike le kriminalistični tehniki. Osebi, kateri jemljemo vzorce, z glavnikom temeljito izčešemo vso površino sramnih dlak nad razprostrtim čistim belim papirjem. Papir skupaj z izpadlimi dlakami in z glavnikom zložite v obliki pisemca in ga shranite v čisto papirnato vrečko ali kuverto. Na kuverto vpišite ime in priimek osebe, njen rojstni datum, dan odvzema in ime zdravnika, ki je izčešal dlake.

5.9. Zavarovanje bioloških sledi žrtve s penisa osumljenca

Sledi druge osebe, ki se morebiti nahajajo na penisu osumljenca, odvažate z vatirano paličico, katero je potrebno predhodno omočiti s sterilno destilirano vodo ali fiziološko raztopino, tako da z njo podrgnete po vsej površini penisa. Nato z drugo vendar suho vatirano paličico in ponovite postopek.

Z vatiranimi paličicama s sledjo postopajte na enak način, in sicer odvisno od vrste vatirane paličice (na plastičnem zamašku ali lesenem držalu), kot pri zavarovanju sledi sperme v brisih.



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

Sodbi Sodišča Evropskih skupnosti o pravni ureditvi zdravniške dežurne službe

Viktor Planinšec

Znani so dvomi o utemeljenosti razlikovanja plačila za tako imenovane učinkovite in neefektivne ure zdravniškega dežurstva.

Po določilu člena 53. Zakona o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS 9/92 do 2/2004) in člena 42. Zakona o zdravniški službi (Ur. l. 98/99 do 2/2004) je zdravniško dežurstvo posebna oblika dela, sestavljena iz ur prisotnosti na delovnem mestu – neefektivne ure in ur opravljanja storitev – učinkovite ure. Vse ure v dežurstvu s stališča do pravice odmora in počitkov štejejo v delovni čas, plačilo za učinkovite in neefektivne ure pa se uredi različno s kolektivno pogodbo, pri čemer se plačilo za dežurstvo upošteva v osnovno za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Orazličnem obravnavanju učinkovitih in neefektivnih ur je že razpravljalo Sodišče Evropskih skupnosti v Luksemburgu (Evropsko sodišče), tako tudi v postopku Landeshauptstadt Kiel v Zvezni republiki Nemčiji proti Norbertu Jaegeru (pravna zadeva C-151/02 z dne 9. 9. 2003). Slednji se namreč kot zdravnik ni strinjal z nemškimi zakonom, ki šteje v delovni čas le tisti del dežurstva, ko zdravnik dejansko opravlja zdravstveno dejavnost.

V sodnem postopku se je nemško sodišče zaradi dvomov o pravilnosti takšne pravne ureditve obrnilo na Evropsko sodišče, da poda predhodno mnenje o skladnosti nacionalne zakonodaje s pravom Evropskih skupnosti (Evropske unije) oziroma, da poda razlago predpisa Evropske skupnosti o delovnem času.

V navedeni pravni zadevi je Evropsko sodišče upoštevalo smernico št. 93/104 Evropskih skupnosti z dne 23. 11. 1993 o določenih pogledih na ureditev delovnega časa in svojo predhodno sodbo C-303/98 z dne 3. 10. 2000, nanašajoč se na podobno zadevo, ter pod točko 1. razsodilo, da je celotni čas zdravniškega dežurstva delovni čas ne glede na morebitni počitek v času dežurstva, kajti odločilno je, da mora biti zdravnik v času dežurstva na določenem kraju in opraviti zdravstveno storitev, ko je to potrebno.

Za našo pravno ureditev ni sporno, da se ves čas dežurstva šteje za delovni čas. Pomembno je vprašanje dopustnosti zmanjšane plačila neefektivnega časa dežurstva v primerjavi s plačilom učinkovitega časa, kot to ločujeta spredaj navedena zakona.

Iz sodbe C-151/02 z dne 9. 9. 2003 pod točko 2 sledi (v povzetem prevodu), da je nacionalna zakonska ureditev države članice Evropske unije (Evropskih skupnosti) v nasprotju s smernico 93/104/EC, če priznava nadomestilo (angleško offset, nemško Ausgleich) le za tisti del dežurstva, ko delavec (zdravnik) dejansko izvaja poklicno dejavnost.

To pomeni, da pripada po evropskem pravu zdravniku nadomestilo za ves čas dežurstva.

Tudi v tem pogledu je naša zakonodaja skladna z evropskim pravom, ko načelno priznava plačilo za učinkoviti in neefektivni čas dežurstva.

Toda, ali je v skladu z evropskim pravom naša nadaljnja ureditev, da se polno plača le učinkoviti čas dežurstva, v zmanjšanem obsegu pa neefektivni?

Odgovor na to vprašanje daje sodba Evropskega sodišča C-303/98 z dne 3. 10. 2000 v izreku pod točko 3, da (v prostem prevodu) dežurna zdravniška služba z osebno navzočnostjo zdravnika v zdravstveni ustanovi skupno predstavlja delovni čas in tudi nadure v smislu smernice 93/104.

Ob taki ureditvi dežurstva, da se ves čas dežurstva šteje za nadure, pa je dvomljiva ureditev v spredaj navedenih členih 42. Zakona o zdravniški službi in 53. Zakona o zdravstveni dejavnosti. Nadure sicer v smernici 93/104 niso posebej opredeljene, temveč se samo omenjajo v členu 6. Očitno je treba nadure obravnavati po našem pravu, torej po členih 127. in 128. Zakona o delovnih razmerjih (Ur. l. RS št. 42/2002, ki velja od 1. 1. 2003).

Ni odveč pojasniti, da se smernice kot predpis Evropskih skupnosti (torej Evropske unije, ki še ni pravna oseba) v državah članicah ne uporabljajo neposredno, temveč jih morajo članice v določenem roku preliniti (implementirati) v nacionalno pravo. Sprejeti morajo vsebinsko smernice kot minimalno obveznost, same pa lahko dodajo še ureditev, ugodnejšo za delavce.

Na koncu še omenjamo, da bodo citirana smernica 93/104/EC in sodbi C-151/02 in C-303/98 za nas obvezni po letošnjem vstopu Republike Slovenije v Evropsko unijo (pa tudi sicer izhaja ta obveznost iz člena 3.a Ustave Republike Slovenije). ■



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

Zdravstvena reforma pod drobnogledom

Nina Mazi

Anali novejšje zgodovine razvitega sveta so polni podatkov, informacij in poročil o bolj ali manj (ne)uspešnih poskusih transformacije (finančne oziroma ekonomske reformacije) zdravstvenih sistemov v številnih državah. Zato bi na modrem planetu lahko v času pospešene globalizacije storitvenega sektorja z lučjo pri belem dnevu iskali optimalni (kaj šele idealni) sistem zdravstvenega varstva, pisan na kožo vsem trem akterjem magičnega zdravstvenega trikotnika: uporabnikom, izvajalcem in zavarovalnici oziroma vladi. Lahko se pohvalimo le z bolj ali manj posrečenimi približki (navideznim) idealom. Trditev, da je zevajoča praznina zdravstvene blagajne predvsem ali celo izključno »evolucijske narave« - posledica (pre)hitrega razvoja znanosti in tehnike ter možnosti, ki jih ponuja prebivalstvu na razviti zahodni polobli ne zdržijo resne strokovne kritike. Ne glede na velike ambicije in visoka pričakovanja snovalcev, načrtovalcev, oblikovalcev in izvajalcev, strokovnjaki ugotavljajo, da večina zdravstvenih reform ni dosegla zelenega (pričakovanega) cilja. Pri neuspelem poskusu preoblikovanja zdravstvenega sektorja, ki naj bi oskrboval več kot 200 milijonov prebivalcev nove celine, se je kljub svojemu političnemu vplivu v minulem stoletju opekla celo Hillary Clinton. Vrsta poznavalcev in analitikov skupaj z legendarnim prvim finančnikom Alanom Greenspanom na čelu meni, da predvsem zato, ker na svojo stran ni uspela pridobiti stroke. Očitno ne zadostuje samo trdno zavezništvo s socialo. Po besedah Horsta Seehoferja, nekdanjega prvega moža nemškega zdravstva na zvezni ravni in danes tesnega sodelavca sedanje ministrice za zdravstvo Ulle Schmidt pri uvajanju in izvajanju najnovejših reformnih poskusov v Nemčiji, izhaja neuspeh pogosto že iz terminologije oziroma je povezan s samim izrazom »reforma«. Zahvaljujoč dosedanjim izkušnjam z vseh kontinentov, reforma namreč običajno predstavlja sinonim za napore, zahtevne spremembe in relativno nagle, časovno determinirane, korenite preobrate, povezane s krčenjem, črtanjem, odpovedovanjem, zmanjševanjem, odrekanjem, zniževanjem, odvzemanjem in ukinjanjem. Z nepriljubljeno revizijo, racionalizacijo, reorganizacijo in restrikcijo materialne plati ponudbe (pravic in opcij) ter s poostreno kontrolo, višjimi stroški, napornejšim življenjem in delovanjem. Vse to velja tudi (in predvsem) za zdravstvo. Država ne načrtuje, snuje in uvaja reforme v času blaginje, ko »stvari tečejo kot po maslu in posli cvetijo na vsakem koraku«. Take stopnje dejavnosti večina vlad 21. stoletja še ni sposobna oziroma pripravljena uresničiti, zato se za pospešene spremembe odločajo, ko so v težavah in ko sistem že poka po ključnih šivih ter glavni stebri grozijo, da se bodo zrušili. Za spremembe se odločijo tudi takrat, ko se hočejo za vsako ceno rešiti iz zagate in so se pri tem, bolj kot na lastne sile (svoje strokovne sposobnosti in potenciale), običajno pripravljani in odločeni opreti predvsem na uporabnike in izvajalce, ponudnike (ki nimajo veliko izbire – če hočejo še naprej živeti in delati v domovini, se morajo z novostmi prej ali slej tudi, vsaj navidezno sprijazniti).

Prav v omenjenem dejstvu navideznega sprijaznenja tiči prva past. Uspešna so namreč lahko le reformna prizadevanja, ki jih ciljna skupina prebivalcev sprejme, osvoji in posvoji (se z njimi identificira ali vsaj sprijazni brez prevelikega negodovanja), so zasnovana in predstavljena tako, da jih ljudstvo lahko resnično smatra za svoje ter se identificira z

idejo, vizijo, načrtom, ukrepi, zahtevami predlagatelja in se odloči, da bo storilo vse, kar je v njegovi moči, da bo stvar uspela in zaživela v praksi. Prebivalstvo, na katerega reformatorji računajo in kateremu je namenjena, mora biti z vsebino, cilji in namenom reforme seznanjeno primerno podrobno in obširno, na strokovno neoporečen, hkrati pa tudi dovolj jasen način. Le tako bo v izkoristku reforme ciljna skupina prebivalcev lahko zaznala (vsaj kanček) odličnosti in kakovosti, zahvaljujoč kateri se bo v pričakovanju skorajšnje dodane vrednosti, ki bo obogatila njihovo življenje in delovanje, pripravljena ne le formalno sprijazniti z reformnimi prizadevanji, temveč tudi zavestno in odločno podpreti ter dejavno sodelovati pri uresničevanju zastavljenih ciljev. Koncept in bistvo reforme morata biti usklajena s (političnimi) pričakovanji in preferencami volivk in volivcev (ki so hkrati tudi izvajalci, uporabniki in financerji zdravstva v določeni državi).

Druga past reforme, ki je (praviloma) prav tako pogubna kot prva, tiči v superiornem odnosu »reformatorjev« do stroke oziroma relevantnega strokovnega področja. Odrivanje, omalovaževanje ali celo negiranje in zatiranje stroke, ki bi morala biti glavna sodelavka, partnerica, soustvarjalka in nepogrešljiva sopotnica reformnih prizadevanj od vsega začetka. Absolutizma je že davno konec. Najbolje s obnesejo, zaživijo in uveljavijo reforme, v katerih je stroka kot ključni element dejavno prisotna od samega začetka (spočetje ideje o reformi) do konca (učinkovito izvajanje reforme in žetev sadov uspešnih kompleksnih medresorskih dejavnosti). Dejavna prisotnost v tem primeru nikakor ne pomeni le zadovoljnega kimanja ob dopisih »z vrha«, strinjanja z ultimativnimi predpisi in zahtevami reformatorja ex cathedra ter ploskanja na predstavivih dokumentov z reformnimi postavkami, temveč tudi in predvsem možnost enakopravnega sodelovanja in odločanja, vključno s pravico brezkompromisnega in dokončnega veta, ne da bi se morala zato kasneje »posuti s pepelom« in nositi posledice – politiki polagati račune in »plačevati reparacije«. Suverena stroka se v demokratičnih državah ni (več) pripravljena sprijazniti z monopolom države nad resorjem, kateremu pripada (Liberalisti poudarjajo, da se država obnaša kot monopolist vsakokrat, ko skuša zadeve urejati s samovoljnimi posegi na določeno področje, ki bi ga morala z roko v roki obvladovati stroka in trg. O zlorabi monopola naj bi v tovrstnih primerih pričala predvsem cena, razširjenost, dostopnost, enakost in kakovost storitev.). Četverico vzvodov, ki po prepričanju strokovnjaka in poznavalca razmer dr. Bogomirja Kovača, govorijo proti politizaciji ekonomije, je mogoče aplicirati tudi na področje zdravstva. Po ocenah strokovnjakov predstavlja prstovoljno, ustvarjalno partnerstvo stroke *conditio sine qua non* slehernega uspešnega reformnega prizadevanja. Prisotnost in pristojnosti, ki si jih mora stroka zagotoviti (izsiliti) s »socialnimi manevri« (zahteve po večjih privilegijih in bonitetah oziroma specialnem statusu, stavka ipd.), predstavljajo pirovo zmago, ki se kot bumerang vrne v naročje zagovornikov političnega ekskluzivizma. V primeru, da stroka iz objektivnih razlogov ni pripravljena sodelovati pri kreiranju reforme in osvojiti njenih ciljev, mora njen pobudnik resno razmisliti, ali je sploh primerno vztrajati pri izbranem konceptu, obenem pa vzeti pod drobnogled tudi svojo vlogo v tem kontekstu, se podati v Canoso in razmisliti o relevantnosti svojega vztrajanja na položaju, ki ga zaseda. Reformator, ki nima podpore stroke, se lahko kmalu izkaže za politično marioneto, hkrati pa lahko s

svojo omnipotentnostjo in samozadostnostjo resno ogrozi primerjalne in konkurenčne prednosti izbrane stroke (zdravstvo).

Tretja past reforme se skriva v soliranju. Ključna osebnost reforme se želi s svojimi reformnimi prizadevanji na vsak način vpisati v anale sodobne zgodovine in to čim prej, zlasti če ni povsem prepričana v končni izkoristek svoje dejavnosti, ki naj bi vodila v učinkovito in uspešno transformacijo. Bolj ko je vsebina reform nedorečena in netransparentna oziroma »rezultati visijo v zraku«, izid pa ostaja negotov (morda celo vprašljiv), pomembnejše se ključnim akterjem zdijo igralske spretnosti in »PR glamour«, ki spremljajo nastope pristojnih. Javnost praviloma ve, da je in mora biti v ozadju uspešnih reformnih projektov primerno močna in zanesljiva ekipa, ki je vredna strokovnega zaupanja in človeškega spoštovanja. Zato lahko poudarjanje lastnega jaza po nepotrebem deluje zaviralno kot neustrezna popotnica. Reformo ustvarja skupina (ena ali več), ki je namenjena bolj ali manj številčnemu prebivalstvu, zato naj ednina odstopi prostor množini, ki simbolizira verodostojnost in objektivnost ter vzbuja zaupanje.

Preveliko politiziranje zadeve se rado izkaže za škodljivo in nevarno (četrti past), zlasti v zdravstvu in šolstvu ter tudi na ostalih »nepolitičnih« področjih. Racionalno navdahnjeno prebivalstvo zdravja ne enači in ne povezuje s politiko. Tudi pri nas ga ne smatra več za pristojnost države (ki je na tem področju v preteklem stoletju s svojo socialno poanto igrala pomembno vlogo), čeprav se zavedajo, da kot tiha spremljevalka stoji v ozadju slehernega družbenega dogajanja. Predvsem zato, da v razmerjih

med vsemi tremi stranicami zdravstvenega trikotnika preprečuje zakonsko – normativni nered, formalno-pravne pomisleke in nepotrebna sistemska nasprotja. Z uporabniki se na tem področju gotovo močno strinjajo tudi izvajalci zdravstvenega varstva, ki se v isti sapi zavedajo, da politiko in državo potrebujejo na različnih ravneh, med drugim tudi zato, da skrbi za spoštovanje socialnega sporazuma, splošne kolektivne pogodbe za negospodarstvo, panožnih sporazumov in številnih drugih aktov, ki jim omogoča dostojno delo in življenje.

Nevarno je centraliziranje (zdravstvene) oblasti, predvsem z dodatnimi administrativnimi ukrepi ter s pospešenim zaposlovanjem birokratov in varovancev, ki izvajalcem (stroki), uporabnikom (bolnikom) in tudi financerjem (zavarovalnicam) nalaga dodatna administrativna bremena in jim postavlja nepotrebne birokratske ovire. Edmund Burke, britanski politik in teoretik, je že v 18. stoletju svaril pred pretiranim zategovanjem političnih vajeti in nepremišljeni krepitvi oblasti – močnejša ko je oblast, nevarnejša je njena zloraba (prevelike pristojnosti pogosto vodijo v skušnjava, da bi jih izkoristili v neprimerne ali celo škodljive namene). V odnose med stroko in njenimi resornimi političnimi predstavniki se naselijo nezaupanje, odpor, strah in nestrpnost, nujno potrebno soglasje in vsaj navidezno slogo pa skušajo doseči na ramenih uporabnikov, katerih se (upravičeno) začenjajo lotevati pomisleki in malodušje. Tovrstni scenarij, ki predstavlja naslednjo, peto past, zanesljivo vodi v neslaven propad in neizogiben konec načrtovane reforme.

Škodljivo je pretirano povečevanje tujih izkušenj, nepremišljeno



prevzemanje tujih modelov, priseganje na tuje vzorce, presajanje tujih zamisli, prepisovanje tujih strategij, preprosto posnemanje in slepo zaupanje oziroma prekomerna navezanost na »kvazi strokovnjake« in predstavnike najrazličnejših birokratskih organizacij, ki prosperirajo, obstajajo in (vsaj navidez) tudi uspevajo zaradi lahkovernosti sistemov in držav v težavah. Uspešni snovalci in izvajalci (menedžerji) reform vedo, da se inovacija in invencija obneseta bolje od imitacije oziroma da je originalno inovativno posnemanje lahko koristno le, če je prirejeno in usklajeno z razmerami v domačem okolju. Uspeh reforme je namreč tesno povezan z ustreznim institucionalnim okoljem, ki ga je treba zagotoviti že pred začetkom ali vsaj v prvih fazah reformnih prizadevanj. Reformatorji, ki pričakujejo, da bodo z briljantno vsebine svoje reformne dejavnosti post festum in tik pred zdajci zlahka pridobili strokovno in ostalo javnost, so običajno razočarani.

Tudi nepremišljeno novačenje tujih kadrov (v stilu modrosti, da nihče ni prerok v svoji domovini) – svetovalcev, pomočnikov, nadzornikov in strokovnjakov, ki se preživljajo s tem, da zahvaljujoč svoji »mednarodni reputaciji« potujejo po svetu in ad hoc urejejo zadeve danes v Aziji, jutri v Afriki in pojutrišnjem na Balkanu. O njih je globalni menedžer 20. stoletja in oče ene najbolj uspešnih multinacionalk v svetovnem merilu, Jack Welch, pomenljivo izjavil, da so mojstri za tratenje časa in zapravljanje denarja – vendar ne lastnega, ampak tujega... Razumljivo je, da bi, če bi dejansko tako dobro obvladali globalne razmere in imeli v rokavu splošno veljavni rečeš za izhod iz krize, ne bi več do onemoglosti »letali« iz države in državo ter s prenapolnjeno aktovko prosojnici, skript in priročnikov iskali svoj prostor pod soncem. Namesto njih je smiselno poiskati najboljše domače strokovnjake (po možnosti generaliste, interdisciplinarce) z bogatim znanjem, dobrimi idejami in izkušnjami, ki segajo preko meja domovine, ter jih navdušiti za sodelovanje in jih za kakovostno profesionalno delo tudi dobro plačati. Prostovoljno, ljubiteljsko delo je lahko dobrodošla dopolnitev in obogatitev, nikakor pa ne glavni temelj reformnih prizadevanj na katerem koli področju.

Še nekoga je potrebno nujno vključiti v krog nepogrešljivih sodelavcev, in sicer medije (strokovne in splošne). Ti lahko z minimalnimi stroški in investicijami pripomorejo do optimalnega, če ne celo maksimalnega učinka dejavnosti in tako močno pripomorejo k uspehu reforme. Značilno za uspešne vodje (reformne menedžerje) je, da v svojo ekipo pritegnejo in v njej tudi zadržijo strokovnjake, ki so večji komunikacije (pisne in verbalne) z javnostjo in so jim mediji naklonjeni oziroma imajo z njimi spodbudne izkušnje.

Reforma lahko pokoplje tudi nerealni, preveč »visokoteleči« in neuresničljivi cilji ali pa neobetavni netransparentni, nedoločeni in nedorečeni cilji. Nespodbudni so tudi preveč oddaljeni smotri, ki zahtevajo dolgotrajno prizadevanje (racionalizacijo, odrekanje, odpovedovanje) in ne zbujejo realnega upanja v skorajšnje pozitivne rezultate. Ključ

do uspeha reforme je v kakovostni spremembi razmišljanja, ravnanja (vedenja) in vodenja vseh treh elementov zdravstvenega trikotnika (stroka oziroma izvajalci – uporabniki oziroma bolniki in financer oziroma zavarovalnica ter njeni partnerji). Med njimi naj bi namesto brezobzirnega tekmovanja vladala prava mera tekmovalnega sodelovanja (koopeticija).

Za infaustno se lahko izkaže tudi neustrezna organizacija in koordinacija (neprimerni menedžment, brez prave strategije in taktike) ne le ključnih, temveč vseh (tudi na videz nepomembnih) elementov in podrobnosti reforme. Zdravstvene inštitucije naj bi problem svoje (finančne, poslovne) učinkovitosti povezovala in reševale z maksimalno strokovnostjo, visoko stopnjo socialne odgovornosti in večjo ekološko naravnostjo. Pri tem p(ostaja) vse bolj relevantno prepričanje ekonomskih strokovnjakov, da morajo v prizadevanjih za uspeh (reforme v konkretnem primeru) vsi akterji sprejeti svoje naloge, obveznosti, pristojnosti in odgovornost. Strokovnjaki (zdravniki in zdravstveni delavci) za razvoj in kakovost stroke, menedžerji v zdravstvenih institucijah oziroma v zdravstvu nasploh in v spremljajočih dejavnostih za razvojne strategije, nadzorni sveti za presojo oziroma evalvacijo uprav, lastniki pa za prave, kompetentne, lojalne, zaupanja in spoštovanja vredne nadzornike. V kolikor bo vsak izmed njih in vsi skupaj dobro opravili svoje naloge, bo neposreden vpliv politike na konkretnem (strokovnem) področju manjši in manj usoden, obenem pa bodo vsi trije ključni členi zdravstvenega trikotnika večji nadzor in strožje predpise (skromnejše pravice, privilegije in bonitete) hitreje in lažje sprejeli kot del skupne volje, povezane z zavestno, prostovoljno določitvijo za »pot naprej in navzgor« in jih ne bodo smatrali predvsem (izključno) za administrativno oviro in birokratsko navlako. Pri tem je potrebno poudariti, da sodijo zaupanje, lojalnost, odgovornost, smotrnost in preglednost med ključne elemente, nepogrešljive za izvedbo in uspeh sleherne reforme. V primeru, da se cilji reforme izkažejo za nekredibilne, ali se v ozadju reformnih prizadevanj pojavi utemeljen sum na nezdravi karierizem in željo po oblasti, korupcijo in netransparentne, nečiste posle, lahko po Kovačevem prepričanju najboljše zdravilo zagotovita javnost in skupna skrb za pravo (dovolj močno in odločno) moralno metlo, ki je sposobna in pripravljena pomesti s sumljivimi ukrepi in odločitvami. Pri tem pa njej ob bok stopa tudi brezkompromisno »sodno obglavljenje nepridipravov«. Na pragu 21. stoletja se v reformnih prizadevanjih srečujejo, stikajo in prepletajo stroka, posel in politika. Njihova vloga, pomen in teža se od koraka do koraka in od faze do faze spreminja. Vendar je v primeru zdravstvene reforme edina medicinska (zdravstvena) stroka tista, ki ima pravico do trajnega primata. Pri čemer je pomembno, da zna biti dovolj pragmatična in samokritična ter je v odločilnem trenutku pripravljena in sposobna prisluhniti tako gospodarstvu kot tudi politiki, hkrati pa upoštevati voljo ljudstva. ■

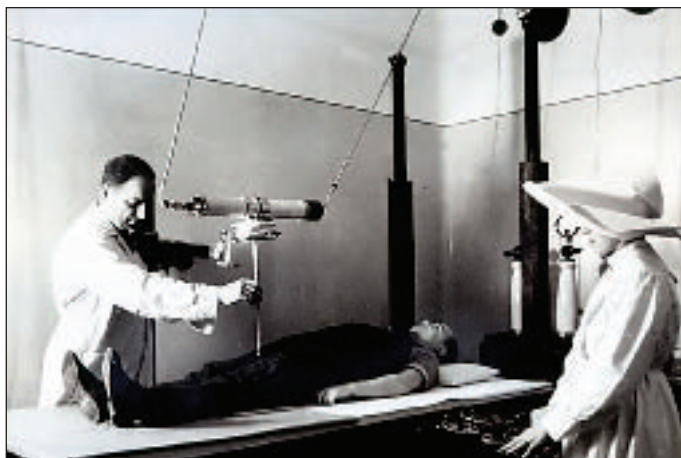


Zgodovina Kliničnega inštituta za radiologijo v Ljubljani ob njegovi 80-letnici (1923 – 2003)

Historia magistra vitae

Vladimir Jevtič

Leta 1895 je Röntgen odkril rentgenske žarke in že leta 1900 je prim. dr. Edo Šlajmer kupil prvi rentgenski aparat za ljubljansko splošno bolnišnico. Neverjeten dogodek, vreden premisleka tudi v današnjem času, ko smo na Inštitutu z osemletno zamudo za razvitimi evropskimi centri postavili prvi računalniški tomograf in z zamudo več kot dekade prvi magnetno-rezonančni tomograf v Sloveniji in ko še vedno nimamo popolno digitaliziranega oddelka z RIS-om (radiološki informacijski sistem) in PACS-om (sistem za shranjevanje in prenos digitalnih slikovnih informacij), kot ga imajo že dlje časa radiološki centri tudi južno od naše države.



Drugi rentgenski aparat v ljubljanski splošni bolnišnici

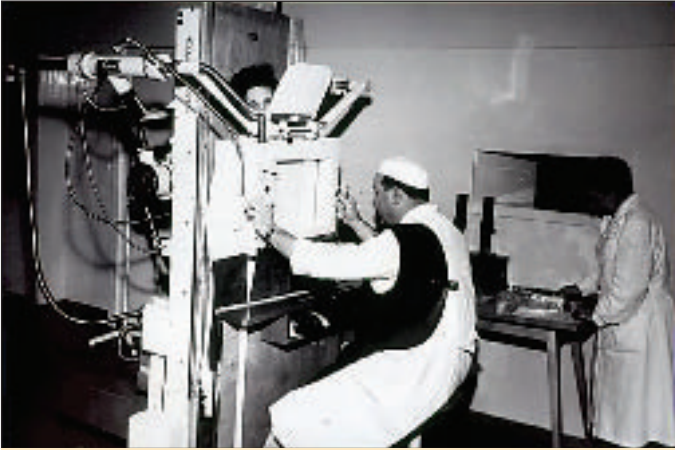
Prim. dr. Josip Pogačnik je šele leta 1920 kupil drugi rentgenski aparat za ljubljansko bolnišnico. Oba aparata sta stala v prostorih kirurškega oddelka – simboličen začetek sedaj že tradicionalno dobrega sodelovanja kirurgov in radiologov. V tem zgodnjem obdobju so kirurgi opravljali tudi delo rentgenologa in rentgenskega tehnika. Med prvo svetovno vojno se je zelo razširila uporaba žarkov X. Z novo pomembno diagnostično metodo so se na frontah seznanjali mnogi slovenski zdravniki. Na njihovo pobudo je prišlo do zahteve po ustanovitvi posebnega in samostojnega rentgenskega oddelka. Leta 1923 je bil ustanovljen Rentgenološki inštitut za Slovenijo in Istro. Že takrat so spoznali pomen rentgenologije za funkcioniranje celotne bolnišnice. Rentgenološki inštitut je postal osma samostojna enota ljubljanske bolnišnice. Danes je Klinični inštitut za radiologijo del nedefinirane skupine enot Kliničnega centra v Ljubljani brez stalnega zastopnika v Strokovnem svetu in brez glasovalne pravice v njem. Ustanovitelj Rentgenološkega inštituta in njegov prvi predstojnik,

prim. dr. Alojzij Kunst, prvi slovenski rentgenolog, je s tem leta 1923 položil temelje posebni medicinski vedi v Sloveniji – rentgenologiji. 28. člen takratnega pravilnika rentgenološkega inštituta je ubožnim bolnikom zagotavljal brezplačno rentgensko ambulantno pomoč. Gre za podatek, ki je morda zanimiv tudi danes, ko noben od kliničnih oddelkov v Kliničnem centru nima samostojnih pravnih aktov in ko je dostopnost radioloških preiskav tudi zdravstveno zavarovanih bolnikov vse manjša. Prim. dr. Alojzij Kunst, izjemna osebnost, je začetnik vsega, kar imamo danes v slovenski radiologiji. Leta 1921 je takratni Zdravstveni odsek ugotovil pomen rentgenologije za celotno klinično medicino in razpisal dveletno štipendijo za študij rentgenologije, ki jo je prejel prim. Kunst. Celoten specialistični staž je opravil na Dunaju, v takrat strokovno najbolj priznanem srednjeevropskem rentgenološkem inštitutu, ki ga je vodil eden od pionirjev rentgenologije prof. dr. Gvido Holzknrecht. Ob koncu specializacije je obiskal še nekaj tedaj vodilnih rentgenskih inštitutov v Berlinu, Hamburgu in Frankfurtu. To so podatki, ki vzbujajo spoštovanje do naših predhodnikov. Le-ti so spoznali pomen usmerjenega pošiljanja radiologov v vodilne svetovne radiološke centre in na ta način omogočili neposredni in hitri prenos najnovejših radioloških metod v slovenski prostor. Danes kljub eksplozivnemu razvoju radiologije, številnim novim metodam diagnosticiranja in zdravljenja, ki smo jih uvedli in ko so v veliki meri vplivali na izboljšanje rezultatov zdravljenja na skoraj vseh kliničnih oddelkih, Klinični center v zadnjem desetletju ni nikoli namenil posebnih sredstev za daljše usposabljanje radiologov v tujini. Po vrnitvi je prim. Kunst lastnoročno prestaval oba rentgenska aparata s kirurgije na novoustanovljeni inštitut. Pod njegovim vodstvom se je Inštitut za rentgenologijo uspešno strokovno razvijal vse do leta 1945. Kljub prekomerni obremenjenosti z rutinskim delom, stalnemu uvajanju novih metod rentgenske diagnostike in terapije je prim. Kunst objavljal tudi strokovne prispevke.

Leta 1926 je Okrožni urad za zavarovanje delavcev kupil lastni diagnostični, leta 1927 pa še terapevtski rentgenski aparat. To je bil tudi prvi transformatorski rentgenski aparat v Sloveniji. S tem je bil postavljen temelj današnjega Polikliničnega radiološkega oddelka Inštituta kot odraz potrebe po



Prim. dr. Alojzij Kunst, ustanovitelj Rentgenološkega inštituta in njegov prvi predstojnik leta 1923



Prim. dr. Rudolf del Cott leta 1935

ločitvi bolnišničnih in ambulantnih bolnikov. Danes, ko je ta potreba še večja in so čakalne dobe na ambulantne preiskave izredno dolge, nekateri zdravniki na kliniki menijo, da je radiološki oddelek na Polikliniki prevelik in predlagajo vselitev kliničnih oddelkov namesto, da bi nam pomagali pri zamenjavi dotrajanih aparatov z novimi in s tem pomagali lastnim bolnikom. Do leta 1929 ni bilo rentgenskih filmov. Bolnike so slikali na steklene rentgenske fotoplošče. Obrise pregledovalnih organov so risali na zaščitno steno zaslona, nato pa jih prerisovali na papir.

Za začetno obdobje Rentgenološkega inštituta je značilno združeno delo rentgenske diagnostike in terapije, skromne tehnološke možnosti, kljub slabim pogojem tudi nenehno uvajanje novih metod dela, naraščanje števila preiskav in delo s sestrami usmiljenkami.

Po začetni podpori razvoju Inštituta s strani zdravstvene administracije so se žal prav kmalu začeli pojavljati številni problemi, ki tudi danes onemogočajo normalen razvoj Inštituta. Prvi in najpomembnejši je nezmožnost spremljanja dinamičnega razvoja svetovne rentgenologije, kar pomeni sprotno uvajanje novih tehnologij. Vse do leta 1929 je Inštitut razpolagal samo s prvima dvema induktorskima aparaturnama, ki sta že zdavnaj zastareli. Kljub nenehnemu prizadevanju predstojnika



Prof. dr. Josip Hebein, prvi slovenski fakultetni učitelj rentgenologije



Prof. dr. Stanko Hernja med rentgensko presvetljava

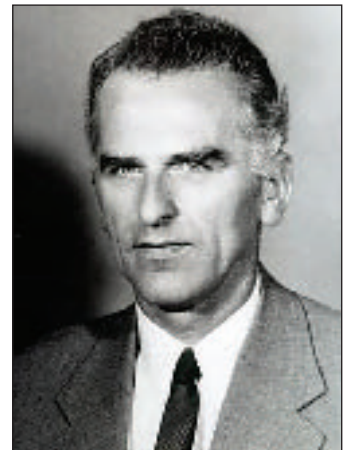


Člani kolektiva Rentgenološkega inštituta s predstojnikom prof. dr. Stankom Hernja leta 1961

prim. Kunsta za modernizacijo, sta bili novi Siemensovi aparaturi Polypfos, štiriventilni diagnostični aparat in Heliodor, polvalni terapijski aparat, kupljena šele leta 1929.

To so bili začetki enega temeljnih problemov Inštituta, ki se je ponavljal skozi vso zgodovino do danes, in sicer tehnološko zamujanje za razvitimi zahodnimi državami, ki je le v manjši meri odražala omejena finančna sredstva, v večjem delu pa je bila posledica omejenega razumevanja medicinske birokracije za ključni pomen radiologije za razvoj in normalno delovanje preostalih kliničnih strok.

Drugi spremljajoč problem radiologije je pomanjkanje strokovnega kadra, predvsem radiologov, ki je prisoten že od samega začetka slovenske radiologije. Leta 1924 je število bolnikov naraslo na 6.384, zato je takratni Zdravstveni odsek za Slovenijo odobril zaposlitev novega zdravnika. Tega leta je pričel specializirati iz rentgenologije dr. Josip Hebein, drugi slovenski rentgenolog, ki je poleg prim. Kunsta najzaslužnejši za razvoj Inštituta in celotne slovenske radiologije. Leta 1926 je pridobil naziv specialista rentgenologa. Od tega leta naprej je prim. Kunst opravljal rentgensko terapijo, dr. Hebein pa predvsem diagnostiko. Nakazuje se bodoča razdelitev diagnostične radiologije in radioterapije. Na nadaljnjo strokovno rast Inštituta je pomembno vplivalo šestmesečno strokovno izpopolnjevanje dr. Hebeina, ki mu ga je leta 1928 odobril Zdravstveni odsek. Večino časa se je izpopolnjeval na Dunaju, nekaj časa pa tudi v Pragi in Berlinu. V Ljubljano je prenesel vrsto novih preiskovalnih metod, ki so sovpadale z nakupom sodobnega Siemensovega diagnostičnega aparata Polyphos. Opustili so slikanje na steklene plošče, medtem ko je bila diaskopija pljuč, srca in prebavnega trakta dopolnjena s slikanjem. Uvedene so bile številne nove preiskave: peroralna in intervenska holecistografija, intravenska pielografija, bronhografija, fistulografija, mielografija, histerosalpingografija in ventrikulografija.



Prof. dr. Jože Stropnik leta 1963

Število bolnikov je še vedno naraščalo. Leta 1935 jih je bilo 13.964, kar je pomenilo veliko obremenitev za oba rentgenologa, zato je bil tega leta sprejet na Inštitut tretji slovenski rentgenolog dr. Rudolf del Cott (pozneje primarij). Velika obremenitev radiologov je še ena od stalnic razvoja, zaradi katere je bila sicer inovativna in bogata stroka pogosto manj atraktivna, oteževala pa je tudi pedagoško in raziskovalno delo.

Leta 1940 je bil na takrat še nepopolni ljubljanski Medicinski fakulteti uveden obvezni predmet splošna medicinska rentgenologija in radioterapija. Za honorarnega predavatelja je bil imenovan prim. dr. J. Hebein. S tem je Inštitut za rentgenologijo postal učna baza in osrednja slovenska radiološka ustanova. Leta 1945 je z ustanovitvijo popolne Medicinske fakultete v Ljubljani prof. dr. Josip Hebein postal prvi slovenski učitelj rentgenologije. Istega leta se je Splošna bolnica preimenovala v Klinično bolnico. Sledila je administrativna združitev Rentgenskega inštituta in Zavoda za zdravljenje in raziskavo novotvorb (ki je bil ustanovljen leta 1938) v Rentgenski in Radiološki zavod kliničnih bolnic. Za njegovega predstojnika je bil imenovan prof. dr. J. Hebein. Na predlog prof. dr. J. Hebeina, ki je dobro poznal svetovne trende, je že leta 1946 prišlo do ponovne združitve obeh ustanov v dve samostojni enoti Rentgenološki zavod in Onkološki zavod. Prišlo je torej do ločitve onkologije iz sestave današnjega Inštituta (zadnja "enota" terapija je bila leta 1959 preseljena na Onkološki inštitut). Vse do leta 1946, torej polnih 15 let, ni bil kupljen noben nov rentgenski aparat. Žalostno dejstvo, ki smo mu do danes tudi vse prepogosto priče. UNRRA je podarila štiriventilni diagnostični Philipsov rentgenski aparat in kimograf. Prvi zobni rentgenski aparat na Inštitutu je bil sestavljen iz dveh starejših aparatov.

Število preiskovancev je po vojni nenehno naraščalo, zato se je kmalu pokazala potreba po novih sodelavcih. Po odhodu sester usmiljenk leta 1946 je kot edina civilna rentgenska pomočnica na inštitutu ostala gospa Hilda Matjašič Naglič, ki je postala dolgoletni vodja rentgenskih tehnikov na Inštitutu. Leta 1948 sta prišla na Inštitut dr. Zlatan Stare in dr. Stanko Hernja. Leta 1950 se je na Inštitutu zaposlila dr. Mira Vurnik (pozneje profesorica), leta 1953 dr. Jože Stropnik (pozneje profesor), leta 1954 dr. Vinko Derganc in dr. Ludvik Tabor in leta 1957 dr. Miran Gabruč. Številni od njih so pozneje postali dolgoletni fakultetni učitelji.

Kmalu se je pokazala potreba po strokovno izobraženih rentgenskih pomočnicah, zato je prof. J. Hebein v letih 1949/50 organiziral prvi tečaj za rentgenske pomočnike, današnje radiološke inženirje. Leta 1951 je bila na njegovo pobudo ustanovljena Višja šola za rentgenske tehnike, katere direktor je bil vrsto let.

Prof. J. Hebein je leta 1950 ustanovil tudi Sekcijo za radiologijo pri Slovenskem zdravniškem društvu in bil njen prvi predsednik.

Med leti 1951 do 1953 so prenovili stari Inštitut in kupili štiriventilni rentgenski aparat Neoheliophos (Siemens). Organigram Inštituta so sestavljale štiri delovne enote: torakalna, abdominalna in skeletna diagnostika ter oddelek za terapijo. To so bili začetki poznejše delitve radiologije na posamezna subspecialna področja. Do leta 1960, ko se je upokojil prof. dr. Hebein, so nakupili še nekaj novih rentgenskih aparatov, med njimi tudi prvi šestpulzni aparat



Prof. dr. Ivo Obrez predstojnik Inštituta za radiologijo od leta 1974 do 1989

Maximus DLX (Philips).

Obdobje do leta 1960 lahko označimo kot obdobje dokončne ločitve diagnostike in radioterapije, postopne modernizacije opreme, uvajanja vrste novih preiskovalnih metod, kot obdobje zametkov subspecializacije in naraščanja števila radiologov. To je čas, ki sta ga kot izjemne osebnosti zaznamovala prim. dr. Alojzij Kunst in prof. dr. Josip Hebein.

Leta 1961 je bil na mesto predstojnika Inštituta in Katedre za rentgenologijo imenovan prof. dr. Stanko Hernja. Na nadaljnjo strokovno rast Inštituta in pouka iz rentgenologije so pomembno vplivali njegovi strokovni obiski skandinavskih radioloških inštitucij, v katerih so se takrat oblikovali centralizirani radiološki inštituti, ki so bili nujni predpogoj razvoja sodobne radiologije. To je bil že tretji predstojnik Inštituta, ki so ga poslali na daljše strokovne obiske v tujino. Oprema se je postopoma modernizirala. Odpirali so se novi oddelki v sestavi Inštituta, obstoječi pa so se združevali – radiološka služba se je postopoma centralizirala. Uvajanje novih diagnostičnih metod je hitro širilo spekter radioloških preiskav. Tja segajo tudi začetki sodobnega koncepta subspecializacije v radiologiji, ki se organizacijsko kažejo v ustanavljanju večjega števila različnih diagnostik. Radiologija je iz kabinetne vede vse bolj prehajala v klinično. Njeno sodelovanje z drugimi medicinskimi vejami se je poglobljalo. Radiološki inštitut postaja jedro, okrog katerega se zbirajo zdravniki na kliniki, kar je razvidno iz številnih rentgenološko-kliničnih seminarjev. Leta 1963 je bil ustanovljen dislocirani oddelek na Kirurški kliniki. Vodil ga je prof. dr. Jože Stropnik, ki je pomembno prispeval k strokovnemu razvoju nekaj diagnostik in tudi celotnega Inštituta. Leta 1965 je bil integriran ambulantni oddelek na Polikliniki. Leta 1970 je bil kot del Inštituta ustanovljen oddelek na Inštitutu za gerontologijo. Leta 1971 je bil združen oddelek v Bolnici dr. Petra Držaja. Leta 1972 je bila uvedena stalna radiološka dežurna služba. Neverjetno, ampak resnično šele leta 2002. Trideset let pozneje smo po dolgoletnih dokazovanjih prepričali administracijo, da je za normalno delovanje Kliničnega centra potrebno še eno dežurno mesto. Leta 1973 je bil kupljen prvi razvijalni avtomat 3M.

V letih 1967 do 1973 je sledilo izredno pomembno obdobje načrtovanja in izgradnje novega centralnega Inštituta. Pri oblikovanju sodobno zasnovanega Inštituta so prof. dr. Stanku Hernji največ pomagali prof. dr. Jože Stropnik, prof. dr. Ivo Obrez in prof. dr. Ludvik Tabor.

Leta 1973 se je z vselitvijo Inštituta v nove prostore končal dolgoletni proces centralizacije radiološke službe po zgledu sodobnih svetovnih centrov. S tem so bili postavljeni solidni temelji za nadaljnjo strokovno rast Inštituta. Istega leta je bilo pregledanih nekaj manj kot 100.000 bolnikov. Zaposleni so bili sto trije delavci. Na Inštitutu so bile postavljene številne nove rentgenske aparature, med njimi tudi dva 12-pulzna aparata.

Za vse omenjene pridobitve, predvsem za centralizacijo radiološke službe ter oblikovanje subspecializacij je v največji meri zaslužen prof. dr. Hernja. Naj omenim še enega njegovih izredno pomembnih dosežkov, in sicer so v njegovem obdobju habilitirani štirje fakultetni učitelji, kar je odraz njegovega odprtega značaja, ki je lastno potrditev doživljal tudi skozi spodbujanje strokovne rasti svojih kolegov.



Prof. dr. Stanko Hernja med rentgensko presvetlavo

Leta 1974 je bil na mesto predstojnika Inštituta imenovan prof. dr. Ivo Obrez, s katerim se je začelo obdobje intenzivnega strokovnega razvoja invazivne radiologije in mednarodne uveljavitve Inštituta. Večkratni obiski prof. dr. I. Obreza v tujini, zlasti v nekaterih svetovno znanih centrih v ZDA, so prinesli Inštitutu uvajanje vrste novih radioloških metod, predvsem na področju invazivne diagnostike in zdravljenja. Ustvarjen je bil temelj za začetek razvoja popolnoma novega področja – intervencijske radiologije. Prof. dr. I. Obrez je eden od pionirjev tega pomembnega dela radiologije, ki je radiologa od diagnostika ponovno spremenil v terapevta. Bogati strokovni stiki s tujino in mednarodni sloves prof. dr.



Gradnja prizidka Inštituta za radiologijo leta 1993. V njem sta sedaj nameščena dva magnetnoresonančna tomografa in nov multidetektorski računalniški tomograf

I. Obreza so razvidni iz njegove obsežne bibliografije, vrste priznanj in odlikovanj, ki jih je prejel za svoje delo. Procesi integracije in razširitve Inštituta so se nadaljevali. Leta 1976 je bil ustanovljen rentgenološki oddelek na Gastroenterološki interni kliniki in leto 1977 je prineslo pomembno pridobitev, saj je bil ustanovljen in opremljen oddelek v Centralnem urgentnem bloku.

Med tehnološko najpomembnejšimi pridobitvami tega obdobja sodita Siemensov računalniški tomograf (RT) Somatom 2 (1980) in Toshiba ultrazvočni (UZ) aparat (1981). Žal se je še enkrat pokazala nemoč stroke, da prepriča administracijo o pomenu novih tehnologij, saj smo z namestitvijo aparature RT za razvitim svetom zamudili osem let, nekaj let pa tudi za centri sosednjih republik. S tem se je na Inštitutu pričel razvoj pomembnega segmenta sodobne radiologije, in sicer pohod digitalnih slikovnih tehnik in uvajanje različnih novih radioloških preiskav in posegov. Hkrati z uvajanjem novih tehnologij je nenehno naraščalo tudi število bolnikov. Leta 1983 je bil Inštitut primerljiv s svetovnimi centri. Bil je kompleksen sistem z enaindvajsetimi oddelki in dejavnostmi ter je zaposloval 32 zdravnikov in 70 višjih rentgenskih tehnikov. Leta 1986 je bil kupljen prvi aparat za digitalno subtrakcijsko angiografijo (DSA) (Siemens), pomembna tehnološka pridobitev Inštituta, ki je omogočil razmah intervencijske radiologije. Aparat po sedemnajstih letih še vedno uporabljamo. Leta 1989 je bilo na Inštitutu 172 zaposlenih, od tega 36 zdravnikov in 73 višjih rentgenskih tehnikov, število, ki smo ga presegle šele leta 1995.

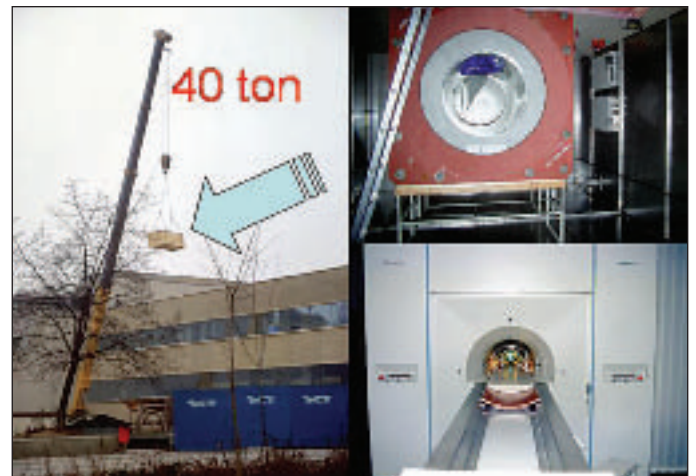
Za obdobje od leta 1974 do 1989 je značilno ponovno uvajanje zdravljenja bolnikov, sedaj s pomočjo posegov intervencijske radiologije, začetno uvajanje digitalnih tehnologij, predvsem RT in UZ, uvajanje vrste novih radioloških metod, nadaljnje širjenje radiološke dejavnosti in strokovna mednarodna uveljavitev Inštituta. Leta 1989 nas je prežgodaj zapustil prof. Ivo Obrez, ki se ga spominjamo kot inovativnega učitelja, odličnega predavatelja, svetovljana s številnimi prijatelji med takrat vodilnimi evropskimi in ameriški radiologi.

Po upokojitvi prof. dr. S. Hernje je postal dolgoletni predstojnik Katedre za radiologijo prof. dr. Ludvik Tabor, dr. med., vrhunski skeletni radiolog.

Inštitut za rentgenologijo se je leta 1989 preimenoval v Inštitut za diagnostično in intervencijsko radiologijo, zato da bi novo ime čim bolj

poudarilo dve temeljni dejavnosti: diagnostiko in terapijo. Radiologija je med vsemi vejami klinične medicine najbolj povezana s tehnološkim razvojem, zato je v zadnjih treh desetletjih doživela najhitrejši razvoj. Stopati v korak s tako dinamiko razvoja pomeni, da je potrebno sproti uvajati v prakso nove tehnološke dosežke. Tem zahtevam pa v zadnjih desetletjih v slovenski medicini žal niso sledili. Največji problem v letu 1989 je bila tehnološka zastarelost rentgenskih aparatov. Približno 85 odstotkov konvencionalne radiološke opreme je bilo v uporabi povprečno od 17 in 20 let. Stara in neustrezna oprema je onemogočala kakovostno diagnostično delo, razen tega pa ni bila več ustrezna tudi zaščitnost preiskovancev in osebja. Po dolgotrajnem dokazovanju, da se Inštitut nahaja pred tehnološkim razpadom, so bila končno zagotovljena potrebna sredstva za modernizacijo Inštituta. Opisan način obnove radiološke opreme, ki ga bom imenoval "kataklizmatični" model je tudi ena od stalnic v zgodovini razvoja Inštituta. Praviloma je šele popolna tehnološka in tehnična zastarelost opreme, ki je onemogočala delo z bolniki v celotni bolnici pri odgovornih in zdravstvenih administraciji, sprožila proces nakupa novih aparatov. Žal tudi danes, tik pred vstopom v Evropsko unijo, še vedno nimamo sprejetih normativov za obnovo t. i. "velike" radiološke opreme, ki je strateškega pomena za funkcioniranje celotnega zdravstvenega sistema.

Sledilo je težavno oblikovanje tako imenovanega "paketa" radiološke opreme. Strokovni kolegij Inštituta se je odločil za svetovno priznani firmi Siemens in Philips, ki sta skozi celotno zgodovino zagotavljali Inštitutu večino opreme. V zvezi z omenjenim nakupom je potrebno poudariti, da je bil to zadnji nakup opreme, pri kateri je imela odločujočo besedo stroka! Pri vseh nakupih, ki so sledili pozneje, je izbira tudi tehnološko najbolj zahtevnih aparatov v edini univerzitetni ustanovi v državi bila rezultat dolgotrajnega birokratskega postopka, v katerem je bila najnižja cena skoraj izključni element odločanja. Zanimivo je tudi dejstvo, da smo leta 1993, šele na večkratno zahtevo strokovnega kolegija Inštituta, dosegli javni razpis za nakup opreme, ki je bil prvi tovrstni razpis v povojnem času. Kupljenih je bilo 14 radioloških aparatov. Za namestitev nove opreme in dosledno centraliziranje radiološke službe je bilo potrebno zgraditi prizidek v prostorski povezavi z Inštitutom. V letu dni je bil dograjen novi del Inštituta z uporabno površino 700 m². Med novimi aparaturnami so bile najpomembnejše: magnetno-resonančni tomograf (MRT) – Magnetom 63 SP, 1.5 T (Siemens), prva naprava te vrste v Sloveniji, visoko zmogljiv računalniški tomograf Somatom Plus



Namestitev prvega magnetnoresonančnega tomografa v Sloveniji leta 1993



Zdravniki Inštituta za radiologijo leta 1993

(Siemens) in dva aparata za DSA (Philips) za potrebe intervencijske radiologije. Aparata za DSA (digitalna subtrakcijska angiografija) sta končno zagotovila normalne pogoje za nadaljnji razvoj invazivne radiologije na vseh organskih področjih, vključno z invazivno kardiologijo. Vse omenjene tehnologije, še zlasti MR tomograf, so bistveno vplivale na dvig kakovosti ne le diagnostike, vendar tudi zdravljenja na skoraj vseh klinikah v Kliničnem centru.

Z namestitvijo MRT, žal z desetletno zamudo ne le za razvito Evropo vendar tudi za nekaterimi balkanskimi državami, smo v Klinični center in v slovenski prostor končno uvedli eno od najpomembnejših radioloških tehnologij v zgodovini medicine. Z rutinskim diagnostičnim delom, kljub izredni tehnološki zahtevnosti, smo začeli v neverjetnih dveh mesecih. O bliskovitem tehnološkem razvoju radiologije priča tudi naslednji podatek. MR tomograf, ki smo ga kupili leta 1993, je tehtal 40 ton in nova aparatura, ki je postavljena od leta 2001 le šest ton.

Leta 1993 je bilo na Inštitutu organiziranih 24 oddelkov in dejavnosti, ki so opravile 323.888 radioloških storitev, od najpreprostejših rentgenskih slikanj do najbolj zapletenih intervencijskih posegov. Hkrati je število zaposlenih, zlasti radiologov, zaskrbljujoče upadlo in istega leta doseglo raven zaposlenosti iz leta 1978. Kljub argumentiranim prepričevanjem vodilnih smo se v naslednjih letih z izrednimi težavami le počasi bližali kadrovskemu normativu, primerljivim s sosednjimi državami. Še en dokaz nemoči stroke, da se v sedanjem togem centralističnem modelu vodenja slovenskih bolnišnic uveljavijo normalne pogoje za nemoteno delo.

Pred kratkim smo v beli knjigi z veseljem ugotovili, da so tudi tisti, ki so nam leta preprečevali nove zaposlitve, sami končno zapisali, da je radiologija v Sloveniji kadrovska deficitarna stroka.

Leta 1993 se je Inštitut za diagnostično in intervencijsko radiologijo preimenoval v Inštitut za radiologijo. Po tehnološki prenovi Inštituta, uvajanje vrste novih metod diagnostike in zdravljenja, ter dobro organizirani radiološki dejavnosti v Kliničnem centru, smo bili prepričani, da ni več razlogov, da z nazivom inštitucije kogarkoli prepričujemo, kaj sodi v dejavnost sodobne centralnoevropske univerzitetne radiološke inštitucije. Prepričanje, ki se je žal pokazalo za napačno. Vse bolj se kažejo neutemeljeni apetiti različnih kliničnih strok, ki očitno nimajo kadrovskih problemov, kot jih ima radiologija po prevzemu najbolj atraktivnih delov radiološke diagnostike in zdravljenja. V odsotnosti utemeljenih strokovnih in ekonomskih argumentov, ubirajo politično vplivni zastopniki teh strok bolj prefinjene poti, ki naj bi jim v sedanjem birokratskem zdravstvenem labirintu zagotovili uresničitev cilja. Sem sodijo t. i. "dodatna znanja" v programu posameznih specializacij,

ki jih v državah Evropske unije ne poznajo: nakup lastnih radioloških aparatov, ki je v popolnem nasprotju s centralno urejeno radiološko službo v univerzitetnih evropskih bolnišnicah, megalomansko načrtovanje lastnih radioloških oddelkov z najdražjo opremo ob očitnem pomanjkanju sredstev tudi za obnovo najosnovnejše rentgenske opreme v Kliničnem centru in podobno.

Po zagotovitvi solidne tehnološke prenove Inštituta sledi obdobje intenzivnega strokovnega razvoja. V Klinični center in v slovensko medicino smo v zadnjem desetletju uvedli veliko število novih diagnostičnih metod in intervencijskih posegov, ki so bistveno vplivale na skoraj vse segmente klinične medicine. Naj omenim le nekatere med katerimi, ki so najpomembnejše: MR preiskave – od osnovnih slikovnih tehnik, MR angiografij brez in s kontrastnimi sredstvi, MR preiskave srca, zahtevnih morfoloških in funkcionalnih preiskav možganov in MR sprektorskopije, RT preiskave, ki jih omogočajo sodobni spiralni in nazadnje multidetektorski računalniški tomograf, vse do zahtevnih intervencijskih posegov kot so TIIPS, postavitev aortnih endoprotez, perkutana angioplastika karotidnega ožila in pred kratkim začetno endovaskularno zdravljenje intrakranialnih anevrizem.

Na Inštitutu v zadnjih desetih letih uspešno poteka generacijska zamenjava po upokojitvi večjega števila starejših radiologov. Na razpisih se je pokazal velik interes za delo na Inštitutu. Praviloma se je prijavljalo veliko število kandidatov, ki so imeli izredno visoko povprečje ocen ter pogosto že opravljen magistrski študij. Tako smo pridobili nov kakovosten kader, ki je uspešno nadaljeval delo predhodnikov in predstavlja najbolj pomembno osnovo nadaljnjega uspešnega razvoja Inštituta.

V sodelovanju s Katedro za radiologijo MF ter Združenjem radiologov Slovenije smo v skladu z navodili EAR-a (Evropsko združenje za radiologijo) ter UEMS-a (Evropsko združenje medicinskih specialistov) reorganizirali in posodobili specializacijo iz radiologije, ki sedaj poteka po petletnem programu. Strokovni napredek potrjujejo tudi naslednji podatki. Imenovan je bil redni in izredni profesor, še dva člana Katedre pa sta uspešno zagovarjala doktorat znanosti, enajst zdravnikov je pridobilo naziv magistra znanosti, večje število opravlja magistrski študij in imenovani so štirje novi primariji. Število rednih in habilitiranih asistentov se je zvišalo na devet. Intenzivna strokovna dejavnost Inštituta je tudi razvidna iz v povprečju 400 bibliografskih enot, ki jih objavljamo v obdobju štirih let. Le-ti presegajo zastavljene formalne pogoje in so bili osnova za pridobitev naziva Klinični inštitut za radiologijo leta 1995. Uspešno vključevanje Kliničnega inštituta za radiologijo v zahodnoevropski in svetovni radiološki prostor izpričuje veliko število organiziranih nacionalnih in internacionalnih strokovnih



Zdravniki Kliničnega inštituta za radiologijo leta 2003



Doc. dr. Božidar Voljč, minister za zdravje, z Upravo Kliničnega centra ob otvoritvi prvega magnetnoresonančnega tomografa leta 1993

srečanj z udeležbo svetovno priznanih tujih strokovnjakov. Omenjam le nekatere: tradicionalna letna mednarodna srečanja radiologov Alpe – Adria, dva radiološka kongresa radiologov Slovenije z mednarodno udeležbo, organizacija izobraževalnega programa Halley Project v sodelovanju z ECR-om (Evropski radiološki kongres) in EAR-om, organizacija kongresa ESSR (Evropsko združenje mišično – kostnih radiologov), ultrazvočna učna delavnica in mnogi drugi sestanki. Inštitut so v preteklih letih obiskali številni vabljeni predavatelji iz tujine, katerih večina predstavlja svetovni strokovni vrh na različnih področjih radiologije. Priznanje našim strokovnim dosežkom je tudi imenovanje prof. dr. Vladimira Jevtiča za predsednika ESSR leta 1998, za koordinatorja Radioloških združenj držav Centralne, Vzhodne in Južne Evrope leta 2002 ter za člana izvršilnega odbora ECR leta 2000 in nazadnje EAR leta 2002.

V obdobju od leta 1993 do 2003 se način zamenjave dotrajane radiološke opreme, s katerim se Inštitut sooča skozi celotno zgodovino, ponavlja, še vedno je "kataklizmatični" model osnova nakupa. Pri tem je pomen stroke postal le simboličen. Naloga strokovnega kolegija in predstojnika je le vsakoletna priprava načrta za nakup, ki ga iz leta v leto ponavljamo skoraj nespremenjenega. Vsakoletni načrt za nakup praviloma predstavlja le seznam strokovno argumentiranih predlogov radiologov, za katere pri administraciji večinoma ni posluha. Šele popolno prenehanje delovanja dotrajanih aparatov sproži začetek zapletenega in počasnega birokratskega postopka, ki z zamudo omogoči zamenjavo izpadlega aparata. Takih primerov je več, žal tudi pri nakupu aparatov, ki so strateškega pomena za celotni Klinični center. Na ta način smo leta 2001 zamenjali več kot 20 let stara rentgenska aparata v najbolj frekventnem radiološkem oddelku, v CUB-u. Ob tem je bilo delo celotne urgence izredno oteženo. Nove aparature, ki so v podobnih oddelkih sosednjih držav že dolgo časa digitalizirane, so zaradi omejenih sredstev pri nas konvencionalne. Med pomembnejše novejši nakupe sodita dva DSA, aparaturi za potrebe invazivne radiološke in kardiološke dejavnosti. Šele pogoste okvare obstoječih deset let starih DSA aparatov, na katerih je potekala celotna invazivna radiološka dejavnost Kliničnega centra, so bile zadosti tehten argument za nakup novih. Ko je prenehala delovati deset let star računalniški tomograf, smo ga pred kratkim nadomestili z novim sodobnim 16-rezinskim RT (kupljen po enem letu in pol), v katerem je bila v izredno neugodnih razmerah celotna urgentna dejavnost Kliničnega centra odvisna od enega samega osem

let starega RT aparata.

Med pomembne pridobitve sodi tudi nakup novega MRT I. 2001, katerega zaradi načina financiranja sedaj delimo z "raziskovalci" MF (neposrečena kombinacija, ki še vedno nima jasnega pravnega in finančnega okvira). Po dolgotrajnem in mučnem razpisu so se v desetčlanski komisiji za nakup, v kateri sem bil edini radiolog, izbrali aparaturo mimo utemeljenih argumentov strokovnega kolegija KIR, z razlago, da je ponujeni MR tomograf najcenejši. Še ena od značilnosti nakupnih postopkov zadnjega obdobja, pri katerih je praviloma cena aparatov v merilih ocenjevanja prinašala med 90 in 100 odstotki, kar pomeni, da so za terciarno ustanovo, kot je to KC oziroma KIR vedno kupljene le najcenejše aparature. Gre za način, ki ga ne poznajo v razvitih evropskih državah. Razen omenjenega je kupljene le nekaj radiološke opreme nižjega cenovnega razreda, kot so mobilni rentgenski aparati in UZ aparature.

Zato smo zopet v podobni situaciji kot leta 1989. Po desetih letih delovanja prvega MR tomografa v Sloveniji, ki je tehnično in tehnološko zastarel, morebitna resnejša okvara verjetno predstavlja konec njegovega delovanja, ker ne bo možno zagotoviti rezervnih delov. Ob sedanjih čakalnih dobah na ambulantne MR preiskave, ki presegajo eno leto in pol, bo prenehanje delovanja MR tomografa pomenilo dejansko katastrofo.

Opravljanje tudi najenostavnejših rentgenskih preiskav, kot so na primer slikanje skeleta, pljuč in srca, od katerih so odvisne vse klinične dejavnosti v KC, poteka na aparaturah, ki so stare več kot 20 let in jih je Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije že nekajkrat predlagal za odpis. Formalne priprave na razpis trajajo več kot leto dni. Zaradi omejenih sredstev bomo namesto sodobnih digitalnih kupili večinoma klasične rentgenske aparate.

Klinični inštitut za radiologijo je razdeljen v sedem organizacijskih enot, 17 oddelkov, tri službe in dve dejavnosti. Na leto opravimo nekaj manj kot 300.000 različnih diagnostičnih in interventnih radioloških posegov. Šele v zadnjih dveh letih smo dosegli zvišanje zaposlenih. Na KIR deluje 36 radiologov specialistov, pet specializantov, 101 višji radiološki inženir, 20 višjih medicinskih sester inštrumentark ter 36 drugih zaposlenih. Radiološka dejavnost poteka v centralnem delu Inštituta ter v dislociranih enotah. V začetku letošnjega leta je bila v centralni del Inštituta integrirana radiološka dejavnost dislociranega oddelka na Kliniki za žilne bolezni v Trnovem. Verjetno bo prišlo tudi do premestitve dejavnosti z radiološkega oddelka Ginekološke klinike.



Predsednik Republike Slovenije gospod Milan Kučan ob otvoritvi prvega spiralnega računalniškega tomografa leta 1996



Gospod Borut Pahor, predsednik Državnega zbora Republike Slovenije, ob otvoritvi prvega 16-rezinskega računalniškega tomografa leta 2003

Za obdobje od leta 1993 do 2003 je značilna prenova in razširitev Inštituta z uvajanjem povsem novih radioloških tehnologij, med katerimi je najpomembnejša MRT, MDCT (multidetektorski računalniški tomograf) ter sodobna DSA aparata. S tem je omogočeno uvajanje številnih novih metod diagnostike in intervencijskih posegov v Kliničnem centru ter v slovensko medicino. Uspešno je opravljena generacijska zamenjava s pridobitvijo kakovostnega kadra. Bistveno se je zvišalo število magistrrov, doktorjev znanosti, habilitiranih asistentov, primarijev. Program specializacije je harmoniziran z navodili EAR-a ter UEMS-a. Na KIR-u poteka intenzivna strokovna dejavnost in uspešno smo se vključili v zahodnoevropski radiološki prostor.

Dosežki, ki smo jih uresničili v preteklem desetletju, so velikanski. Le-te smo dosegli le s skupnimi napori vseh zaposlenih. Vsi člani kolektiva so velikokrat izkazali pogum, da se enotno in odločno zoperstavijo birokratskim odločitvam, ki so pogosto ogrožale normalno delovanje Inštituta. Uspehi so prav neverjetni, še posebej, če upoštevamo okoliščine, v katerih so nastali, in sicer kaotično stanje v slovenski medicini, preživel centralistični model vodenja velikih medicinskih centrov, ki so nam ga vsilili naši kolegi zdravniki in politiki, model, v katerem je prišlo do postopne izgube strokovne in ekonomske samostojnosti vseh kliničnih strok, vključno z radiologijo. Kot anekdoto naj omenim, da so nas kljub izkazanemu velikanskemu strokovnemu uspehu, "reformatorji" slovenskega zdravstva v Kliničnem centru že dvakrat organizacijsko vključevali v "servisne in pomožne" dejavnosti skupaj z Bolniško prehrano, prvič leta 1990 in drugič leta 1996. Obakrat je bil predlog povod za referendum, na katerem so se vsi zaposleni na KIR-u izrekli za začetek pravnega postopka za izločitev Inštituta iz Zavoda KC. Lahko samo ugibamo, kam nas bo v bližnji prihodnosti razvrstila domišljija slovenske medicinske politika. Zanimivo je, da so nam skozi zgodovino ob začetku delovanja pomembnih radioloških tehnologij s svojim obiskom posebno čast izkazali vrhunski politiki.

Historia magistra vitae. In kaj nas lahko nauči več kot 80-letna zgodovina Kliničnega inštituta za radiologijo? Prav neverjetna je podobnost problemov, s katerimi so se srečevali naši predhodniki s problemi, s katerimi se soočamo danes, in sicer pri poskusih, da bi zagotovili pogoje za normalno strokovno rast in delovanje Inštituta.

Temeljni problemi, iz katerih izhajajo vsi ostali, predstavljajo različne stopnje ekonomske in strokovne nesamostojnosti Inštituta, ki se stopnjujejo skozi njegovo celotno zgodovino. Centralistično birokratsko

odločanje o opremi in kadrih v radiologiji predstavljata stalnico vseh dosedanjih sistemov vodenja zdravstva. Radiologi so zato redko samostojno odločali o pravočasni namestitvi izrabljene in zastarele opreme. Zamujanje za tehnološko razvitemi državami je eden od stalno prisotnih in hkrati najresnejših problemov radiologije – tehnološko pogojene stroke, ki se razvija zelo dinamično. Zaskrbljujoče je dejstvo, da se v slovenski radiologiji stopnjuje zamujanje za razvitim svetom. Prim. dr. E. Šlajmer je kupil prvi rentgenski aparat samo pet let po odkritju žarkov X. Z nakupom prvega magnetno-resonančnega tomografa pa smo zamujali več kot deset let in tudi več kot deset let zamujamo za popolnoma digitaliziranim oddelkom. Amortizacija za drage radiološke aparature se ni nikoli zbirala namensko. Vselej je prihajalo do tega, da je šele skoraj popolni tehnološki razpad Inštituta prepričal vodilne v zdravstvu o nujnosti nakupa nove opreme. Tehnološka prenova nikoli ni potekala vzporedno z uvajanjem novih tehnoloških dosežkov v svetu, ampak v posameznih sunkih v obliki t. i. "paketov" in po različno dolgih obdobjih tehnološke stagnacije.

Enako pomemben problem je predstavljalo premajhno število radiologov, kar pomeni prekomerno obremenitev in izkoriščanje radiologov z rutinskim delom, pretirano obsevanje ter moteno pedagoško in raziskovalno delo na Inštitutu. Pomanjkanje primerljivih normativov z razvitimi državami, osnove, ki je ključnega pomena za razvoja stroke, do danes nikoli ni bilo. Slednji bi namreč jasno pokazali mesto, kamor dejansko sodimo. Glede na opremo sodimo med nerazvite države. Stopnja razvoja radiologije je tudi dober kazalec stopnje razvoja medicine v celoti. Če potegnemo nekaj vzporednic lahko ugotovimo, da v Sloveniji razpolagamo z enim magnetno-resonančnim tomografom na 400.000 prebivalcev, pri Avstrijcih pa imajo en tovrsten aparat na manj kot 80.000 prebivalcev. Če nadaljujemo s primerjavo, lahko ugotovimo, da imamo v Sloveniji v povprečju en RT aparat na 150.000 prebivalcev, medtem ko primerljivi standardi zahodnoevropskih držav predvidevajo en RT aparat na 70.000 prebivalcev. V popolni digitalizaciji oddelka zaostajamo tudi za posameznimi balkanskimi državami. Kljub dejstvu, da nas le nekaj mesecev loči od vstopa v Evropsko unijo, smo še zelo daleč od harmonizacije z navodili Evropske unije in UEMS-a.

Kako naprej? Leta 1993 sem ob takratni proslavi 70-letnice Inštituta žal natančno napovedal: "Pred nami je očitno še dolgo iskanje novih organizacijskih oblik v celotnem zdravstvu in le postopno in s težavami se bomo organizirali podobno, kot so organizirani primerljivi centri v Zahodni Evropi. Obdobje iskanja strategije razvoja celotnega zdravstva in velikih medicinskih centrov bo – tudi za radiologijo – obdobje nestabilnosti"

Več kot očitno je, da se slovensko zdravstvo in KC nahajata v krizi, ki ji v kratkem času ni videti rešitve. Eden od pomembnih vzrokov je nedvomno sedanji avtoritarni model vodenja medicinskih centrov s popolno izgubo strokovne in ekonomske samostojnosti strok. Kljub temu nam politiki s pomočjo naših lastnih kolegov napovedujejo spremembo statuta KC, v katerem bo uprava, ki jo postavlja politika, imenovala tudi predstojnike klinik, strokovni vrh slovenske medicine. Napovedane spremembe bodo sedanjo krizo le poglobile. Kljub črnemu scenariju sem optimist. Iz zgodovine Inštituta se lahko naučimo tudi naslednje. Politični sistemi so se skozi čas spreminjali in v vseh so se vrstili medicinski birokrati, ki so le redko z razumevanjem dejansko pomagali razvoju naše stroke. Inštitut in radiologija sta kljub težavam nadaljevala svojo uspešno pot. Tako bo tudi v prihodnje. Vendar enako kot v preteklosti, nič ne bo podarjeno.

Inštitutu bo zagotovila pogoje za nadaljnji razvoj le enotnost in strokovna nekompromisnost vseh članov kolektiva in njegovega vodstva, ki imamo srečo, da delamo v eni od najbolj vznemirljivih medicinskih strok 20. in 21. stoletja. ■

50-letnica Centra za izvenbolnišnično psihiatrijo

Dubravka Trampuž

Šestega januarja letos je minilo 50 let od ustanovitve psihohigienskega dispanzerja, ki se je kasneje preimenoval v Center za izvenbolnišnično psihiatrijo. V 50-ih letih izgradnje in razvoja psihiatrične in pedopsihiatrične ambulantne dejavnosti, ki se je po zaslugi prof. dr. Leva Milčinskega umestila med ostale medicinske stroke, tako po strokovnosti in kakovosti dela, kot tudi prostorsko, se je na Centru zamenjala kadrovska zasedba, tako da od prvih pionirjev ni več nihče polno zaposlen.

V zadnjih letih se je njegova struktura in strokovna usmeritev močno zamajala z odločitvijo več kolegov, da svojo profesionalno pot nadaljujejo v zasebnih psihiatričnih ambulantah. Bolezen in upokojitve sta zamajala temelje pedopsihiatrične službe. Izgube so se vrstile s tempom, ki ni dopuščal dovolj časa za njihovo ustrezno predelovanje. Kot strokovnjaki vemo, da kopičenje stresnih dogodkov v strnjem časovnem obdobju slabi telesne obrambe in sposobnosti človekovega duha ter pogojuje nastanek telesnih in duševnih težav, ki jih strokovna terminologija uvršča med prilagoditvene motnje. Razdražljivost, potrnost, črnogledost in nihilistične vizije so se naselili v Center in razrahljali mejo med tistimi, ki pomoč potrebujejo in tistimi, ki pomoč nudijo. Le dobra strokovna usposobljenost zaposlenih in kolegialni odnosi ter podpora vodstva in kolegov na drugih enotah Psihiatrične klinike so pripomogli k iskanju sistemske rešitve, ki je pomenila reorganizacijo dela na Centru, delno pa tudi na drugih enotah. Pomembna novost je bila preselitev 12-urne urgentne psihiatrične ambulante iz Centra, kjer je delovala od vsega začetka njegovega delovanja do konca leta 2003. Nova lokacija na Kliničnem oddelku za mentalno zdravje je vnesla tudi nekaj drugačnosti v načinu organizacije in evalvacije kakovosti dela. Zavedamo se, da izbrana rešitev ni bila prva na seznamu, je pa bila med tistimi, katerih izvedba ni bila soodvisna od drugih hierarhično višjih sistemov.

Z načrtovanimi spremembami v organizaciji dela so se začele tudi priprave na proslavo 50-letnice Centra, katero smo želeli obeležiti s strokovnim srečanjem, ki bo hkrati tudi priložnost za predstavitev dejavnosti tako tistih, ki že potekajo, kot tudi tistih, ki so v nastajanju. V želji, da proslavo popestrimo s pripravo in otvoritvijo razstave likovnih del umetnikov, ki so svoja dela ustvarjali v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah, smo vstop Centra v Abrahamova leta proslavili 12. in 13. februarja.

Prvi del slavnostne proslave je potekal v dvorani Krke in je bil namenjen pogledu v preteklost. Pri okrogli mizi z naslovom »Utrinki iz zgodovine psihiatričnega dispanzerja« so sodelovali kolegi in kolegice, ki so se pred mnogimi leti pridružili soustanoviteljema psihohigienskega dispanzerja, prof. dr. Levu Milčinskemu in prof. dr. Baziliji Pregelj. Dr. Marga Kocmur, direktorica Psihiatrične klinike Ljubljana, ki je kot predstojnica tudi sama sodelovala v dejavnostih Centra, je svoj pozdravni nagovor namenila besedi in delu prof. Milčinskega. Prebrala nam je prepis enega izmed zadnjih pogovorov s profesorjem, v katerem na sebi svojstven tih, miren in hkrati hudomušen način pripoveduje o začetkih dispanzerja. Prof. dr. Bazilija Pregelj se nam je opravičila in nam poslala pismo, ki smo ga prebrali. Pogrešali smo njeno zanimivo pripovedovanje, prepleteno z mnogimi zgodbami in anekdotami iz življenja in dela dispanzerja, kateremu smo vedno radi prisluhnili ob

raportih in preteklih srečanjih.

Prof. dr. Janko Kostnapfel, večletni predstojnik Katedre za psihiatrijo, ki je imela svoj sedež na Centru, je podal kratek, a hkrati vseobsegajoč pregled razvoja izvenbolnišnične psihiatrične dejavnosti od tako imenovanega »fužinskega obdobja«, ko je takratni psihohigienski ambulatorij 6. 1. 1954 začel delovati v montažni stanovanjski hišici v grajskem vrtu na Fužinah, pa do današnjih dni. Orisal nam je razvoj psihiatričnega in posvetovalnega dela v psihohigienskem ambulatoriju in nas z izseki iz zgodovine razvoja slovenske psihiatrije spomnil na bogato dediščino, ki so nam jo zapustili staroste slovenske psihiatrije. V burnem povojnem razvoju so zopet gradili in usmerjali njen razvoj zlasti prof. dr. Janez Kanoni, prof. dr. Marijan Borštnar in prim. dr. Bogomir Magajna.

Psihohigienski ambulatorij je leta 1966 dobil s preselitvijo v poslopje ljubljanske Poliklinike nove možnosti širitve svojih dejavnosti tako na področju zdravljenja zlasti tistih duševnih motenj in stisk, ki jih po domače poimenujemo nevrotične motnje, kot tudi na področju prevencije samomora ter razvoja konziliarne službe in povezovanja s somatskimi bolnišničnimi oddelki. Prof. Kostnapfel nas je spomnil na številne dejavnosti Centra na področju prevencije in zdravljenja duševnih stisk in težav pri otrocih in mladostnikih, ki so se z leti razvijale in so pod vodstvom prof. Pregeljeve prerasle v pedopsihiatrično službo. Sam pa je postavil temelje nadaljnjega razvoja gerontopsihiatrične službe. Uspešen razvoj različnih dejavnosti Centra lahko pripišemo uglajenemu razvoju strokovnih skupin, ki so ob psihiatru in pedopsihiatru vključevali še višjo medicinsko sestro, kliničnega psihologa, socialno delavko, defektologa in zdravstveno administratorko.

Doc. dr. Miklavž Petelin, ki je bil do upokojitve predstojnik Centra in je v letih svojega delovanja usmerjal razvoj zdravljenja psihosomatskih motenj, nam je opisal razvoj konziliarne službe in povezovanja s somatskimi bolnišničnimi oddelki z namenom ozaveščanja in opozarjanja na zapletenost odnosa med bolnikom in zdravnikom, ki je lahko odločilnega pomena pri samem procesu in včasih tudi izidu zdravljenja. Bil je prvi, ki je študentom medicine ponudil izkustveno delo v Balintovih skupinah in s tem pripomogel k približevanju medicinske psihologije bodočim zdravnikom.

Klinična psihologinja prof. Meta Kramar je povzela razvoj pedopsihiatrične službe, v katerem je tudi sama sodelovala, in ki je ob diagnostiki, kategorizaciji in zdravljenju svojo dejavnost usmerjala tudi v psihodinamsko orientirano psihoterapijo otroških nevroz. S prof. Stanislavom Brasom in prof. Leopoldom Bregantom se je na Centru razvijala klinična psihologija, ki je danes nepogrešljiva v diagnostiki in zdravljenju duševnih motenj in težav, klinični psiholog pa je postal pomemben član ambulantnega psihiatrične in pedopsihiatrične skupine. Svoje pripovedovanje je popestrila z anekdotami, ki so bile vezane na razvoj klinično-psihološke diagnostike na Centru. Posebno pozornost je namenila razvoju psihoterapije, ki se je na pobudo prof. Milčinskega in prof. Breganta začela uvajati v slovenski prostor. Prof. Milčinski se je namreč začel zavedati, kako »šibka je psihološka izobrazba« psihiatrov, hkrati pa nujna zlasti pri obravnavi oseb z nevrotskimi, psihoreaktivnimi, osebnostnimi in psihosomatskimi motnjami, pri katerih se, »če vztrajamo na klasično psihiatričnih pozicijah, znajdemo v slepi ulici«. Po končanem izobraževanju v tujini je prof. Bregant začel spodbujati razvoj

in izobraževanje iz individualne in skupinske psihodinamiko orientirane psihoterapije, ki se je razširila in ukoreninila v slovenski prostor.

Prof. dr. Branislav Cvetko, ki je bil v 80-ih letih direktor Psihiatrične klinike, je orisal razvoj epileptološko–psihiatrske službe, ki se je začela razvijati v letu 1955, najprej v okviru bolnišnice za duševne in živčne bolezni Ljubljana-Polje, kasneje pa v okviru psihohigieničnega dispanzerja. Opisal nam je svoje pionirsko delo in zasluge prof. Kannonija pri razvoju elektroencefalografskega laboratorija, ki je služil ne le bolnikom epileptikom, ampak je bil na razpolago tudi psihiatrski ter ostali specialistični in splošni zdravstveni službi v ljubljanski regiji. Opozoril nas je na zapleteno in skrbno diagnostiko epilepsije, katere razvoj je prispeval k porastu števila odkritih bolnikov z epilepsijo in s tem tudi uvedbo učinkovitega zdravljenja.

Ob poslušanju udeležencev okrogle mize je bilo zlasti tistim med nami, ki še naprej vztrajamo pri delu in načrtovanju novih smeri razvoja Centra, toplo pri srcu in smo začutili ponos, da smo lahko del strokovno in idejno bogate tradicije, iz katere lahko črpamo moči za prihodnje dejavnosti. Hvala vam za bogato zapuščino, ki ste nam jo zapustili. Obljubiti vam ne moremo, želimo pa si in upamo, da jo bomo znali s pridom uporabljati v prihodnjih dejavnostih Centra.

Prijetnemu in slavnostnemu vzdušju večera je prispevala glasbena poezija sodobnih slovenskih pesnikov v izvedbi Janeza Škofa in gledališko-kabaretne skupine Čompe.

Sledila je slavnostna otvoritev razstave likovnih del »Ko duša nima kam«. Za uvodne besede je poskrbela dr. Vlasta Meden Klavara, ki je skupaj z g. Nandom Rupnikom, delovnim terapevtom Psihiatrične bolnišnice Idrija, zaslužna za postavitve razstave. Ob milih zvokih harfe, ki nam jih je zaigrala Ursula Aščič, smo se lahko prepustili užitek srca in duha, ki jih je prijetno kramljanje s kolegi le še popestrilo.

Iz prijetnega objema preteklosti smo se naslednji dan podali na pot nepredvidljive, še nepopisane prihodnosti. Državni sekretar Ministrstva za zdravje dr. Dorijan Marušič je opozoril na znaten porast števila ambulantnih psihiatrskih pregledov, zlasti prvih, ter porast števila

sprejemov v psihiatrsko bolnišnico, ki ga v zadnjem času opažajo tudi bolnišnični psihiatrski in ga povezujejo s krajšanjem ležalne dobe. Svojo predstavitev je namenil dilemi, ali je psihiatrska ambulanta cesta, ki ljudi v duševni stiski usmerja v bolnišnično zdravljenje, ali križišče, ki odpira več različnih poti.

Sledila je predstavitev reorganizacije Centra za izvenbolnišnično psihiatrsko. Pomembno vlogo pri tem je imela organizacija urgentne psihiatrske službe. Vzroke za to je v kratkem povzela dr. Marga Kocmur, direktorica Psihiatrične klinike Ljubljana. Samo organizacijo službe in izkušnje iz prvega meseca pa je predstavil dr. Peter Preglj, koordinator urgentne psihiatrske službe. Prihodnjo usmeritev Centra za izvenbolnišnično psihiatrsko v konziliarno-liazijsko psihiatrsko je predstavila avtorica tega prispevka. Poudarila je, da je ena izmed pomembnih prihodnjih nalog liazijske psihiatrske izdelava ustreznih smernic za obravnavo oseb s somatoformnimi motnjami, katerih število narašča.

Drugi del strokovnega srečanja je bil posvečen predstavitvi kliničnih poti za shizofrenijo, demence in odvisnosti. Kolegi, dr. Zdenka Čebašek Travnik, dr. Aleš Kogoj in dr. Vesna Švab, ki so sodelovali pri izdelavi posameznih kliničnih poti, so nam nazorno prikazali težave, s katerimi so se srečevali, ko so začeli s praznim listom papirja, veliko dobre volje in malo informacij. Opozorili so na specifičnosti dela z osebami, ki imajo duševne motnje, zaradi katerih je izdelava kliničnih poti zahtevna in težavna naloga, ki odpira številne dileme in vprašanja. To je bilo razvidno tudi iz razprave, ki je sledila in jo še najbolj povzamejo besede dr. Janeza Romiha, direktorja Psihiatrične bolnice Begunje, da živimo v času, ko se spremembe vrstijo s hitrostjo, ki ji težko sledimo. Nehote sem se ob tem spomnila svarila, ki ga sistemski psihoterapevti dobro poznamo, in sicer da preveliki odmerki sprememb vodijo v »status quo«, v ušesih pa mi je zašepetal bogokletni glas »plus ça change, plus çast la mème chose«.

Ko smo se poslavljali, smo se nekateri vprašali, kaj bi radi slišali in povedali na eni izmed naslednjih okroglih obletnic Centra za izvenbolnišnično psihiatrsko. ■

30 let kliničnih raziskav raka dojk na Onkološkem inštitutu

Darja Eržen

*I'm watching a stream
A woman washing her breast
So perfect and pure
My eye will never be*
H. Lesničar

17. januarja 2004 je bilo na Onkološkem inštitutu v organizaciji Onkološkega inštituta, Kancerološkega združenja in Senološke sekcije

Slovenskega zdravniškega društva strokovno srečanje, ki je bilo posvečeno 30-letnici kliničnih raziskav raka dojk na Onkološkem inštitutu. Čeprav to ni bilo posebej objavljeno, je bil ta zbor, kot je v pozdravnem govoru pred polno predavalnico povedal strokovni direktor doc. dr. Hottimir Lesničar, mišljen kot strokovni pozdrav našemu mentorju, kolegu in prijatelju prof. Juriju Lindtnerju, ob njegovi upokojitvi. »Onkologija je namreč prav zaradi ljudi, kot je prof. Lindtner, postala plemenita medicinska stroka. Znanost in stroka sta onkologiji, nekoč puščavi brez

življenja, v zadnjih desetletjih 20. stoletja vdihnili potoke, ki napajajo vse več oaz. Da morajo biti te oaze povezane, je prof. Lindtner začutil že zgodaj. Povezoval jih je s svojim motivom, radovednostjo in humorjem. Motiv je bil nadaljevati s pionirskim delom njegovega predhodnika Jožeta Žitnika, radovednost ga je vodila k novim terapevtskim možnostim, humor pa ga je varoval pred nevarnostjo poraza. Bodo nove generacije še sposobne slediti tem načelom«, se je v nagovoru spraševal doc. dr. Lesničar, »ali pa bo medicina brez teh načel postala tako virtualna kot je glasba na MTV«. Upamo, da bomo s tako medicino še nadaljevali.

Na srečanju so s predavanji sodelovali prof. dr. Jurij Lindtner (30 let kliničnih raziskav raka dojk na Onkološkem inštitutu), prof. Aron Goldhirsch iz Milana (Adjuvantno sistemsko zdravljenje pri bolnicah z operabilnim rakom dojk; tri desetletja mednarodnega sodelovanja) in asist. mag. Janez Žgajnar (Minimalno invazivno kirurško zdravljenje raka dojk).

Srečanje je povezovala primarij Jožica Červek, ki je uvodoma predstavlila zgodovino kliničnih raziskav pri raku dojk na Onkološkem inštitutu. Da je operabilni rak dojk zelo heterogena bolezen, ki zato potrebuje klinične raziskave, pričata dve diametralno nasprotni hipotezi. 110 let stara Halstedova hipoteza trdi, da je operabilni rak dojk sprva lokalna bolezen, ki se širi v regionalne bezgavke, nato pa po celem telesu. 70 let mlajša Fisherjeva teorija pa trdi nasprotno, da je operabilni rak dojk že v začetku sistemska bolezen.

Prof. Lindtner je prikazal podatke o preživetju 1.686-ih bolnic, zdravljenih na Onkološkem inštitutu v Ljubljani v letih od 1976 do 1999. V letih 1976 in 1977 je bilo zdravljenje operabilnega raka dojk le lokalno (kirurgija, radioterapija). Bolnice s pozitivnimi pazdušnimi bezgavkami so bile vključene v mednarodno raziskavo, ki je proučevala vpliv pooperativnega obsevanja. V tistem času o kliničnih raziskavah nihče še ni prav dosti vedel. Žal rezultati te raziskave niso bili nikoli znani zaradi nepošteno randomizacije v enem od sodelujočih centrov v Evropi. Ostali pa so nam po zaslugi prof. Lindtnerja podatki o naših bolnicah iz te raziskave.

V kasnejših letih so bile bolnice z operabilnim rakom dojk deležne poleg lokalne tudi sistemske terapije (kemoterapija, hormonska terapija). Prikazane bolnice so bile vključene v mednarodno raziskavo LBCS, kasneje IBCS.



Prof. Lindtner in prof. Goldhirsch: 30 let sodelovanja in prijateljstva

Iz prikazanih krivulj preživetja se je dalo lepo razbrati, kakšen je delež lokalnega zdravljenja in kakšen je delež sistemskega zdravljenja pri preživetju. Poleg tega je bilo vidno tudi kakšen je delež sistemskega zdravljenja, če je tega več ali manj.

»Pri izvajanju kliničnih raziskav je zelo pomembna poštenost«, je povedal prof. Aron Goldhirsch, vodja skupine IBCS. Randomizacija je sedaj centralizirana, tako da se začetniški spodrsrljaji ne morejo več ponoviti. Pomembno vodilo te skupine je vedeti, ne prodati; skupina je zato neodvisna od farmacevtske industrije. Prednost sodelovanja v taki skupini je, da ima sodelujoči zdravnik podatke pred drugimi. Poleg tega lahko dobi odgovor na marsikatero vprašanje, ki je v zvezi z njegovimi bolniki in ni nujno neposredno predmet raziskave. Tako je bil na primer stranski podatek teh raziskav tudi to, da je bilo preživetje boljše, če je bolnico operiral kirurg, ki se je s problemom raka dojk več ukvarjal. In to v času radikalne mastektomije, ki je dovolj standardiziran postopek. Sprašujem se, kaj je potem z drugimi raki, kjer operacija ni tako standardizirana. Kolegica mi je zaupala, da ji je prof. Goldhirsch izjavil, da imamo v Ljubljani dobro kirurgijo. Podobno izjavo sem slišala tudi sama od statistika IBCS skupine na sestanku omenjene skupine septembra 1999 na Bledu. Tako sodelovanje v mednarodnih raziskavah potegne za sabo kopico zoprnega in dolgočasnega dela, kot je na primer iskanje podatkov, kaj se dogaja z vsako bolnico posebej in to skozi več let (tako smo npr. videli za bolnice iz zgodnjih let tudi podatke o 25-letnem preživetju). To delo je poleg rednega dela kirurga vsa leta z le minimalno pomočjo sodelavcev opravljal prof. Lindtner.

International Breast Cancer Study Group (IBCSG) je bila ustanovljena leta 1978 kot »Ludwig Breast Cancer Study Group (LBCS)« z namenom, da bi izvajala klinične raziskave, ki naj bi izboljšale prognozo bolnic z operabilnim rakom dojk. Prof. Lindtner je bil eden izmed ustanoviteljev te skupine. Danes v skupini sodeluje preko 40 centrov s petih kontinentov. V randomizirane prospektivne klinične raziskave je bilo doslej vključenih preko 17.000 bolnic z operabilnim rakom dojk. Rezultati raziskav so bili objavljeni v več kot sto člankih v priznanih strokovnih revijah. Ljubljana sodeluje v tej skupini od samega začetka. V IBCS študije je bilo do konca leta 2002 vključenih 1.482 bolnic, od tega 1.444 pod vodstvom prof. Lindtnerja. S tem je tudi Onkološki inštitut, predvsem pa prof. Lindtner prispeval k sodobnemu znanju o operabilnem raku dojk.

Na koncu srečanja je asist. mag. Janez Žgajnar prikazal, kako se je v zadnjih letih spremenila kirurgija pri operabilnem raku dojk in izkušnje Onkološkega inštituta pri tem. V 70-ih letih je bila glavni način kirurškega zdravljenja radikalna mastektomija, kasneje se je pri manjših rakah delala resekcija dojke in izpraznitev pazduhe. Sedaj je pri majhnih rakah z negativnimi bezgavkami možna odstranitev le prve drenažne bezgavke iz pazduhe namesto celotne izpraznitve. Pri netipnih rakah je kirurgu pri resekciji dojke v pomoč lokalizacija tumorja pod rentgenom ali ultrazvokom, možna pa je tudi hkratna odstranitev prve drenažne bezgavke. Tako je mogoče z boljšo kakovostjo življenja bolnice doseči enako lokalno kontrolo bolezni in dobiti enake podatke o prognostičnih dejavnikih kot nekoč pri radikalni mastektomiji. Mag. Žgajnar je prikazal tudi rezultate tovrstnega zdravljenja pri nas v zadnjih letih. V okviru skupine IBCS začnemo sodelovati v raziskavi, ki naj bi pojasnila pomen mikrometastaze v prvi drenažni bezgavki.

To srečanje je bilo gotovo zanimivo za vse, ki se ukvarjamo z rakom dojk. Prikazano je bilo, kako se je spreminjal pogled na operabilni rak dojk skozi leta. Sprva ena bolezen, zdravljena le lokalno, se je spremenila v množico bolezni, zdravljenih na različne načine, tako lokalno kot sistemsko. Sporočilo srečanja je bilo, da je za pridobivanje znanja o bolezni poleg spremljanja strokovne literature pomemben tudi pregled lastnega dela in primerjava tega z drugimi v mednarodnih raziskavah. ■

Psihosocialna pomoč otrokom, učiteljem in družinam v Iraku

Srečanja z mentalnohigienskimi strokovnjaki Iraka

Anica Mikuš Kos

Ustanova za psihosocialno dobrobit otrok »SKUPAJ« je bila izbrana s strani slovenske in avstrijske vlade za izvajanje projekta "Psihosocialna pomoč otrokom, učiteljem in družinam v Iraku". Poleg Slovenije in Avstrije podpira projekt tudi Jordanija.

Program vsebuje postavitev skupnostnega centra za otroke in programe psihosocialnega usposabljanja za učitelje in strokovnjake, katerih delo je namenjeno otrokom (zdravstvene delavce, socialne delavce) in verske voditelje.



Anica Mikuš Kos med predavanjem

Program, ki ga izvaja Ustanova »SKUPAJ« v Iraku sloni predvsem na nameri Avstrije, Slovenije in Jordanije, da bi pomagali iraškim otrokom v okviru Mreže za človekovo varnost. Program gradi na izkušnjah Slovenije (Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani - Kolaborativni center SZO za pomoč otrokom in mladostnikom, Slovenska filantropija,

Ustanova »SKUPAJ« pri delu z otroki, ki so jih prizadeli oboroženi konflikti in tranzicijska dogajanja.

Program, katerega Ustanova »SKUPAJ« izvaja v Iraku, izhaja iz sorodnih psihosocialnih programov, ki so bili izvedeni v nekdanji Jugoslaviji in na severnem Kavkazu. Osnovne značilnosti teh programov so: skupnostna naravnost, celostni in multisektorski pristop k preprečevanju in odpravljanju psihosocialnih motenj v otroštvu, naravnost na pozitivne razsežnosti, kot so: krepitev odpornosti otrok za obvladovanje težav, povezovanje zdravnih pristopov s širokim področjem zaščite in promocije duševnega zdravja otrok, poudarek na socialnih komponentah.

Osnova za načrtovanje in izvajanje programa so potrebe, ki so jih identificirali iraški strokovnjaki in strokovni, institucionalni, organizacijski, človeški in drugi resursi za psihosocialno pomoč otrokom, ki so na voljo v Iraku.

Projekt je stkan iz partnerskih odnosov sodelujočih držav. Izvajal se bo v sinergiji z drugimi psihosocialnimi programi. Gradi na spoštovanju kulturnih, religioznih in socialnih značilnosti področja, v katerem bomo delovali, in predvsem na uporabi regionalnih znanj in izkušenj.

Glede na neugodno varnostno situacijo v Iraku smo se odločili za delovanje v Amanu (Jordanija). V Amanu je Ustanova »SKUPAJ« organizirala obe srečanja z udeleženci iz Iraka.

Prva konferenca s predstavniki Iraka (oktober 2003) ◆

Osnovni nameni Konference so bili ugotoviti potrebe, želje, kontekst

in možnosti za izvajanje programa ter konkretni dogovori o pričetku delovanja v Iraku.

Srečanju je prisostvovalo 30 iraških strokovnjakov, katerih delo je povezano z otroki (psihiatrov, pediatrov, drugih zdravnikov, pravnikov, šolskih delavcev, verskih voditeljev). Med udeleženci so bili predstavniki iraških univerz, ministrstva za šolstvo, ministrstva za zdravstvo, SZO-ja, UNICEF-a ter drugih za nacionalni program zaščite otrok v Iraku pomembnih organizacij.

Konferenca je očitno pokazala, da je v arabskih državah veliko znanj in izkušenj na področju psihosocialnega dela z otroki. Konferenci so prisostvovali tudi kolegi iz psihosocialnega centra v Gazi, ki imajo, na žalost, veliko izkušenj s travmatiziranimi otroki. Znanja kolegov psihiatrov in pediatrov iz Iraka so na visoki ravni. Nekateri udeleženci so se šolali v Veliki Britaniji ali Združenih državah Amerike. Vendar v celem Iraku ni enega otroškega psihiatra in zato so bili iraški kolegi zelo zainteresirani za strokovno usposabljanje iz otroške psihiatrije za psihiatre in za pediatre.

Med največjimi dosežki Konference so udeleženci navedli naslednje: interdisciplinarnost programa, skupnostno naravnost, priložnost za medsebojne menjave kolegov iz Iraka in za regionalno menjavo s kolegi iz



Nasmeljani pričetki sodelovanja s strokovnjaki iz Iraka

Palestine in Jordanije in menjavo z evropskimi strokovnjaki, ki so prisostvovali Konferenci (Slovenija, Avstrija, Švica) ter možnost participativnega soodločanja v razvoju in izvedbi programa.

Skupno smo se odločili, da bo program lociran na področje Babilona in vezan na univerzo v Babilonu. Področje Babilona, katerega pokriva projekt,

ima dva milijona prebivalcev, od tega 50 odstotkov mlajših od 15 let, kar pomeni, da so potrebe za psihosocialno pomoč otrokom zelo velike. Izvedeli smo tudi, v kako težkih okoliščinah delujejo učitelji: število otrok v razredu je tudi do 60. Revščina nekatere učitelje prisiljuje v prodajo krvi za banko krvi ali celo v prodajo svojih telesnih organov.

Ekipa Ustanove »SKUPAJ«, v kateri smo štirje otroški psihiatri (Slovenija, Avstrija, Švica, Palestina), naj bi obiskala Babilon v januarju 2004 in pričela z izvajanjem projekta. Poleg prvega treninga za trenerje, ki bodo pozneje delali z učitelji, naj bi tedaj izvedli tudi prvi tridnevni modul ciklusa usposabljanja učiteljev. Predvidena je bila še vrsta satelitskih dejavnosti - predavanja za študente na univerzah, za zdravniška

strokovna združenja in druga. Žal se je izkazalo, da ta program ni uresničljiv zaradi slabe varnostne situacije v Iraku.

Kljub številnim izkušnjam dela v nekdanji Jugoslaviji in na Kavkazu, sem dokaj zaskrbljena odšla na Konferenco v Amanu. Bala sem se predvsem, da zaradi ambivalentnih odnosov Iračanov do tujcev ne bomo dobro sprejeti. Bala sem se tudi, da bomo naredili katero od mnogih napak, ki so jih naredili tujci z Zahoda, ko so prihajali v nekdanjo Jugoslavijo. V mislih imam predvsem napake, ki so izhajale iz nepoznavanja situacije, neobčutljivosti za kulturne značilnosti in za aktualni kontekst, včasih pa tudi arogantnost in nespoštljiv odnos do domačih strokovnjakov in vsiljevanje lastne strokovne ideologije. Področje vzgoje, duševnega zdravja, nujnega podpore za obvladovanje težav je v osnovi kulturno obarvano. Z neustreznimi ali vsiljivimi pristopi tujci lahko sprožijo odklanjanje programov ali tihi odpor udeležencev. V religiji, kulturi, družinskih strukturah obstajajo neizmerni viri za obvladovanje težav, ki so mnogo bolj pomembni kot viri, ki jih ponujajo psihološke stroke. Program bo prispeval k varovanju duševnega zdravja in psihosocialne dobrobiti le, če se bo vpel v obstoječe domače vire obvladovanja in odpornosti. Ena od praktičnih funkcij programa je, da povezuje domačo modrost, varovalne dejavnike in procese, energijo s sodobnimi strokovnimi znanji.

Prevladujoča ugotovitev ob prvem srečanju s kolegi iz Iraka je bila, da so polni energije in dobre volje za razvijanje programov v korist otrok. Zdi se, da imajo manj težav v sprejemanju skupnostnih modelov zaščite duševnega zdravja otrok kot njihovi kolegi v Evropi.

Prvo usposabljanje za voditelje psihosocialnega programa za učitelje (februar 2004) ♦

Glede na varnostno situacijo odhod strokovnjakov, ki delujejo v projektu, v Irak ni bil izvedljiv. Zato je Ustanova »SKUPAJ« organizirala usposabljanje za iraške sodelavce, ki bodo vodili psihosocialne programe za učitelje, ponovno v Ammanu.

Udeleženci usposabljanja so bili iz Iraka (zdravniki pediatri, psihiatri, splošni zdravniki, učitelji, pravniki in verski voditelji), in sicer jih je bilo 29, med njimi 27 iz področja Babilona, kjer bo potekal slovensko-avstrijski projekt in dva iz Bagdada. Poleg teh so prisostvovali še štirje strokovnjaki iz Jordanije. Večina prisotnih psihiatrov deluje kot profesorji na Univerzi v Babilonu ali v Bagdadu.

Namen usposabljanja je bil pripraviti udeležence za izvajanje prvega modula seminarjev za učitelje na področju Babilona. V dva seminarja bo vključenih 120 učiteljev (2 x 60). Z vsaki skupini bo delalo 12 strokovnjakov - udeležencev usposabljanja, ki bodo predavali in vodili skupinsko delo. Seminar za učitelje bo trajal tri dni. Vsaka od obeh skupin učiteljev bo v obdobju 12-ih mesecev vključena v štiri module seminarjev, kar pomeni, da bodo po zaključku programa dobro pripravljeni za psihosocialno delovanje in okviru šole. Prvi seminar za učitelje bo marca letos v Babilonu.

V okviru usposabljanja v Amanu so se bodoči voditelji programa seznanili s filozofijo projekta psihosocialnega programa za učitelje in z metodologijo dela.

Program usposabljanja je vključeval naslednje teme: situacija in psihosocialne potrebe otrok v Iraku v sedanjem času, psihosocialna pomoč otrokom in družinam v Iraku, šola in učitelji kot varovalni dejavniki psihosocialnega razvoja, zaščitna vloga religije, otrokove pravice, otroci s psihosocialnimi motnjami, travmatizirani otroci, otroci, ki so doživeli izgube bližnjih oseb, bolan otrok in invaliden otrok v šoli, sodelovanje med zdravstvom in šolstvom, revščina in druge kronične neugodne okoliščine in pomoč šole otrokom, ki živijo v takšnih okoliščinah, položaj



Prva konferenca s predstavniki Iraka

učiteljev v Iraku danes, težave učiteljev, povezane z njihovim poklicnim delom, kako obvladovati težave in preprečevanje izgorevanja, sodelovanje med šolo in skupnostjo, skupinsko delo, priprava seminarjev za učitelje v Iraku.

Večina dela se je dogajala v skupinah, kjer so udeleženci imeli možnost izmenjati svoje izkušnje ter predlagati ideje za nadaljnji razvoj programa.

Usposabljanje je bilo prvi korak v izvajanju zahtevnega slovensko-avstrijsko-iraškega programa psihosocialne pomoči otrokom, družinam in učiteljem v Iraku. Pomembni dosežki mednarodnega srečanja so bili:

- prepoznavanje situacije in psihosocialnih potreb otrok v Iraku s strani tujih ekspertov,
- artikulacija filozofskih in vrednotnih stališč z obeh strani - iraške in mednarodne ter usklajevanje le-teh,
- prilagoditev programa situaciji v Iraku,
- praktični dogovori za izvedbo prvih seminarjev za učitelje.

Ob analizi situacije v Iraku in v razgovorih z iraškimi udeleženci in kolegi smo dobili dodatne potrditve o pomembnosti in vrednosti izvajanja projekta. Kot enega izmed velikih problemov so kolegi iz Iraka predstavili krizo zaupanja otrok do staršev in učiteljev. Ob padcu režima Sadama Huseina otroci stalno spraševali starše in učitelje: "Ali ste nam prej lagali, ko ste govorili samo lepo o Huseinu? Zakaj govorite sedaj toliko slabega o njem?" Starši si pred otroci niso upali izreči nič slabega o vladi in voditelju, učitelji pa še manj. Sicer pa je bilo podobne stvari slišati ob padcu Enver Hodže v Albaniji. V prioriteti problemov so Iračani navedli poleg problemov otrok značilnih za področja, ki jih prizadevajo oboroženi konflikti, teroristične akcije, politično nasilje in revščina, osip iz šol (25 odstotkov otrok ne obiskuje osnovne šole ali jo kmalu zapusti). Opozorili so, da je potrebno posvetiti posebno pozornost kriznim intervencijam glede na teroristična dogajanja v Iraku.

Kot strokovni vodja programa verjamem, da bodo kljub posebnim pogojem in težkim okoliščinam iraški strokovnjaki uspešno izvedli seminarje za 120 učiteljev. V času priprav na seminarje bomo v stiku z iraškimi kolegi in bo možno svetovanje tudi glede izvedbe. ■

Program zdravljenja v Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CZOPD) Psihiatrične klinike Ljubljana

Svetovanje, ambulantno in bolnišnično zdravljenje, dnevni center, izobraževanje, raziskovanje, založništvo, koordinacija

Andrej Kastelic, Tatja Kostnapfel Rihtar



Žurka na DTO

Uvod ◆

Glede na porast uživanja prepovedanih drog in na sorazmerno slabo pripravljenost javne zdravstvene službe za zdravljenje in rehabilitacijo odvisnih od prepovedanih drog in na podlagi že nekaterih utečenih dejavnosti v posameznih zdravstvenih domovih in zavodih za zdravstveno varstvo se je v začetku devetdesetih let pojavila potreba po vzpostavitvi mreže centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog v Republiki Sloveniji.

Zdravstveni svet je leta 1994 potrdil doktrino zdravljenja odvisnih od drog in sprejel Priporočila zdravnikom za zdravljenje odvisnih od drog.

S sklepom Ministrstva za zdravje Republike Slovenije (3. 4. 1995) so bili vzpostavljeni Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v devetih slovenskih mestih. Danes je teh centrov že 18 ter dve ambulanti.

Z istim sklepom je bil ustanovljen tudi Oddelek za detoksikacijo pri takratnem Centru za mentalno zdravje Univerzitetne psihiatrične klinike Kliničnega centra v Ljubljani. Ker že od samega začetka ni zmožal zadovoljevati naraščajočih potreb uživalcev drog in njihovih svojcev, je Ministrstvo za zdravje od leta 1998 iz proračuna financiralo

dotatni ambulantni program mladih uživalcev drog, ki je bil skupaj z Oddekom za detoksikacijo osnova bodočega Centra za zdravljenje odvisnih od drog.

Otvoritev Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike Ljubljana, katerega pravna podlaga je v Zakonu o preprečevanju uporabe prepovedanih drog in obravnavi uživalcev prepovedanih drog, je bila 28. januarja 2003.

K izgradnji Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog je pomembno s svojim vplivom pripomogla Ustanova Odsev se sliši, ki je prispevala sredstva za prve investicijske študije in del opreme. To nevladno fundacijo so ustanovili zdravniki, vodje Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

Po enem letu delovanja ugotovljamo, da smo:

Ambulantno zdravlili:

- od leta 1995 do 31. 12. 2003: 2.400 pacientov
- od 1. 2. 2003 do 31. 12. 2003: 441 novih ambulantnih pacientov

Bolnišnično zdravlili:

- od leta 1995 do 31. 12. 2003: 917 pacientov in ponovno: 162 pacientov

Največje število pacientov zdravimo torej ambulantno. To delo poteka v obliki individualne ali skupinske terapije in v Dnevnom centru. Vključuje lahko tudi delo s svojci ter partnersko ali družinsko terapijo.

Program zdravljenja načrtujemo skupaj s pacientom. V dogovoru z njim pa je zaželeno tudi sodelovanje pomembnih bližnjih.

Zdravljenje lahko torej poteka samo ambulantno. Trudimo se, da za prvi pregled čakalna doba ni daljša od 10 do 14 dni. Pri tistih, za katere



CZOPD

je ustrežnejše tudi bolnišnično zdravljenje, optimalno obsega osnovni program dva do tri mesece ambulantne priprave za sprejem v bolnišnico, ki pa se je zaradi velikega števila čakajočih trenutno podaljšala na predolge mesece, in sicer od štiri do pet. V tem času pacienti in svojci obiščejo pri-



Dnevna soba detoksikacijskega oddelka

teden, v katerem poteka zdravljenje še šest mesecev, lahko tudi manj ali več. Že v času zdravljenja v Dnevni center pa se posameznik lahko vključi v programe dodatnih terapevtskih skupin, kluba ali skupin za samopomoč.

Opisan tipičen potek zdravljenja seveda prilagajamo v vsaki fazi potrebam in možnostim posameznika (obliki bolezni odvisnosti, morebitnim pridruženim duševnim motnjami ali stiskam, telesnim boleznim, starosti, oddaljenosti, zaposlitvi, šolanju itd.). V kolikor ugotovimo, da opisano zdravljenje za posameznega pacienta ni optimalno, se lahko dogovorimo za drugačne, ustreznejše možnosti. Pacientu torej avtomatično »ne pripada« ves program v opisani obliki, temveč se glede na njegov napredek v zdravljenju išče najustreznejše oblike pomoči. Možno je vstopati tudi v posamezne oblike zdravljenja, še posebej v ambulantni obravnavi oziroma v Dnevni center, vendar tu le v nekatere programe.

V kolikor pacient na lastno željo predčasno prekine bolnišnično zdravljenje, vsaj tri mesece ne more biti ponovno uvrščen na čakalno listo za sprejem na Oddelek za detoksikacijo, Oddelek za intenzivno podaljšano zdravljenje ali Dnevni center. Če pa je iz programa izključen zaradi kršenja terapevtskega dogovora, mora za ponovno vključitev na čakalno listo počakati vsaj šest mesecev. V tem času ima lahko v skladu z individualnim programom ves čas možnost ambulantnega zdravljenja.

Število ponovnih sprejemov v bolnišnično zdravljenje ni omejeno.

Center za zdravljenje od prepovedanih drog je povezan z 18-imi Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Tudi od tu sprejemamo paciente in možna je nadaljnja obravnavna po odpustu za zdravljenja.

Ravno tako sodelujemo z drugimi vladnimi, nevladnimi in prostovoljnimi oblikami pomoči, z vzgojnimi zavodi ter zavodi za izvrševanje kazni zapora.



Fitnes

pravljalno skupino. Sledi sprejem v bolnišnico na šesttedensko zdravljenje na Oddelku za detoksikacijo s kasnejšo možnostjo osemtedenskega nadaljevalnega zdravljenja na Oddelku za intenzivno podaljšano zdravljenje. Nato je možna vključitev v Dnevni center od dvakrat do trikrat na

teden, v katerem poteka zdravljenje še šest mesecev, lahko tudi manj ali več. Že v času zdravljenja v Dnevni center pa se posameznik lahko vključi v programe dodatnih terapevtskih skupin, kluba ali skupin za samopomoč.

Opisan tipičen potek zdravljenja seveda prilagajamo v vsaki fazi potrebam in možnostim posameznika (obliki bolezni odvisnosti, morebitnim pridruženim duševnim motnjami ali stiskam, telesnim boleznim, starosti, oddaljenosti, zaposlitvi, šolanju itd.). V kolikor ugotovimo, da opisano zdravljenje za posameznega pacienta ni optimalno, se lahko dogovorimo za drugačne, ustreznejše možnosti. Pacientu torej avtomatično »ne pripada« ves program v opisani obliki, temveč se glede na njegov napredek v zdravljenju išče najustreznejše oblike pomoči. Možno je vstopati tudi v posamezne oblike zdravljenja, še posebej v ambulantni obravnavi oziroma v Dnevni center, vendar tu le v nekatere programe.

Število ponovnih sprejemov v bolnišnično zdravljenje ni omejeno.

Center za zdravljenje od prepovedanih drog je povezan z 18-imi Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Tudi od tu sprejemamo paciente in možna je nadaljnja obravnavna po odpustu za zdravljenja.

Ravno tako sodelujemo z drugimi vladnimi, nevladnimi in prostovoljnimi oblikami pomoči, z vzgojnimi zavodi ter zavodi za izvrševanje kazni zapora.

Ambulantno zdravljenje

Ambulantno zdravljenje je namenjeno vsem, ki imajo težave z uživanjem drog in so prišli do zaključka, da želijo poiskati pomoč glede odvisnosti.

Prvi pregledi

Na prvi pregled se lahko naroči kdorkoli,

ki ima težave z uživanjem drog pri sebi ali bližnjih.

Za prvi stik s CZOPD smo uvedli ustrezno izobraženega zdravstvenega tehnika, ki vam da osnovne informacije o možnostih obravnave v CZOPD (tel.: 01 587 49 70) ter tudi naroča skupaj z administrativnim delavcem paciente na pregled. Naročiti se je mogoče po telefonu 01 5874 975 ali osebno med 8. in 18. uro od ponedeljka do četrтка in v petek med 8. in 14. uro.

Čakalna doba na prvi pregled je, če je le mogoče, krajša kot 10 do 14 dni.

Individualna obravnavna

Ambulantno dela dvanajst terapevtov. Pomagamo pri zdravljenju odvisnosti in odpravljanju pridruženih motenj in težav, ko pacient vzdržuje abstinenco od drog. Poleg tega ambulantno nudimo pomoč in spremljanje pri vzdrževanju abstinence po zdravljenju ali ambulantni detoksikaciji.

Prav tako pomagamo pri drugih težavah, ki spremljajo odvisnosti, tudi če pacient drog ni pripravljen ali zmožen prenehati jemati ali vzpostaviti in vzdrževati abstinenco, je pa pripravljen spremeniti svoj življenjski stil.

Urinski testi

V okviru ambulantne dejavnosti opravljamo urinske teste, ki so pomoč pri kontroli in spremljanju abstinence, hkrati pa tudi pokazatelj pripravljenosti za sprejem v bolnišnično zdravljenje. Te opravljamo le v sklopu celostne obravnave uživalca drog, torej skupaj z ambulantnim pregledom, ki vključuje tudi svetovanje.

Če pacienti želijo narediti urinske teste, ne da bi opravili pregled, jih lahko pri nas opravijo le samoplačniško po predhodnem dogovoru.



Izobraževanje

Skupinska obravnavna

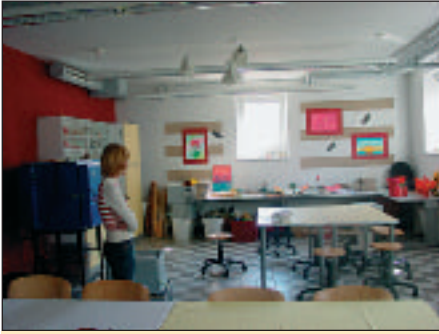
Možno se je vključiti v skupino za pomoč pri vzdrževanju abstinence za nekdanje uživalce drog, ki so se zdravili v CPZOD (Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od drog), skupino deklet in žensk, ki imajo poleg težav z odvisnostjo še kakšne druge težave (motnje

hranjenja, nasilje, spolno zlorabo itd.), in Klub nekdanjih uživalcev drog, ki abstinirajo. V Klubu se tudi družijo prostovoljci in uporabniki. Vzpostavlja se tudi skupina za uživalce drog s pridruženno duševno motnjo in skupina za mladostnike, ki so vzpostavili abstinenco od drog.

Nekatere od opisanih skupin potekajo samostojno, lahko so del programa Dnevnega centra ali pa potekajo v sodelovanju z nevladno organizacijo »Ustanovo Odsev se sliši«.

Skupine za svojece

Vodimo tudi več različnih skupin svojcev uživalcev drog, katerih sodelovanje v procesu zdravljenja je izredno pomembno in jih zato v dogovoru s pacientom poskušamo pritegniti v zdravljenje oziroma pacienta motivirati, da uvidi potrebo po njihovem sodelovanju.



Kiparska delavnica

Dnevni center

Dnevni center je namenjen vsem, ki so vzpostavili ambulantno ali bolnišnično abstinenco ter potrebujejo nadaljnjo intenzivno obravnavo za uspešno vzdrževanje abstinence in pomoč pri morebitnih pridruženih duševnih motnjah ter rehabilitaciji.

Zdravljenje traja praviloma šest mesecev od dvakrat do trikrat tedensko z možnostjo nadaljnjega vključevanja v posebne programe CZOPD ali posamezne skupine v skladu z individualnim programom. Že v času zdravljenja v dnevnem centru se je možno vključiti tudi v Klub nekdanjih uživalcev drog in v skupino za samopomoč ali NA (Anonimni narkomani). Kot v vseh fazah zdravljenja v CZOPD je tudi tu v skladu z individualnim programom že v prvih šestih mesecih možno obiskovati le izbrane programe.

Bolnišnično zdravljenje

Bolnišnično zdravljenje poteka na dveh oddelkih. Pacient praviloma najprej vstopa na zdravljenje na zaprti oddelek - Oddelek za detoksikacijo, kjer zdravljenje poteka šest tednov in v tem času vzpostavi abstinenco ter se nauči življenja in terapevtskega dela v skupini.

Po tem času zdravljenje lahko nadaljuje na polodprtem oddelku za intenzivno podaljšano zdravljenje, kjer se zdravi nadaljnjih osem tednov. O smiselnosti tovrstnega nadaljnjega intenzivnega zdravljenja se dogovarja s svojim terapevtom že v času ambulantne obravnave ter kasneje na Oddelku za detoksikacijo, ko se praviloma do petega tedna zdravljenja odloči o najustreznejši obliki nadaljevanja zdravljenja. O vključitvi v zdravljenje na Oddelku za intenzivno podaljšano zdravljenje odloča terapevtska skupina CZOPD v dogovoru s pacientom (in njegovimi svojci), če se pacient tako odloči.

Po tem času ima možnost vključitve v Dnevni center CZOPD, nadaljnje v ambulantno, individualno ali skupinsko obravnavo pri nas, v regionalni Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog ali v kateri drug vladni ali nevladni program zdravljenja ali socialne rehabilitacije.

Skupinska terapija

Je osrednji in temeljni del zdravljenja v CZOPD. Čeprav so načini dela in cilji v vsaki od skupin nekoliko drugačni (glej oblike skupinske terapije), imajo nekatere pomembne skupne lastnosti:

- z medsebojnimi stiki se vzpodbuja samozavedanje;
- posameznik v skupini preverja stališča o sebi in drugih, lažje in bolje prepozna svoje vzorce vedenja, razmišljanja ter čustvovanja in jih poskuša s pomočjo sopacientov in terapevtov spremeniti;
- skupina mu pomeni zrcalo, v katerem lahko pregleda pretekle izkušnje in razmisli o morebitnih vzrokih svojega razmišljanja, čustvovanja in vedenja ter išče nove možnosti;
- terapevtsko (skupinsko) okolje kmalu postane dovolj varno in zapno, da lahko posameznik v njem preizkusi in izboljša socialne veščine, komunikacijo z drugimi člani skupine, se nauči obvladovati in prevzemati odgovornost ter razvijati vzajemnost v medsebojnih odnosih.

Terapevti, ki vodijo skupine, z dogajanjem v skupini vzpodbujajo posameznika k želeni spremembi. Vsako dejavnost posameznika v skupini in zunaj poizkušajo uporabiti kot koristno izkušnjo tako za posameznika kot za druge člane skupine. Namesto iskanja napak v vedenju posameznika se vzpodbuja predvsem iskanje in preizkušanje vseh koristnih potencialov, ki jih vidijo člani skupine in jih posameznik lahko uporabi pri izboljšanju svojega zdravja.

Oblike skupinske terapije:

- sestanki terapevtske skupnosti,
- mala terapevtska skupina,
- "ženska" skupina,
- psihodrama,
- skupina za učenje socialnih veščin,
- izobraževalne skupine,
- izobraževalna skupina z zdravstvenim tehnikom,
- samoizobraževanje,
- kinezioterapija,
- likovna terapija,
- glasbena terapija,
- biblioterapija,
- gibalno izrazna terapija,
- avtogeni trening,
- delovna terapija,
- rekreativne dejavnosti,
- dejavnosti po dogovoru,
- večerne skupine z zdravstvenim tehnikom.

Oddelek za detoksikacijo (DTO)

Razširili in dopolnili smo obstoječi program Oddelka za detoksikacijo, ki je od leta 1995 potekal na Kliničnem oddelku za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani, z devet (12) na 17 postelj.

Dve sta namenjeni kratkim, kriznim intervencijam: tri do osem ženskam, devet do štirinajst moškim glede na dolžino čakalne liste in nujnost sprejema. Osnovni instrument zdravljenja je skupinska psihosocioterapija.

Pri večini terapevtskih skupin so pacienti razdeljeni v dve skupini, v kateri je od osem do devet pacientov. Program traja do šest tednov, le izjemoma dalj časa. Štiri do šest postelj je namenjenih mladostnikom.

Oddelek je specializiran za odvajanje od psihoaktivnih snovi in stabilizacijo odvisnih od drog. Namen zdravljenja je prenehanje jemanja drog, pomoč pri abstinenci težavah ter življenju brez drog, torej sprememba življenjskega stila, učenje ustrežnejših komunikacij ter načrtovanje nadaljnjega zdravljenja in rehabilitacije skupaj s pacientom in njegovimi bližnjimi.

Oddelek nudi varno, primerno opremljeno terapevtsko okolje, kjer



Laboratorij za določanje PAS v urinu

so vse dejavnosti in življenje organizirani tako, da vzpodbujajo cilje programa. Te cilje si delimo tako pacienti kot terapevti. Če jim pacient morda zaradi svoje pasivnosti ne more slediti, prelomi pravila oddelka ali se obnaša na način, ki pomeni resno grožnjo ostalim, bo zaprosen, da oddelek zapusti.



Slikarski atelje

osem do dvanajst tednov, le v izjemnih primerih je sprejem mogoč tudi hitreje. Če pacient ne izpolnjuje terapevtskega dogovora, ga lahko drugi na čakalni listi tudi prehitijo.

V času priprave na sprejem so pacienti in svojci, ki bodo sodelovali v zdravljenju, povabljeni na pripravljano skupino, v kateri dobijo informacije o zdravljenju. Obisk skupine je obvezen. Na skupino je potrebno priti trezen.

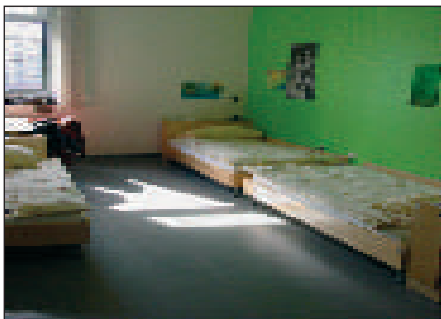
Na oddelek sprejmemo le trezne, torej ne akutno intoksicirane ali opite. Drugače se sprejem preloži ali odkloni, pacient pa se lahko uvrsti na konec čakalne liste.

Pri pacientih, vključenih v vzdrževalni metadonski program, pričakujemo pred sprejemom nekajmesečno abstinenco od drog. V kolikor pacient na sprejem pride v stanju, ki je v nasprotju s terapevtskim dogovorom, skupaj s terapevtom ponovno pretehtata terapevtske cilje in smiselnost sprejema. Vsakdo je lahko sprejet na oddelek tudi večkrat, seveda če sledi skupaj dogovorjenim terapevtskim ciljem. Ob sprejemu podpišejo terapevtski dogovor.

Detoksikacija

Pacient, odvisen od heroina ali metadona, se na oddelku običajno detoksicira z metadonom, v izjemnih primerih zdravnik predpiše še dodatna zdravila za lajšanje abstinencijskih znakov ali drugih spremljajočih telesnih težav. Določi se začetni odmerek metadona (ob katerem pacient nima izražene abstinencijske krize), ki se ga postopoma znižuje do nič. Detoksikacija traja povprečno tri do štiri tedne. Ker metadon ostaja v telesu še do 14 dni po prenehanju uživanja, je pacient popolnoma "čist" šele po šestih tednih. Uspaval, pomirjeval in drugih zdravil, ki lahko povzročajo odvisnost na oddelku ne predpisujejo, razen v primeru, ko poteka detoksikacija tudi od teh zdravil.

Intenzivno podaljšano zdravljenje in rehabilitacija



Spalnica

Največja verjetnost recidiva (ponovnega jemanja droge) obstaja v prvih tednih po vzpostavitvi abstinence. Podaljšano zdravljenje/rehabilitacija zmanjša močnost recidiva v tem visoko tveganem obdobju, izboljša kakovost obravnave in omogoča pacientom višjo stop-

njo stabilnosti ter višjo kakovost življenja.

Program zdravljenja na Oddelku za intenzivno podaljšano zdravljenje omogoča tudi dodatno psihiatrično in psihoterapevtsko obravnavo pacientom, ki imajo odvisnost kot spremljajočo psihično motnjo, zagotovi kontinuiteto obravnave in omogoči lažji prehod med detoksikacijo in življenjem v skupnosti. Zmanjša možnost recidiva ter omogoča vpogled v vzroke in oblike odvisniškega vedenja in pomaga razviti spretnosti za uspešno reintegracijo.

Izhodi iz oddelka

Oddelek je polodprtega tipa. Vsi izhodi so vnaprej načrtovani in dogovorjeni ter potekajo izključno v spremstvu osebja, svojcev in prostovoljcev. Pacienti imajo po dveh tednih možnost poldnevnega izhoda, proti koncu zdravljenja pa dnevnega in kasneje vikend izhoda. Ob vrnitvi na oddelek se vsakokrat opravi urinski test in test na prisotnost alkohola v izdihanem zraku.

Bolnišnična obravnava otrok in mladostnikov, ki uživajo droge

Najprej sledi kratkotrajna intenzivna obravnava do vzpostavitve abstinence, nato usmeritev v intenzivno in večkrat tedensko ambulantno obravnavo ali dnevni center. Po dogovoru je tudi možnost premestitve v posebne programe, ki zdravijo oziroma obravnavajo tovrstno skupino prebivalcev. Ob uspešnem vzdrževanju abstinence sledi kasnejša možnost vključitve v Dnevni center.

Krizne intervencije

Za obravnavo recidiva, suicidalnosti, hude abstinencijske krize in drugih kriznih stanj z visoko stopnjo ogroženosti so lahko pacienti za kratek čas sprejeti na Oddelek za detoksikacijo ali izjemoma na Oddelek za podaljšano intenzivno zdravljenje.

Možnost premestitve na druge oddelke CPZOD-a oziroma nadaljevanje zdravljenja na istem oddelku.

Čas zdravljenja je od 10 do 14 dni.

Osebe na prestajanju kazni zapora in stanovalci vzgojnih zavodov

Na zdravljenje v CPZOD se sprejmejo tudi pacienti z izrečenim ukrepom obveznega zdravljenja alkoholikov in narkomanov (66. člen ZIKS) in/ali iz Zavodov za prestajanje kazni zapora in vzgojnih zavodov.



Skupinski sestanek

Vodeno zdravstveno varstvo

Miha Likar

Pred nekaj leti sem pisal knjigo z naslovom Globalizacija zdravja, v kateri sem poskušal odgovoriti na dve vprašanji: zakaj živi ena milijarda ljudi povprečno 80 let, pet milijard pa od 40 do 50 let in koliko je k daljši dobi preživetja prispevala medicina. Knjiga še ni izšla, vendar bi rad opozoril na eno od novih vrst organizacije zdravstvenega varstva, ki sem ga poimenoval Vodeno zdravstveno varstvo ali VZV. Izvorno ime te organizacije je »Managed care« in se uveljavlja v ZDA zadnjih dvajset let.

Zdravstveno varstvo je v ZDA posebno po tem, da še vedno približno 25 odstotkov prebivalcev ni zdravstveno zavarovanih, kar je edini primer med državami razvitega sveta. Na vprašanje, kako je to možno, Američani običajno odgovarjajo, da je »zdravje tako osebna stvar, da ne želijo vmešavanja birokratov in želijo stroške za svoje zdravje plačevati sami.« Sliši se tudi druga pojasnila, in sicer, da je »zdravniški lobi tako močan in njegova Zveza zdravniških društev dejavnik, ki si ga nihče ne upa dotakniti«.

Kljub vsemu sem v množici zdravstvenih organizacij, ki prevladujejo danes v ZDA, odkril eno, za katero mislim, da je idealno razrešila vprašanje, kje je danes ob splošnem napredku klinične medicine ostala preventivna medicina. Vodeno zdravstveno varstvo si prizadeva smotrno vključevati prvo in drugo. Trditev bom poskusil dokazati, čeprav v tem času, času predsednika Busha, ni »in« karkoli govoriti ali pisati, kar bi bilo v prid ZDA. Najprej nekaj izrazov.

Česar pri nas ne poznamo so »Organizacije za ohranjanje zdravje« (Health maintenance organizations) ali HMO. Ob koncu 1989 so HMO vključevale že skoraj deset milijonov članov. Podobne nam neznane zdravstvene organizacije v ZDA so »Zelene organizacije za zdravstvene storitve« (Preferred provider organizations) ali PPO. Danes štejejo približno enako število članov kakor HMO. Pritisk javnosti postaja močnejši in tudi tradicionalni zdravstveni programi zavarovalnic sprejemajo nekatera načela vodene zdravstvene varstva.

O nečem pa ni možno več dvomiti: vodeno zdravstveno varstvo je postalo v ZDA velik posel. Številne družbe vodene zdravstvene varstva kotirajo na newyorški borzi in gospodarski tisk redno poroča o njihovem dobičku in plačah poveljnih menedžerjev. Oglejmo si razvoj vodene zdravstvene varstva v ZDA po obdobjih.

Vodeno zdravstveno varstvo pred letom 1970

Začetki VZV so skromni. Šlo je za vnaprej plačane storitve skupinskih zdravniških praks. Zanimiva je zgodba o dr. M. Shadidu, ki je leta 1929 osnoval zdravstveno zadrugo za vodilne farmarje v Oklahomi. Člani so kupili delnice po 50 dolarjev in zbrali kapital za gradnjo svoje bolnišnice. Tako so si pridobili pravico do zadržanih uslug po znižanih cenah. Shadida so izključili iz krajevnega zdravniškega društva in grozilo mu je, da bo izgubil licenco za opravljanje poklica. Sodišče je šele dvajset let pozneje odločilo njemu v prid.

Zdravstveno zavarovanje v ZDA je sorazmerno novo. AMA (American medical association) je še leta 1939 nasprotovala vnaprej plačanim skupinskim zdravniškim praksam. Zagovarjala je zavarovalnice, ki so

zavarovancem vračale stroške. Šele po drugi svetovni vojni so začele nastajati HMO, ki obstajajo še danes, čeprav so jim ostro nasprotovala krajevna zdravniška društva. Program Kaiserjeve ustanove je začel delovati leta 1937. Šlo je za zdravstveno zavarovanje za delavce gradbenega in ladjedelniškega podjetja Kaiser v Kaliforniji. Kaiserjeva ustanova ima danes zdravstvene programe v dvanajstih državah. Leta 1998 je štela 8,4 milijone članov.

Leta zorenja: 1970-1985

Zvezni zakon o HMO iz leta 1973 je omogočil delodajalcem dostop do zavarovalniškega trga. Poglavitne značilnosti zakona, ki ga je dal sestaviti zdravniku P. Ellwoodu predsednik Nixon, da bi se zmanjšali stroški za zdravstvo so bile:

- omogočil je zvezne subvencije in posojila za načrtovanje in začetek novih HMO;
- razveljavil je zakon posameznih držav, ki so omejevali razvoj »zveznih« HMO;
- zahteval je od delodajalcev s 25-imi zaposlenimi ali več, da ponudijo kritje stroškov vsaj dveh zvezno kvalificiranih HMO.

Zakon je tudi določal, da so zvezne HMO tiste, ki nudijo primerne kakovostne storitve, so finančno trdne in vključujejo tudi sistem za pritožbe. Zvezna kvalifikacija za HMO ni bila obvezna, bila pa je dobra za trženje storitev. Presegala je zakone posameznih držav in bila nuja za zvezne subvencije in posojila.

V začetku devetdesetih let so se razvile tudi PPO, ki se ločijo od HMO po dveh vidikih: ne sprejemajo tveganja za glavarino, ki ostane zavarovalnici in člani lahko uporabljajo tudi storitve, ki niso na medmrežju pogodbenih ustanov, vendar imajo s tem večje dajatve. HMO in PPO pa poznata »vratarja«, zdravnika osnovnega varstva, ki dovoli uporabiti druge službe. Uporabiti specialista na svojo roko pomeni dodatne izdatke.

Programi za ohranjanje zdravja na delovnih mestih so v osemdesetih letih postajali pogosti. Delodajalci so začeli uporabljati programe za:

- presejalne teste (na primer za velik krvni tlak ali diabetes),
- oceno tveganja za zdravje,
- spodbujanje gibanja (z informacijami, izgradnjo delavnic, tušev in tekaških prog),
- zmanjšanje stresa,
- tečaje (na primer za opuščanje kajenja),
- zdravo prehrano (v jedilnicah podjetja ali tovarnah),
- hujšanje,
- svetovanje o duševnem zdravju.

Tako sta postala dobro zdravje in preventiva sestavini VZV za delodajalce HMO.

Vodeno zdravstveno varstvo dozori: od leta 1985 do danes

Prva novost v zadnjih dveh desetletjih so vse pogostejše organizacije zdravnikov z bolnišnicami (Physician-hospital organizations) ali PHO, ki so postale sredstvo za sklepanje pogodbenih odnosov z organizacijami vodene zdravstvene varstva. Nekatere so postale uspešne izvajalke

zdravstvenih programov, zlasti tiste, ki so prevzele tveganje plačila z glavarino od HMO. Skeptiki pravijo, da v PHO prevladujejo bolnišnice in specialisti. Uspeh HMO pa je, da so usmerjene predvsem v osnovno zdravstveno varstvo.

Druga novost je razvoj organizacij s plačilom po glavarini, ki so se specializirale za specifične usluge, kakor so duševno zdravje, kiropraktika in zobozdravstvo. Svoje storitve prodajajo HMO in delodajalcem, ki imajo svoja zavarovanja. Podoben je koncept skupin specialistov kot oftalmologov in radiologov, ki tvegajo plačilo po glavarini za svoje usluge po pogodbah z zdravstvenimi programi in skupinami delodajalcev.

Tretjo novost je prinesel napredek računalniške tehnologije, ki lahko prikaže učinkovitost in kakovost zdravniških storitev, omogočajo pa tudi prilagajati cene storitev, ki si plačujejo po glavarini in so tvegane zaradi različne teže bolezni pacientov. Pomeni tudi dramatično zmanjšanje stroškov z administracijo in višjo stopnjo informacije.

Danes ni težko vedeti kako rastejo HMO in PPO. Med leti 1992 in 1997 se je število HMO povečalo za 96 odstotkov in doseglo 81,3 milijone članov. Število PPO je težje oceniti, vendar so rasle podobno kot HMO. Delodajalci so spoznali prednosti varovanega zdravstvenega varstva pred tradicionalnimi zavarovalnicami. Leta 1988 so imele tradicionalne zavarovalnice 71 odstotkov zdravstvenega trga, leta 1998 pa le še 14 odstotkov. PPO so imele leta 1988 11 odstotkov, leta 1998 pa kar 34 odstotkov!

Tudi Medicare (zavarovalnica za ljudi, starejše od 65 let) in Medicaid (zavarovanje za ljudi z dohodki pod eksistenčnim minimumom)

se vedno pogosteje povezujejo z ustanovami za vodeno zdravstveno varstvo. V HMO je bilo leta 1999 vključenih že nekaj več kakor šest milijonov članov Medicare. HMO se zanimajo za pogodbe z Medicare, ki so spoznale, da prinašajo dobiček! Od junija 1997 je že 19,5 milijonov uporabnikov Medicaid vključenih v vodeno zdravstveno varstvo. Vključeni so tako, da si izberejo zdravnika za osnovno varstvo, ki odloča o napotitvi k specialistom ali v druge službe. Zdravniki osnovnega varstva so za vodenje teh pacientov nagrajeni skromno, saj zanaša glavarina približno dva dolarja.

Pojav zorenja vodenega zdravstvenega varstva je tudi nadzor kakovosti storitev. Leta 1999 je bilo že 55 odstotkov HMO akreditivnih (kar ni obvezno) prek nacionalnega komiteja za zanesljivo kakovost. V zadnjih letih razvijajo tudi sisteme za oceno učinkovitosti, ki jih zahtevajo večji delodajalci in nekateri zdravstveni programi.

Zaključki ◆

Nekateri krogi v ZDA so še vedno kritični do vodenega zdravstvenega varstva, vendar javnost in tudi zasebni naročniki ne sprejemajo več sistemov, ki niso vodeni in so osnovani na »takojsnem plačilu storitev«. Razmere je treba razumeti. Zdravstveno varstvo je v ZDA osebna zadeva in zato bo še nekaj časa ustvarjalo pri potrošnikih-pacientih anksioznosti in načenjalo vprašanja socialnih vrednot in javne politike. Poglavitno gonilo za vodeno zdravstveno varstvo je tekmovanje med zdravstvenimi panogami, ki naj bi zmanjšalo današnje enormne stroške. ■

DELO ZBORNICE

Hipokratovi nagrajenci 2004



Letošnji Hipokratovi nagrajenci s predsednikom Zbornice: Kurt Kancler, Marko Bitenc, Anka Tekstor, Marko Demšar in France Cukjati (z leve)

Ob pregledu dela, opravljenega za ponovno vzpostavitev delovanja Zdravniške zbornice Slovenije, je leta 2002 postalo jasno, da so nekateri posamezniki z izjemno prizadevnostjo in osebno noto veliko prispevali h krepitvi stanovske organizacije. Zato se je porodila misel o simbolični zahvali, kot vidnem izrazu zahvale njihovim prizadevanjem. V skladu s posebnim pravilnikom komisija vsako leto jeseni povabi regijske odbore, naj predlagajo kandidate za prejemnike Hipokratovih priznanj in naziva "častni član". V tretjem letu podeljevanja je skupaj prejela pet predlogov, kar je največ doslej, prvič doslej pa se je zgodilo, da ni prispel noben predlog za naziv častni član. Po skrbnem pregledu vlog se je komisija odločila, da bo podelila štiri Hipokratova priznanja. Več o nagrajencih je v nadaljevanju. ■

Uredništvo revije Isis vsem prejemnikom odličij Zbornice iskreno čestita!

Elizabeta Bobnar Najžer
Foto: Amadej Lah

France Cukjati, dr. med. ◆



France Cukjati, doktor medicine, se je rodil 15. februarja 1943 v Šentgotardu pri Trojanah. Medicinsko fakulteto je končal leta 1979 v Ljubljani in po obveznem stažu delal naprej kot obratni zdravnik v Litostroju, kasneje pa v tovarni Iskra v Stegnah. Od leta 1991 do leta 1994 je bil direktor Zdravstvenega doma Vrhnika, od leta 1994 do leta 2000 pa je delal kot zdravnik zasebnik. Leta 2000 je postal državni sekretar na Ministrstvu za

zdravje, zadolžen za osnovno zdravstvo.

V sedanjem sklicu parlamenta je poslanec Državnega zbora ter član nekaterih skupščinskih odborov, med drugim tudi Odbora za zdravstvo.

V letih 1990 do 1991 je bil član komisije za reorganizacijo zdravstva pri Ministrstvu za zdravstvo in je pripravil predlog tripartitnega koncepta reorganizacije. Sočasno je sodeloval pri ustanavljanju Zdravniške zbornice in je v komisiji za pripravo slovenske zdravniške zbornice sodeloval pri izpeljavi volitev v prvo skupščino. Na tej skupščini je bil izbran za sekretarja Zdravniške zbornice Slovenije, ki je takrat zasilo delovala še v kleti sanatorija Emona. Kasneje je postal predsednik odbora za zasebno dejavnost, kjer je z velikim osebnim prizadevanjem in tudi s prispevki v Izidi pomagal pri organizaciji in dograjevanju Zbornice v času, ko so bili pogledi in koncepti še nejasni in v povojih. Tako je Slovenija dobila tudi po njegovi zaslugi prvo Zbornico v tako imenovanih tranzicijskih državah.

Zdravniška zbornica Slovenije Francetu Cukjatiju podeljuje Hipokratovo priznanje za izjemno stanovsko in organizacijsko delo ter bistveni prispevek k ugledu slovenskega zdravništva in zobozdravništva.

Predlagatelj: Ljubljanski regijski odbor osnovnega zdravstva ■

Prim. Marko Demšar, dr. med. ◆



Primarij Marko Demšar, doktor medicine, se je rodil 16. januarja 1936 v Ljubljani. V domačem mestu je končal študij medicine (1960) ter v Mariboru, Gradcu in Ljubljani specializiral radiologijo. Specialistični izpit je opravil leta 1966, nakar je bil v najstarejšem slovenskem mestu Ptuj od leta 1966 do 1979 predstojnik rentgenološkega oddelka Splošne bolnišnice dr. Jožeta Potrča. Za prihod v Ljubljano na Inštitut za rentge-

nologijo je bilo odločilno povabilo prof. dr. Iva Obreza, dr. med., ki mu je nato zaupal vodenje na novo ustanovljenega oddelka za ultrazvočno diagnostiko. Do smrti prof. dr. Iva Obreza, dr. med., je bil tudi njegov

namestnik. Leta 1987 mu je bil podeljen naziv primarij.

Med prvimi je v novi samostojni državi leta 1991 prešel med zasebne zdravnike in odprl specialistično ordinacijo z ultrazvočno diagnostiko, kasneje pa je svoje strokovno delovanje razširil še na področje diagnostike osteoporoze.

Leta 1989 je prevzel obveznost za ustanovitev "Društva za rabo ultrazvoka v medicini in biologiji" in postal njegov prvi predsednik. Do razpada SFRJ je bil član predsedstva Zveze zdravniških društev Jugoslavije.

Primarij Marko Demšar je kot predsednik vodil Slovensko zdravniško društvo v viharnem času razpadanja SFRJ in nastajanja samostojne slovenske države, v času, ko so zdravniki ustanovili svoj sindikat in ponovno obudili zdravniško zbornico; oboje z zelo aktivno vlogo Slovenskega zdravniškega društva in velikim osebnim prizadevanjem primarij Marka Demšarja.

Primarij Marko Demšar že drugi mandat opravlja funkcijo podpredsednika Združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, v katerem deluje od njegove ustanovitve leta 1994. Kot organizator in soorganizator številnih srečanj zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije je z izjemnim poznavanjem delovanja zdravstvenih sistemov, svojo prodorno mislijo in bogatimi osebnimi izkušnjami plodno sodeloval pri usposabljanju zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov za izvajanje zasebnega dela. Z jasno vizijo in konstruktivnim delom se s strpnim dialogom več kot polno desetletje aktivno vključuje v sooblikovanje novega mešanega državno zasebnega sistema zdravstvenega varstva.

Zdravniška zbornica Slovenije primariju Marku Demšarju podeljuje Hipokratovo priznanje za izjemno stanovsko in organizacijsko delo ter bistveni prispevek k ugledu slovenskega zdravništva in zobozdravništva.

Predlagatelj: Regijski odbor zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov ■

Prim. Kurt Kancler, dr. med. ◆



Primarij Kurt Kancler, doktor medicine, se je rodil 19. februarja 1930 v Mariboru. Leta 1955 je diplomiral na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Leta 1961 pa zaključil specializacijo iz pediatrije.

Primarij Kurt Kancler je bil prvi demokratično izvoljeni predsednik Zdravniške zbornice Slovenije, ki ji je predsedoval od leta 1992 do 1996.

V zadnjih treh desetletjih, ko je na mariborskem področju vodil in reorganiziral dispanzersko pediatrično dejavnost, je postal spričo svojih izkušenj in zgledov poznan tudi v širšem slovenskem prostoru. Dispanzer za otroke v Mariboru je pod njegovim vodstvom prerasel v organizacijsko enoto za varstvo žena, otrok in mladine v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca. Primarij Kancler je poleg tega v Mariboru ustanovil drugi slovenski center za otroke z motnjami v razvoju, tako telesnimi, duševnimi, slušnimi, govornimi in vidnimi prizadetostmi. Po zaslugi primarija Kanclerja je postal mariborski dispanzer demonstracijski učni center za študente Medicinske fakultete v Ljubljani in tudi na podiplomski ravni.

Med mnogimi zaslugami primarija Kanclerja naj omenimo, da je leta 1982 s sodelavci med prvimi v Evropi uvedel najmodernejšo ultrazvočno

presejalno metodo pregleda kolkov vseh novorojenčkov. Poleg tega je preko 20 let predaval na Srednji medicinski šoli v Mariboru, dolga leta na Pedagoški fakulteti in Visoki šoli za zdravstvene delavce v Mariboru, pa tudi na mnogih seminarjih in kongresih doma in na tujem.

Ob svojem strokovnem delu je bil primarij Kancler ves čas zelo aktiven v zdravniških organizacijah v Mariboru in širše na slovenski in mednarodni ravni. Je tudi dolgoletni aktivni sodelavec in nosilec odgovornih funkcij Rdečega križa. Nadvse pomembno je tudi njegovo obsežno zdravstveno prosvetno delo, med njegovimi knjigami bi izdvojili knjigo Naš malček, ki je doživela 11 ponatisov.

Zdravniška zbornica Slovenije primariju Kurtu Kanclerju podeljuje Hipokratovo priznanje za izjemno stanovsko in organizacijsko delo ter bistveni prispevek k ugledu slovenskega zdravništva in zobozdravništva.

Predlagatelj: Mariborski regijski odbor

Mag. Anka Tekstor Tominšek, dr. dent. med. ◆



Magistra Anka Tekstor Tominšek, doktorica dentalne medicine, se je rodila 9. januarja 1945 v Adlešičih v Beli Krajini.

Leta 1968 je na Medicinski fakulteti v Ljubljani zaključila študij stomatologije. Magisterij je opravila na Medicinski fakulteti v Zagrebu leta 1983. Njena prva zaposlitev je bila v Zdravstvenem domu Ljubljana, v Dispanzerju za šolske otroke in mladino, kjer je delala 24 let, zadnja štiri leta je ta dispanzer tudi vodila. V tem času

je načrtovala, organizirala in realizirala preventivno zobozdravstveno dejavnost za učence vseh osnovnih šol v občini Ljubljana – Center, v kar je bila vključena tudi slepa, slabovidna in gluha mladiča in se obenem prizadevala, da bi naredila zobozdravstveno stroko otrokom bolj prijazno.

Leta 1992 je odprla zasebno zobozdravstveno ordinacijo, kjer dela še danes.

Za predsednico Komisije za zasebno zdravniško dejavnost je bila izvoljena leta 1993 in funkcijo opravljala do leta 1996. Vzpostavila je komisijo ter skupaj s kolegi izjemno prizadevno izgrajevala odnos nove demokratične države do zasebnega zdravstva, predvsem na področju zakonodaje. V tem času je sodelovala z Ministrstvom za zdravje in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije pri oblikovanju zdravstvene politike v Sloveniji. Hkrati je postala tudi članica izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije.

Mag. Anka Tekstor Tominšek, dr. dent. med., je zaslužna za oblikovanje novih pravil za zasebne zdravnike in zobozdravnike v novi slovenski državi.

Zdravniška zbornica Slovenije magistri Anki Tekstor Tominšek podeljuje Hipokratovo priznanje za izjemno stanovsko in organizacijsko delo ter bistveni prispevek k ugledu slovenskega zdravništva in zobozdravništva.

Predlagatelj: Odbor za zobozdravstvo ■

Finančno-medicinski nadzori ZZZS

Vladislav Pegan

V zadnjem času se v zvezi s finančno-medicinskimi nadzori ZZZS pojavljajo pritožbe nadzorovanih zdravnikov, obenem pa smo na Zbornico kar nekajkrat prejeli s strani ZZZS prošnjo, da v okviru naših pooblastil izvedemo izredni strokovni nadzor zaradi ugotovljenih nepravilnosti pri predpisovanju zdravil.

Gre za problematiko, ki je dokaj zapletena in večplastna. Odbor za strokovno-medicinska vprašanja je na podlagi prejetih pritožb zdravnikov in informacij, ki jih je prejel od ZZZS kot rezultat finančno-medicinskih nadzorov, smatral, da je potrebno definirati območja posameznih nadzorov. V primeru suma hujše kršitve strokovnih smernic pri predpisovanju zdravil smo se strinjali, da OSM izvede izredni strokovni nadzor, ki naj odgovori na vprašanje domnevnih strokovnih pomanjkljivosti. Komisije ZZZS lahko na odkrite nepravilnosti opozarjajo, dokončno oceno pa lahko izreka le stroka po opravljenem strokovnem nadzoru.

Še prav posebej pa so izstopajoči primeri, ko je nadzorovanemu zdravniku oziroma zdravstveni enoti, kjer dela, naložena denarna kazen, ki naj bi izhajala iz nepravilnosti pri predpisovanju zdravil. O odškodninski odgovornosti zdravnika v zvezi z ukrepi nadzora ZZZS je na pobudo odbora za osnovno zdravstvo podala svoje mnenje in tolmačenje pravna služba Zdravniške zbornice Slovenije. To področje namreč ureja Zakon o delovnih razmerjih, ki v 182. členu določa, da je delavec odškodninsko odgovoren za povzročeno škodo delodajalcu v primeru, da povzroči škodo namenoma ali iz hude malomarnosti.

Odškodninska odgovornost je po svoji naravi krivdna in delodajalec lahko zahteva povrnitev škode, ko dokaže subjektivno odgovornost delavca z upoštevanjem sledečih elementov: dejansko povzročena škoda, nedopustno ravnanje delavca, vzročna zveza med nedopustnim ravnanjem in nastalo škodo ter krivda delavca.

Da bi ponovno razmejili pristojnosti različnih oblik nadzora zdravnikov (upravni nadzor – Ministrstvo za zdravje, strokovni nadzor – Zdravniška zbornica, finančno medicinski nadzor – Zavod za zdravstveno zavarovanje) smo se predstavniki Zbornice v juniju 2003 sestali s predstavniki ZZZS. Pobudi je botrovalo poročilo nadzorne komisije ZZZS o ugotovljenih domnevnih strokovnih nepravilnostih pri predpisovanju zdravil, predvsem na področju psihiatrije. Na omenjenem sestanku so predstavniki ZZZS ugotavljali, da so ob nadzoru ugotavljali polipragmazijo, neracionalno predpisovanje zdravil in »slabo klinično prakso«. Odločno smo nasprotovali oceni strokovnosti nadzorovanega zdravnika v okviru nadzora s strani ZZZS. Dogovorili smo se tudi, da bo Zbornica v konkretnem primeru izvedla izredni strokovni nadzor in podala oceno domnevnih strokovnih nepravilnosti v zvezi s predpisovanjem zdravil. Ocenjevanje strokovnosti dela zdravnika je izključno v pristojnosti strokovnega nadzora, ki ga opravi Zbornica.

Na pobudo predsednika Zdravniške zbornice smo se 6. 1. 2004 ponovno sestali s predstavniki ZZZS. Zapisnik sestanka je korektno sestavil član ZZZS prim. mag. dr. Jurij Fürst, dr. med., in po predstavitvi

zapisnika članom izvršilnega odbora Zbornice na seji dne 24. 3. 2004 so bili člani mnenja, da se celotno besedilo objavi v reviji Isis.

Zapisnik sestanka med predstavniki ZZS in ZZZS

Sestanek je potekal v prostorih ZZZS dne 6. 1. 2004 od 13.00 do 14.45.

Predstavniki ZZS: prim. mag. Marko Bitenc, predsednik, dr. med., prof. dr. Ladislav Pegan, dr. med., prim. Martin Možina, dr. med., prim. mag. Zlatko Fras, dr. med., Jani DERNIČ, dr. med.

Predstavniki ZZZS: Borut Miklavčič, generalni direktor, prim. mag. Martin Toth, dr. dent. med., prim. mag. Jurij Fürst, dr. med.

Pobudnik sestanka je bil predsednik Zbornice, povod pa dopis zavoda (vodje oddelka za zdravila) pulmologom s smernicami GOLD za zdravljenje s KOPB. Zbornica je zaradi tega prejela pritožbo (priloga: pritožba in dopis ZZZS ter smernice GOLD). Zaradi le-te, stališč psihiatrov, zaradi nadzorov zdravil in nekaterih nejasnosti ob nadzorih, se je zdelo primerno, da pride do sestanka.

Najpomembnejše teme in ugotovitve:

1. Zavod ni pooblaščen niti za izdelavo niti za distribucijo strokovnih smernic. Primerneje bi bilo, če bi dal zavod pobudo Zbornici, RSK ali Slovenskemu zdravniškemu društvu, da sami pripravijo in distribuirajo smernice za najpomembnejša področja.
2. Nadzori tako Zavoda kot Zbornice lahko predstavljajo le vrh piramide raznovrstnih dejavnosti za izboljšanje kakovosti dela. Kjer pa baza temelji na nacionalnih strokovnih smernicah, izobraževanju, vzpodbujanju kakovostnega dela in na dobrih povratnih informacijah, ni mogoče pričakovati, da bo nadzorna dejavnost to vrzel v Sloveniji nadomestila. Sporne so tudi velike kazni, ki jih v drugih državah ne poznajo.

V konkretnih primerih nadzorov, zaradi katerih je Zbornica prejela tožbe, je imel zavod resne razloge zanje, med drugimi prijave zaradi odtekanja zdravil v tujino. Tudi pobude zavoda za strokovne nadzore so bile upravičene. "Kazni" so regresni zahtevki za zdravila, ki niso bila predpisana v skladu z zdravili OZZ. Zavod se zlasti po lanskoletnem skupnem sestanku v zvezi z nadzorno dejavnostjo zaveda svojih pristojnosti, ki je omenjeno na t. i. finančno-medicinsko področje. V primeru suma na strokovna odstopanja pa se obvesti Zbornico. Zbornica ima težave z zagotavljanjem sredstev za nadzore, ki so odmerjena zelo skromno. Ideja o skupnih nadzorih ni spremenljiva. Morda bi bilo sodelovanje možno in smiselno na pritožni ravni oziroma na drugi stopnji.

Dana je bila pobuda za ponovni pregled vseh predpisov o nadzorih tako s strani ZZZS kot ZZS – vključno z zakoni, podzakonskimi akti, SOP in drugimi internimi navodili zaradi preglednosti in učinkovitosti. Eventualno ponovna objava v Receptu in Izidi.

3. Psihiatri so doživeli nadzore zavoda kot zelo travmatske. Zaradi tega je bilo sproženih več pritožb in pobud. Zavod je v zadnjih mesecih intenzivno sodeloval z RSK in zborničnim odborom ter na strokovnih srečanjih psihiatrov in nevrologov. Dogovorjeno je bilo boljše sodelovanje, ki bo v prihodnje zmanjšalo trenja. Izredni strokovni nadzor na področju psihiatrije se bliža koncu. Zavod bi želel, da ga Zbornica obvešča o ugotovitvah pri nadzorih, kjer je bil pobudnik.

Nadzorov se dotika tudi pravno sporno odtujevanje zdravstvene dokumentacije, ki ni sprejemljivo. To področje je sicer pravno dokaj jasno, vendar so v praksi odstopanja tako pri zdravnikih (npr. dajanje

kartotek v roke bolnikov za potrebe odločanja o staležu) kot pri zavodu (nekateri nadzori, bolniški staleži). Pravila za izvajanje bi morala biti povsem jasna, nedvoumna in javna.

4. Zbornica je zaradi pomanjkanja financiranja obstala sredi projekta kakovosti v zdravstvu. Vmesni rezultati so zelo vzpodbudni. Tudi Zavod želi po vzoru sodobnih trendov to področje okrepiti, saj se vlaganje v izboljšanje kakovosti povrne najučinkoviteje. To bi lahko bilo skupno izhodišče za nadaljnje sodelovanje.

Na področju zdravil je stalno veliko sprememb (nova zdravila, nove indikacije, kontraindikacije in druga opozorila, nove interakcije in neželeni učinki), tako v strokovnem in vsebinskem smislu kakor tudi v administrativnem (liste, referenčne cene, omejitve itd.), zato je bil poudarjen pomen stalnega izobraževanja in pravočasnega informiranja o spremembah. Po vzoru Švedske, ki investira en odstotek stroškov za zdravila v izobraževanje, bi bilo smiselno podobno pristopiti tudi pri nas. En odstotek je razmeroma malo v primerjavi z maržami in DDV-jem! ZZZS poudarja velik pomen računalniške opremljenosti zdravnikov in posredovanja informacij v elektronski obliki!

5. Nadzorovanje porabe zdravil. ZZZS vidi najmočnejše orožje pri nadzoru predpisovanja zdravil v dobri stalnem izobraževanju ter ustreznem informiranju. ZZS je podprla tudi uvedbo referenčnih cen in bo podpirala tiste ukrepe, ki bodo omogočali implementacijo načel racionalne farmakoterapije, ne da bi pri tem zmanjševali strokovno avtonomnost zdravnikov ali omejevali zdravnikom dostop do zdravil, tudi najnovejših. Med številnimi ukrepi za racionalizacijo, ki jih izvajajo države v svetu, je predlog "budžetiranja" najmanj razdelan, postavljen preozko in ne zagotavlja izboljšave kakovosti prepisovanja, zato je izvršilni odbor ZZS predlog soglasno zavrnil. Prvi podatki o uvedbi sistema referenčnih cen pri medsebojno zamenljivih zdravilih je vzpodbuden, potrebno pa je še naprej skrbno spremljati porabo zdravil in zlasti nekaterih skupin znotraj njih.

Dogovorimo se za nadaljnje redno sestajanje z vnaprej določenimi temami. Naslednjo temo predstavitev projekta kakovosti v zdravstvu in iskanju možnosti za skupno nadaljnje sodelovanje na tem področju.

Predlagane teme:

- izobraževanje zdravnikov na področju zdravil,
- računalniška opremljenost ambulant (za strokovno delo),
- informiranje o zdravilih,
- strokovni nadzor in predpisovanje zdravil – nujni elementi nadzora, kriteriji, način in obseg podatkov za oceno farmakoterapije, izmenjava podatkov ZZS/ZZS,
- projekt kakovosti v zdravstvu – s poudarkom na kriterijih kakovosti farmakoterapije,
- spremljanje novejših načinov obvladovanja stroškov za zdravila v svetu,
- spremembe predpisov (npr. pravilnik o... in predpisovanju zdravil)

Jurij Fürst

Zaradi številnih pripomb, ki jih imajo nadzorovani zdravniki v zvezi s finančno-medicinskimi nadzori ZZZS in tudi ponovnih signalov, ki jih dobivamo kot rezultat teh nadzorov s strani ZZZS o domnevnih kršitvah predpisov in strokovnih smernic, bo Zbornica vztrajala, da se izvajajo redni sestanki s predstavniki ZZZS. Sodelovanje bo brez dvoma koristilo nadzorovanim zdravnikom pa tudi boljši informiranosti zdravnikov o predpisih v zvezi s predpisovanjem zdravil.

Zdravnike, ki imajo pripombe na zapisnike nadzorov, ki jih izvaja ZZZS, pozivamo, da to sporočijo Zdravniški zbornici Slovenije, ki jim bo nudila strokovno in pravno pomoč. ■

Zapisniki IO ZZS

Zapisnik 7. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 24. marca 2004

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da se sprejme predlagani dnevni red.

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

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 130/07/2004:

Sprejme se naslednji dnevni red:

1. Potrditev zapisnika 6. seje izvršilnega odbora z dne 11. 3. 2004
2. Predlog spremembe Pravilnika o zdravniški tarifi
3. Predlog Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah
4. Predlog Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru
5. Poročilo o sestanku med predstavniki Zbornice in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije
6. Predlog članov izpitnih komisij za specialistične izpite
7. Predlog sklepa o preklicu imenovanja članov komisije – prim. mag. M. A. Š. S., dr. med., in prof. dr. A. G., dr. med., svet.
8. Predlog za potrditev spec. akad. st. A. B., dr. med., za začetek izvajanja nadzora ustanov, pooblaščenih za izvajanje pripravništva iz urgentne medicine
9. Razno

K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnikov 6. seje izvršilnega odbora z dne 11. 3. 2004

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je glede na to, da zapisnik 6. seje izvršilnega odbora ni bil posredovan v gradivu, predlagal, da izvršilni odbor točko obravnava na naslednji seji. Na glasovanje je dal odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 131/07/2004:

Izvršilni odbor bo zapisnik 6. seje izvršilnega odbora z dne 11. 3. 2004 obravnaval na naslednji seji.

K 2. točki dnevnega reda: Predlog spremembe Pravilnika o zdravniški tarifi

Jani DERNIČ, dr. med., je predstavil predlog odbora za socialno-ekonomska vprašanja za spremembo Pravilnika o zdravniški tarifi. V praksi se pojavlja vedno več zahtev zdravstvenih zavarovalnic za posredovanje zdravstvene dokumentacije za posameznega zavarovanca

v zvezi z ugotavljanjem zdravstvenega stanja ob sklepanju zavarovanja ali ob nastanku škodnega primera. Zavarovalnica se pri tem sklicuje na pooblastilo pacienta in 154. člen Zakona o zavarovalništvu. Navedeni člen pa ne govori o tem, da bi bil zdravnik dolžan te podatke zavarovalnici posredovati brezplačno. S pooblastilom zavarovanca je zdravnik razrešen varovanja svoje »zdravniške skrivnosti«, vendar kljub temu ne sme in ne more zavarovalnici posredovati originalne dokumentacije temveč fotokopije le-te. Zdravnik mora tako iz celotne dokumentacije pacienta, s katero razpolaga, izbrati zahtevane podatke, jih fotokopirati, potrditi avtentičnost fotokopij s svojim podpisom in žigom ter jih poslati zavarovalnici. Ker to povzroči zdravniku dodatno delo in stroške, predlagajo, da Pravilnik o zdravniški tarifi to delo zdravnika na novo ovrednoti.

V pravilniku se doda nova tarifa »pregled, izbor, fotokopiranje, potrditev avtentičnosti ter posredovanje zdravstvene dokumentacije za potrebe komercialne zavarovalnice«. Zbiranje in posredovanje medicinske dokumentacije (zajema pregled, izbor, fotokopiranje, potrditev avtentičnosti in posredovanje dokumentacije) je ovrednoteno:

- neobsežno (pet strani ali manj) 30 točk
- obsežno (več kot pet strani) 70 točk

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal točko v razpravo. Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi predlog odbora za socialno-ekonomska vprašanja za spremembo Pravilnika o zdravniški tarifi ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 132/07/2004:

1. Izvršilni odbor na predlog odbora za socialno-ekonomska vprašanja potrdi predlog osnutka spremembe in dopolnitve Pravilnika o zdravniški tarifi (Uradni list RS, št. 54/95, 55/96 in 57/98, 78/99, 39/00, 8/01, 43/02 in 21/03), kot je naveden v prilogi.
2. Predlog se predloži v sprejem skupščinskemu svetu, nato pa skupščini Zbornice.
3. Skupščini se predlaga obravnava po hitrem postopku.

K 3. točki dnevnega reda: Predlog Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 1. člen predloga (v celotnem pravilniku se besedi »zobozdravnik« in »stomatolog« nadomesti z besedilom »doktor dentalne medicine« v ustreznem spolu in sklonu, beseda »stomatologija« pa z besedo »dentalna medicina« v ustreznem sklonu). Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi 1. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 133/07/2004:

Izvršilni odbor potrди 1. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 2. člen predloga, ki se nanaša se na 8. člen pravilnika, in sicer na pogoje za samostojno opravljanje zdravniške službe.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je predlagal, da se v drugem odstavku 8. člena pravilnika doda besedilo v smislu prehodne določbe zakona o zdravniški službi, ki določa, da zdravniku, ki mu je bila izdana licenca za področje splošne medicine do 1. 1. 2000, ni potrebno za nadaljšanje licence za delo na področju splošne medicine za obdobje po 1. 1. 2007 opraviti specialističnega izpita.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrди 2. člena predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, s tem da se upošteva predlog prof. dr. Matije Horvata, dr. med., ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 134/07/2004:

Izvršilni odbor potrди 2. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, kot je naveden v gradivu, s tem da se dopolni s predlogom prof. dr. Matije Horvata, dr. med., kot je naveden v razpravi.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 3. člen predloga, ki se nanaša na dodani nov 8. a člen pravilnika. Zdravnik, državljani države Evropske unije (EU), ki opravlja zdravniške storitve na območju druge države EU in bo želel občasno opravljati zdravniške storitve v RS, bo lahko opravljal te storitve brez podeljene licence v skladu z zakonodajo, ki ureja občasno opravljanje zdravstvenih storitev državljanov držav EU. Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrди 3. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 135/07/2004:

Izvršilni odbor potrди 3. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 4. člen predloga, ki se nanaša na spremembo 9. člena pravilnika, in sicer na pogoje za pridobitev kvalifikacije za samostojno opravljanje dela ter na pogoje za pridobitev licence.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., se ni strinjal s predlogom, da določilo, na podlagi katerega Zbornica lahko predpiše preizkus usposobljenosti, ne velja za zdravnika, ki je državljani druge države članice EU. Svet za izobraževanje zdravnikov preizkus usposobljenosti predpiše tudi slovenskemu zdravniku, v kolikor na podlagi priložene dokumentacije oziroma dosedanjega dela zdravnika dvomi v njegovo usposobljenost za delo na določenem strokovnem področju. Menil je, da je potrebna adekvatna strokovna obravnava vseh zdravnikov.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je pojasnil, da si države članice

EU avtomatično medsebojno priznavajo licenco. Zbornica v skladu z evropskim pravnim redom ne more predpisati preizkusa strokovne usposobljenosti zdravniku, ki je državljani druge države članice EU. Zbornica lahko pri zdravniku izvede strokovni nadzor. Glede na podatke, da je manj kot en odstotek migracij zdravnikov med državami članicami EU, je menil, da ne pričakuje večje imigracije zdravnikov državljanov drugih držav članic EU v Slovenijo.

Mag. Žarko Pinter, dr. med., je povedal, da je migracija zdravnikov med Nemčijo in Avstrijo minimalna. Menil je, da ne bo bistvenih migracij zdravnikov državljanov drugih držav članic EU v Slovenijo, saj Slovenija predstavlja tudi novo jezikovno področje.

Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je pojasnil, da bodo zdravniki državljani drugih držav članic EU imeli možnost kandidirati na prosto delovno mesto v Sloveniji. Delodajalec bo odločil, koga bo zaposlil. Zdravnik, ki je državljani druge države članice EU, mora za pridobitev licence Zbornici predložiti potrdilo pristojnega organa države članice EU, da lahko opravlja svoj poklic (potrdilo o nekaznovanosti ter potrdilo o dobrem imenu in ugledu), ki ne sme biti starejše od treh mesecev od datuma izdaje.

Prof. dr. Franc Farčnik, dr. dent. med., je menil, da je strokovni nadzor edino merilo za oceno kakovosti dela zdravnika državljan države članice EU. Potrebno bo povečati obseg strokovnih nadzorov na področju zobozdravstva. Sedaj je v načrtu za izvajanje nadzorov na področju zobozdravstva 10 do 12 nadzorov na letni ravni.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da Zbornica na Ministrstvo za zdravje posreduje predlog za povečanje finančnih sredstev za izvajanje naloge javnega pooblastila za področje strokovni nadzor ter dal na glasovanje odločitev o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 136/07/2004:

Zdravniška zbornica Slovenije na Ministrstvo za zdravje posreduje predlog za povečanje finančnih sredstev za izvajanje naloge javnega pooblastila za področje strokovni nadzor.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrди 4. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 137/07/2004:

Izvršilni odbor potrди 4. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 5. člen predloga, ki se nanaša na spremembo 11. člena pravilnika, in sicer na uporabo slovenskega jezika pri opravljanju zdravniške službe.

Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je pojasnil, da določilo, da zdravnik uporablja pri opravljanju zdravniške službe slovenski jezik, na dvojezičnem mešanem območju italijanske in madžerske narodne skupnosti pa uporablja tudi italijanski in madžarski jezik, velja tudi za zdravnika, državljan druge države članice EU. Določba, da se znanje jezika dokazuje s spričevalom o končani srednji šoli ali s potrdilom izobraževalnega zavoda, se ne uporablja za državljane drugih držav članic EU. Delodajalec v svojih aktih določi stopnjo znanja jezika in način preverjanja

izpolnjevanja tega pogoja za posamezna delovna mesta.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi 5. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 138/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 5. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 6. člen predloga, ki se nanaša na spremembo 22. člena pravilnika, in sicer na pogoje za pridobitev kreditnih točk na podlagi stalnega podiplomskega izobraževanja. Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi 6. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 139/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 6. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 7. člen predloga, ki se nanaša na spremembo 24. člena pravilnika, in sicer se v prvi alineji črta beseda »domača«. Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi 7. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 140/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 7. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 8. člen predloga, ki se nanaša na spremembo 25. člena pravilnika, in sicer se v prvem in drugem odstavku črta beseda »domača«. Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi 8. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 141/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 8. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 9. člen predloga, ki se nanaša na spremembo 26. člena pravilnika, in sicer na pridobitev pooblastila Zbornice za organiziranje stalnega podiplomskega izobraževanja. Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi 9. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 142/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 9. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 10. člen predloga, ki se nanaša na črtanje besede »domača« v naslovu pod zaporedno številko 3.2.1. Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi 10. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 143/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 10. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 11. člen predloga, ki se nanaša na spremembo 9. člena pravilnika, in sicer na rok za vložitev vloge za priznanje števila kreditnih točk za določeno strokovno srečanje. Organizator je sedaj moral vložiti vlogo najmanj štiri mesece pred izvedbo strokovnega srečanja. Predlagani rok za vložitev vloge je sedaj dva meseca. Razprave ni bilo.

Predlagal, da izvršilni odbor potrdi 11. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 144/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 11. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 12. člen predloga, ki se nanaša na spremembo 40. člena pravilnika, in sicer na določitev števila kreditnih točk za vsako uro predavanja. Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi 12. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 145/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 12. člen predloga Pravilnika o spremembah

in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 13. člen predloga, ki se nanaša na spremembo pete alineje prvega odstavka 53. člena pravilnika, in sicer na primer za odvzem licence za določeno časovno obdobje do petih let. Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi 13. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 146/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 13. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 14. člen predloga, ki se nanaša na začetek veljavnosti sprememb pravilnika.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi 14. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 147/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 14. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je ugotovil, da se izvršilni odbor strinja s predlogom Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah, kot je naveden v gradivu. Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi predlog prim. Antona Židanika, dr. med., da se skupščini predlaga obravnava po hitrem postopku in se predlaga korespondenčno glasovanje ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 148/07/2004:

- Izvršilni odbor ugotavlja, da Ministrstvo za zdravje ni dalo soglasja k Pravilniku o spremembah in dopolnitvah pravilnika o zdravniških licencah, ki je bil sprejet na seji skupščine v novembru 2003, zaradi priprave novele Zakona o zdravniški službi in novele Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki ju bi bilo potrebno v bodoče vključiti v pravilnik o zdravniških licencah. Zato se na skupščini sprejeto besedilo sprememb združi z novimi potrebnimi spremembami in kot enoten akt - Pravilnik o spremembah in dopolnitvah pravilnika o zdravniških licencah posreduje v nadaljnjo obravnavo in sprejem.
- Izvršilni odbor sprejme osnutek Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniških licencah (Uradni list RS, št. 83/1997, RS 98/1999, RS 39/2000, RS 50/2001, RS 61/2002), kot je naveden v prilogi. Osnutek se predloži v sprejem skupščinskemu svetu, nato pa skupščini Zbornice.
- Skupščini se predlaga obravnava po hitrem postopku in se predlaga korespondenčno glasovanje.

K 4. točki dnevnega reda: Predlog Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 1. člen predloga, ki se nanaša na dopolnitev 3. člena pravilnika, in sicer na pogoje, ki jih mora izpolnjevati zdravnik, državljan države članice EU, ki opravlja zdravniško službo na območju druge države članice EU in želi občasno opravljati zdravniško službo v Republiki Sloveniji.

Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je pojasnil, da zdravnik, državljan države članice EU, ki opravlja zdravniško službo na območju druge države članice EU in želi občasno opravljati zdravniško službo v Republiki Sloveniji, mora opraviti prijavo pri Zbornici in se registrirati s statusom začasnega člana. Licenca za občasno delo ni potrebna.

Spec. akad. sc. Andrej Bručan, dr. med., je opozoril, da termin »občasno« ni opredeljen.

Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., je pojasnil, da smernica EU ne navaja rokov, temveč le termin »občasno delo«. Zbornica v podzakonskih aktih ne more opredeljevati dodatnih pogojev. Temelj tega določila je, da je zdravnik redno zaposlen v eni od držav članic EU, medtem ko v drugi državi članici EU lahko občasno opravlja zdravniško službo.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi 1. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 149/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 1. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 2. člen predloga, ki se nanaša na spremembo in dopolnitev 5. člena pravilnika, in sicer na obvezni oziroma neobvezni vpis v register. Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi 2. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 150/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 2. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 3. člen predloga, ki se nanaša na nadomestitev besede »sklep« z besedo »odločba« v prvem odstavku 12. člena pravilnika. Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi 3. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 151/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 3. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru, kot je naveden v

gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 4. člen predloga, ki se nanaša na dopolnitev 13. člena pravilnika, in sicer na obliko vloge za izbris iz registra. Razprave ni bilo.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi 4. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 152/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 4. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je dal v razpravo 5. člen predloga, ki se nanaša na začetek veljavnosti sprememb pravilnika.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi 5. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 153/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi 5. člen predloga Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru, kot je naveden v gradivu.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je ugotovil, da se izvršilni odbor strinja s predlogom Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru, kot je naveden v gradivu. Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi predlog prim. Antona Židanika, dr. med., da se skupščini predlaga obravnava po hitrem postopku in se predlaga korespondenčno glasovanje ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 154/07/2004:

1. Izvršilni odbor ugotavlja, da Ministrstvo za zdravje ni dalo soglasja k Pravilniku o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru, ki je bil sprejet na seji skupščine v novembru 2003, zaradi priprave novele Zakona o zdravniški službi in novele Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki ju bi bilo potrebno v prihodnje vključiti v Pravilnik o zdravniškem registru. Zato se na skupščini sprejeto besedilo sprememb združi z novimi potrebnimi spremembami in kot enoten akt - Pravilnik o spremembah in dopolnitvah pravilnika o zdravniškem registru posreduje v nadaljnjo obravnavo in sprejem.
2. Izvršilni odbor sprejme osnutek Pravilnika o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o zdravniškem registru (Uradni list RS, št. 35/00, 57/00), kot je naveden v prilogi. Osnutek se predloži v sprejem skupščinskemu svetu, nato pa skupščini Zbornice.
3. Skupščini se predlaga obravnava po hitrem postopku in se predlaga korespondenčno glasovanje.

K 5. točki dnevnega reda: Poročilo o sestanku med predstavniki Zbornice in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je povedal, da so se predstavniki Zbornice dne 6. 1. 2004 udeležili sestanka na Zavodu za zdravstveno

zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS). ZZZS je na Zbornico posredoval zapisnik sestanka. Na sestanku so se dogovorili, da se bodo predstavniki Zbornice in ZZZS redno sestajali z vnaprej določenimi temami (izobraževanje zdravnikov na področju zdravil, računalniška opremljenost ambulant, informiranje o zdravilih, strokovni nadzor in predpisovanje zdravil, projekt kakovost v zdravstvu, spremljanje novejših načinov obvladovanja stroškov za zdravila v svetu, spremembe predpisov).

Jani DERNIČ, dr. med., je podprl dogovor, da se predstavniki Zbornice in ZZZS sestanejo štirikrat na leto na določeno temo. Glede na določilo splošnega dogovora, da je pri nadzoru ZZZS prisoten predstavnik Zbornice, je postavil vprašanje, če je dovolj zdravnikov, ki bi na področju Slovenije sodelovali pri izvedbi nadzora ZZZS.

Prof. dr. Vladislav PEGAN, dr. med., je menil, da je sodelovanje zdravnikov pri nadzoru ZZZS v pristojnosti regijskih odborov.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da prof. dr. Vladislav PEGAN, dr. med., za glasilo Isis napiše članek ter pozove zdravnike, da morebitne pritožbe nad izvajanjem nadzora s strani ZZZS posredujejo na Zbornico. Predlagal je, da se zapisnik sestanka med predstavniki Zbornice in ZZZS objavi v glasilu Isis. Predlagal je, da Jani DERNIČ, dr. med., in prof. dr. Vladislav PEGAN, dr. med., na ZZZS posredujeta pobudo za sestanek, ki naj bo v roku dveh tednov. Na glasovanje je dal odločitev o njegovih predlogih.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 155/07/2004:

1. Izvršilni odbor je odločil, da prof. dr. Vladislav PEGAN, dr. med., napiše članek za glasilo Isis ter pozove zdravnike, da morebitne pritožbe nad izvajanjem nadzora s strani ZZZS posredujejo na Zbornico.
2. Zapisnik sestanka med predstavniki Zdravniške zbornice Slovenije in ZZZS z dne 6. 1. 2004 se objavi v glasilu Isis.
3. Prof. dr. Vladislav PEGAN, dr. med., in Jani DERNIČ, dr. med., na ZZZS naslovita pobudo za sestanek, ki naj bo v roku dveh tednov.

K 6. točki dnevnega reda: Predlog članov izpitnih komisij za specialistične izpite

Prof. dr. Matija HORVAT, dr. med., je predstavil predlog sveta za izobraževanje zdravnikov za imenovanje članov izpitnih komisij za specialistične izpite. Zbornica je prejela dodatne predloge glede imenovanja članov izpitnih komisij v skladu z določili 48. člena pravilnika. Predloge je obravnaval svet za izobraževanje zdravnikov, ki je preveril, če zdravnik, predlagan za člana izpitne komisije, izpolnjuje formalne pogoje, ki jih določa pravilnik.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi predlog sveta za izobraževanje zdravnikov, kot je naveden v gradivu ter dal na glasovanje odločitev o predlogu.

V času glasovanja je bilo navzočih sedem članov izvršilnega odbora (seje se je udeležila asist. Gordana ŽIVČEC KALAN, dr. med.). ZA potrditev predloga je glasovalo sedem članov, PROTI potrditvi predloga ni glasoval noben član, VZDRŽAL se ni noben član.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 156/07/2004:

Izvršilni odbor na predlog sveta za izobraževanje zdravnikov potrdi za člana izpitnih komisij za specialistične izpite:

- prim. asist. mag. Igorja Bizjaka, dr. med., član, za področje urologije;
- doc. dr. Blanko Kores Plesničar, dr. med., član, za področje psihiatrije ter otroške in mladostniške psihiatrije.

K 7. točki dnevnega reda: Predlog sklepa o preklicu imenovanja članov izpitne komisije – prim. mag. M. A. Š. S., dr. med., in prof. dr. A. G., dr. med., svet.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je predstavil predlog sveta za izobraževanje zdravnikov za preklic imenovanja dveh članov izpitne komisije. Zbornica je dne 18. 2. 2004 od dveh imenovanih članov komisije prejela zahtevo za preklic imenovanja za člana izpitne komisije za specialistični izpit iz šolske medicine oziroma klinične genetike. Svet za izobraževanje zdravnikov predlaga, da se preklic imenovanje.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi predlog sveta za izobraževanje zdravnikov, kot je naveden v gradivu ter dal na glasovanje odločitev o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 157/07/2004:

Izvršilni odbor na predlog sveta za izobraževanje zdravnikov preklic imenovanje za člana izpitne komisije za specialistične izpite, in sicer imenovanje:

prim. mag. Marije Ane Šalehar Stupica, dr. med., za članico izpitne komisije za področje šolske medicine;

prof. dr. Alojza Gregoriča, dr. med., svet., za člana izpitne komisije za področje klinične genetike.

K 8. točki dnevnega reda: Predlog za potrditev spec. akad. st. A. B, dr. med., za začetek izvajanja nadzora ustanov, pooblaščenih za izvajanje pripravništva iz urgentne medicine

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je predstavil predlog sveta za izobraževanje zdravnikov za potrditev spec. akad. st. Andreja Bručana, dr. med., za začetek izvajanja nadzora ustanov, pooblaščenih za izvajanje pripravništva iz urgentne medicine. Svet za izobraževanje zdravnikov je na 21. seji dne 21. 10. 2003 sprejel sklep, da naj bi Zbornica določila komisijo, ki bi pričela z izvajanjem nadzora ustanov, pooblaščenih za izvajanje pripravništva z realizacijo.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi predlog sveta za izobraževanje zdravnikov, kot je naveden v gradivu ter dal na glasovanje odločitev o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 158/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi predlog sveta za izobraževanje zdravnikov, da spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med., predsednik komisije za sekundarijat, začne z izvajanjem nadzora v bolnišnicah, ki so pooblaščen za izvajanje pripravništva iz urgentne medicine v Republiki Sloveniji.

K 9. točki dnevnega reda: Razno

a) Odprto pismo predsedniku Zdravniške zbornice Slovenije glede izbire članov in oblikovanja odbora za osnovno zdravstvo

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predstavil odprto pismo članice odbora za osnovno zdravstvo glede izbire članov in oblikovanja odbora za področje pediatrije. Povedal je, da se je v zvezi s to problematiko udeležil seje odbora, kjer je pojasnil, da ima Zbornica mandatarski sistem. Sestava odbora za osnovno zdravstvo je v pristojnosti predsednice odbora. Izvršilni odbor ne bo razpravljal o tem. Menil je, da nezadovoljstvo posameznih skupin znotraj določenega organa Zbornice ne sme pripeljati do tega, da bi se povečalo število zborničnih organov.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., se je strinjala z mnenjem asist. mag. Marka Bitenca, dr. med. Pismo razume na dva načina. Odstotni

delež zastopanosti pediatrov v odboru za osnovno zdravstvo je skladen z realno situacijo zastopanosti pediatrov v osnovnem zdravstvu. Res je, da se je problematika pediatrije in šolske medicine na sejah odbora obravnavala redko. Naloga članov odbora iz tega področja je, da pripravijo gradivo za sejo. Vsaka pobuda, predlog, ki ga je kdorkoli prinesel na odbor, se je na odboru obravnavala. Pismo bo obravnavala na jutrišnji seji odbora. Prizadevala si bo, da vsi člani Zbornice najdejo svoje mesto v obstoječi strukturi Zbornice.

b) Konsolidacija evropskih zdravniških organizacij

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predstavil konsolidacijo evropskih zdravniških organizacij. Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi mnenje, kot je navedeno v gradivu ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 159/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi konsolidacijo evropskih zdravniških organizacij.

c) Predlog spornih vprašanj za arbitražo za Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2004

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je glede na to, da ni bilo prisotnega poročevalca, predlagal, da izvršilni odbor predlog spornih vprašanj za arbitražo za Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2004 obravnava na naslednji seji ter dal na glasovanje odločitev o njegovem predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 162/07/2004:

Izvršilni odbor predlog spornih vprašanj za arbitražo za Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2004 obravnava na naslednji seji izvršilnega odbora.

d) Imenovanje neposrednega mentorja za specializacijo iz čeljustne in zobne ortopedije

Prof. dr. Franc Farčnik, dr. dent. med., je predstavil predlog odbora za zobozdravstvo za imenovanje neposrednega mentorja za specializacijo iz čeljustne in zobne ortopedije. Odbor je pobudo pooblaščenega izvajalca ZD Ljubljana za imenovanje dodatnega neposrednega mentorja specializantom za področje čeljustne in zobne ortopedije obravnaval na svoji redni 37. seji in sklenil, da se strinja s predlogom. K predlogu za imenovanje je predlagana podala pisno soglasje.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi predlog odbora za zobozdravstvo, kot je naveden v gradivu ter dal na glasovanje odločitev o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 163/07/2004:

Izvršilni odbor na predlog odbora za zobozdravstvo dodatno imenuje za neposredno mentorico specializantom čeljustne in zobne ortopedije, Stanko Herman, dr. dent. med.

e) Imenovanje komisije za pregled in ugotavljanje posledic zaostankov histoloških izvidov v SB Celje za sedem primerov s področja otorinolaringologije

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je predstavil predlog odbora za

strokovno-medicinska vprašanja za imenovanje komisije za pregled in ugotavljanje posledic zaostankov histoloških izvidov v SB Celje za pregled sedmih primerov s področja otorinolaringologije.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je povedal, da v javnosti kroži informacija, da je Zbornica krila vse stroške za izvedbo prve in druge faze nadzora v zvezi z zaostanki histoloških izvidov v SB Celje. Pojasnil je, da je Zbornica za izvedbo prve faze nadzora v zvezi z zaostanki histoloških izvidov v SB Celje krila polovico stroškov. Vse stroške za izvedbo druge faze nadzora v zvezi z zaostanki histoloških izvidov v SB Celje bo krila SB Celje.

Predlagal je, da izvršilni odbor potrdi predlog odbora za strokovno-medicinska vprašanja, kot je naveden v gradivu ter dal na glasovanje odločitev o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 164/07/2004:

Izvršilni odbor na predlog odbora za strokovno-medicinska vprašanja za pregled in ugotavljanje posledic zaostankov histoloških izvidov v SB Celje za pregled sedmih primerov s področja otorinolaringologije potrdi komisijo v naslednji sestavi:

- prof. dr. Lojze Šmid, dr. med., specialist otorinolaringologije,
- doc. dr. Branko Zakotnik, dr. med., specialist interne medicine.

f) Predlog za drugi javni razpis specializacij v letu 2004

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je pojasnil, da poleg že potrjenega predloga za drugi javni razpis specializacij, ki ga je izvršilni odbor potrdil na korespondenčni seji dne 19. 3. 2004, izvršilnemu odboru svet za izobraževanje zdravnikov predlaga, da potrdi dopolnjen predlog razpisa, ki ga je dopolnilo Ministrstvo za zdravje. Ministrstvo za zdravje je pri svojih dopolnitvah upoštevalo podatke o preskrbljenosti prebivalstva z zdravniki specialisti po posameznih regijah in specialnostih. Tako je predlagalo povečanje števila razpisnih mest v tistih specialnostih in regijah, ki so podpovprečno preskrbljene z določenimi specialnosti. Predlagalo je povečanje števila razpisanih specializacij za 19 mest na področju splošne medicine.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi predlog sveta za izobraževanje zdravnikov za drugi javni razpis specializacij v letu 2004 ter dal na glasovanje odločitev o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 165/07/2004:

Izvršilni odbor potrdi drugi javni razpis specializacij v letu 2004, in sicer 217 specializacij za javno zdravstveno mrežo v aprilu 2004, ki vključuje tudi ponovitev razpisa ene specializacije iz plastične, rekonstrukcijske in estetske kirurgije za regijo Celje ter razpis za specializacije z znanim plačnikom, kot sledi iz priložene tabele.

g) Imenovanje asist. mag. Tomaža Čakša, dr. med., za člana v »European network of doctors campaigning on tobacco control« ter njegova udeležba na »Meeting of TAG« v Dubrovniku, 16.-17. 4. 2004.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor imenuje za člana v »European network of doctors campaigning on tobacco control« asist. mag. Tomaža Čakša, dr. med., ter odobri njegovo udeležbo na »Meeting of TAG« v Dubrovniku. Na glasovanje je dal odločitev o predlogu.

V času glasovanja je bilo navzočih sedem članov izvršilnega odbora. ZA potrditev predloga je glasovalo sedem članov, PROTI potrditvi pred-

loga ni glasoval noben član, VZDRŽAL se ni noben član.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 166/07/2004:

1. Izvršilni odbor imenuje za člana v »European network of doctors campaigning on tobacco control« asist. mag. Tomaža Čakša, dr. med.

2. Izvršilni odbor potrdi udeležbo asist. mag. Tomaža Čakša, dr. med., na »Meeting of TAG« v Dubrovniku, 16.-17. 4. 2004.

h) Spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med., je povedal, da je Zbornica na podlagi sklepa izvršilnega odbora št. 375/18/2003 na ministrstvo posredovala predlog sprememb Pravilnika o pripravi in strokovnih izpitih delavcev na področju zdravstvene dejavnosti. Predlog za spremembo pravilnika se nanaša na opravljanje dela strokovnega izpita iz urgentne medicine v okviru Zdravniške zbornice Slovenije. Ministrstvo do danes še ni posredovalo odgovora. Predlagal je, da Zbornica v zvezi s tem urigira na ministrstvo.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je predlagal, da izvršilni odbor potrdi predlog spec. akad. st. Andreja Bručana, dr. med., ter dal na glasovanje odločitev o predlogu.

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

Soglasno je bil sprejet sklep št. 167/07/2004:

Zdravniška zbornica Slovenije urigira na Ministrstvo za zdravje glede posredovanega predloga sprememb Pravilnika o pripravi in strokovnih izpitih delavcev na področju zdravstvene dejavnosti, ki se nanaša na opravljanje dela strokovnega izpita iz urgentne medicine v okviru Zdravniške zbornice Slovenije.

Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., je povedal, da bo naslednja seja izvršilnega odbora dne 1. 4. 2004 ob 16. uri. Na dnevni red seje bo uvrščena točka »Podpora kandidature za predsednika Zbornice«. Po seji izvršilnega odbora bo skupna seja izvršilnega odbora in skupščinskega sveta, in sicer ob 18. uri.

Zapisa: Darja Klančar



Zapisnik sestanka pododbora za ambulantno ginekologijo pri Zdravniški zbornici Slovenije

(v nadaljevanju: PAG - ZZS),

ki je bil 10. 3. 2004 v prostorih ZZS v Ljubljani

Prisotni: predsednica Lucija Vrabič Dežman, dr. med., Mojca Jemec, dr. med., Črtomir Knap, dr. med., Marko Mlinarič, dr. med., Nives Rožič Vičič, dr. med., Polona Jerman Kačič dr. med., mag. Dušica Glušič, dr. med.

Upravičeno odsotni: Jasna Kostanjšek, dr. med., Filip Simoniti, dr. med., Ksenija Šelih Martinec, dr. med.

Sestanek vodi predsednica Lucija Vrabič Dežman, dr. med. Razdeli nam zapisnik prejšnjega sestanka, ki je prispel z zamudo (šele danes) po faksu. Pripombe nanj bomo poslali Luciji Vrabič Dežman, in sicer naknadno po elektronski pošti.

Strinjamo se z dnevnim redom sestanka, kot je bi poslan z vabilom na sestanek:

1. Vloga osnovnega ginekologa v luči Studia ob sedemnajstih dne 19. februarja 2004. Dr. Mlinarič in dr. Polona Jerman Kačič nas na kratko seznanita z vsebino oddaje Studio ob sedemnajstih dne 19. 2. 2004, kjer je bilo s strani predsednice RSK prof. Žive Novak Antolič izrečenih precej čudnih in zavajajočih izjav.

Naše pripombe:

- Dejavnost v terciarnih centrih naj se strokovno razširja in izpopolnjuje, vendar vse to nima povezave z organizacijo in delovanjem ambulantne ginekologije. Menimo, da so kazalci zdravstvenega varstva žensk danes zato tako ugodni, ker smo ginekologi (in ne morda kdo drug) nosilci te dejavnosti.
- Pogrešamo strokovno analizo kadrovske deficitarnosti ginekologov na osnovni, sekundarni in terciarni ravni. Predvsem si ne znamo razlagati, zakaj kljub deficitarnosti ginekologov na sekundarni in terciarnem ravni le- ti opravljajo dejavnost tudi na osnovni ravni?!!!
- Če nekdo kot izvajalec samostojno opravi zdravniški pregled, je ta izvajalec seveda nosilec zdravstvene dejavnosti. Zakon o zdravniški službi, Zakon o zdravstveni dejavnosti in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja potrjujejo kot nosilca zdravstvene dejavnosti samo zdravnika, zato je s tem babica že v osnovi izključena kot izvajalec samostojne zdravstvene dejavnosti. Tisti, ki samostojno opravi zdravniški pregled, zanj odgovarja in odgovornost ni prenosljiva! Nesmiselno je govoriti o skupini, saj skupina ni nosilec zdravstvene dejavnosti. Ginekolog se sam odloči, kje in kako bo v svoje delo vključil babico in tako naj ostane tudi v prihodnje!! Ne vidimo razloga, zakaj bi zakon predpisoval, kaj in kako naj v ginekološki ambulanti dela zdravstveni delavec oziroma sodelavec. Navedeno je bilo tudi v skladu sklepov ZAG že posredovano RSK. Čudi nas tudi trditev predsednice RSK, da babice bolje skrbijo za zdrave nosečnice kot ginekologi!
- Zaskrbljujoča in zavajajoča za javnost je tudi izjava predsednice RSK o slabo odvzetih brisih materničnega vratu, o 19-ih odstotkih lažno negativnih oziroma slabo odvzetih brisih, s čimer enači slabo

senzitivnost citoloških brisov s slabim delom ginekologa.

Sklepi:

1. Sklepi o vlogi osnovnega ginekologa, ki jih je pododbor že izoblikoval in poslal decembra 2002, se ponovno pošljejo na RSK, Ministrstvu za zdravje, Združenju ambulantnih ginekologov, Zdravniški zbornici Slovenije. Zanje je zadolžena dr. Lucija Vrabič Dežman.
2. Poslati dopis z našimi pripombami predsednici RSK, izvršilnemu odboru ZZS, predsednici odbora za osnovno zdravstvo pri ZZS, predsedniku ZZS, direktorici Ginekološke klinike v Ljubljani, predsedniku Združenja ginekologov in porodničarjev Slovenije, prof. Božu Kralju.

2. Faza odobritve povečanja materialnih stroškov:

Predsednica poda poročilo o stanju povečanja materialnih stroškov. Informacija ge. Nike Sokolič, ki je finančno ovrednotila naše predloge za povečanje materialialnih stroškov je, da naš predlog še ni bil podan pogajalski skupini Zdravniške zbornice in da se bo to zgodilo v kratkem. Glede na to, da je bil iniciativni sestanek 3. 12. 2003, nas čudi, da se naše želje in vloge zavlačujejo. Na naslednji sestanek pododbora povabimo go. Niko Sokolič, da nam navedeno zavlačevanje in cel postopek argumentirano razloži.

3. Razno:

- Glede na aktualnost problematike predpisovanja receptov in posredovanega dopisa g. Frimu (novembra 2003!) bi želeli, da Zdravniška zbornica organizira sestanek pododbora z g. Frimom o tej zelo aktualni problematiki. V zvezi s tem tudi prosimo Zdravniško zbornico za uradno mnenje o projektu STIRA, ki je bil predstavljen na pogajanjih z ZZS.
- Dr. Gordana Živčec Kalan nam je decembra 2003 poslala pismo o tem, da naj se opredelijo in razčlenijo laboratorijski stroški brez LZM pri ginekologih. Zanima nas, koliko ginekologov je odgovorilo na njeno pismo in kakšni so rezultati. Prosimo dr. Gordano Živčec Kalan, da nam posreduje te podatke.
- Opažamo, da se naša predstavica na RSK ne drži dogovora, sprejetega na sestanku 5. 2. 2004, ki je bil usklajen tudi z asist. mag. Bitencem, asist. Gordano Živčec Kalan in Dragico Rejec Taljat, dr. med. Naša predstavica na RSK mora glasovati in sprejemati samo sklepe in odločitve, o katerih dobi soglasje pododbora in Združenja za ambulantne ginekologe. Prosimo pravno službo Zdravniške zbornice Slovenije, da nas seznanita s tem, kakšen je postopek o odpoklicu in zamenjavi našega predstavnika na RSK.
- Od ge. Vesne Habe še vedno nismo dobili odgovora o tem, kdo je odgovoren za opravljeno zdravstveno storitev, ki jo opravi "nezdravnik". Ponovno prosimo za odgovor in pojasnilo! ■

Zapisała: Dušica Glušič ob pomoči vseh članov pododbora

Nove smernice v svetovanju kontracepcije po umetni prekinitvi nosečnosti (UPN) in po porodu ter v obravnavi UPN pri mladostnicah

Bojana Pinter, Alenka Pretnar Darovec, Eda Vrtačnik Bokal

Splavnost (št. umetnih prekinitev nosečnosti (UPN) na 1.000 žensk) kot kazalec neželenih nosečnosti, je v Sloveniji v zadnjih dveh desetletjih upadla s 40/1.000 žensk starih od 15 do 49 let v letu 1980 na 15/1.000 žensk v letu 2001. Kljub ugodnim kazalcem nas te številke še vedno uvrščajo med slabše evropske države, saj so najuspešnejše države (Nizozemska, Belgija) znižale delež UPN na 5/1.000 žensk. Analiza splavnosti v Sloveniji ne kaže pomembnih razlik v deležu UPN glede na starost ženske, kaže pa, da je delež UPN bistveno višji v prvih letih po UPN (povratnice za UPN) in v prvih letih po porodu. Delež povratnic z UPN v Sloveniji je bil 29 odstotkov v letu 2001. V subpopulaciji žensk, ki so imele UPN pred enim ali do 12-imi meseci, je bil v letu 2001 delež UPN 71/1.000, med ženskami z UPN pred 13 do 24-imi meseci 53/1.000 žensk ter med ženskami z UPN pred 25 do 36-imi meseci 40/1.000 žensk (primerjava: delež UPN v splošni populaciji žensk je bil istega leta 15/1.000!). V prav tako ogroženi subpopulaciji žensk po porodu je bil delež UPN med ženskami, ki so rodile pred enim do 12-imi meseci 40/1.000, med ženskami, ki so rodile pred 13 do 24 meseci 38/1.000 žensk ter med ženskami, ki so rodile pred 25 do 36 meseci 22/1.000 žensk (diagram 1). V prvem oziroma drugem letu po porodu je torej verjetnost, da ženska neželjeno zanosi oziroma umetno prekine nosečnost za 2,6-krat višja kot med splošno populacijo žensk v rodni dobi, v prvem letu po UPN pa kar 4,7-krat višja (oziroma v drugem letu po UPN 3,5-krat višja) kot pri splošnem prebivalstvu!

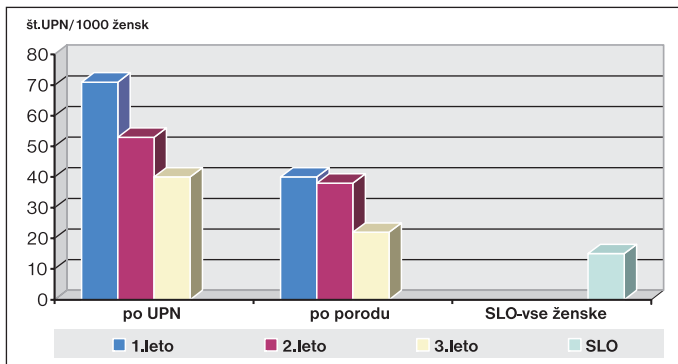


Diagram 1: Delež UPN v prvih treh letih po UPN in po porodu ter med splošno populacijo žensk v rodni dobi, Slovenija 2001.

Zelo visok delež neželenih zanositev oziroma UPN v prvih letih po UPN in po porodu kaže na slabo svetovanje in izbiro kontracepcije (KC), kar lahko izboljšamo z boljšo kakovostjo ginekološke službe. Zato je Republiški strokovni kolegij (RSK) za ginekologijo in perinatologijo pod predsedstvom prof. dr. Žive Novak Antolič, dr. med., na seji dne 11.

3. 2004 sprejel večstopenjske ukrepe za izboljšanje rabe KC po UPN in po porodu, ki naj jih izvedeta izbrani in lečeči ginekolog, po možnosti s sodelovanjem celotne ginekološke skupine.

Kontracepcija po UPN:

1. stopnja: Svetovanje in izbira KC ob napotitvi na UPN (izbrani ginekolog)
2. stopnja: Svetovanje in izbira KC ob posegu UPN (lečeči ginekolog, ginekološka skupina)
 - Knjižica »Načrtujmo družino«
 - Ev. Rp za hormonsko kontracepcijo (ki jo začne jemati tretji dan po UPN) ali vložitev materničnega vložka ob UPN
 - Spolna abstinenca do kontrolnega pregleda
3. stopnja: Izbira KC ob kontrolnem pregledu (izbrani ginekolog)

Kontrolni pregled že po dveh do treh tednih (in ne šele po štirih do šestih tednih), z izbiro KC, če ni bila izbrana že prej.

Kontracepcija po porodu:

Dojenje je nezanesljiva KC metoda!

1. stopnja: Svetovanje o KC vsaj en mesec pred porodom (izbrani ginekolog)
 - Odločitev o KC po porodu
 - Ev. Rp. za hormonsko postkoitalno kontracepcijo že vnaprej (Nor-Levo)
 - Svetovati spolno abstinenco do prvega pregleda po porodu (da lahko takoj predpišemo moderne metode KC)
2. stopnja: Svetovanje in izbira KC šest tednov po porodu (izbrani ginekolog)

Ženska doji:

- Gestagenska KC: hormonske KC injekcije (Depo-Provera) ali hormonski podkožni vsadki (ki bodo kmalu na voljo tudi v Sloveniji v okviru študije Svetovne zdravstvene organizacije) od šestega tedna po porodu
- Maternični vložek (bakreni, hormonski) od šestega tedna po porodu
- Kondom (svetujemo ga le parom, ki so ga redno uporabljali že pred nosečnostjo!)
- Spermicidi (Patentex Oval, ki bo v lekarnah na voljo najkasneje jeseni 2004)
- Postkoitalna kontracepcija (Norlevo) kot dodatna zaščita ob manj zanesljivih metodah (kondom, spermicidi, prekinjeni odnos).

Ženska ne doji:

- Kombinirana hormonska KC (oralna KC, kožni obliži in nožnični prstani – ko bodo na voljo v Sloveniji)
- Maternični vložek (bakreni, hormonski)

- Vse druge zanesljive metode (gestagenska KC in drugo)

V zvezi s strokovno obravnavo UPN med mladostnicami pa je RSK za ginekologijo in perinatologijo na seji dne 12. 2. 2004 sprejel smernice o profilaktični rabi antibiotikov ob UPN pri mladostnicah. Znano je namreč, da nezdravljena okužba s klamidijo trahomatis (KT) lahko pride v kronično obliko s posledično neplodnostjo, večjo pogostostjo zunajmaterničnih nosečnosti ali kroničnimi bolečinami v spodnjem delu trebuha. Pri ogroženih skupinah, kot so mladostnice, predstavlja okužba s KT dejavnik tveganja za kasnejšo neplodnost.

V klinični raziskavi o spolno prenosljivih boleznih (SPB) med mladostnicami, ki smo jo izvedli na Ginekološki kliniki Kliničnega centra v Ljubljani, smo ugotovili, da je med mladostnicami starimi od 15 do 19 let, ki pridejo na umetno prekinitve nosečnosti (UPN), prevalenca okužbe s KT od šest do sedem odstotkov. Omenjena prevalenca okužbe med mladostnicami v skladu s sodobnimi strokovnimi priporočili opravičuje uporabo antibiotične zaščite ob UPN. Zato je RSK za ginekologijo in

perinatologijo sprejel sklep:

Za preprečitev posledic morebitne okužbe s klamidijo trahomatis naj lečeči zdravnik ob umetni prekinitvi nosečnosti vsaki mladostnici do 20. leta starosti predpiše en gram azitromicina peroralno v enojni dozi. ■

Viri:

1. Pinter B. *Medico-legal aspects of abortion in Europe*. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002; 7:15-9.
2. *Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti v Sloveniji. Primerjava podatkov med zdravstvenimi zavodi in regijami za leto 2001*. *Zdrav Var* 2002; 41 (Suppl 8).
3. Boise R, Petersen R, Curtis KM et al. *Reproductive health counseling at pregnancy testing: a pilot study*. *Contraception* 2003; 68:377-83.
4. Vrtačnik Bokal E, Pinter B. *Klamidija trahomatis in humani papiloma virusa 16 in 18 pri mladostnicah*. *Zdrav Vestn* 2003; 72 (Suppl): 31-3.
5. *Centres for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines – 2002*. *MMWR, Recommendations and Reports* 2002; 51(RR06): 1-80.

Novosti v zdravljenju dislipidemij

Aleš Žemva

Pred kratkim sta bili objavljeni dve pomembni študiji, ki utegneta vplivati na prihodnje smernice zdravljenja dislipidemij. Gre za študijo REVERSAL, ki je bila objavljena v reviji JAMA 3. marca 2004 (1) ter za študijo PROVE IT, ki je izšla v N Engl J Med 8. aprila 2004 (2). Obe primerjata učinke zelo intenzivnega zniževanja LDL holesterola v primerjavi s standardnim, kot ga priporočajo smernice.

V študiji REVERSAL so 18 mesecev spremljali 654 bolnikov s koronarno boleznijo. Prva skupina je prejela 80 mg atorvastatina (intenzivno zdravljenje), druga pa 40 mg pravastatina (standardno zdravljenje). Napredovanje koronarne ateroskleroze so ugotavljali s pomočjo intrakoronarnega ultrazvoka, s katerim so ugotavljali spremembe prostornine aterosklerotičnih plakov. Na začetku študije je bil LDL holesterol v obeh skupinah 3,89 mmol/L. Po zdravljenju z atorvastatinom se je znižal na 2,05 mmol/L, s pravastatinom pa na 2,85 mmol/L ($p < 0,01$). CRP protein (kazalec vnetja) se je po atorvastatinu znižal za 36,4 odstotke, po pravastatinu pa za 5,2 odstotka ($p < 0,01$).

Po zdravljenju z atorvastatinom se prostornina ateroma po 18-ih mesecih ni povečala (dejansko se je zmanjšala za 0,4 odstotke), kar pomeni, da ateroskleroza ni napredovala. Ravno obratno se je zgodilo pri bolnikih, ki so prejeli pravastatin, pri katerih se je prostornina ateroma povečala za 2,7 odstotkov ($p < 0,02$). Ugodni učinki atorvastatina so bili prisotni v vseh podskupinah, v katerih so bolnike analizirali glede starosti, spola, rase, kajenja, indeksa telesne mase, prisotnosti sladkorne bolezni, hipertenzije, presnovnega sindroma, izhodiščnega holesterola in predhodne uporabe statinov.

Avtorji menijo, da atorvastatin v primerjavi s pravastatinom učinkoviteje preprečuje aterosklerozo, ne samo zato, ker močneje znižuje LDL holesterol, ampak tudi zato, ker zavira vnetja. Dosedanje študije o zaviranju napredovanja koronarne ateroskleroze so primerjale učinke statinov s placebom. REVERSAL pa je prva študija, ki primerja dva različna statina in dva načina zdravljenja (standardno in intenzivno zniževanje LDL holesterola). Relativno nova je tudi metoda ugotavljanja napredovanja ateroskleroze (intrakoronarni ultrazvok). Zaradi omejenih izkušenj še ni jasen klinični pomen izsledkov, ki jih daje omenjena metoda.

Tudi v študiji PROVE IT (2) so primerjali intenzivno zdravljenje dislipidemije z 80 mg atorvastatina v primerjavi s standardnim zdravljenjem s 40 mg pravastatina. Študirali so 4.162 bolnikov, ki so jih v prvih desetih dneh po akutnem koronarnem sindromu pričeli zdraviti z omenjenimi zdravili. Spremljali so jih 24 mesecev. Na začetku zdravljenja je bil LDL holesterol v obeh skupinah 2,74 mmol/L. Po pravastatinu se je LDL holesterol znižal na 2,46 mmol/L, po atorvastatinu pa na 1,60 mmol/L ($p < 0,001$). Kazalec vnetne dejavnosti CRP je bil na začetku študije 12,3 mg/L. Po pravastatinu se je znižal na 2,1 mg/L, po atorvastatinu pa na 1,3 mg/L ($p < 0,001$).

Zanimal jih je izid bolezni (celotna smrtnost, število srčnih infarktov, zdravljenje v bolnišnici zaradi nestabilne angine pectoris in revaskularizacije). V pravastatinski skupini je takšen izid bolezni doživelo 26,3 odstotkov bolnikov, v atorvastatinski skupini pa 22,4 odstotkov bolnikov, kar pomeni, da je atorvastatin zmanjšal tveganje za 16 odstotkov ($p < 0,005$). Atorvastatin je v primerjavi s pravastatinom zmanjšal tveganje za nestabilno angino pectoris za 29 odstotkov ($p < 0,02$) in za revaskularizacijo miokarda za 14 odstotkov ($p < 0,04$). Ugodni učinki atorvastatina so se pojavili že po 30-ih dneh zdravljenja in so bili prisotni do konca študije. Prisotni so bili v vseh podskupinah, v katerih so bolnike razdelili glede na starost, spol, sladkorno bolezen, kajenje, predhodno zdravljenje s statini, podskupino akutnega koronarnega sindroma in izhodiščne vrednosti LDL holesterola.

Obe študiji kažeta, da je koristno znižati LDL holesterol dosti bolj, kot priporočajo smernice (3). S tem na eni strani upočasnimo napredovanje koronarne ateroskleroze, po drugi strani pa podaljšamo življenje in izboljšamo njegovo kakovost. V tem pogledu je atorvastatin v primerjavi s pravastatinom bolj učinkovit. ■

Reference:

1. Nissen SE, Tuzcu EM, Schoenhagen P, et al. *Effect of intensive compared with moderate lipid-lowering therapy on progression of coronary atherosclerosis*. *JAMA* 2004; 291: 1071-80.
2. Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH, et al. *Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes*. *N Engl J Med* 2004; 350: 1495-504.
3. Backer GD, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, et al. *European guidelines on cardiovascular prevention in clinical practice. Executive summary*. *Eu Heart J* 2003; 24: 1601-10.

Ustanovitev sredozemskega inštituta za otroke

David Neubauer

Genova je pohitela s svojo obljubo, da bo kot kulturna prestolnica Evrope gostila predvsem sestanke, posvečene znanosti in preventivnim strokam, in je tako od 7. do 9. januarja 2004 organizirala zelo odmevno konferenco Otroci in Sredozemlje (Children and the Mediterranean).

Udeležili so se je predvsem predstavnice in predstavniki dežel Sredozemlja, Severne in Centralne Afrike ter Bližnjega Vzhoda, pa tudi iz ZDA in Kanade. Konferenco je organizirala Fundacija Gerolamo Gaslini ob pomoči Svetovne Banke, Inštituta za razvoj arabskih mest (The Arab Urban Development Institute-AUDI) in Lynkeus (nevladne organizacije, namenjene podpori projektov, povezanih z družbeno-ekonomskimi vprašanji na področjih zdravstva, znanstvenih raziskav in izobraževanja). Pokrovitelji konference so bili predsednik Republike Italije (Carlo Azeglio Napolitano), italijanski ministrski svet, ki ga je zastopal minister za zdravje Girolamo Sirchia, predsednik Evropske komisije Romano Prodi in jordanska kraljica Rania al Abdullah. Razen slednje, ki je svojo odsotnost opravičila in za branje svojega sporočila pooblastila gospoda Nidala Al Hadida, župana jordanske prestolnice Aman, so bili na konferenci prisotni vsi našteti. Konferenca je potekala na čezoceanski ladji Mistral, ki je v lasti podjetja Festival Crociere. To podjetje je konferenco tudi dodatno finančno podprlo.

Sestanek je bil predvsem namenjen ustanovitvi Sredozemskega inštituta za otroke. Temeljno načelo tega inštituta je spoštovanje otrokove celovitosti, poslanstvo pa je v stalni preskrbi, varovanju otrokovega telesnega zdravja in njegovega celostnega razvoja kot človeškega bitja. Organizacije in institucije, navedene v uvodu, ki so konferenco organizirale, so tudi soustanoviteljice tega inštituta. S svojo politično in ekonomsko podporo bodo skrbele, da bo inštitut vključil in povezal v partnerstvo organizacije in institucije iz vseh držav in regij Sredozemlja, razvijal ustrezne in pravilno usposobljene raziskovalne centre ter skrbel za zbiranje in redno obnavljanje ustreznih statističnih podatkov o demografskih, prehranskih, zdravstvenih, izobraževalnih in

družbeno-ekonomskih kazalcih. Inštitut bo podpiral vse obstoječe nacionalne inštitute za razvoj otroka in podprl (finančno in logistično) vsa prizadevanja za nastanek tovrstnih inštitutov v tistih redkih državah, ki ga še nimajo (Slovenija je ena izmed njih).

Drugi namen konference, ki je bil prav tako uspešno dosežen, je bil v druženju strokovnjakov in strokovnjakinj ter znanstvenikov in znanstvenic iz Sredozemlja, ki se ukvarjajo z zdravstvenimi, izobraževalnimi in družbeno-ekonomskimi vidiki otrok in mladine ter vidiki urbanizacije in življenja otrok v urbaniziranih središčih ter problemih, s katerimi se otroci in mladina pri tem soočajo.

Pred zaključkom konference so vse predstavnice in predstavniki zainteresiranih ustanov in združenj podpisali pismo o nameri, da bodo sodelovali v dejavnostih Sredozemskega inštituta za otroke na vseh zgoraj naštetih področjih. Slovenijo sem zastopal za področje razvojne in otroške nevrologije in v imenu Ustanove za otroško nevrologijo zgoraj podpisani. Predstavil sem lastne 20-letne izkušnje odličnega sodelovanja na področju otroške in razvojne nevrologije med Kliničnim oddelkom za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo Pediatrične klinike Kliničnega centra v Ljubljani, Oddelkom za nevrologijo Pediatrične klinike bolnišnice Al-Sabah v Kuvajtu in potrebe Slovenije po ustanovitvi multidisciplinarnega inštituta za otrokov razvoj, ki bi skrbel za terciarno, zunajbolnišnično zdravstveno varstvo otrok in mladine ter se ukvarjal predvsem s problematiko odklonov v razvoju. Prav tako pa sem poudaril tudi pomanjkanje znanstveno-raziskovalnega dela na področju nevroznanosti zgodnjega normalnega otrokovega razvoja, kakršne poznamo iz razvitih držav, zlasti iz Kanade. Naštel bom samo nekaj temeljnih izhodišč, katerih bi se morali v prihodnosti zavedati in jih vgraditi v primeren institucijski organ:

- zgodnji otrokov možganski razvoj je interaktiven, izredno hiter in dramatičen;
- med kritičnimi obdobji, potrebujejo določeni deli možganov pozitivno spodbujanje za to, da se pravilno razvijejo;
- kakovost zgodnjega senzoričnega spodbujanja vpliva na sposobnost možganov



za razmišljanje in za nadziranje telesnih funkcij;

- negativne izkušnje iz zgodnjih let imajo lahko dolgoročne posledice in učinke, ki jih je kasneje precej težje odpraviti;
- pravilna prehrana in prehranski dodatki (predvsem kakovostno dojenje, vitamini, antioksidanti, minerali v sledovih ipd.) podpirajo optimalen razvoj možganov in telesni razvoj ter kasnejše učenje, spoznavne sposobnosti in vedenje;
- obstajajo napori in dobre zasnove, da se izboljša zgodnji otrokov razvoj.

V Sloveniji k tej zadnji točki prispevajo predvsem: uvedba presejalnega testa Denver II, obstoj razvojnih ambulant in dokazi o uspešnosti zgodnje razvojne obravnave in zgodnje kompleksne rehabilitacije, uvedba in standardizacija zgodnjih razvojnih psiholoških testov (na primer Bayley II) in testov za ugotavljanje razvojnih kooordinacijskih motenj (npr. ABC test), zavedanje o obstoju pervazivnih razvojnih motenj in potrebi po njihovi celostni obravnavi, izboljšanje opredelitev stopnje prizadetosti in ovisnosti (npr. opredelitev stopenj cerebralne paralize – sistem razvrščanja GMFCS).

Nujno potrebujemo razvoj novih (intervencijskih) programov, ki bodo skrbeli za izboljšanje skupin otrok z normalnim ali »skoraj normalnim« zgodnjim razvojem, za katere bi bila zadolžena multidisciplinarna skupina strokovnjakov in strokovnjakinj (znotraj nacionalnega inštituta za razvoj otroka), ki bi obvladoval vsa ključna področja zgodnjega otrokovega razvoja. ■

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

MAJ 2004

TEMA

VSEBINA

6.–7. ob 14.00

št. kandidatov

**BRDO
PRI KRANJU**
hotel Kokra

DIALIZNA ŠOLA 2004

Podiplomski seminar in učne delavnice za vse, ki se srečujejo z bolniki z ledvično odpovedjo na hemodializi.

podroben program • Isis 3/2004

7. ob 14.00

LJUBLJANA
dvorana Krka

UPORABNOST LABORATORIJSKIH
PREISKAV V PEDIATRIČNI PRAKSI

ni omejeno

strokovno srečanje za vse zdravnike

7. ob 18.00

LJUBLJANA
kongresna dvorana
Mercurius BTC

POENOSTAVIMO ZDRAVLJENJE EPILEPSIJE

strokovni simpozij ob lansiranju novega protiepileptičnega zdravila Keppra®
strokovni simpozij za nevrologe, nevropediatre, psihiatre, nevrokirurge

podroben program • Isis 5/2004

7.–8. ob 14.00

**LOGARSKA
DOLINA**
hotel Plesnik

PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE
– BOLEZNI ŠČITNICE

25

strokovno izobraževanje za zdravnike

podroben program • Isis 3/2004

7.–8.

BLED
Kongresni center
Grand hotel Toplice

ALPE-ADRIA LASER CONGRESS 2004
– LASER IN DENTISTRY

strokovni seminar za vse zobozdravnike

7.–8. ob 13.00

MARIBOR
Kazinska dvorana SNG
Maribor

15. SREČANJE INTERNISTOV IN ZDRAVNIKOV
SPLOŠNE MEDICINE »IZ PRAKSE ZA PRAKSO«

strokovno srečanje

podroben program • Isis 4/2004

7.–8.

MARIBORTEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA
(DPO) EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO

tečaj

podroben program • Isis 3/2004

7.–8. ob 9.00

LJUBLJANA
1. predavalnica
KC Ljubljana

DVOEDNEVNA FLEBOLOŠKA ŠOLA ZA
ZDRAVNIKE IN MEDICINSKE SESTRE

strokovno srečanje za zdravnike in medicinske sestre

podroben program • Isis 4/2004

7.–8. ob 9.00

RADENCI
Zdravilišče Radenci

podroben program • ISIS 5/2004

strokovno srečanje

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
KO za nefrologijo pod okriljem Slovenskega nefrološkega društva in Stalne strokovne skupine za dializo, prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med.	ga. Mira Kandus, Tajništvo KO za nefrologijo, SPS Interna klinika, KC Ljubljana, T: 01 522 31 21, F: 01 522 22 82, dr. Alenka Urbančič, T: 01 522 33 26, F: 01 522 22 97, E: alenkaurbancic@hotmail.com, alenka.urbancic@kclj.si	40.000,00 SIT	20
Združenje za pediatrijo SZD, dr. Ivan Vidmar	ga. Nevenka Lepin, KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, KC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 01 430 17 14	kotizacije ni	***
Sekcija za epileptologijo SZD, asist. dr. Tomaž Žgur, dr. med.	asist. dr. Tomaž Žgur, dr. med., T: 01 589 69 33, E: Kepra@medis.si	***	***
Klinika za nuklearno medicino, KC Ljubljana, doc. dr. Sergej Hojker, asist. dr. Simona Gaberšček	asist. dr. Simona Gaberšček, Klinika za nuklearno medicino, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 230 19 71, F: 01 522 22 37, E: simona.gaberscek@kclj.si	15.000,00 SIT TRR: 02014-0253200422	7
MF Odsek za dentalno medicino, prof. dr. Uroš Skalarič	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 TRR: 01100-6030708380, 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 TRR: 04515-0000124280, sklic na št. 1009, s pripisom »ZDM – iz prakse za prakso«	9
Slovensko združenje za urgentno medicino, Svet za reanimacijo	Dušan Vlahovič, dr. med., KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, W: www.ssem-society.si	71.000,00 SIT TRR: 02014-0019966250	***
Dermatovenerološka klinika, KC Ljubljana	ga. Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika, KC Ljubljana, Zaloška c. 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 42 80	***	v postopku
Združenje kardiologov Slovenije	ga. Saša Radelj, Združenje kardiologov Slovenije, Klinika za kardiologijo, KC Ljubljana, Zaloška 7/VII, 1000 Ljubljana, T: 01 522 29 34, F: 01 522 45 99, E: sasa.radelj@kclj.si	30.000,00 SIT, za sekundarije in med. sestre 15.000,00 SIT, TRR: 02222-0018629680	***

MAJ 2004

TEMA

VSEBINA

13.–15. ob 8.30

št. kandidatov

MARIBOR,
Splošna bolnišnica
Maribor

NUTRITION – SCIENTIFIC BASIS, NUTRITIONAL STRATEGIES, NUTRITION AND DISEASES

podiplomski klinični seminar "IPOKRATES" za neonatologe, intenziviste, gastroenterologe

podroben program • Isis 2/2004

13.–15. ob 16.00

LJUBLJANA
hotel Lev,
Vošnjakova 1

14th 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 GENOV IN OKOLJA

mednarodni kongres

podroben program • Isis 5/2004

14. ob 14.30

LJUBLJANA
Center za
izvenbolnišnično
psihiatrijo, Poliklinika

OBRAVNAVA RELIGIOZNIH VSEBIN V PSIHOTERAPIJI

20

srečanje za vse, ki jih zanima skupinska psihoterapija

podroben program • Isis 3/2004

14.–15. ob 13.00

LOGARSKA DOLINA
hotel Plesnik

SPOROČANJE SLABE NOVICE

učna delavnica

podroben program • Isis 2/2004

14.–15. ob 9.00

LAŠKO
Kulturni dom Laško

BAKTERIJSKE OKUŽBE V PERINATOLOGIJI

200

strokovni sestanek za zdravnike ginekologe, neonatologe, pediatre in babice

podroben program • Isis 4/2004

14.–15. ob 9.00

ŠMARJEŠKE TOPLICE

SMERNICE ZA DIAGNOSTIKO IN ZDRAVLJENJE ŽILNIH BOLEZNI

letno srečanje za vse zdravnike, ki zdravijo bolnike z žilnimi boleznimi

podroben program • Isis 4/2004

15. ob 9.00

LJUBLJANA
Svetovalni center za
otroke, mladostnike in
starše, Gotska 18

PRAKTIKUM II IZ VEDENJSKE IN KOGNITIVNE TERAPIJE

do 15

PRAKTIKUM II je namenjen zdravnikom in psihologom, ki so že absolvirali začetni tečaj iz vedenjske in kognitivne terapije – praktikum I.

podroben program • Isis 12/2003

15. ob 9.00

NOVA GORICA
hotel Perla

ONE DAY SURGARY – ONE STEP CLINIC

strokovno srečanje

podroben program • Isis 2/2004

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
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	20
Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, Zavod RS za presaditev organov in tkiv – Slovenija Transplant	Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino, Neva Požar Lukanović, 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 TRR: 02053-0012745211	12
IVZ RS	ga. Urša Križaj, IVZ RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, T: 01 244 15 35, E: ursa.krizaj@ivz-rs.si	250 EUR TRR: 01100-6030926242	***
Slovensko društvo za skupinsko analizo	prim. Franc Peternel, Center za izvenbolnišnično psihiatrijo, Njegoševa 4, 1000 Ljubljana, T: 01 231 59 90, 434 45 17 ob torkih med 11. in 13. uro, F: 01 230 28 99	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 ursa.lunder@mail.ljudmila.org	29.000,00 SIT (DDV ni vključen) TRR: 03171-1085403050	***
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)	v postopku
Združenje za žilne bolezni SZD	ga. Jelka Kos, KO za žilne bolezni, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 80 32, F: 01 522 80 70, E: jelka.kos@trnovo.kclj.si	20.000,00 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 TRR: 02010-0092544077	***
S. I. S. ME. 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, Padliih borcev 13, 290 Šempeter pri Gorici, P: +386 5 330 14 10, E: marcogergolet@tiscali.it	kotizacije ni	7,5

MAJ 2004

TEMA

VSEBINA

16.–17. ob 9.00

Št. kandidatov

PORTOROŽ

MENTAL HEALTH IN THE REGION OF FORMER YUGOSLAVIA

kongres

[podroben program](#) • Isis 4/2004

18.–19. ob 9.30

CELJE

Duhovno prosvetni center, Dom sv. Jožef, Pečnikova 29

SOČUTNI SPREMLJEVALEC UMIRAJOČIH

100

podiplomski seminar z delavnicami za zdravnike v osnovnem zdravstvu, medicinske sestre, socialne delavce in vse, ki se srečujejo z umirajočimi

19. ob 9.15

LJUBLJANA

Onkološki inštitut, Zaloška 2

STROKOVNO SREČANJE OB 40. OBLETNICI DELA SEKCIJE ZA CITOPATOLOGIJO

ni omejeno

strokovno izobraževanje za citopatologe in citotehniko presejalcev ter za zdravnike, ki uporabljajo citodiagnostiko, glede na temo srečanja predvsem za pediatrie in ginekologe

[podroben program](#) • Isis 4/2004

20.–22. ob 15.00

ANKARAN

hotel Andore

DENVER II Slovenija

15

podiplomski tečaj za vse zdravnike in medicinske sestre, ki izvajajo preventivne preglede predšolskih otrok

[podroben program](#) • Isis 3/2004

21. ob 8.30

MARIBOR

Slomškova dvorana

35 LET PSIHIATRIČNE IN PEDOPSIHIATRIČNE DEJAVNOSTI ZD MARIBOR

ni omejeno

obletnica s strokovnim posvetovanjem za vse zdravnike, aktivne v psihiatrični dejavnosti

21. ob 10.30

MARIBOR

velika predavalnica, stolpnica – 16. etaža, SB Maribor

SEMINAR O NUJNIH STANJIH V UROLOGIJI

seminar za zdravnike v osnovnem zdravstvu in specialiste kirurških strok

[podroben program](#) • Isis 4/2004

22. ob 9.30

LJUBLJANA

Kleče

TENIŠKI TURNIR DVOJIC

teniški turnir dvojic za zdravnike in zobozdravnike

[podroben program](#) • Isis 4/2004

22. ob 9.00

SLOVENJ GRADEC

MEDNARODNO STROKOVNO SREČANJE OB 30. OBLETNICI ODDELKA ZA UROLOGIJO

ni omejeno

strokovno srečanje za urologe in ostale zdravnike

23.–26. ob 18.00

PORTOROŽ

AO REGIONAL COURSES

strokovno srečanje

[podroben program](#) • Isis 4/2004

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
IVZ RS	ga. Urša Krizaj, IVZ RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, T: 01 244 15 35, E: ursa.krizaj@ivz-rs.si	100 EUR TRR: 01100-6030926242	***
Slovensko društvo Hospic, Tatjana Žargi, predsednica	Tajništvo, Slovensko društvo Hospic, Dolenjska c. 22, 1000 Ljubljana, T: 01 420 52 70, F: 01 420 52 66, E: hospic@siol.net	18.500,00 SIT, TRR: 05100-8010047155, sklic na št. 461	***
Sekcija za citopatologijo, doc. dr. Živa Pohar Marinšek	doc. dr. Živa Pohar Marinšek, Oddelek za citopatologijo, Onkološki inštitut, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 44 55, F: 01 58 79 400, E: zpohar@onko-i.si	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	***
DPH ZD Maribor, Nataša Potočnik Dajčman, dr. med., T: 02 22 86 354	***	***	***
Urološki oddelek – SB Maribor, Dejan Bratuš, dr. med.	ga. Elvira Livk, Urološki oddelek, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 14 22, F: 02 321 14 86	***	3
Slovensko zdravniško športno društvo »Medicus«, Tomi Voušek, dr. med.	Tomi Voušek, dr. med., GSM: 041 562 818	kotizacije ni	***
Oddelek za urologijo, SB Slovenj Gradec, prim. Nado Vodopija, dr. med.	Franc Kramer, dr. med., ga. Cvetka Smrtnik, Oddelek za urologijo, SB Slovenj Gradec, Gosposvetska 1, 2380 Slovenj Gradec, T: 02 882 34 63, F: 02 882 34 63, E: franc.kramer@sb-sg.si	***	***
AO Course Secretariat Bettlach	mag. Andrej Aleš, Travmatološka klinika, KC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana	***	20

MAJ 2004

TEMA

VSEBINA

27.–29. ob 10.00

št. kandidatov

OTOČEC
Hotel Šport**4. KONGRES OTORINOLARINGOLOGOV SLOVENIJE**

ni omejeno

slovenski kongres z mednarodno udeležbo za otorinolaringologe, kirurge, radioterapevte, dermatologe in pediatre

[podroben program](#) • Isis 4/2004

27.–29. ob 14.00

PORTOROŽ
Hotel Marita**IPOKRATES SEMINAR**

55

podiplomski seminar namenjen pediatrom, nevrologom, otroškim nevrologom in razvojnim pediatrom

[podroben program](#) • Isis 2/2004

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

[podroben program](#) • Isis 5/2004

27.–29. ob 17.00

PORTOROŽ
Kongresni center
Bernardin,
Grand hotel Emona**2ND CENTRAL EUROPEAN CONGRESS OF INTENSIVE CARE MEDICINE**

ni omejeno

Mednarodni simpozij za zdravnike, ki delajo na intenzivnih oddelkih.

[podroben program](#) • Isis 5/2004

28.–29. ob 8.00

LJUBLJANA
poslovna stavba GIO,
Dunajska 160**30. SREČANJE DELOVNIH SKUPIN: KAKOVOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA V DRUŽINSKI MEDICINI**

200

strokovno izobraževanje za zdravnike

[podroben program](#) • Isis 4/2004

29.

VOLČJI POTOK
Arboretum Volčji Potok**IV. DRŽAVNO PRVENSTVO V GOLFU ZA ČLANICE IN ČLANE**

športno srečanje

29. ob 10.00

DEBELI RTIČ
konferenčna dvorana,
Mladinsko zdravilišče
Debela rtič**ATOPIJSKI DERMATITIS OD »A« DO »Ž«**

ni omejeno

strokovno srečanje za pediatre in šolske zdravnike

[podroben program](#) • Isis 5/2004

JUNIJ 2004

2.–5. ob 9.00

LJUBLJANA
Cankarjev dom**53. MEDNARODNI KONGRES EVROPSKEGA ZDRUŽENJA SRČNO-ŽILNIH KIRURGOV**

ni omejeno

kongres za kirurge

3.–5.

GRAZ**3. KONGRESS DER ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR NOTFALLMEDIZIN**

kongress

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
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: 01 522 24 65, F: 01 522 48 15, E: irena.hocevar@kclj.si	45.000,00 SIT (DDV vključen), po prijavi udeleženci dobijo račun	20
MF - tečaji otroške nevrologije	prof. dr. David Neubauer, dr. med., SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 015229273, F: 015229357	350 EUR TRR: 02014-0017303503	***
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 TRR: 03100-2000022633	***
Slovensko združenje za intenzivno medicino, asist. dr. Andrej Pernat	asist. dr. Andrej Pernat, KO za intenzivno interno medicino, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 48 36, F: 01 522 22 96, W: www.cecicm.org	člani ESICM 260 EUR, ostali 300 EUR	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini, Katedra za družinsko medicino, Zavod za razvoj družinske medicine, asist. Nena Kopčavar Guček, dr. med., Davorina Petek, dr. med.	asist. mag. Danica Rotar Pavlič, GSM: 041 338 405, asist. Nena Kopčavar Guček in Davorina Petek, dr. med., T: 01 436 81 93, 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, za medicinske sestre in zdravstvene tehnike 20.000,00 SIT (DDV ni vključen)	13,5
Slovensko zdravniško športno društvo Medicus	ga. Matjana Capuder, T: 01 30 72 163	***	***
Mladinsko zdravilišče Debeli rtič, Breda Prunk, dr. med.	Breda Prunk, dr. med., T: 05 669 21 18, E: breda.franetic-prunk@rks.si, Recepcija, Mladinsko zdravilišče Debeli rtič, Jadranska 73, 6280 Ankaran, F: 05 652 85 86, E: recepcija.mzl@rks.si	kotizacije ni	***
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 TRR: 01261-6030557790	19
***	Martina Neuhold, Univ. Klinik für Anästhesiologie u. Intensivmedizin, Auenbruggerplatz 29, 8036 Graz, T: +43 (664) 821 82 60 (Di & Do, 16-18 Uhr), F: + 43 (316) 385 32 67, E: kongress@kongress.agn.at, W: http://kongress.agn.at	***	***

JUNIJ 2004

TEMA

VSEBINA

3.–5. ob 9.00

št. kandidatov

LJUBLJANA
Grand hotel Union

5. SLOVENSKI OFTALMOLOŠKI KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO, 28. MEDNARODNI SIMPOZIJ OFTALMOLOGOV SLOVENIJE IN HRVAŠKE, SESTANEK SVETA EVROPSKEGA ZDRUŽENJA OFTALMOLOGOV (SOE)
[podroben program](#) •
W: <http://www.ophtalmology2004.org>

ni omejeno

strokovno srečanje

4. ob 9.00

LJUBLJANA
Domina, Grand Media
hotel, Dunajska c. 160

13TH PAEDIATRIC RESEARCH MEETING OF CENTRAL EUROPEAN COUNTRIES

100

strokovno srečanje raziskovalcev iz področja pediatrije

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.

[podroben program](#) • Isis 4/2004

4.–5. ob 9.00

PORTOROŽ
Avditorij Portorož

4. KONGRES STOMATOLOGOV SLOVENIJE

ni omejeno

simpozij iz prakse za prakso za zobozdravnike

4.–5. ob 10.00

LAŠKO
Kulturni center Laško

17. ONKOLOŠKI VIKEND

150

strokovno srečanje za vse zdravnike

[podroben program](#) • Isis 3/2004

5. ob 10.00

**BRDO
PRI KRANJU**

X. JUBILEJNI MEDNARODNI MEDICINSKI DUATLON IN II. POLETNI MEDICINSKI TEK (10 KM) TER MEDNARODNI STROKOVNI SIMPOZIJ

ni omejeno

udeleženci v konkurenci: zdravniki, veterinarji in farmacevti, izven konkurence: študenti navedenih poklicev in prijatelji

5.–8.

ZAGREB

XVI. EVROPSKI KONGRES ZA ULTRAZVOK V MEDICINI IN BIOLOGIJI

evropski kongres

6.–9. ob 9.00

LJUBLJANA ZZZS,
Miklošičeva 24

CLINICAL IMMUNOGENETICS AND CELL THERAPY

ni omejeno

podiplomski seminar in učna delavnica za zdravnike transfuziologe, interniste in druge

[podroben program](#) • Isis 5/2004

7.–11.

LJUBLJANA
predavalnica
Ginekološke klinike

11. ZAČETNI IN NADALJEVALNI TEČAJ GINEKOLOŠKE ENDOSKOPSKE KIRURGIJE

tečaj za kirurge – ginekologe in ginekologe

[podroben program](#) • Isis 5/2004

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

za prijave, kontaktne osebe, tel., faks

kotizacija

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: http://www.ophtalmology2004.org	40.000,00 SIT do 1. 4. 2004, nato 45.000,00 SIT, za specializante in upokojene 20.000,00 SIT TRR: 01261-6030357790 , sklic na št. 05 09769 661101104, s pripisom »Oftalmologi 2004«	20
SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana	prof. dr. Ciril Kržišnik, SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 01 522 92 20, F: 01 522 93 57, E: ciril.krzisnik@mf.uni-lj.si	15.000,00 SIT	***
Psihiatrična bolnišnica Ormož, Milena Srpak, 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. 2004 15.000,00 SIT, potem 20.000,00 SIT, ostali do 15. 5. 2004 20.000,00 SIT, potem 25.000,00 SIT TRR: 01100-6030278476	***
Stomatološka sekcija SZD, prim. Janez Vrbošek, dr. dent. med.	ga. Katarina Jovanovič, Stomatološka sekcija SZD, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, T: 01 434 25 82, F: 01 434 25 84	35.000,00 SIT (DDV ni vključen) plačilo po prejtem 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)	10
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: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***
Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za ultrazvuk u medicini i biologiji	prof. dr. Ivan Drinković, dr. med., Ožegovičeva 7, 10 000 Zagreb, E: drinkovic@drinkovic.hr, ga. Ivana Jagar, E: ivanajagar@hotmail.com, W: www.euroson2004.com	***	***
Zavod RS za transfuzijsko medicino, prof. dr. Mateja Bohinjec	informacije: ga. Cvetka Gregorc, prof. dr. Mateja Bohinjec, T: 01 543 81 47, 543 81 00, prijave: Kongres d.o.o., Dolomitskega odreda 44, 1000 Ljubljana, F: 01 230 22 24, 230 25 51	400 EUR	v postopku
SPS Ginekološka klinika – KC, Slovensko društvo za reproduktivno medicino	ga. Nataša Petkovšek, Katedra za ginekologijo in porodništvo, Štajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, T: 01 431 43 55, F: 01 522 61 30, E: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si	glej rumene strani	***

JUNIJ 2004

TEMA

VSEBINA

9.–12. ob 15.00

št. kandidatov

PORTOROŽ
Kongresni center
Bernardin

**11. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTNI
MEDICINI**

700

mednarodni simpozij za vse zdravnike in zobozdravnike

podroben program • Isis 5/2004

11. ob 14.30

LJUBLJANA
Center za
izvenbolnišnično
psihatrijo, Poliklinika

“VOX HUMANA” – GLAS IN ČLOVEK

20

Srečanje za vse, ki jih zanima skupinska psihoterapija.

podroben program • Isis 3/2004

11.–12. ob 9.00

MARIBOR
velika predavalnica
kirurške stolpnice,
SB Maribor

EPILEPSIJA IN PSIHIATRIČNE MOTNJE

ni omejeno

strokovno srečanje z učno delavnico za psihiatre, nevropsihiatre, nevrologe, klinične psihologe

podroben program • Isis 5/2004

11.–12. ob 9.00

LJUBLJANA
velika predavalnica
Medicinske fakultete

XXII. DERČEVI DNEVI

300

stalno podiplomsko izobraževanje iz pediatrije in šolske medicine

podroben program • Isis 3/2004

12.–13. ob 8.30

PORTOROŽ
Grand hotel Emona

**EUROPEAN PAEDIATRIC LIFE SUPPORT
(EPLS) COURSE**

28

Tečaj iz pediatričnih postopkov oživljanja z izpitom v angleščini za vse zdravnike, ki se srečujejo s pediatričnimi nujnimi stanji.

podroben program • Isis 3/2004

13.–17.

LJUBLJANA
Cankarjev dom

**8th CONGRESS OF EUROPEAN FEDERATION
FOR RESEARCH IN REHABILITATION**

ni omejeno

Kongres je za vse strokovnjake in zdravnike, ki delajo na področju rehabilitacije.

16.–19. ob 17.00

LJUBLJANA

**14th CONGRESS OF THE MEDITERRANEAN
LEAGUE OF ANGIOLOGY AND VASCULAR
SURGERY**

strokovno srečanje

podroben program • Isis 4/2004

18.

LJUBLJANA

**HEMATOLOŠKE TEME V ODRAŠČAJOČEM
OBDOBJU**

50-60

strokovno srečanje

18. ob 9.00

LJUBLJANA
dvorana Krke,
Dunajska 65

**ZAVAROVANJE PACIENTOV ZA ŠKODO PRI
KORIŠČENJU ZDRAVSTVENIH STORITEV
V PRIMERIH, KO STROKOVNA NAPAKA NI
IZKAZANA**

strokovno srečanje za zdravnike, izvajalce zdravstvenih storitev, inštitucije v zdravstvu

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Slovensko združenje za urgentno medicino, spec. akad. st. 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	20
Slovensko društvo za skupinsko analizo	prim. Franc Peternel, Center za izvenbolnišnično psihiatrijo, Njogoševa 4, 1000 Ljubljana, T: 01 231 59 90, 434 45 17 ob torkih med 11. in 13. uro, F: 01 230 28 99	kotizacije ni	***
SB Maribor, Epi liga in EUROPA Evropska akademija za epilepsijo, Saša Čelan Stropnik, dr. med.	Saša Čelan Stropnik, dr. med., SB Maribor, Psihiatrični oddelek, Pivola 10, 2311 Hoče, T: 02 618 11 41, F: 02 618 21 36	kotizacije ni	***
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	glej program TRR: 01100-6030708380 , sklic na št. 250-3	***
Svet za reanimacijo Slovenskega združenja za urgentno medicino in KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo KC, dr. Ivan Vidmar	dr. Ivan Vidmar, KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 01 430 17 14, F: 01 430 17 14, E: ivan.vidmar@kclj.si	139.000,00 SIT plačilo po zagotovitvi mesta na tečaju	***
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 tolarški protivrednosti TRR: 01261-6030357790 sklic na št. 05-09753-62110860	v postopku
KO za žilne bolezni, KC Ljubljana	doc. dr. Matija Kozak, KO za žilne bolezni, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 80 32, F: 01 522 80 70, E: matija.kozak@trnovo.kclj.si	***	***
Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino SZD	Marisa Višnjevec Toljak, ZD Izola, T: 05 663 50 35	***	***
Zdravniška zbornica Slovenije	ga. Lea Žižek, Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, p. p. 1630, 1001 Ljubljana, T: 01 30 72 101, F: 01 30 72 109, E: zdravniška.zbornica@zsz-mcs.si	***	***

JUNIJ 2004

TEMA

VSEBINA

20. ob 9.00

št. kandidatov

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 je namenjen zdravnikom in psihologom, ki so
že absolvirali začetni tečaj iz vedenjske in kognitivne terapije
– praktikum I.

JULIJ 2004

7.–9.

GLASGOW

Velika Britanija

30th BRITISH CONGRESS OF OBSTETRICS AND
GYNAECOLOGY

congress

17. ob 9.00

LJUBLJANA

velika predavalnica MF,
Korytkova 2

KOGNITIVNA NEVROZNANOST SPOMINA

200

simpozij za nevrologe, psihiatre, psihologe

SEPTEMBER 2004

SREČANJE ŠOLSКИH ZDRAVNIKOV TREH
DEŽEL – SLOVENIJA, HRVAŠKA, ITALIJA

150

strokovno srečanje

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.

10.–12.

NOVO MESTO ali
KOPERTEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA
(DPO) EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO

podroben program • Isis 3/2004

tečaj

18.

MARIBOR,
teniški klub Branik8. DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN
ZOBOZDRAVNIKOV V TENISU

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

18.–21.

NOVA GORICA

BIOZNANOST '04

kongres

19.–20. ob 8.00

VELENJE

hotel Paka

XII. DNEVI ORALNEGA ZDRAVJA SLOVENIJE

250

seminar iz zobozdravstvene preventive za zobozdravnike
prev. in med. sestre

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
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 TRR: 02010-0092544077	***
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	***	***
SINAPSA – Slovensko društvo za nevroznanost, doc. dr. Maja Bresjanac, dr. med.	mag. Blaž Koritnik, dr. med., Inštitut za klinično nevrofiziologijo, KC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 15 00, E: blaz.koritnik@kclj.si, W: www.sinapsa.org	***	***
Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino SZD (soorganizator)	Marisa Višnjevec Tuljak, dr. med., ZD Izola, T: 05 663 50 35, asist. mag. Mojca Jurčič, MF Katedra za javno zdravje, Higiena, E: mojca.jurcic@mf.uni-lj.si	***	***
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	***
Slovensko združenje za urgentno medicino, Svet za reanimacijo	Dušan Vlahović, dr. med., KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, W: www.ssem-society.si	71.000,00 SIT TRR: 02014-0019966250	***
Slovensko zdravniško športno društvo Medicus, Rene Male, dr. med.	Rene Male, dr. med., GSM: 041 369 775, E: rene.male@email.si, Jože Vogelnik, dr. med., GSM: 031 308 311 in Gregor Kompara, dr. med., E: gregor.kompara@email.si	kotizacije ni	***
Slovensko toksikološko društvo	STD (Bioznanost '04), Poljanski nasip 58/I, 1000 Ljubljana, T: 01 522 21 19, F: 01 522 24 78, E: lifesci04@slotox-drustvo.si, W: www.slotox-drustvo.si	***	***
Društvo za oralno zdravje Slovenije, prim. Danica Homan, dr. dent. med.	ga. Melita Trop, Društvo za oralno zdravje Slovenije, Klanjškova 7, 3000 Celje, GSM: 031 695 131, E: danicahoman@volja.net	35.000,00 SIT za člane, 40.000,00 SIT za ostale in na dan prireditve, TRR: 06000-0117518127	***

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

24.–25. ob 14.00

Št. kandidatov

PORTOROŽ
Grand hote Emona

JOINT MEETING: UROGYNECOLOGY TODAY

ni omejeno

simpozij za ginekologe, urologe, kirurge

29. 9.–2. 10.

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

200-250

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

OKTOBER 2004

7.–10. ob 9.00

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

ni omejeno

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

8. ob 9.30

OTOČEC
hotel Šport

STROKOVNO PEDIATRIČNO SREČANJE

ni omejeno

strokovno izobraževanje za vse zdravnike

8.–9. ob 9.00

KRANJSKA GORA,
hotel Kompas

6. FAJDIGOVI DNEVI

150

strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine

[podroben program](#) • Isis 5/2004

8.–9. ob 15.00

LJUBLJANA
Velika predavalnica
Medicinske fakultete

7. SLOVENSKI PEDONTOLOŠKI DNEVI

250

strokovno srečanje z mednarodno udeležbo za vse
zobozdravstvene delavce

8.–9. ob 14.00

ANKARAN
Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

OKUŽBE VSADKOV

strokovno srečanje za zdravnike vseh specializacij, mikrobiologe in
druge, ki se ukvarjajo s problematiko okužb vsadkov[podroben program](#) • Isis 5/2004

15. ob 9.00

VOJNIK
Oddelek za zdravljenje
odvisnosti, Psihiatrična
bolnišnica VojnikMEDICINA ODVISNOSTI - MEDICINA
SODELOVANJA ODVISNOSTI

ni omejeno

6. slovenska konferenca o medicini odvisnosti za vse zdravnike

15.–16.

LJUBLJANAXI. KONGRES IN 141. SKUPŠČINA
SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA

strokovno srečanje

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Društvo za uroginekologijo, Avstrijsko združenje za uroginekologijo in rekonstruktivno kirurgijo medeničnega dna, doc. dr. Adolf Lukanovič	ga. Martina Pečlin, Ginekološka klinika, Šljamerjeva 3, 1525 Ljubljana, T: 01 522 60 20, F: 01 43 97 590	130 EUR člani društva, ostali 150 EUR TRR: 02010-0253620628	***
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	***	***
KO za abdominalno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, KC, prim. Dragoje Stanislavjevič, dr. med., prof. dr. Stane Repše, dr. med.	ga. Saša Rus, Ko za abdominalno kirurgijo, Tajništvo, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 47 88, F: 01 522 22 09	40.000,00 SIT delavnica+simpozij, 10.000,00 SIT simpozij TRR: 02053-0012745211 , sklic na št. 00600, s pripisom imena udeleženca	20
Združenje za pediatrijo SZD, dr. Ivan Vidmar	Tatjana Pavlin, dr. med., SB Novo mesto, Šmihelska c. 1, 8000 Novo mesto, T: 07 391 61 00	kotizacije ni	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Jožica Krevh, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, T: 04 20 82 523, F: 04 20 26 718, E: janko.kersnik@s5.net	35.000,00 SIT TRR: 02045-0253583120 s pripisom "6. Fajdigovi dnevi	***
Sekcija pedontologov SZD in Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo MF, doc. dr. Narcisa Košir	Jelka Jožef, dr. dent. med., T: 01 522 43 69, F: 01 522 25 04	***	***
Sekcija za klinično mikrobiologijo in hospitalne infekcije SZD, Zavod za zdravstveno varstvo Koper, Ortopedska bolnišnica Valdoltra	ga. Mihaela Oberdank Hrastar, Tajništvo katedre, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, MF Ljubljana, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, T: 01 543 74 08, F: 01 543 74 18, E: mihaela.oberdank-hrastar@mf.uni-lj.si	20.000,00 SIT (DDV vključen)	***
Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Oddelek za zdravljenje odvisnosti	prim. Darja Boben Bardutzky, Oddelek za zdravljenje odvisnosti, Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Celjska c. 37, 3212 Vojnik, T: 03 780 01 00, F: 03 780 02 00, E: darja.boben@pb-vojniki.si	15.000,00 SIT TRR: 01100-6030279349 , sklic na št. 15102004, s pripisom »za 6. konferenco medicine odvisnosti«	***
Slovensko zdravniško društvo	Slovensko zdravniško društvo, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, T: 01 43 42 580	***	***

OKTOBER 2004

TEMA

VSEBINA

20.–23.

št. kandidatov

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

21.–24. ob 14.00

PORTOROŽ
Kongresni center
Bernardin

9. BREGANTOVI DNEVI – REPARACIJA,
STRPNOST, SPRAVA

ni omejeno

psihoterapevtski simpozij – bienale za psihoterapevte, psihiatre, psihologe

22.–23. ob 9.00

LJUBLJANA
bela dvorana
Grand hotel Union

SIMPOZIJ O SPANJU

podroben program • Isis 4/2004

simpozij:
ni omejeno,
tečaj: 20

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

28.–30. ob 9.00

BLED
Kongresna dvorana Bled

3. KONGRES SLOVENSKIH RADIOLOGOV

ni omejeno

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

NOVEMBER 2004

5.–6. ob 9.00

PORTOROŽ
Kongresni center
Bernardin

46. TAVČARJEVI DNEVI

podroben program • 5/2004

strokovno srečanje

5.–7.

CELJETEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA
(DPO) EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO

podroben program • Isis 3/2004

tečaj

5.–7. ob 17.00

MARIBOR
hotel Habakuk

DERMATOLOŠKI DNEVI V MARIBORU

100

simpozij za dermatologe in zdravnike v osnovnem zdravstvu

18.–19.

LJUBLJANA7. PINTARJEVI DNEVI – PATOGRAFIJA – VPLIV
BOLEZNI NA ŽIVLJENJE IN DELO VELIKIH
OSEBNOSTI

ni omejeno

mednarodno srečanje zgodovinarjev medicine, paleopatologov in zgodovinarjev

19. ob 9.00

MARIBOR
kongresni center
Habakuk

STROKOVNI SIMPOZIJ Z MEDNARODNO
UDELEŽBO OB 50. OBLETNICI ODELKA ZA
TORAKALNO KIRURGIJO SB MARIBOR

ni omejeno

simpozij za vse zdravnike

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
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	***	***
Združenje psihoterapevtov Slovenije, dr. Polona Matjan	ga. Fani Zorec, Združenje psihoterapevtov Slovenije, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, T: 01 587 49 08, F: 01 540 22 78	člani ZPS 60.000,00 SIT (štiri dni), 45.000,00 SIT (dva dni), nečlani 75.000,00 SIT (štiri dni), 60.000,00 SIT (dva dni) TRR: 02060-0051436422	***
Inštitut za klinično nevrofiziologijo, SPS Nevrološka klinika, KC Ljubljana in sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD, asist. dr. Leja Dolenc Grošelj	g. Tone Žakelj, Inštitut za klinično nevrofiziologijo (Simpozij o spanju), KC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 15 09, F: 01 522 15 33, E: tone.zakelj@kclj.si, W: www.kclj.si/ikn/Dejavnosti/FAGA/2004/prijavnica.doc	simpozij: 31.000,00 SIT do 15. 6. 2004, po tem datumu 36.000,00 SIT, tečaj: 12.000,00 SIT organizator izstavi račun na osnovi prijave	***
Združenje radiologov Slovenije SZD, Katedra za radiologijo MF Ljubljana, Klinični inštitut za radiologijo, KC Ljubljana, Živa Zupančič, Vladimir Jevtič	ga. Jana Schiro, ga. Metka Zupančič, Klinični inštitut za radiologijo, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 85 30, 232 35 56, F: 01 522 24 97, 232 35 56	60.000,00 SIT, na osnovi prijavnice bo izstavljen račun	***
Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta – Katedra za interno medicino	Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana	40.000,00 SIT (DDV ni vključen)	***
Slovensko združenje za urgentno medicino, Svet za reanimacijo	Dušan Vlahović, dr. med., KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, W: www.ssem-society.si	71.000,00 SIT TRR: 02014-0019966250	***
Združenje dermatologov Slovenije, prim. mag. Jovan Miljković	prijave: Združenje dermatologov Slovenije, Zaloška c. 7, 1000 Ljubljana, informacije: asist. Pij Marko, Oddelek za kožne in spolne bolezni, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 27 05, F: 02 331 23 93	20.000,00 SIT TRR: 02014-0089341717	***
Inštitut za zgodovino medicine, doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec	doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec, Inštitut za zgodovino medicine, Zaloška 7 a, 1000 Ljubljana, T: 01 439 62 40, 522 45 49, F: 01 439 62 45, E: zvonka.zupanic-slavec@mf.uni-lj.si, zgmed@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	***
SB Maribor – oddelek za torakalno kirurgijo, asist. mag. Anton Crnjac	asist. mag. Anton Crnjac, Oddelek za torakalno kirurgijo, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 14 20, E: anton.crnjac@sb-mb.si	kotizacije ni	***

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. ČELEŠNIKOV DNEVI - 6. STROKOVNI SEMINAR
ZDRUŽENJA ZA MAKSILOFACIALNO IN ORALNO
KIRURGIJO SLOVENIJE: CISTE V ČELJUSTIH

500

strokovno srečanje za zobozdravnike in zdravnike

26. ob 14.00

LJUBLJANA
dvorana Krka

URGENTNA STANJA V OTROŠKI NEUROLOGIJI

ni omejeno

strokovno srečanje za vse zdravnike

26.–27.

LJUBLJANA
Ginekološka klinika,
KC LjubljanaIV. ANNUAL MEETING EUROPEAN NETWORK
OF TRAINEES IN OBSTETRICS AND
GYNAECOLOGY- ENTOG MEETING

ni omejeno

simpozij za specializante ginekologije in porodništva
ter njihove učitelje

26.–27. ob 9.00

MARIBOR
Kongresni center
Habakuk3. MARIBORSKI KONGRES DRUŽINSKE
MEDICINE

250

kongres za zdravnike družinske medicine

[podroben program](#) • Isis 4/2004

DECEMBER 2004

2.–3. ob 8.00

LJUBLJANA
velika predavalnica
Medicinske fakultete,
Korytkova 2XXXV. MEMORIALNI SESTANEK PROF. JANEZA
PLEČNIKA

250

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

4.

ENDOKRINOLOŠKE MOTNJE V
ODRAŠČAJOČEM OBDOBJU

50-60

strokovno srečanje z občnim zborom

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

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
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	*** TRR: 02014-0087754603	***
Združenje za pediatrijo SZD, Sekcija za otroško nevrologijo SZD, dr. Ivan Vidmar, mag. dr. Jana Frelih	ga. Nevenka Lepin, KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, KC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 01 430 17 14	kotizacije ni	***
Sekcija specializantov ginekologije in porodništva (SATOG), mag. Gorazd Kavšek	ga. Martina Pečlin, SPS Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, KC Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, T: 01 439 75 90, E: info@satog.org, W: www.satog.org	do 1. 10. 2004 50 EUR nato 60 EUR TRR: 02222-0019518588	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Stanislava Ban, dr. med., Darja Belec, dr. med., asist. Ksenija Tušek Bunc, Zora Bojc, dr. med., Majda Kamenik, dr. med., Majda Masten, dr. med., Lidija Praper, dr. med., asist. Suzana Židanik	Majda Masten, dr. med., ZD Maribor, Ul. talcev 9, 2000 Maribor, T: 02 228 63 67, E: majda.masten@zd-mb.si, ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, T: 01 43 86 915, F: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, W: www.drmed.org in www.drmed-mb.org	35.000,00 SIT, 25.000,00 SIT za medicinske sestre (DDV ni vključen) TRR: 02045-0253583120	***
MF – Inštitut za patologijo, prof. dr. Vera Ferlan Marolt, dr. med.	doc. dr. Boštjan Luzar, dr. med., Medicinska fakulteta, Inštitut za patologijo, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, T: 01 543 71 30, F: 01 543 71 04, E: bostjan.luzar@mf.uni-lj.si	***	15
Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino SZD	Marisa Višnjevec Tuljak, dr. med., ZD Izola, T: 05 663 50 35	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Ana Artnak, MF, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 43 86 915, F: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000,00 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Ana Artnak, MF, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 43 86 915, F: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	35.000,00 SIT, mentorji in kandidati za mentorje so oproščeni kotizacije	***

OBRAZEC

UREDNIŠTVU REVije ISIS
Dalmatinova 10
p.p. 1630

fax: 01/30 72 159

1001 Ljubljana

V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi.

Prvo obvestilo želimo objaviti v _____ številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen v _____ številki Izide.

Za objavo podatkov v Koledarju strokovnih prireditev pošiljamo naslednje podatke:

Datum prireditve _____ Pričetek, ura _____

Kraj _____

Prostor, kjer bo prireditev _____

Naslov strokovnega srečanja _____

Število slušateljev _____ (če je določeno) _____ (neomejeno)

Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, simpozij, posvetovanje, učna delavnica...) _____

Komu je namenjena (vsem zdravnikom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, kirurgom, internistom...) _____

Organizator (Medicinska fakulteta, klinika, sekcija Zdravniškega dru(tva...)) _____

Predstavnik ali strokovni vodja _____

Naslov za pošiljanje prijav _____

Informacije, kontaktne osebe _____

Njihove tel. številke in št. faksa _____

Višina kotizacije _____

Naslov in številka žiro računa _____

Število kreditnih točk _____ Kraj in datum _____ Podpis organizatorja _____

PROGRAMI



POKROVITELJ:
Kulturno-umetniško
društvo Kliničnega centra
in Medicinske fakultete
dr. Lojz Kraigher



POLETJE V STARI LJUBLJANI

Društvo za oživiljanje kulturne podobe
starega mestnega jedra

vabi na

Zdravniški koncert PRO MEDICO

ob 40-letnici Komornega muziciranja
ljubljskih zdravnikov in

80-letnici prof. dr. Pavla Kornhauserja
v torek, 15. junija 2004 ob 19.30

v cerkvi sv. Jakoba v
»Stari Ljubljani«, Stari trg

Spored:

A. Marcello: Koncert za trobento in godalni
orkester v d-molu
Andante e spiccato
Adagio
Presto

Slavko Arnold, trobenta
Zdravniški godalni orkester Camerata medica
Andrej Ožbalt, dirigent

J. S. Bach: Koncert za klavir in godalni
orkester v f-molu BWV 1056
Allegro
Adagio
Presto

Pavle Kornhauser, klavir
Zdravniški godalni orkester Camerata medica
Andrej Ožbalt, dirigent

Odmor s kavo
A. Dvořak: Klavirski kvintet v A-duru op. 81
Dumka
Furiant

Pavle Kornhauser, klavir
Marko Zupan, I. violina
Miha Benedik, II. violina
Vilim Demšar, viola
Zvonimir Rudolf, violončello

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

1. Čas poletja (sopran)
2. Banjo song (bas)
3. Bess, ti si moja žena (sopran in bas)
4. Arija Sporting Lifa (bariton)
5. Ni nujno tako (sopran, mezzosopran, bas)
6. Moja pot (bas)

Na koncertu bo nastopil simfonični orkester,
sestavljen iz glasbenikov – zdravnikov in
razširjene komorne skupine Pro medico, ojačan
s študenti Akademije za glasbo in Srednje
glasbene šole v Ljubljani. Sodelujejo solisti
in mešana pevska zbor dr. Bogdan Derč ter
študentov ljubljanske Medicinske fakultete COR.

Solisti:

Vlasta Rožman, sopran
Janja Hvala, sopran
Janja Konestabo, mezzosopran
Samo Ivačič, bariton
Rok Bavčar, bas

Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč
Zborovodja *Venčeslav Zadravec*
Pevski zbor študentov Medicinske fakultete COR
Zborovodkinja *Katja Jarm*
Vodja orkestra *Vilim Demšar*
Umetniški vodja *Pavle Kornhauser*

Vstop prost

Po koncertu Zdravniška zbornica Slovenije,
uredništvo revije Isis, vabi na sprejem ob siju
bakel na kamnitih stopnicah cerkve sv. Jakoba.

Opozorilo: Težave bodo s parkiranjem v »Stari
Ljubljani«, zato priporočamo parkiranje ob
Ljubljani na Prulah ali na Gallusovem nabrežju.

ZAVAROVANJE PACIENTOV ZA ŠKODO PRI KORIŠČENJU ZDRAVSTVENIH STORITEV V PRIMERIH, KO STROKOVNA NAPAKA NI IZKAZANA

organizator •
Zdravniška zbornica Slovenije

LJUBLJANA,
dvorana Krke, Dunajska 65
18. junij 2004



Strokovno srečanje za zdravnike, izvajalce
zdravstvenih storitev in inštitucije v zdravstvu.
Podrobni program bo objavljen v junijski številki
revije Isis.

Informacije in prijave:

ga. Lea Žižek, Zdravniška zbornica Slovenije,
Dalmatinova 10, p. p., 1630, 1001 Ljubljana,
T: 01 30 72 101, F: 01 30 72 109,
E: zdravniska.zbornica@zszs-mcs.si

ATOPIJSKI DERMATITIS OD "A" DO "Ž" III. RTIŠKO SREČANJE PEDIATROV IN ŠOLSkih ZDRAVNIKOV

organizator •
RKS Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič

DEBELI RTIČ,
MZL Debeli rtič, konferenčna dvorana
29. maj 2004

PROGRAM:

9.30	Prihod in registracija
10.00	Otvoritev
10.15	Patogenetski mehanizmi atopijskega dermatitisa, T. Avčnin, dr. med.
10.45	Diagnostika in alergijski pohod, M. Kuhar, dr. med.
11.15	Klinična slika atopijskega dermatitisa v različnih starostnih obdobjih, V. Dragoš, dr. med.
11.45	Diferencialna diagnoza atopijskega dermatitisa, V. Dragoš, dr. med.
12.15	Odmor
12.45	Lokalna terapija, V. Dragoš, dr. med.
13.15	Sistemska terapija, pomen dietne prehrane, cepljenje, novosti v zdravljenju, M. Kuhar, dr. med.
13.45	Fototerapija atopijskega dermatitisa, N. Kecelj, dr. med.
14.15	Zdraviliško zdravljenje otrok z atopijskim dermatitisom, B. Prunk, dr. med.
14.35	Krkin antihistaminiki, A. V. Bangijev, mag. farm., produktna vodja med. farm. centra Krka
15.00	Kosilo

Glavni pokrovitelj: Krka, d. d., Novo mesto

Kotizacije ni.

Prijave:

Recepcija Mladinskega zdravilišča
Debeli rtič, Jadranska 73, 6280 Ankanar,
T: 05 669 21 30 od 8. do 20. ure.
Rok prijave: 25. maj 2004.

THE 3RD INTERNATIONAL MEETING "SUICIDE: INTERPLAY OF GENES AND ENVIRONMENT" SUICIDE AS PREMATURE MORTALITY

organized •
IVZ RS

PORTOROŽ
13-15 May 2004

PROGRAM:

Thursday, 13 May 2004

20.00 Welcome Reception

Friday, 14 May 2004

Theme I – On the crossing between genetic and environmental, and biological and psychological aspects of suicide behaviour

9.00–9.05 Opening of the meeting, A. Marušič

9.05–9.30 Opening Lecture

- M. Knapp: Suicide: what is the role of economics?

9.30–11.00 Plenary Session

Chair: A. Malafosse, A. Marušič

- D. Rujescu: Serotonergic and catecholaminergic candidate genes in suicidal behaviour and aggression related traits
- A. Nemtsov: Alcohol consumption and suicides in Russia
- A. Marušič: Surname analysis: another investigation of genetic aspects of suicide behaviour
- S. V. Kondrichin: Geographic variation in suicide rates and ethnic history: examples of Russia, Belarus and Ukraine

11.00–11.15 Coffee Break

11.15–12.45 Plenary Session

Chair: K. van Heeringen, S. Roškar

- K. Audenaert: Functional nuclear neuroimaging in suicidal behaviour
- M. Voracek: De Catanzaro's hypothesis: is there a positive relation between intelligence and suicidality?
- K. van Heeringen: Clinical correlates of neuroimaging findings

General Discussion: Theme I
12.45–14.00 Lunch

Theme II – On the crossing between evidence and value based research and prevention
14.00–14.30 Opening Lecture

- D. De Leo: National strategies on suicide prevention five years after their implementation: are they working?
- 14.30–16.00 Plenary Session

Chair: D. de Leo, M. Tomori

- B. Barrett: Evidence of cost-effective interventions for people with depression
- J. Šešok: Socio-economic burden of suicide in Slovenia
- G. Henderson: Choose Life: a national suicide prevention strategy and action plan for Scotland
- J. Connolly: Alcohol misuse, social change and suicide in Ireland

16.00–16.15 Coffee Break

16.15–17.45 Paper Presentations

17.45–18.00 Coffee Break

18.00–19.00 Open Debate

O. Grad, S. Zihlerl: Interview with a survivor

20.30 Social Programme

Saturday, 15 May 2004

Theme III – On the crossing between national and international, civil and military suicide prevention

9.00–9.30 Opening Lecture

- R. Campise: The US Air Force Suicide Prevention Program - creation and maintenance

9.30–11.00 Plenary Session

Chair: D. A. Jobes, R. Rupar

- R. Rupar: Suicide prevention in Slovenian Arm Forces
- H. Hjelmeland: Politicians' attitudes towards suicide prevention
- T. G. Pfeiffer: From a regional project to a European perspective: The European Alliance Against Depression

General Discussion: Theme II and Theme III

11.00–11.15 Coffee Break

11.15–12.45 Paper Presentations

12.45–14.00 Lunch

14.00–15.30 Workshop Session

- U. Groleger, N. K. Juričič, M. Radobuljac:

Assessment and prevention of suicide risk in adolescents

- C. Farquhar, G. Henderson: Implementing a ten year national suicide prevention strategy: some early insights from Scotland
- M. Lovrečič, R. Tavčar, M. Z. Dernovšek: Assessment and prevention of suicide risk in drug users

15.30–16.00 Coffee Break

16.00–19.00 Workshop Session

- D. A. Jobes, R. Campise: The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) with military personnel
- D. A. Jobes, R. Campise: Making agreements with suicidal patients: promise or peril?

19.00 Closing of the meeting

Informacije:

ga. Urša Križaj, IVZ RS,
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana,
T: 01 244 15 35,
E: ursa.krizaj@ivz-rs.si

POENOSTAVIMO ZDRAVLJENJE EPILEPSIJE

organizator •

Sekcija za epileptologijo SZD

LJUBLJANA,
Kongresna dvorana, Mercurius BTC
7. maj 2004

PROGRAM:

Petek, 7. maja 2004, ob 18.00

1. Asist. mag. Bogdan Lorber, dr. med.: Zdravljenje epilepsije v Sloveniji
2. Prof. dr. Dieter Schmidt, dr. med. (Berlin): Modern management of epilepsy: A how-to-do lecture
3. Prof. dr. Paul Boon, dr. med. (Gent): Seizure control with Levetiracetam
4. Vesna Sedmak, mag. farm. (Ljubljana): Keppra® - najpomembnejše informacije

20.00 Večerja

Informacije: asist. dr. Tomaž Žgur, dr. med.,
T: 01 589 69 33, E: Keppra@medis.si

2ND CENTRAL EUROPEAN CONGRESS OF INTENSIVE CARE MEDICINE

organized •
Slovensko združenje za intenzivno medicino

PORTOROŽ
27-29 May 2004

PROGRAMME:

Thursday, 27. May 2004 (afternoon)

Plenary sessions

- 17.00 Severe sepsis/septic shock
– what's new (J. A. Romand, Switzerland)
- 17.30 Present status and perspective of intensive care medicine in Europe (G. Ramsay, Netherlands)
- 18.00 Are decisions in intensive care medicine evidence based? (A. Hammerle, Austria)
- 18.30 Opening ceremony - sponsored by KRKA, d. d.

Friday, 28. May 2004 (morning)

Hall 1

- Main theme: Respiratory failure
- 8.30 Basic pathophysiological concepts of ALI/ARDS (A. Pesenti, Italy)
- 9.00 Treatment beside mechanical ventilation (C. Putensen, Germany)
- 9.30 ALI/ARDS in children (M. Novak, Croatia)
- 10.00 Break
- 10.30 Exacerbation of COLD (F. Šifrer, Slovenia)
- 11.00 Free topics
- 12.00–14.00 Lunch/Educational sessions/ Posters
Nutrition – educational session sponsored by Fresenius KABI
- 12.00 Evidence for feeding (L. Kompan, Slovenia)
- 12.20 Rational use of parenteral nutrition (W. Druml, Austria)
- 12.40 Immunonutrition (N. Kozjek, Slovenia)
- 13.00 Feeding in children (M. Derganc, Slovenia)

Session will be followed by lunch for the participants

Hall 2

- Main theme: Cardiovascular dynamics 1
– diagnosis & monitoring
- 8.30 How to select proper monitoring method (G. Voga, Slovenia)
- 9.00 HD monitoring in children (P. Kunovsky, Slovakia)
- 9.30 Should we monitor venous saturations (D. Bennett, UK)
- 10.00 Break
- 10.30 Biochemical markers of CV failure (M. Podbregar, Slovenia)
- 11.00 Free topics
- 12.00–14.00 Lunch/Educational sessions/ Posters
Use of ultrasound in the ICU
– educational session sponsored by Philips?
- 12.00 Transthoracic echocardiography (D. Štajer, Slovenia)
- 12.30 Transesophageal echocardiography (M. Balik, Czech Republic)
- 13.00 Abdominal ultrasound (A. Šustič, Croatia)

Afternoon

Hall 1

- Main theme: Mechanical ventilation
- 14.00 Current status of ventilatory support (C. Putensen, Germany)
- 14.30 Noninvasive ventilation (TBA)
- 15.00 Weaning problems (A. Pesenti, Italy)
- 15.30 Break
- 16.00 Ventilator induced lung injury (TBA)
- 16.30 Free topics
- 17.30–18.30 Round table: Trauma (Coordinated by B. Kremžar, participants Cerny, Buljat, G. Ramsay, Mauritz, A. Gullo, M. Novak)

Hall 2

- Main theme: Cardiovascular dynamics 2 - treatment
- 14.00 Optimisation of preload (Hiesmayr, Austria)
- 14.30 Optimisation of flow (V. Sramek, Czech republic)
- 15.00 Interventional treatment of ACS (M. Noč, Slovenia)
- 15.30 Break
- 16.00 Mechanical circulatory support (TBA)
- 16.30 Free papers
- 17.30–18.30 Round table: Transplantation

(Coordinated by A. Avsec, participants Muehlbacher, Gregorič, Cetkovski)

Saturday, 29. May 2004 (morning)

Hall 1

- Main theme: Infection & sepsis
- 8.30 What's new in pathophysiology (TBA)
- 9.00 What's new in diagnosis (TBA)
- 9.30 What's new in treatment (A. Gullo, Italy)
- 10.00 Break
- 10.30 Sepsis induced MODS (I. Novak, Czech Republic)
- 11.00 Free topics
- 12.00–14.00 lunch/educational sessions/ posters
Infections – educational session
- 12.00 Community acquired pneumonia (J. A. Romand, Switzerland)
- 12.20 Infections with multiresistant pathogens in the ICU (I. Muzlovič, Slovenia)
- 12.40 Rational use of antibiotics (I. Francetič, Croatia)
- 13.00 Fungal infections in critically ill (B. Beovič, Slovenia)

Hall 2

- Main theme: Metabolism/coagulation
- 8.30 Metabolic response to sepsis/trauma (B. Kremžar, Slovenia)
- 9.00 Glucose control in critically ill (TBA)
- 9.30 Treatment of uncontrolled bleeding (TBA)
- 10.00 Break
- 10.30 Anticoagulated patients in the ICU (A. Stecher, Slovenia)
- 11.00 Free topics
- 12.00–14.00 lunch/educational sessions/ posters
Emergencies – educational session
- 12.00 What's new in CPR (A. Pernat, Slovenia, V. Wenzel, Austria)
- 12.20 Airway management (Z. Borovšak, Slovenia)
- 12.40 Near drowning (W. Hasibeder, Austria)
- 13.00 Treatment of poisoning in the ICU (V. Gašparovič, Croatia)

Afternoon

Hall 1

- Main theme: MODS
- 14.00 Acute renal failure (V. Gašparovič, Croatia)

14.30	Acute liver failure (H. Steltzer, Austria)
15.00	GIT failure (W. Hasibeder, Austria)
15.30	Break
16.00	ECMO for children (J. Primožič, Slovenia)
16.30	Free topics

Hall 2

Main theme: Ethics/outcome

14.00	Withholding/withdrawing treatment (D. Phelan, Ireland)
14.30	Ethics of research in the ICU (G. Ramsay, F. Rubulotta, Netherlands)
15.00	Dignity of children in the ICU (R. Kurtz, Austria)
15.30	Break
16.00	Cost/effectiveness of ICM (P. Metnitz, Austria)
16.30	Free papers

Scientific Committee: Gorazd Voga (Slovenia) president, Vladimír Černý (Czech Republic), Vladimír Gašparovič (Croatia), Štefan Grosek (Slovenia), Antonino Gullo (Italy), Alfons Hammerle (Austria), Walter Hasibeder (Austria), Ivo Husedžinovič (Croatia), Maria Janecsko (Hungary), Boriana Kremžar (Slovenia), Andrej Kuebler (Poland), Pavol Kunovsky (Slovakia), Igor Muzlovič (Slovenia), Marko Noč (Slovenia), Ivan Novak (Czech Republic), Ana Špec Marn (Slovenia)

Organizing Committee: Andrej Pernat (president), Ognjen Cerović, Nataša Črnič, Vojka Gorjup, Rafael Kapš, Lučka Kosec, Primož Hribar, Roman Parežnik, Tom Ploj

Venue

The meeting will be held in the Grand Hotel Emona, Bernardin resort & conference center, Obala 2, 6320 Portorož, Slovenia, (www.h-bernardin.si).

Registration

Registration Fees

	Regular	ESICM members
Payment Before March 31, 2004	250 €	200 €
After March 31 and on-site registration	300 €	260 €

Registration and payment details as well as registration form will shortly be available at meeting's official website: www.cecicm.org

Registration

Registration is required for all participants. Payment or proof of payment should accompany your registration form.

Please complete and return the enclosed registration form to the Professional Congress Organiser: Auditorium Portorož, Senčna pot 10, SI-6320 Portorož, Slovenia, F: +386 5 67 66 702, P: +386 5 67 66 720, E: kongress.avditorij@siol.net, not later than April 30, 2004. After this date the registration is possible only on the desk. The registration form can also be submitted electronically through the website www.avditorij.si

Registration fee for participants includes: registration, admission to the meeting and scientific exhibition, congress materials, opening ceremony and Gala dinner.

Confirmation

Upon receipt of the correct payment, each registrant will receive a confirmation of registration. Please bring this confirmation to the registration desk as proof of your registration.

Cancellation/Refund Policy

Your registration must be cancelled in writing, your request sent to Auditorium Portorož, Senčna pot 10, SI-6320 Portorož, Slovenia, F: +386 5 67 66 702, T: +386 5 67 66 720, E: kongress.avditorij@siol.net. Cancellations received before April 30, 2004, the total fee will be reimbursed less a 15 percent administrative charge. We regret that no refunds will be made after these dates.

Registration Desk

The registration desk will be located in the Conference Centre Grand Hotel Emona. All participants will receive a name badge, which should be worn at all times during the 2nd Central European Congress of Intensive Care Medicine.

The registration desk will be open during the following hours:

- Thursday from 12.00 to 20.00
- Friday from 7.30 to 18.30
- Saturday from 7.30 to 18.00

Call for papers

You are invited to submit your work for presentation at the 2nd Central European Congress of Intensive Care Medicine. Scientific contributions will be selected for presentation as either poster or oral presentation. The abstracts must be written in English and should not exceed 300 words. Abstracts should be organized as follows:

1. Title must be typed in capital letters and centered.
2. Names of the authors should begin on a new line. Cite the last name and initials of each author, without degrees and titles. Underline name of the presenting author.
3. Institutional affiliation. List institution(s), city and country on a new line.
4. Text of the abstract should be submitted in the structured form including following

headings: Objectives, Design and Methods, Results, Conclusions.

Type the text, including tables and figures, in single-line spacing using Times New Roman 11pt font.

At the bottom, cite presenting author's full address, including fax and e-mail address, and preferred form of presentation (oral or poster). Final selection of abstracts into oral or poster presentations category will be made by the Scientific Committee. Presenting author must be a registered participant of symposium. How to submit an abstract: Abstract must be submitted by e-mail to the following address: gorazd.voga@guest.arnes.si
Deadline for abstract submission is March 31, 2004.
Notification of acceptance/rejection of the abstract will be mailed to the presenting author by April 20, 2004.

Additional Information:

Andrej Pernat, MD, PhD,
President of the Organizing Committee,
Center for Intensive Internal Medicine,
University Medical Center Ljubljana,
Zaloška 7, 1525 Ljubljana, Slovenia,
P: + 386 1 522 48 36, F: + 386 1 522 22 96,
E: szim@mf.uni-lj.si

LETNO SREČANJE ZDRUŽENJA ZA ŽILNE BOLEZNI SZD SMERNICE ZA DIAGNOSTIKO IN ZDRAVLJENJE ŽILNIH BOLEZNI

organizator •
Združenje za žilne bolezni SZD

ŠMARJEŠKE TOPLICE

14.-15. maj 2004

PROGRAM:

Petek, 14. maja 2004

9.00–9.15 Otvoritev srečanja in pozdravni nagovori

1. Periferna arterijska žilna bolezen

9.15–9.30 Diagnostični algoritem in sekundarna preventiva arterioskleroze pri PAB (Blinc A.)
9.30–9.45 Endovaskularno zdravljenje PAB (Šurlan M.)
9.45–10.00 Kirurško zdravljenje PAB (Gasparini M.)

- 10.00–10.15 Farmakološko zdravljenje intermitentne klavdikacije in kritične ishemije uda (Lobnik A., Kanič V.)
- 10.15–10.45 Okrogla miza s povzetkom priporočene klinične poti za obravnavo PAB (moderatorji: Poredoš P., Blinc A., Šurlan M., Klokočevnik T., Kanič V.)

10.45–11.15 Odmor s kavo

2. Anevrizme abdominalne aorte

- 11.15–11.30 Diagnostični algoritem pri AAA (Berden P.)
- 11.30–11.45 Endovaskularno zdravljenje AAA (Šurlan M.)
- 12.00–12.30 Kirurško zdravljenje AAA (Klokočevnik T.)
- 12.30–13.00 Okrogla miza s povzetkom priporočene klinične poti za obravnavo AAA (moderatorji: Šurlan M., Berden P., Matela J., Gasparini M., Videčnik V.)

13.00–15.00 Odmor za kosilo

3. Venska tromboza

- 15.00–15.15 Diagnostični algoritem pri venski trombozi (Šabovič M.)
- 15.15–15.30 Zdravljenje akutne venske tromboze (Žuran I.)
- 15.30–15.45 Trajanje antikoagulantnega zdravljenja po venski trombozi (Kozak M.)
- 15.45–16.15 Okrogla miza s povzetkom priporočene klinične poti za obravnavo venske tromboze (moderatorji: Šabovič M., Berden P., Kozak M., Žuran I.)

16.15–16.45 Odmor

4. Kronična venska insuficienca

- 16.45–17.00 Diagnostični algoritem pri kronični venski insuficienci (Šikovec A.)
- 17.00–17.15 Konzervativno zdravljenje kronične venske insuficienca in venskih ulkusov (Planinšek Ručigaj T.)
- 17.15–17.30 Kirurško zdravljenje kronične venske insuficienca (Valentinuzzi V.)
- 17.30–18.00 Okrogla miza s povzetkom priporočene klinične poti za obravnavo kronične venske insuficienca (moderatorji: Šikovec A., Valentinuzzi V., Kozak M., Planinšek Ručigaj T., Košiček M.)
- 20.00 Večerja – pokrovitelj: Krka, d. d.

Sobota, 15. maja 2004

5. Vazospastične motnje

- 9.00–9.15 Diagnostični algoritem pri

- 9.15–9.30 vazospastičnih motnjah (Kozak M.)
- 9.15–9.30 Medikamentozno zdravljenje vazospastičnih motenj (Mulej M.)
- 9.30–9.45 Fizikalno zdravljenje vazospastičnih motenj (Prešern Štrukelj M.)
- 10.00–10.30 Okrogla miza s povzetkom priporočene klinične poti za obravnavo vazospastičnih motenj (moderatorji: Kozak M., Mulej M., Prešern Štrukelj M., Videčnik V.)

10.30–11.00 Odmor s kavo

6. Karotidna bolezen

- 11.00–11.15 Diagnostični algoritem in sekundarna preventiva ishemičnih dogodkov pri karotidni bolezni (Žvan B.)
- 11.15–11.30 Endovaskularno zdravljenje karotidne bolezni (Milošević Z.)
- 11.30–11.45 Kirurško zdravljenje karotidne bolezni (Flis V.)
- 11.45–12.15 Okrogla miza s povzetkom priporočene klinične poti za obravnavo karotidne bolezni (moderatorji: Žvan B., Tetičkovič E., Milošević Z., Flis V.)

Srečanje organizira Zdrženje za žilne bolezni Slovenskega zdravniškega društva in je namenjeno vsem zdravnikom, ki zdravijo bolnike z žilnimi boleznimi. Na Zdravniško zbornico Slovenije smo naslovili prošnjo za dodelitev kreditnih točk za podaljšanje licence. Ob srečanju prejmejo udeleženci knjižico "Slovenske smernice za diagnostično in terapevtsko obravnavo najpogostejših žilnih bolezni", ki jo je izdalo Zdrženje za žilne bolezni SZD.

Generalni pokrovitelj srečanja je Krka, d. d.

Kotizacija z vključenim DDV znaša 20.000,00 tolarjev.

Prijave sprejema ga. Jelka Kos, KO za žilne bolezni, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 80 32, F: 01 522 80 70, E: jelka.kos@trnovo.kclj.si

Rezervacije prenočišč:

Zdravilišče Šmarješke Toplice, tel.: 07 384 34 00

3RD INTERNATIONAL POST-GRADUATE SCHOOL OF IMMUNOGENETICS IN TRANSFUSION MEDICINE CLINICAL IMMUNOGENETICS AND CELL THERAPY

organized • Blood Transfusion Centre of the Republic of Slovenia

LJUBLJANA, ZZS, Miklošičeva 24
6–9 June 2004

Dear colleagues,

we are inviting you to take part in the third International Postgraduate School of Immunogenetics in Ljubljana. The topics of the scientific programme have been selected to catch the interest not only of those engaged in blood transfusion and bone marrow transplantation, but also of clinical immunologists and interdisciplinary scientists. The appreciation of clinical consequences of alloreactivity has placed immunogenetics at the heart of transfusion and transplantation sciences. It would, however, be unforgivable to confine the perception of immunogenetics only to histocompatibility testing and to the selection of acceptable donor-recipient pairs in blood transfusion and clinical allotransplantation. Inseparable from investigating of blood groups and tissue antigens is the intensive research of other polymorphisms relevant to the innate and adaptive immunity.

Today's immunogenetics is in the focus of important theoretical and clinical considerations.

We have chosen to look into the intriguing field through several windows. It is our mission not only to display the spectrum of information which can be gained by immunogenetic expertise and population studies, but also to ascertain their critical interpretation. Last, but not least, we hope that each of you will be attracted by many open questions, one of which may become the theme of your own investigation. Transfusion medicine is an open field offering many opportunities for research and interdisciplinary collaboration. We believe that, supported by immunogenetics, transfusion medicine will become an indispensable partner in immunotherapy and cell therapy.

The Organisers

PROGRAMME:**Sunday, 6 June 2004**

9.00–9.30 Opening Ceremony
Morning session: Immunogenetics

- 9.30–13.00
- Genetic and functional interactions between MHC and NK genes, John Trowsdale, Cambridge
 - NK cell receptors, Derek Middleton, Belfast
 - ABO, the original blood group system: serology, biosynthesis and molecular genetics, Geoff Daniels, Bristol
 - Advances and challenges in immunohaematology, Primož Rožman, Ljubljana

13.00–14.00 Lunch

Afternoon session: Immunobiology

- 14.00–17.00
- Immunity in pregnancy, Ian Sargent, Oxford
 - Cytokines and cytolytic mechanisms at the maternal-fetal interface, Daniel Rukavina, Rijeka
 - Hemogenetics in forensic medicine, Wolfgang R. Mayr, Wien

20.00–21.30 Concert

Monday, 7 June 2004

Morning session: Genetic risk factors

- 9.00–13.00
- HLA associated diseases: Genes involved in possible mechanisms, Eric Thorsby, Oslo
 - Genetic risk factors in juvenile arthritis, Ekkehard Albert, München
 - Strategies in biostatistical analysis of multifactorial diseases, Ann Cambon-Thomsen, Toulouse
 - HLA associated diseases in Slovenians, Blanka Vidan Jeras, Ljubljana

13.00–14.00 Lunch

Afternoon session: Immune responsiveness

- 14.00–17.00
- A short history of histocompatibility testing, Ben Bradley, Bristol
 - Clinical relevance of immunogenetics in organ transplantation, Frans Claas, Leiden
 - Antigen processing is predictable: From genes to T cell epitopes, Stevan Stefanović, Tübingen
 - Antigenic properties of prion peptides, Vladka ČurinŠerbec, Ljubljana

Tuesday, 8 June 2004

Morning session: Strategies in immunomodulation

9.00–13.00

- Induction of tolerance to alloantigens, Kathryn Wood, Oxford
- Potential immunotherapeutic avenues in leukaemia, Alejandro Madrigal, London
- Advantages of reduced intensive conditioning in stem cell transplantation, Michael Potter, London
- Potential use of dendritic cells as cellular vaccines and modulators of immune responses, Matjaž Jeras, Ljubljana

13.00–14.00 Lunch

Afternoon session: Cell therapy

- 14.00–17.00
- The impact of donor NK alloreactivity on allogenic hematopoietic transplantation, Loredana Ruggeri, Perugia
 - Stem cell therapy, Jill Moira Hows, Bristol
 - An outlook for modern transfusion medicine, Panel discussion, E. Albert, B. Bradley, F. Claas, A. Madrigal, W. Mayr, Middleton, J. Hows, M. Potter, L. Ruggeri, I. Sargent

20.00–23.30 Garden party at the Tivoli Castel in Ljubljana

The timetable of lectures, coffee breaks, poster sessions and oral presentations of selected abstracts will be displayed in the Book of Abstracts.

Wednesday, 9 June 2004

1. Genotyping of blood groups (ABO, Rh, Kell, Fy, JK, MNSs) and platelet antigens (HPA)
2. Real-Time PCR: Basis and applications
3. HLA typing and detection of HLA antibodies by ELISA
4. Assessment of phenotype characteristics and T cell stimulating capacities of antigen presenting cells in vitro
5. Separation of blood cell subsets for therapy

General information:

Venue

The place of the conference is located in the city centre of Ljubljana, the capital of the Republic of Slovenia. It will traditionally take place on the premises of the Health Insurance Institute of Slovenia (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije) at 24 Miklošičeva Street, within walking distance of the railway station and places of social events. The Registration Desk will be open on Saturday, June 5th from 4 pm to 8 pm and throughout the meeting.

Arrival

Transportation from the Ljubljana airport (20 km) will be arranged for participants who will have announced their arrival by fax or e-mail to the Secretariat.

Registration and Accommodation

All arrangements concerning the registration and accommodation will be made by the following agency: KONGRES d.o.o., Dolomitskega odreda 44, 1000 Ljubljana. The registration will be confirmed after receiving the Registration Form and a signed Payment order. To make a hotel reservation, fill out the last section of the same form. The deadline is May 15th 2004. Cancellation will be possible up to June 1st, 2004.

Training Sessions

Applicants are expected to enroll in one training session only.

Participation Fee

The participation fee is 400 euros and covers admittance to the lectures and training sessions, the Book of Abstracts, daily lunches, break refreshments and attendance of social events. Admittance to selected sessions will be payable in SIT at the Registration Desk.

Bursaries

A limited number of pre-registered active participants will be informed of a reduced registration fee.

Active Participation

Enrolling candidates are invited to send to the Secretariat by e-mail or on a floppy disc abstracts of their short presentations relating to the topics of the conference. The length of the text should not exceed 200 words. Deadline: April 15th, 2004. The authors of abstracts selected for oral presentation will be notified.

Invited participants

Postgraduates interested in the genetic basis of immunity, blood transfusion, cell therapy, laboratory and biostatistical research tools and vaccine design.

Secretariat: Research Center for Transfusion Medicine, Blood Transfusion Centre of the Republic of Slovenia, Šlajmerjeva 6, 1000 Ljubljana, T: 01 543 81 47, 01 543 81 00, F: 01 230 22 24, 01 230 25 51, E: mateja.bohinjec@ztm.si

General information and travel arrangements:

E: mateja.bohinjec@ztm.si

Registration and Accommodation:

Kongres d.o.o., T: 01 257 45 55, F: 01 257 63 03, E: kongres@siol.net

For updated information see our home page:

W: <http://www.ztm.si/en/schimmgen>

MEDNARODNA KONFERENCA O IZOBRAŽEVANJU IN PREVENTIVI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

organizatorja •
Šent - Slovensko združenje za duševno zdravje,
Mental Health Europe

NOVA GORICA,
hotel Perla
27.– 29. maj 2004

PROGRAM:

Četrtek, 27. maja 2004

9.00–10.00 Otvoritvena slovesnost

10.00–10.30 Odmor

10.30–12.00 Plenarno predavanje

1. Zmanjševanje psihiatrične stigme in diskriminacije: evalvacija izobraževalnih intervencij v srednjih šolah v Veliki Britaniji, Graham Thornicroft, Inštitut za psihiatrijo, Kings College London, (Velika Britanija)
2. Družbena konstrukcija zdravja in bolezni: Zakaj bolniki obtožujejo sami sebe? Mirjana Ule, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede (Slovenija)
3. Možnosti medijev pri izobraževanju javnosti o duševni bolezni – zanemarjena priložnost? Martina Tomori, Katedra za psihiatrijo, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta (Slovenija)

12.00–14.00 Kosilo

14.00–15.30 Simpozij

1. Antistigmatizacija

- Dejavnosti proti stigmatizaciji v Avstriji, Werner Schöny, Pro Mente Ober Österreich (Avstrija)
- Ste kdaj spoznali normalno osebo? Toon Vriens, Pandora Foundation (Nizozemska)

2. Šolski sistem

- ARENA – dati otrokom vpliv, Randi Talseth/Karin Källsmyhr, Organizacija Odrasli za otroke (Norveška)
- Promocija duševnega zdravja in preprečevanje depresije, anksioznosti in motenj, povezanih s stresom, v Evropi, John Henderson, MHE (Škotska)
- Strategije za promocijo duševnega zdravja v šolah, Peter Paulus, Univerza v Lueneburg (Nemčija), Odbor za partnerstvo za otroke
- Kdo skrbi za duševno zdravje bodočih zdravstvenih delavcev? Majda Pahor, Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo (Slovenija)
- Promocija duševnega zdravja v slovenski

mreži zdravih šol, Eva Stergar, Mojca Bevc Stankovič, Vesna Pucelj, Inštitut RS za varovanje zdravja (Slovenija)

- Šola za starše, Dariuzs Baran, Poljsko združenje za duševno zdravje otrok in družine (Poljska)

3. Izobraževanje javnosti

- Izobraževanje javnosti: Prva pomoč v duševnem zdravju, Alana Atkinson in Sarah Shimmen, Škotski razvojni center za program duševnega zdravja (Škotska) in Peter Zajc, Slovensko združenje za preprečevanje samomorov (Slovenija)
- Kako okrepiti znanja na področju duševnega zdravja – Uporaba znanj in sposobnosti, Katriina Aaltonen, Finsko združenje za duševno zdravje (Finska)
- Neizpovedane zgodbe, Matija Grah, Časnik Delo (Slovenija)

15.30–16.00 Kosilo

16.00–18.00 Plenarno predavanje in zaključki dneva z Manco Košir

1. Zaščita odraslih in otrok z motnjami pred zlorabo – Pripomoček iz Sveta Evrope, Thorsten Afflerbach, Svet Evrope, Generalni direktorat III - socialna zveza
2. Izobraževanje strokovnjakov, ki delajo s prebivalstveno skupino migrantov, Christophe Paris, Center Francoise Minkowska (medicinsko-psihosocialni center za pomoč migrantom in beguncem) (Francija)
3. Varovanje psihosocialnega zdravja otrok s pomočjo krepitve in izobraževanja učiteljev v vojno prizadetih področjih, Anica Mikuš Kos, Fundacija Together (Slovenija)

Petek, 28. maja 2004

9.00–10.00 Plenarno predavanje

1. Potrebe v izobraževanju v Vzhodni Evropi, Jan Pfeiffer, Center za razvoj skupnostne skrbi v Pragi in AMHR (Češka Republika)
2. Nadlegovanje in diskriminacija ljudi, s katero se soočajo ljudje s psihosocialnimi manjšimi zmoglostmi v zdravstvenih službah: evropska raziskava, Josée Van Remoortel, MHE (Belgija)
3. Skupnostno duševno zdravje kot interdisciplinaren izziv disciplinam: implikacije za izobraževanje in usposabljanje, Vito Flaker, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo (Slovenija)

10.00–10.30 Odmor

10.30–12.30 Delavnica in simpozij

1. Delavnica

Psihosocialna rehabilitacija in skupnostna skrb, Lenka Vachkova (Češka Republika)

in Jean Pierre Wilken (Nizozemska), Storm Rehabilitation, Center za psihosocialno rehabilitacijo in duševno zdravje v skupnosti

2. Svojci

- Izobraževalni proces za svoje in skrbnike, Edo Belak, Forum svojcev Slovenije, ŠENT - Slovensko združenje za duševno zdravje (Slovenija)
- Trening strokovnjakov s področja duševnega zdravja, Annie-France Le Pepe, CEMEA (Francija)
- Prospect – Izobraževalni programi za družine in prijatelje, za tiste z lastno izkušnjo in strokovnjake iz socialne in zdravstva, Maria Moniz, EUFAMI (Belgija)
- Izkušnje z izobraževalnimi usposabljanji v okviru projekta Prospect v Sloveniji, Petra Videmšek, Ozara Slovenija (Slovenija)
- Izobraževanje za uporabnike in skrbnike, Bojana Avguštin, Psihiatrična bolnica Ljubljana (Slovenija) in Združenje ŠENT (Slovenija)

3. Krepitev uporabnikov

- Imeti svoj glas 2, Tara Holloway, Praxis Care Group (Velika Britanija)
- Zagovorništvo za državljanom prijazno bivanje, Claude Deutsch and Martine Dudoit, Advocacy France (Francija)
- Uporabniki storitev duševnega zdravja kot učitelji in predavatelji na področju duševnega zdravja, Mary Nettle, Svetovalka za uporabnike (Velika Britanija)
- Enake pravice za osebe s psihozo, Tanja Lamovec, Društvo Paradoks (Slovenija)
- Kako uporabniki izobražujejo druge uporabnike, Peter Lehmann, For All Cases - Organizacija (nekdanjih) uporabnikov in preživelih v psihiatriji (Nemčija)

12.30–14.00 Kosilo

14.00–16.00 Simpozij (paralelna predavanja)

1. Izobraževanje strokovnjakov

- Stalno medicinsko izobraževanje v evropski psihiatriji: stališče WHO-UEMS-AEP-Posebna enota WPA, Manuel Gomez Beneyto, UEMS (Španija)
- Standardi psihiatričnega izobraževanja v UEMS, Slavko Zihnerl, UEMS (Slovenija)
- Informacije in izobraževanje o uporabi in zlorabi alkohola ter odvisnosti, Zdenka Čebašek Travnik, Katedra za psihiatrijo, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta (Slovenija)
- Supervizija: Proces strokovne refleksije in razvoja, Sonja Žorga in Tomaž Vec, Slovensko združenje za supervizijo (Slovenija)

2. Izobraževanje strokovnjakov

- Izboljšanje povezovanja »med vrsticami«:

Izkušnje mesta Bruges, Chantal Van Audenhove, LUCAS (Belgija)

- Razvoj izobraževalnih modulov za strokovnjake na Nizozemskem in v Republiki Češki, Marieke van Dam, direktorica RINO Noord-Holland (Nizozemska)
- V Sloveniji je potrebno izboljšati komunikacijo »med vrsticami«, Darinka Klančar, Katedra za družinsko medicino, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta (Slovenija)
- Praktično usposabljanje za diplomante uporabne psihologije: izvajanje, cilji in ocenjevanje, Machteld Soetemans, Lessius Hogeschool (Belgija)
- Ocena izobraževanja za duševno zdravje Univerze v Ljubljani, Mateja Strbad, Vesna Švab, Katedra za psihiatrijo, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta (Slovenija)

3. Čezmejni programi

- Sistem duševnega zdravja: Izkušnja iz Prata, Pino Pini, AISME (Italija)
- Načrtovanje za duševno zdravje z lokalnimi skupnostmi, Gabriela de Simon, URASAM, (Italija)
- Predstavitve projekta »Juta«, Giorgio Jerman, URASAM (Italija)
- Ustvarjalnost kot oblika komunikacije in destigmatizacije duševne motnje, Vlasta Meden Klavara, Dispanzer za mentalno zdravje Nova Gorica (Slovenija)

16.00–16.30 Zaključki

16.30–17.00 Odmor

17.00–18.30 Skupščina MHE

Sobota, 29. maja 2004

10.00–11.30 Plenarno predavanje:

1. Izobraževanje o duševnem zdravju: mednarodna perspektiva, Preston Garrison, Svetovno združenje za duševno zdravje
2. Izzivi izobraževanja za oskrbo duševnega zdravja - aktualna problematika v Vzhodni in Zahodni Evropi, Jean Pierre Wilken, Univerza za strokovno izobraževanje v Utrechtu (Nizozemska)
3. Medkulturno izobraževanje na področju duševnega zdravja, Andrej Marušič, Inštitut za varovanje Zdravja Republike Slovenije (Slovenija)

11.30–12.00 Odmor

12.00–13.15 Pregled izobraževanja za duševno zdravje v Sloveniji

Pregled preventivnih programov v osnovnem izobraževanju, tako v osnovnih kot v srednjih šolah, Andreja Barle Lakota, Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport, Urad za šolstvo (Slovenija)

Izobraževalni programi slovenskih univerz:

- Filozofska fakulteta, Oddelek za psihiatrijo, Bojan Zalar, Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta (Slovenija)
- Socialno delo v psihiatriji: razvoj socialnega modela pri delu z ljudmi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami, Darja Završek, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo (Slovenija)
- Kurikularna reforma na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, Igor Švab, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta (Slovenija)
- Izobraževanje zdravstvenih delavcev za področje duševnega zdravja, Marija Zaletel, Andreja Kvas in Marija Gorše Muhič, Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo (Slovenija)

13.15–14.45 Kosilo

14.45–16.00 Zaključna slovesnost

Zaključke konference: John Henderson, Svetovalec za politiko pri MHE in Nace Kovač, izvršni direktor Slovenskega združenja za duševno zdravje - ŠENT

Zaključni govor: Pascale Van den Heede, izvršna direktorica MHE in Vesna Švab, predsednica Slovenskega združenja za duševno zdravje - ŠENT

Predstavitve posterjev

Vzporedno s programom konference bo potekala tudi predstavitve posterjev na mestu konference. Prijava za predstavitev posterja je še vedno mogoča. Ta predstavitev bo upoštevana kot aktivna participacija na konferenci. Prosimo pošljite svoje predloge na naslov: Mateja Trpin, ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje, Cigaletova 5, 1000 Ljubljana ali preko e-pošte na naslov mateja.trpin@sent-si.org.

Jezik konference: uradna jezika sta angleški in slovenski. Vsa predavanja bodo simultano prevajana.

Kotizacija:

Nečlani	260 €
Člani ŠENTA in MHE	230 €
Študentje in upokojniki	155 €
Uporabniki, svojci in nezaposleni	105 €

Kotizacija vključuje: tridnevno udeležbo na konferenci, konferenčne materiale (zbornik prispevkov, informativni material o Sloveniji in Novi Gorici), otvoritveno slovesnost in večerjo 27. maja 2003, tri kosila v hotelu Perla (27., 28. in 29. maj 2004).

Bančni transfer na račun 03100-2000022633, SKB banka, d. d., Ljubljana, Poslovalnica

Ajdovščina, Ajdovščina 4, 1000 Ljubljana. Znesek kotizacije v tolarjih nakažite po srednjem tečaju Banke Slovenije na dan plačila.

Prijava udeležbe

Na konferenco se prijavite preko priloženega prijavnega obrazca. En obrazec velja za eno osebo. Kotizacijo nakažite na račun konference, po prejemu potrdila o plačilu prejmete potrdilo vaše registracije. Prosimo, da jasno napišete ime udeleženca, za katerega krijete kotizacijo. Prijavite se lahko preko pošte, e-pošte ali faksa z izpolnjenim standardnim obrazcem na naslov: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje, Cigaletova 5, 1000 Ljubljana, F: 01 230 78 38, E: info@sent-si.org

Odjava udeležbe

Odjava udeležbe mora biti najkasneje sedem dni pred pričetkom konference. V primeru odjave po 29. februarju vam bomo zaračunali administrativne stroške v višini 40 odstotkov kotizacije.

V primeru odjave v zadnjih sedmih dneh vam bomo zaračunali celotno kotizacijo.

Kontaktne osebe: Mateja Trpin, ŠENT - Slovensko združenje za duševno zdravje, Cigaletova 5, 1000 Ljubljana, T: 01 230 78 32, F: 01 230 78 38, E: mateja.trpin@sent-si.org

Nastanitev ni všteta v ceno kotizacije. Možnosti nastanitve in rezervacija sob. Jasno navedite, da ste udeleženec konference »Izobraževanje za spremembo«:

Nočitve v Hotelu Casino Perla ****: rezervacije: Kidričeva 7, 5000 Nova Gorica, T: 05 336 31 37, F: 05 30 28 886, E: hotel.perla@hit.si

Nočitve v Hotelu Park ****(500 m od Perle): rezervacije: Delpinova 5, 5000 Nova Gorica, T: 05 336 20 00, F: 05 302 23 81, E: hotel.park@hit.si

Nočitve v Hotelu Sabotin *** (1,5 km od Perle): rezervacije: Cesta IX. korpusa 35, 5250 Solkan, T: 05 336 51 00, F: 05 336 51 50, E: hotel.sabotin@hit.si

Nočitve v Hotelu Lipa *** (5 km od Perle): rezervacije: Trg Ivana Roba 7, 5290 Šempeter pri Gorici, T: 05 336 60 00, F: 05 336 60 15, E: hotel.lipa@hit.si

Nočitve v Hotelu Garni v Bukovici (cca 8 km od Perle): rezervacije: Bukovica 1a, 5293 Volčja Draga, T: 05 398 54 00, F: 05 398 54 01

Nočitve v Hotelu Palace v italijanski Gorici (4 km od Perle): rezervacije: Corso Italia 63, Gorizia, Italy, T: 04 818 21 66.

11. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTNI MEDICINI

organizatorji • Slovensko združenje za urgentno medicino v sodelovanju z Evropskim združenjem za urgentno medicino, Evropskim svetom za reanimacijo, Zbornico zdravstvene nege Slovenije, Sekcijo med. sester in zdr. tehnikov urgentne medicine in Sekcijo reševalcev v zdravstvu

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/ 695-0000, F: 05/ 674-6410, E: hoteli.bernardin@siol.net, <http://www.h-bernardin.si>

Uradna jezika: slovenščina in angleščina.

Vodstvo simpozija/dodatne informacije
Slovensko združenje za urgentno medicino,
Klinični center Ljubljana, Interne klinike,
Tajništvo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana.
Sekretarki simpozija:
ga. Irena Petrič in ga. Maja Strajnar
Informacije o prijavi: ga. Maja Strajnar,
T: 01 522 22 27, F: 01 522 31 18,
E: maja.strajnar@kclj.si
Ostale informacije: ga. Irena Petrič,
T: 01 522 53 37, F: 01 522 24 16,
E: irena.petric@kclj.si

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.
Programski odbor za sestrski del srečanja:
D. Štromajer (predsednica), V. Bračko,
M. Brvar, M. Cotič Anderle, A. Fink, J. Kramar,
A. Posavec, J. Prestor, M. Šporar Tomažin

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

Preliminarni strokovni program
(obiščite www.ssem-society.si)
Opozarjamo na letošnji obogaten in pester strokovni program s plenarnimi in vzporednimi predavanji, tematskimi srečanji, pogovori s strokovnjaki, popoldanskimi učnimi delavnicami, satelitskimi simpoziji in predstavitvami posterjev.

- Reanimacija: Zgodnja defibrilacija: Roger D. White (USA), Maaret Castren (FIN), Rudy W. Koster (NL), Sian Davies (UK), Andrej Žmavc (SLO), Dušan Vlahovič (SLO).
- Častno uvodno predavanje: Herman Deloof, Predsednik EuSEM
- Memorialno predavanje v spomin dr. Matjaža Marolta: Fritz Sterz (AT): Therapeutic - Hypothermia after Cardiac Arrest
- Akutni koronarni sindrom – plenarna predavanja
- Anestetiki v urgentni medicini
- Obravnava bolnikov z AKS in AMK na terenu – uporaba helikopterske NMP v Sloveniji
- Nekirurško obvladovanje hemostaze pri urgentnem bolniku in poškodovancu
- Kdaj otroka zdraviti ambulantno in kdaj poslati v bolnišnico – razprava pro et con
- Mehanska ventilacija na terenu
- Proste teme
- Prikazi zanimivih 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
- Toksikologija
- Imobilizacija – učna delavnica
- Venska in intraosalna pot pri otroku
- Temeljni postopki oživljanja
- Dodatni postopki oživljanja
- Satelitski simpozij SIND: Laringealni tubusi LTD
- Satelitski simpozij KRKA: Depresija in tesnoba
- Posterji

Post-congress course:

European Pediatric Life Support (EPLS) Course
12.-13. junij 2004

Informacije: www.ssem-society.si
Prijave: ivan.vidmar@kclj.si

■ Družabni program

Otvoritvena slovesnost:

sreda, 9. junij 2004, ob 18.00

Otvoritveni koktajl:

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.

Zdravica ob slovesu:

sobota, 12. junij 2004, ob 12.45

Navodila za prijavo in plačilo:

1. Izpolnite prijavnico, ki jo najdete v prospektu in ima veljavnost predračuna. Prijavnico lahko fotokopirate. Za prospekte in prijavnice se obrnite na gospo Ireno Petric na T: 01 522 53 37 ali E: irena.petric@kclj.si
2. Najkasneje do 25. maja 2004 nakažite ustrezen znesek na poslovni račun Slovenskega združenja za urgentno medicino pri Nvi 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	55.000 SIT (240 EUR)
Zdravniki, člani SZUM	50.000 SIT (215 EUR)
Zdravniki sekundariji	46.000 SIT (200 EUR)
Med. sestre, zdr. tehniki	44.000 SIT (190 EUR)
Med. sestre, zdr. tehniki - člani ZZNS	41.000 SIT (180 EUR)
Enodnevna kotizacija	20.000 SIT (85 EUR)

Kotizacija zagotavlja udeležbo na predavanjih in razstavi, zbornik predavanj, osvežitve med odmori ter udeležbo na družabnih prireditvah.

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

Hotelska namestitev: Priporočamo Hotele Bernardin zaradi neposredne bližine kongresnega centra. Na www.ssem-society.si si oglejte cenik nočitev z zajtrkom (v tolarjih in v evrih) - posebna ponudba velja le do 25. maja 2004.

Hotelske rezervacije: Udeleženci naj sobe rezervirajo pravočasno in neposredno na T: 05 695 51 04, 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, W: <http://www.h-bernardin.si> Priporočamo zgodnje rezervacije! Rok za rezervacije: 25. maj 2004. Na www.ssem-society.si si si oglejte cenik nočitev z zajtrkom (v tolarjih in v evrih) - posebna ponudba velja le do 25. maja 2004.

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

11. ZAČETNI IN NADALJEVALNI TEČAJ GINEKOLOŠKE ENDOSKOPSKE KIRURGIJE

organizatorja • Ginekološka klinika, KC, Slovensko društvo za reproduktivno medicino

LJUBLJANA,
predavalnica Ginekološke klinike
7.-11. junij 2004

TEME:

Ponedeljek, 7. junija 2004

Tehnike endoskopije, zapleti in osnovni endoskopski postopki

Torek, 8. junija 2004

Kirurgija adneksov in matrice

Sreda, 9. junija 2004

Histerektomija, endometrioza

Četrtek, 10. junija 2004

Radikalni endoskopski postopki in uroginekologija

Petek, 11. junija 2004

Histeroskopska kirurgija

Spoštovane kolegice, spoštovani kolegi! Ginekološka klinika bo od 7. do 11. junija 2004 v sodelovanju s Slovenskim društvom za reproduktivno medicino organizirala 11. začetni in nadaljevalni tečaj ginekološke endoskopske kirurgije. Cilj tečaja je poglobiti znanje o endoskopiji in izkoristiti možnosti minimalno invazivnega zdravljenja pri ginekoloških nepravilnostih. Tečaj ni namenjen samo kirurgom – ginekologom, temveč tudi ginekologom, ki delajo na osnovni ravni. Strokovna direktorica Ginekološke klinike: Helena Meden Vrtovec
Vodja tečaja: Martina Ribič Pucelj
Programski vodji: Laparoskopija - Borut Kobal, Histeroskopija - Tomaž Tomažević
Praktični del: Andrej Vogler

Generalni pokrovitelj: Karl Storz GmbH & Co. (Nemčija) in Dräger, d. o. o. (Slovenija)

Pokrovitelji: Gynecare, Johnson & Johnson, MM Surgical

Število udeležencev za praktični del je omejeno na 20. Prijave za praktični del bomo sprejemali do zasedenosti mest. Zadnji rok za prijave je 5. 5. 2004.

Kotizacija:

- Začetni in nadaljevalni tečaj (od 7. do 11. junija 2004 vključuje: predavanja, videoprenos iz operacijske dvorane in praktični del – 130.000 SIT, 550 EUR za tujce)
- Nadaljevalni tečaj (od 8. do 11. junija 2004 vključuje: predavanja, videoprenos iz operacijske dvorane in praktični del – 85.000 SIT, 350 EUR za tujce)
- Nadaljevalni tečaj (od 8. do 11. junija 2004 vključuje: predavanja, videoprenos iz operacijske dvorane in brez praktičnega dela – 60.000 SIT, 250 EUR za tujce)
- Začetni in nadaljevalni tečaj (od 7. do 11. junija 2004 vključuje predavanja, videoprenos iz operacijske dvorane in je namenjen ginekologom na osnovni ravni 50.000 SIT, 210 EUR za tujce)

Prijava: ga. Nataša Petkovšek, Katedra za ginekologijo in porodništvo, Štajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, T: 01 431 43 55, F: 01 522 61 30, E: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si. Zadnji rok za prijave je 5. maj 2004.

VI. FAJDIGOVI DNEVI ULKUSNA BOLEZEN, HIPERTENZIJA, ZAŠČITNI DEJAVNIKI ZDRAVIL NA KIROCIRKULACIJO, KOPB, ASTMA, MOŽGANSKA KAP

organizatorji • Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana, Katedra za družinsko medicino MF Maribor, Zavod za razvoj družinske medicine

KRANJSKA GORA, hotel Kompas, Borovška 100, 8.-9. oktober 2004 ob 8.30



PRELIMINARNI PROGRAM:

1. sklop

Ulkusna bolezen (moderatorica Danica Rotar Pavlič)

Dispepsija v družinski medicini
Diferencialna diagnoza dispeptičnih težav
Zdravljenje hiperacidnih bolezni zgornjih prebavil

2. sklop

Smernice za zdravljenje hipertenzije (moderatorica Mateja Bulc)

Slovenske smernice za zdravljenje arterijske hipertenzije
Nefarmakološki ukrepi za zdravljenje hipertenzije
Izbira zdravil in najbolj racionalne kombinacije zdravil za zdravljenje arterijske hipertenzije
Sistolična hipertenzija
Kako zdravimo hipertenzijo zdravniki družinske medicine?

3. sklop

Zaščitni učinki zdravil na mikrocirkulacijo (moderatorica Vlasta Vodopivec Jamšek)

Vodenje bolnika po koronarnem dogodku
Zaščitni učinki na mikro - in makrocirkulacijo – skupni farmakološki pristop
Zdravljenje hipertenzije pri sladkornih bolnikih
Zdravljenje hipertenzije pri bolnikih z ledvično odpovedjo

4. sklop

KOPB (moderatorica Nena Kopčavar Guček)

Vodenje bolnikov s KOPB v splošni ambulanti
Sodobni pristop k obravnavi bolnikov s KOPB

Spiroometrija v splošni ambulanti

5. sklop

Astma

(**moderatorica Katarina Planinec**)

Vodenje bolnika z astmo v družinski medicini
Izbira ustreznega zdravljenja glede na hudost
astme

Kako zdravimo astmo zdravniki družinske
medicine?

6. sklop

Zdravljenje možganske kapi in tranzitorne ishemične atake

(**moderatorica Renata Rajapakse**)

Tranzitorna ishemična ataka

Pomen hitrega ukrepanja za uspešno zdravljenje
možganske kapi

Sekundarna preventiva možganske kapi

Vloga dipiridamola s prirejenim sproščanjem v
kombinaciji z acetilsalicilno kislino v preventivi
možganske kapi

Generalni pokrovitelj: LEK, d. d.

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

Kotizacija 35.000,00 tolarjev vključuje udeležbo
na srečanju, torbo s kongresnim gradivom,
zbornik, osvežitve med predvidenimi odmori
srečanja, manjši prigrizek v sobotnem drugem
odmoru in svečano večerjo s plesom v petek.
Kotizacija ne vključuje drugih obrokov in
prenočišča. Kotizacijo lahko nakažete na
transakcijski račun pri Novi ljubljanski banki,
d. d., številka: 02045-0253583120, s pripisom
6. Fajdigovi dnevi. Račun bomo izstavili
plačniku po strokovnem srečanju. Omejeno
število študentov pri predmetu družinska
medicina, sekundarijev, specializantov
družinske medicine in upokojenih zdravnikov
bo oproščenih kotizacije. Svetujemo zgodnjo
prijavo, ker so mesta omejena.

Prijavnice pošljite najkasneje do 4. 10. 2004 na
naslov: ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega
zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000
Kranj, F: 04 202 67 18, T: 04 208 25 23.

Informacije:

Janko Kersnik, Koroška 2,
4280 KranjskaGora, T: 04 588 46 01,
F: 04 588 46 10, E: janko.kersnik@s5.net,
W: www.drmed.org in www.drmed-mb.org.

EPILEPSIJA IN PSIHIATRIČNE MOTNJE PRI ODRASLIH

organizatorji • Splošna bolnišnica Maribor,
Psihiatrični oddelek, Epi liga, EUREPA, Evropska
akademija za epilepsijo

MARIBOR,
Splošna bolnišnica Maribor
11.–12. junij 2004

PROGRAM:

Petek, 11. junija 2004

Seminar Evropske akademije za epilepsijo Eurepa Seminar

7.30 – 9.00 Registracija

9.00 Otvoritev

9.15 B. Schmitz: Classification of psychiatric
disorders in epilepsy. Razvrščanje
psihiatričnih motenj pri epilepsiji

10.15 S. Čelan Stropnik: Agresivnost in
epilepsija

10.35 M. Pišljar: Epilepsija in alkoholizem
Kava

11.10 B. Schmitz: Affective disorders in
people with epilepsy Afektivne motnje
pri osebah z epilepsijo

12.10 J. Grošelj: Protikonvulzivna sredstva
kot stabilizatorji razpoloženja

12.30 Kosilo

Mini – simpozij pokroviteljev

Sanofi Synthelabo – Lek, d. d.

14.00 B. Lorber: Valproat v zdravljenju
epilepsij

14.15 U. Groleger: Zdravljenje bipolarnih
motenj s stabilizatorji razpoloženja
GlaxoSmithKline

14.30 S. Pestar: Lamotrigin v zdravljenju
epilepsije – novosti

14.45 R. Tavčar: Lamotrigin v psihiatriji

15.00 Kava

Delavnice Evropske akademije za epilepsijo Eurepa Workshop

Uvodna predavanja delavnic:

Workshop A

- S. Čelan: Diferencialna diagnoza psihoz pri osebi z epilepsijo
- M. Muršec: Demenca pri epilepsiji: da ali ne. Kdaj?
- A. Gačnik: Epileptično spremenjena osebnost: da ali ne?

Workshop B

- D. Butinar: Vedenje odraslih oseb z epilepsijo
- A. Sever, B. Zupan, S. Šešok: Kognitivne motnje pri osebah z epilepsijo
- IM Ravnik, VG Tretnjak, L. Vrba, M. Gorišek,

V. Slodnjak in sod.: Otrok in mladostnik z
epilepsijo in psihosocialnimi motnjami med
nevrologijo, psihologijo, psihiatrijo – in kaj po
19-em letu?

15.15 Delavnici v malih skupinah

- A: Organske motnje in psihoze
(vodi J. Grošelj, B. Lorber)
- B: Med nevrologijo, psihologijo, psihiatrijo/
vključno s strokovno-organizacijskimi
vprašanji (vodi A. Gačnik, B. Schmitz)

18.00 Zaključek

19.30 Družabni program, večerja

Sobota, 12. junija 2004

9.00 Delavnici v mali skupini

- B: Organske motnje in psihoze
(vodi S. Čelan, B. Schmitz)
- A: Med nevrologijo, psihologijo, psihiatrijo
(vodi D. Butinar, B. Zupan)

10.30 Kava

11.45 Ocena, sklepi

12.00 Zaključek delavnice

Število udeležencev: neomejeno

Kotizacije ni.

Prijave: SB Maribor, Psihiatrični oddelek,
pisarna, Pivola 10, 2311 Hoče

Informacije: Saša Čelan Stropnik, dr. med.,
SB Maribor, Psihiatrični oddelek, Pivola 10,
2311 Hoče, T: 02 618 11 41, F: 02 618 21 36.

OKUŽBE VSADKOV

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

**ANKARAN, Ortopedska bolnišnica
Valdoltra, Jadranska c. 31**

8.–9. oktober 2004

PROGRAM:

Petek, 8. oktobra 2004

13.00–14.00 Registracija udeležencev

14.00–14.15 Otvoritev srečanja

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

15.00–15.30 Sprejem ob otvoritvi

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

- 15.50–16.10 Trampuž A.: Biofilmi: Kako izboljšati diagnostiko in zdravljenje okužb vsadkov?
- 16.10–16.25 Kavčič M, Drinovec B, Trebše R.: Mikrobiološka diagnostika okužb ortopedskih vsadkov – naše izkušnje
- 16.25–16.45 Beović B.: Antibiotična profilaksa pri bolnikih z vsadki
- 16.45–17.00 Razprava
- Odmor s kavo in čajem
- 17.15–17.30 Trebše R, Faganeli N.: Antibiotiki v kostnem cementu
- 17.30–17.40 Faganeli N.: Perioperativna antimikrobna profilaksa v ortopediji
- 17.40–17.55 Musič D.: Preprečevanje možnosti okužb v operacijskih dvoranah
- 17.55–18.10 Razprava
- 20.00 Svečana večerja

Sobota, 9. oktobra 2004

- 8.30–8.45 Meglič Volkar J., Lotrič Furlan S., Lejko Zupanc T.: Okužbe umetnih kolčnih sklepov
- 8.45–9.00 Pišot V., Bešič D.: Operativno zdravljenje okužb sklepnih protez v OBV od leta 1993 do 2003
- 9.00–9.10 Trebše R., Trampuž A., Pišot V.: Okužbe ortopedskih vsadkov. Izhod zdravljenja brez odstranjevanja vsadka
- 9.10–9.20 Stražar K., Pavlovčič V.: Okužbe totalnih kolenskih endoprotez – naše izkušnje
- 9.20–9.30 Travnik L.: Okužbe postoperativnih ran po spondilodezah z instrumentacijami
- 9.30–9.40 Moličnik A., Lorenčič Robnik S., Kramberger S.: Pregled okužb ortopedskih vsadkov v SB Maribor v obdobju 1999–2003
- 9.40–9.50 Podobnik J., Zdošek B.: Okužbe vsadkov na Oddelku za ortopedijo in športne poškodbe SB Celje
- 9.50–10.00 Prlja A., Grmek Košnik I., Dermota U.: Primerjava punktatov kolena po rekonstrukciji križnih vezi s punktati kolena brez vsadkov
- 10.00–10.20 Razprava
- Odmor s kavo in čajem
- 10.50–11.10 Lejko Zupanc T.: Okužbe umetnih srčnih zaklopk
- 11.10–11.25 Gasparini M.: Septični zapleti žilnih vsadkov
- 11.25–11.35 Grom I., Kariž S.: Okužbe pri trajno vstavljenih srčnih vzpodbujevalcih.

- 11.35–11.45 Razprava
- Odmor s kavo in čajem
- 12.00–12.20 Ihan Hren N.: Okužbe povezane z zobnimi implantati
- 12.20–12.40 Čretnik A.: Okužbe pri učvrstitvi zlomov
- 12.40–12.55 Kansky A. A.: Okužbe pogojevane z osteosintetskim materialom v obraznem skeletu
- 12.55–13.15 Bokal Vrtačnik E.: Okužbe pri nosilkah materničnega vložka.
- 13.15–13.30 Razprava
- 13.30 Zaključek srečanja

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

Organizacijski odbor: predsednika: prof. dr. Mario Poljak, dr. med., Martina Kavčič dr. med. Člani: Bojan Drinovec, prof., mag. Rihard Trebše, dr. med., prim. mag. Venčeslav Pišot, dr. med., prof. dr. Marija Gubina, dr. med., doc. dr. Stanka Lotrič Furlan, dr. med., doc. dr. Katja Seme, dr. med., prof. dr. Alojz Ihan dr. med., Tjaša Žohar Čretnik, dr. med., prim. mag. Šime Kopolivčič, dr. med., Alenka Štorman, dr. med., prof. dr. Srečko Koren, dr. med.

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

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

Dodatne informacije:

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

22. RADENSKI DNEVI Redno letno srečanje Združenja kardiologov Slovenije z mednarodno udeležbo

organizator •
Združenje kardiologov Slovenije

RADENCI,
Zdravilišče Radenci
7.–8. maj 2004

PROGRAM:

Petek, 7. maja 2004

- 9.00–9.30 Otvoritev in uvodni pozdravi
- Predsednik Združenja kardiologov Slovenije
 - Predsednik Slovenskega zdravniškega društva
 - Predstavniki Radenske, d. d.
 - Drugi gostje
- 9.30–9.50 Bolezni srca in žilja pri ženskah – pregled
- Predsedujoči: Josip Turk
 - Uvodno predavanje
 - Bolezni srca in žilja pri ženskah – kje smo in kam gremo?, Miran F. Kenda (Ljubljana)
- 9.50–11.00 Akutni koronarni sindrom
- Predsedujoča: Matija Horvat, Marko Noč
 - Posebnosti koronarne bolezni pri ženskah, Igor Kranjec (Ljubljana)
 - Primerjava dejavnikov tveganja in poteka zdravljenja med moškimi in ženskami z nestabilno angino pectoris in/ali non Q infarktom srca, Andreja Sinkovič, V. Urlep-Šalinovič (Maribor) Invazivno in neinvazivno zdravljenja akutnega koronarnega sindroma brez dviga ST veznice (NST AKS) v vsakdanji praksi in razlike med spoloma, Vojko Kanič, Anton Lobnik, Meta Penko (Maribor)
 - Ženske s STEMI zdravljene s primarno PCI, Katja Adamič, Simona Kržišnik Zorman (Ljubljana)
 - Perfuzijska scintigrafija miokarda pri bolnicah z ishemično boleznijo srca, Metka Miličinski (Ljubljana)
 - Razprava
- 11.00–11.30 Odmor – Ogled posterjev in razstave
- 11.30–13.30 Bolezni srca in žilja med nosečnostjo in po njej
- Predsedujoča: Mirta Koželj, Jurij Dobovišek

- Fiziološke spremembe kardiovaskularnega sistema med nosečnostjo, Matjaž Bunc (Ljubljana)
- Obravnava boleznj srca med nosečnostjo (smernice), Mirta Koželj (Ljubljana)
- Nosečnost, porod in novorojenček žensk z boleznijo srca in žilja, Julij Gyula Šelb, Veruška Meglič Matoh, Tanja Premru Sršen, Liljana Kornhauser Cerar, Barbara Mihevc, Jožica Šelb Šemerl (Ljubljana)
- Zvišan krvni tlak med nosečnostjo in dojenjem, Jurij Dobovišek (Ljubljana)
- Posebnosti zdravljenja aritmij pri nosečnicah, Igor Zupan (Ljubljana)
- Policistična bolezen jajčnikov: dejavnik tveganja za boleznj srca?, Bojan Vrtovec, Joško Osredkar, Helena Meden Vrtovec (Ljubljana)
- Obporodna kardiomiopatija, Urška Dolores Breskvar, Mirta Koželj (Ljubljana)
- Razprava

13.30–15.00 Kosilo

15.00–16.30 Srčno popuščanje - Mednarodni simpozij I.

- Predsedujoči: Irena Keber, Nadja Ružič Medvešček
- Značilnosti arterijske hipertenzije pri ženskah, Rok Accetto (Ljubljana)
- Gender inequalities and cardiovascular diseases, Mariavittoria Pitzalis (Bari)
- Gender differences in heart failure, Andrea Di Lenarda (Trieste)
- Srčno popuščanje pri ženskah, Nadja Ružič Medvešček (Ljubljana)
- Udejanjanje smernic za srčno popuščanje v ambulati za srčno popuščanje, Mitja Lainščak (Ljubljana)
- Razprava

16.30–17.00 Odmor – Oglede posterjev in razstave

17.00–18.00 Sateltni simpozij - Abbot Laboratories S. A.

- Predsedujoča: Peter Rakovec, Igor Zupan
- Nova možnost zdravljenja bolnikov s hipertenzijo in koronarno boleznijo
- Smernice za nadzor hipertenzije pri bolnikih s koronarno boleznijo, Jurij Dobovišek (Ljubljana)
- Obravnava bolnika s hipertenzijo in koronarno boleznijo, Igor Zupan (Ljubljana)
- Clinical implications of INVEST, Athanase Benetos (Francija)
- Razprava

18.00–19.00 Sateltni simpozij - Merck Sharp & Dohme, inovativna zdravila, d.o.o.

- Predsedujoča: Boris Cibic, Bojana Žvan
- Preventiva možganske kapi, ki presega zgolj zniževanje krvnega tlaka, Bojana Žvan

(Ljubljana)

- Prednosti novih kombinacij za zdravljenje hipertenzije, Borut Kolšek (Ljubljana)
- Razprava

20.00 Slavnostna večerja

Sobota, 8. maja 2004

9.00–10.00 Proste teme

- Predsedujoča: Igor Kranjec, Ivan Knežević
- Slovenske smernice za obravnavo bolnika z arterijsko hipertenzijo, Rok Accetto, Jurij Dobovišek (Ljubljana)
- Ženska srca pogosteje diastolno popuščajo, Janez Poles (Topolšica)
- Kako sočasno zmanjšati ogroženost bolnikov s hipertenzijo in dislipidemijo?, Aleš Žemva (Ljubljana)
- Bolniki in postoperativne ehokardiografske kontrole, Ivan Knežević, Anja Zupan (Ljubljana)
- Ocena dejavnikov tveganja za srčno-žilno bolezen pri udeležencih aktivnosti Društva za zdravje srca in ožilja Slovenije, Nataša Jan (Ljubljana)
- Razprava

10.00–10.30 Odmor - Oglede posterjev in razstave

10.30–13.00 Boleznj srca in žilja pri ženskah - Mednarodni simpozij II.

- Moderatorja: Miran F. Kenda, Zlatko Fras
- Women and heart disease, Andrea Podcizek (Vienna)
- Hypertension in females, Renata Cifkova (Prague)
- Možgansko-žilne bolezni pri ženskah, Bojana Žvan, Marjan Zaletel (Ljubljana)
- Operacije na odprtem srcu pri ženskah – ali je kaj drugače v taktiki in tehniki?, Ivan Knežević, Anja Zupan (Ljubljana)
- Koronarna kirurgija pri ženskah, Öztekin Oto (Turkey)
- Srčno-žilna ogroženost odraslih slovenskih žena, Zlatko Fras (Ljubljana)
- Predstavitve posterjev
- Obravnava bolnikov z AMI glede na spol v regionalni bolnišnici, Stojan Kariž, Igor Grom (Izola)
- Obravnava bolnikov s srčnim popuščanjem glede na spol v regionalni bolnišnici, Igor Grom, Stojan Kariž, (Izola)
- Prizadetost srca pri ženskah s Fabryjevo boleznijo, Andreja Cokan, Franc Verovnik, Davorin Benko, Bojan Vujkovic (Slovenj Gradec)
- Primerjava konzervativnega in interventnega zdravljenja bolnikov z akutnim koronarnim sindromom z dvigom ST veznice v letih 2002 do 2003, Vojko Kanič, Matej Bernhardt, Meta Penko, D. Hajdinjak (Maribor)

- Kombinirana perkutana in kirurška revaskularizacija miokarda ob AKS z dvigom ST spojnice pri bolniku z Lerichevim sindromom, Vojko Kanič, Samo Granda, Gregor Kompata (Maribor)

Znanstveni odbor: Miran F. Kenda, Zlatko Fras, Mirta Koželj, Peter Rakovec

Prijava

Izpolnjeno prijavnico pošljite na naslov Zdrženja kardiologov Slovenije. Prosimo, da natančno izpolnite vse podatke, ki jih potrebujemo za izstavitev računa. K prijavnici priložite fotokopijo potrdila o plačilu kotizacije, iz katerega morata biti razvidna priimek in ime udeleženca.

Kotizacija pri predhodni prijavi znaša 30.000,00 SIT oziroma 15.000,00 SIT za sekundarije in medicinske sestre ter vključuje udeležbo na predavanjih, osvežitve med odmori, strokovni material in udeležbo na svečani večerji. Upokojeni člani Zdrženja kardiologov Slovenije so oproščeni plačila kotizacije.

Kotizacija na recepciji srečanja znaša 40.000,00 SIT oziroma 20.000,00 SIT. Kotizacijo nakažite na transakcijski račun Zdrženja kardiologov Slovenije pri Novi Ljubljanski banki, številka: 02222-0018629680 z navedbo priimka in imena udeleženca. Prijavnico s kopijo potrdila o plačani kotizaciji pošljite do 1. maja 2004 na naslov Zdrženja kardiologov Slovenije.

Informacije: ga. Saša Radelj, Zdrženje kardiologov Slovenije, Klinični Center Ljubljana, Klinika za kardiologijo, Zaloška 7/VII, 1000 Ljubljana, T: 01 522 29 34, F: 01 522 45 99, E: sasa.radelj@kclj.si

Namestitev v hotelu ni vključena v kotizacijo.

Rezervacije prenočišč:

Zdravilišče Radenci d.o.o., Zdraviliško naselje 12, 9502 Radenci, T: 02 520 10 00, 02 520 27 20, 02 520 27 22, F: 02 520 27 23, E: terme@radenska.si

IV. KONGRES STOMATOLOGOV SLOVENIJE

Glavna tema: IZ PRAKSE ZA PRAKSO

organizator •
Stomatološka sekcija SZD

PORTOROŽ,
Avditorij Portorož
4.–5. junij 2004

PROGRAM:

Petek, 4. junija 2004

- | | |
|-------------|--|
| 9.00 | Svečana otvoritev |
| 9.45 | Odmor |
| 10.00 | Vabljeni predavanja:
Regenerativno zdravljenje parodontopatij (V. Leković, Beograd) |
| 11.00 | Vabljeni predavanja: Učinkovitost fotodinamičnega zdravljenja v stomatologiji (O. Dörtbudak, Dunaj) |
| 12.00–12.30 | Razprava |
| 12.30–14.30 | Odmor za kosilo |
| 14.30–14.50 | Natalni zobje – Primer iz prakse (M. Škapin, S. Fludernik, N. Lavrenčič) |
| 14.50–15.10 | Prednosti za ortodontsko zdravljenje glede na razvojna obdobja denticije (F. Farčnik, M. Ovsenik, M. Drevenšek, S. Zupančič, M. Rejc-Novak, M. Vidošević, M. Vagner) |
| 15.10–15.30 | Progenija – pravočasna in kasna obravnava (F. Farčnik, M. Drevenšek, M. Ovsenik, A. Kansky) |
| 15.30–15.50 | Enostranski funkcionalni križni griz – zgodnja in kasna obravnava (F. Farčnik, M. Ovsenik, M. Štolfa, M. Drevenšek, N. Ihan Hren) |
| 15.50–16.10 | Uporaba endodontskih novosti v vsakodnevni praksi (R. Kosem) |
| 16.10–16.30 | Odstranjevanje modrostnikov: da ali ne? (D. Žerdoner, F. Pavlovič) |
| 16.30–16.50 | Pomembnost standardizacije postopka pri zdravljenju odontogene keratociste (K. Sokler) |
| 16.50–17.00 | Razprava |
| 17.00–17.20 | Odmor za kavo |

- | | |
|-------------|---|
| 17.20–17.40 | Prosti kostni presadki v implantologiji (M. Gorjanc) |
| 17.40–18.00 | Naše izkušnje z implantološko oskrbo popolne brezzobosti (N. Ihan-Hren) |
| 18.00–18.20 | Z vsadki podprta spodnja totalna proteza (B. Simončič) |
| 18.20–18.40 | Svetloba kot orodje v sodobni stomatologiji (Ž. Božič) |
| 18.40–19.00 | Uspešnost zdravljenja kserotomije z laserjem (D. Maričić) |
| 19.00–19.20 | Elektrovibracijska zobna ščetka – 4 leta kliničnih izkušenj (R. Jurič, B. Simončič, K. Seme, A. Kansky, B. Sotošek) |
| 19.20–19.30 | Razprava |

21.00 Sprejem za vse udeležence

Sobota, 5. junija 2004

- | | |
|-------------|--|
| 8.40–9.00 | Začetki zobozdravstvene bibliografije na Slovenskem (V. Vulikić) |
| 9.00–9.20 | Iščem potrpežljivega, spoštljivega in hvaležnega pacienta (S. L. Pečnik) |
| 9.20–9.40 | Informacija – začetek in konec mojega dela (K. Zevnik, P. Kadunc) |
| 9.40–10.00 | Razprava |
| 10.00–11.00 | Okrogla miza (predstavniki Stomatološke sekcije SZD in odgovorni Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije)
Financiranje zobozdravstvenega varstva in vloga ZZS |
| | • prispevek ZZS
15 minut |
| | • prispevek zobozdravnikov
10 minut |
| | • odgovori na vnaprej poslana vprašanja
15 minut |
| | • odgovori na postavljena vprašanja
15 minut |
| 11.15–11.45 | Okrogla miza
Zobozdravstvo v EU |
| 12.00 | Zaključek srečanja |

Kotizacija: 35.000,00 SIT (DDV ni vključen).

Informacije:

ga. Katarina Jovanovič,
Stomatološka sekcija SZD,
Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana,
T: 01 434 25 82, F: 01 434 25 84

46. TAVČARJEVI DNEVI

organizator •
Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta -
Katedra za interno medicino

PORTOROŽ, Grand hotel Emona,
Kongresni center Bernardin
5.–6. november 2004

PROGRAM:

Petek, 5. novembra 2004

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 9.00–11.00 | Satelitski simpozij |
| 11.30–13.00 | Pogovori s strokovnjakom |
| 14.00–14.30 | Otvoritev srečanja |
| 14.30–15.15 | Memorialno predavanje |
| 15.15–18.30 | Strokovni program |
| 20.00 | Svečana večerja s plesom |

Sobota, 6. novembra 2004

- | | |
|-------------|-------------------------------------|
| 8.30–10.00 | Pogovori s strokovnjakom |
| 10.30–15.00 | Strokovna predavanja |
| 15.30–18.00 | Prikaz zanimivih kliničnih primerov |

Predvideni strokovni program

- Memorialno predavanje
- Sodelovanje med zdravniki različnih ravni zdravstvenega varstva – doc. dr. Božidar Voljč

Sklopi predavanj

- Bolezni pljučnega intersticija (nosilka: prof. dr. Ema Mušič)
- Klasifikacija, diagnostika in principi terapije (Ema Mušič)
- Visoko ločljivi CT pri boleznih pljučnega intersticija (Rok Cesar)
- Kdaj se odločamo za histološko diagnostiko (Izidor Kern)
- Alergijski bronhioalveolitis (Peter Kecelj)
- Sarkoidoza (Katarina Osolnik)
- Prizadetost tarčnih organov - vpliv na odločitev o zdravljenju hipertenzije (nosilec: doc. dr. Rok Accetto)
- Pomen ugotavljanja prizadetosti tarčnih organov (Rok Accetto)
- Hipertenzija in srce (Jurij Dobovišek)
- Hipertenzija in ledvica (Radovan Hojs)
- Spremenljivost krvnega tlaka in prizadetost tarčnih organov (Primož Dolenc)

Pogovori s strokovnjakom

- Obravnava bolnikov s prirojenimi srčnimi napakami v odrasli dobi (prof. dr. Mirta Koželj)
- Bolnik s patološkim urinom (doc. dr.

Radoslav Kveder)

- Zvišani dušični retenti v ambulanti splošnega zdravnika (prof. dr. Andrej Bren)
- Zdravljenje hipertiroze z zdravili (doc. dr. Sergej Hojker)
- Vodenje bolnika z vnetno revmatično boleznijo pri zdravniku splošne/družinske medicine (doc. dr. Matija Tomšič)
- Vazospastične motnje perifernih žil (doc. dr. Matija Kozak)
- Algoritm celovite obravnave (diagnostično-terapevtski) nekaterih notranjih bolezni
- Palpitacije – motnje srčnega ritma (doc. dr. Matjaž Šinkovec)
- Dispneja – srčno popuščanje (prof. dr. Irena Keber)
- Boleča noga (prof. dr. Pavel Poredoš)
- Novoodkrita sladkorna bolezen (prim. Franc Mrevlje)
- Patološki jetrni testi (prof. dr. Saša Markovič)
- Anemija (prof. dr. Peter Černelč)

Satelitski simpozij Krka
Obravnava bolezni v starosti

Opomba: do končnega oblikovanja programa so možne spremembe.

46. Tavčarjevi dnevi so namenjeni širokemu krogu zdravnikov in študentov medicine. So dodatna osvežitev znanja zdravnikov splošne medicine, pomembno dopolnilo pri pripravi na zaključni izpit za sekundarije in repetitorij specializantom interne medicine, kakor tudi vsem zdravnikom drugih specialnosti, ki prihajajo vsakodnevno v stik z interno medicino.

Tudi letos vljudno vabimo k sodelovanju vse kolege in kolegice. Sodelujejo lahko s krajšo predstavitevjo zanimivega in/ali poučnega kliničnega primera bodisi ustno ali v obliki predstavitev na plakatu. V obeh primerih naj predstavitelji programskemu odboru srečanja pošljejo pisni povzetek (naslov je enak kot za pošiljanje prijav). Podrobnejša navodila za pisanje povzetka so na voljo na Katedri za interno medicino, objavljena pa bodo tudi v tiskani verziji prvega obvestila. Povzetek pošljite najkasneje do 30. avgusta 2004. Po pregledu prispelih povzetkov bodo avtorji obveščeni o izboru. Izbrani povzetki bodo objavljeni v zborniku strokovnega srečanja. Najboljši prispevek bo nagrajen.

Navodila za izdelavo plakata bodo prejeli le tisti udeleženci, ki bodo izbrani ali se bodo sami prijavili za plakatno predstavitev.

Kotizacija

40.000,00 SIT + DDV vključuje udeležbo na strokovnem programu, zbornik in druge materiale, prigrizke in svečano večerjo s plesom in plačilo potrdila zdravniške zbornice o priznanju kreditnih točk. Po prejemu prijavnice

vam bomo poslali račun za plačilo kotizacije. Prosimo, da na prijavnici navede vse podatke, ki so predvideni, saj jih potrebujemo za izstavitve računa.

Kotizacijo bo možno plačati tudi na recepciji strokovnega srečanja.

Kotizacije so oproščeni upokojeni zdravniki, sekundariji, mladi raziskovalci in študenti medicine.

Prijavnico pošljite na naslov: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Zaloška 7, SI-1000 Ljubljana
Prijava bo možna tudi na recepciji srečanja v hotelu Emona

Namestitvev: Vsak udeleženec si sam rezervira namestitev v hotelu na naslov: Hoteli Bernardin, Obala 2, 6320 Portorož

NAVODILA

za oglaševanje na rumenih straneh:

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

Da bi bile informacije čim bolj natančne in brez napak, vljudno prosimo, da prireditelji izpolnijo obrazec, ki je objavljen na zadnji strani koledarja. Objavljali bomo le tista obvestila in programe, ki jim bo priložen izpolnjen vprašalnik, da bo podatke mogoče vnašati v koledar.

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

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.

DELOVNA MESTA

Zaposlimo

zdravnika specialista psihiatra ali zdravnika

z zaključenim sekundarijatom.

Vabljeni!

Informacije na naslovu:
andrej.kastelic@guest.arnes.si

Splošna bolnišnica Celje

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista infektologa ali zdravnika po sekundarijatu.

Pogoji:

- končan študij Medicinske fakultete,
- opravljen strokovni izpit oziroma sekundarijat,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika
- voziški izpit B kategorije.

Kandidati naj vloge pošljejo na naslov: Splošna bolnišnica Celje, Kadrovska služba, Oblakova 5, 3000 Celje.

Zdravstveni dom Ljubljana

objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika specialista za zobne in ustne bolezni za nedoločen čas.

Pogoji:

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

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

Zdravstveni dom Slovenska Bistrica

objavlja prosta delovna mesta

1. dveh (2) zdravnikov splošne/družinske medicine

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Nastop dela takoj oziroma po dogovoru.

Pogoji:

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

2. enega (1) zdravnika specialista pediatra

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Nastop dela takoj oziroma po dogovoru.

Pogoji:

- zdravnik specialist pediater – končana specializacija iz pediatrije in opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje pediatrije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B kategorije,
- poskusno delo tri mesece.

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v petnajstih dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Slovenska Bistrica, Partizanska ul. 30, 2310 Slovenska Bistrica. O izbiri bomo kandidate obvestili v tridesetih dneh po končanem zbiranju prijav.

Javni zavod Bolnišnica Topolšica

vabi k sodelovanju

dva zdravnika specialista interne medicine (za delo v pulmologiji)

Za vse, ki želijo postati člani mlade in ambiciozne ekipe, želijo intenzivno vlagati v lasten strokovni razvoj in jim je izziv tudi raziskovalno delo, je povabilo pisano na kožo. Poleg dobrih delovnih pogojev in primerne stimulacije, vas pričakuje tudi izrazito lepo okolje.

Izpolnjevati morate naslednje pogoje:

- imeti opravljeno specializacijo iz interne medicine,
- veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Prijave z dokazili pošljite v petnajstih dneh po objavi na naslov: Bolnišnica Topolšica, Topolšica 61, 3326 Topolšica.

Klinični center Ljubljana

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista patologa za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji:

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

ali zdravnika po končanem sekundariatu z možnostjo specializacije iz patologije za določen čas do zaključka specializacije, kasneje za nedoločen čas, s polnim delovnim časom.

Pogoji:

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

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na zgornji naslov v osmih dneh po tej objavi. O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v roku trideset dni po končanem zbiranju prijav.

Zdravstveni dom Ptuj zaposli**Doktorja/direktorico splošne medicine**

ali

doktorja/doktorico specialista/ specialistko splošne medicine

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta – oddelek splošna medicina,
- opravljen strokovni izpit ali sekundarijat, oziroma opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Ponujamo sklenitev pogodbe za nedoločen čas, dobre delovne pogoje in ureditev stanovanjskega vprašanja.

Prijave z dokazili o izpolnjevanje pogojev pošljite v petnajstih dneh po objavi na naslov: JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj.

Zdravstveni dom Domžale

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika

za potrebe službe NMP in ambulante splošne medicine.

S polnim delovnim časom za določen čas, za čas nadomeščanja začasno odsotnih – šest mesecev.

Pogoji:

- končan študij na Medicinski fakulteti – smer medicina,
- opravljen strokovni izpit oziroma sekundarijat,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- vozniški izpit B kategorije,
- poskusno delo štiri mesece,
- usposobitev za delo urgentne medicine.

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

Zdravstveni dom Slovenska Bistrica**objavlja prosto delovno mesto
zdravnika specialista šolske medicine
ali
zdravnika specialista pediatria
za nedoločen čas s polnim delovnim časom.**

Nastop dela takoj oziroma po dogovoru.

Pogoji:

- zdravnik specialist šolske medicine ali pediatrije,
- zdravnik s končano Medicinsko fakulteto in opravljenim strokovnim izpitom ter podiplomskim študijem iz varstva žena, otrok in mladine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B kategorije,
- poskusno delo tri mesece.

Kandidati naj vlogo z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v petnajstih dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Slovenska Bistrica, Partizanska ulica 30, 2310 Slovenska Bistrica. O izbiri bomo kandidate obvestili v tridesetih dneh po končanem zbiranju prijav.

Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika

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

Pogoji:

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

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

Javni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, p. o.,

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista interne medicine

Delovno razmerje se bo sklenilo za nedoločen čas.

Pogoji:

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

Kandidatu lahko nudimo stanovanje v Trbovljah.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v petnajstih 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 Vrhnika

razpisuje prosto delovno mesto

zdravnice/zdravnika specialista splošne/
družinske medicine za nedoločen čas

in

zdravnice/zdravnika specialista pediatria za nedoločen čas

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B kategorije,
- državljanstvo Republike Slovenije.

Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Vrhnika, Cesta 6. maja 11, 1360 Vrhnika.

Kandidati bodo o izbiri obveščeni v zakonitem roku

OGLASI

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

zato iščemo

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

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

Zaposlitev sledi skladno z določili veljavnega občinskega zakona o delovnih razmerjih, z vsemi dodatno sprejetimi zakonskimi določili.

Če menite, da je ponudba primerna za vas, nas prosim pokličite (ga. dr. Branka Marsenic-Saciri, tel. +43 4852 606 82050) ali nam pošljite svoje ponudbe z običajnimi dokazili (rokopis življenjepisa, potrdilo o državljanstvu, potrdilo o nekaznovanosti, potrdilo o specializaciji, strokovna diploma ali diploma iz zdravstvene ali bolniške nege, delovna spričevala in potrdilo o znanju nemškega jezika) na naslov:

A.ö.BKH-Lienz, Verwaltungsleitung,
zH Dr.Egger, Emanuel-von-Hibler Str. 5,
A-9900 Lienz, tel. +43 4852 606-600;
e-mail: bkhl.verwaltung@osttirolnet.at

Lienz, 07.04.04.
Dr.Andreas Köll e.h.
Predsednik občinskega sveta okrajne bolnišnice Lienz

Slovensko združenje za klinično prehrano

Nada Rotovnik Kozjek, Živa Mrevlje

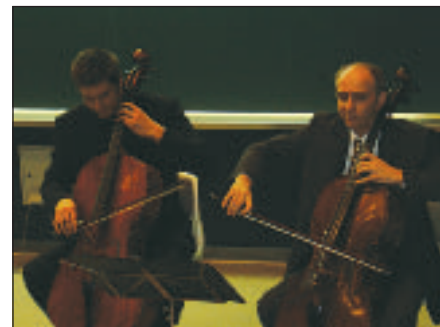
23. januarja je bilo na Medicinski fakulteti v Ljubljani prvo strokovno srečanje slovenskega združenja za klinično prehrano.

Vsebinska predavanja je hkrati predstavljala tudi strokovno platformo za vse, ki jih je zanimalo, kaj združenje za klinično prehrano ponuja in podpira v slovenskem zdravstvu. V Sloveniji smo na nekaterih področjih medicine strokovno že dosegli raven, ki je primerljiva z razvitimi deželami, še več, na nekaterih področjih, kot je na primer prehranska podpora kritično obolelih otrok, spadamo v sam svetovni vrh in smo pri razvoju te stroke dejavno sodelovali. Vsekakor je v celoti gledano pretok znanja na področju prehranske podpore bolnikov premajhen in delovanje strokovnjakov preveč razdrobljeno. Tudi zaradi tega in še dodatno, ker zahteva prehranska podpora bolnika izrazit multidisciplinarni skupinski pristop, je zdravljenje na nekaterih področjih medicine bistveno manj kakovostno.

V uvodnem sklopu predavanj smo obravnavali vlogo dietetikov v zdravstvenem varstvu. Emese Antal, dietetik in sociologinja, je predstavila kompleksno vlogo dietetika kot strokovne osebe ki zagotavlja prenos prehranske znanosti v proces primarne in sekundarne preventive bolezni.

V klinični praksi to pomeni ugotovitev prehranbenega statusa bolnika na začetku zdravljenja, opredelitev prehranbenih potreb bolnika in spremljanje ter evaluacijo prehranbene podpore. Delovanje kliničnega dietetika je neločljivo povezano z delom zdravnikov, medicinskih sester, farmacevtov in drugih strokovnjakov, ki sodelujejo v prehranbeni podpori bolnika. Zelo pomembna je vloga dietetika v izobraževanju drugih strok in bolnikov ter njihovih svojcev. Kot poseben problem je predavateljica izpostavila pomankljivo presejanje bolnikovega prehranbenega stanja in nadaljnjo opredelitev ter spremljanje le-tega. Za sam potek zdravljenja je izredno pomembno, da vemo, kakšno je bolnikovo prehranbeno stanje ob sprejemu, ali je stabilno in še posebej, če se med zdravljenjem v bolnišnici slabša. Dokler je odnos zdravstvenih ustanov do bolnišnične prehrane tak, kot da je le-ta oblika hotelske usluge, je izboljšanje stanja na tem področju praktično nemogoče. Ta slika se na svoj način odraža tudi pri nas, na primer v izjemno majhnem številu dietetikov, ki so zaposleni v slovenskih bolnišnicah. Kot ilustracijo je zelo nazorno navedla, da pozabljamo na osnove medicine, ki jih je ugotovil že Hipokrat 400 let p. n. š.: »Hrana je zdravilo, torej dovoli, da bo tvoje zdravilo hrana.«

Maruša Pavčič, ki je bila vrsto let zaposlena na UKC v Ljubljani kot dietetik, sedaj pa je zaposlena na Ministrstvu za zdravje, je predstavila študijo Stanje bolnišnične podhranjenosti v Sloveniji. Ta študija je bila narejena leta 1999 v okviru raziskave Sveta Evrope o tej problematiki v 13-ih evropskih državah in je bila osnova za pripravo Resolucije o prehrani v bolnišnicah, ki jo je 12. novembra 2003 sprejel Odbor ministrov za zdravje Sveta Evrope. Resolucija obvezuje podpisnice k pripravi in uveljavitvi nacionalnih priporočil za prehransko obravnavo v bolnišnicah, k dejavni promociji in implementaciji smernic. Še posebej so se podpisnice resolucije zavezale k zagotovitvi širokega seznanjanja vseh, ki sodelujejo v procesu klinične prehrane s to problematiko. Slovenija je seveda podpisnica te resolucije. Zanimivo bo spremljati uveljav-



Andrej Petrač in Klemen Hvala: Suita, Giovanni Sallima

ljanje omenjene pobude v luči raziskave, ki jo je prikazala Maruša Pavčič. Raziskava je bila opravljena v 24-ih bolnišnicah v Sloveniji in je pokazala, da se v večini bolnišnic zdi delo komisije za prehrano neučinkovito. V samo štirih (!) bolnišnicah v komisiji za prehrano sodelujejo zdravniki. Rezultati te raziskave so dokaj dobro prikazana stanja klinične prehrane v Sloveniji. 20 odstotkov direktorjev slovenskih bolnišnic trdi, da bolnišnične podhranjenosti v njihovi bolnišnici sploh ni, kar je teoretično iluzorno, praktično pa je ta »prepričanost« zaskrbljujoča. Splošni zaključek raziskave je, da so glavne težave na področju klinične prehrane, ki so evidentirane v Evropi, prisotne tudi pri nas, le da je stanje v Sloveniji še bolj kritično, ker se marsikje ne zavedamo problematike. Nasprotno, celo trudimo se zanikati obstoječe težave. Podatki raziskave bodo dostopni na naši spletni strani, upam, da v kratkem času. Predavanje Maruše Pavčič je sprožilo dokaj burno razpravo, še posebej so svojo zaskrbljenost nad trenutno situacijo v Sloveniji pokazali strokovnjaki, ki se s to problematiko ukvarjajo sedaj. Dobila sem vtis, da se velikokrat počutijo kot «osamljeni» borci v puščavi in s tega vidika je multidisciplinarna strokovna povezanost na področju klinične prehrane v Sloveniji nujna. Tudi zato je bilo naslednje predavanje prof. dr. Dušanke Mičetič Turk, dr. med., pediatrinje iz Maribora, kot sončni žarek, ki nam je pokazal, da se v Sloveniji tudi sistemsko nekaj premika



Maruša Pavčič z Ministrstva za zdravje: Stanja bolnišnične prehranjenosti v Sloveniji



Prim. prof. dr. Dušanka Mičetić Turk in dr. Peter Furst

in predvsem, kjer je volja, je vedno pot. Predstavila je podiplomski specialistični študij Klinične dietetike na Visoki zdravstveni šoli v Mariboru, ki so ga pričeli izvajati v šolskem letu 2002/2003. Ta študijska smer se je razvila predvsem zaradi nujne potrebe po profilu strokovnjaka, ki obvlada dietoprofilaktično in dietoterapevtsko področje. Do sedaj so se s tem področjem ukvarjale predvsem priučene medicinske sestre in živilski tehnologi. Znanje živilskih tehnologov o prehrani je zelo obsežno in dobro, ni pa primerno za delo ob bolniku, ki zahteva še medicinsko znanje vsaj visoke zdravstvene šole ali medicinske fakultete. Zato tak podiplomski študij zapolnjuje vrzel v slovenskem zdravstvu ter je pomemben dejavnik in mejnik pri vpeljavi stroke klinične prehrane v delo z bolniki. Diplomanti te smeri si med študijem pridobijo znanja, ki jih pripeljejo k učinkovitemu delovanju v terapevtski skupini skupaj z lečečim zdravnikom, da zagotovijo takšno prehrambeno podporo, ki bolnika med zdravljenjem optimalno podpre. Tako je zdravljenje učinkovitejše, prehrambena podpora pa je del celotne oskrbe bolnika. Izobraževalni program je v celoti kompatibilen s podobnimi mednarodnimi programi v okviru Evropske unije.

Zelo bogat opoldanski program smo komajda zaključili v dveh urah. Moj osebni vtis je bil, da smo zadeli naravnost v vrh ledene gore. Posebna vrednost strokovne razprave je bila predvsem ta, da smo se srečali tisti, ki se na tem področju ravno zaradi zavedanja problematike pogosto najdemo pred navidez neprebojnim nerazumevanjem, ki je toliko bolj boleče, ker poskušamo z izjemno enostavnimi ukrepi, medicinsko gledano gre za temeljni fiziološki pristop pri zdravljenju bolezni, izboljšati kakovost in uspeh zdravljenja bolnikov.

Osrednji popoldanski del smo pričeli z vrhunskim nastopom violončelistov Andreja Petrača in Klemna Hvala. Zadnji stavek skladbe Suita, Giovanna Sollima, je bil odigran v taktih



Prof. dr. Ginafranco Guarnieri, Trst

marša, kar je bila vsebinsko in tudi po tempu predavanj izredno primerna popotnica za nadaljnji strokovni program. Pozdravila sta nas dr. Jožica Maučec Zakotnik in predsednik zbornice dietetikov gospod Stojan Kostanjevec.

Prof. dr. Peter Furst iz Univerze v Bonnu spada med pionirje znanstvenega razvoja klinične prehrane. Njegov prispevek je zlasti velik na področju substratne metabolne podpore, ko s prehrambeno podporo bolnikov presega samo hranjenje ter podpiramo delovanje posameznih organov in tkiv. Klasičen primer za takšno prehrambeno podporo v smislu farmakonutricije je imunonutricija in ravno prof. Furst je dejavno sodeloval pri uvedbi imunonutrientov v klinično prakso. Je tudi častni član Evropskega združenja za klinično prehrano in metabolizem (ESPEN). Podrobno je osvetlil problematiko bolnišnične podhranjenosti kot izziva za prihodnost. Reševanje tega problema je izredno počasno vsepovsod v Evropi, ne samo pri nas, tako da je govorjenje o tem včasih že malo depresivno. Vsi vemo, da je kombinacija podhranjenosti pred zdravljenjem, operacijo in akutnega stradanja (na primer zaradi diagnostičnih postopkov) za bolnika škodljiva, ker povečuje perioperativno umrljivost in zbolewnost, hkrati pa močno draži zdravljenje. Kljub temu, da identifikacija bolnikov, ki potrebujejo prehrambeno podporo, ne stane skoraj nič, se do tega problema obnašamo velikokrat naravnost ignorantsko. Ne glede na to, da smo v dobi »evidence-based medicine« in da rezultati številnih raziskav v zadnjih 25-ih letih, ko se je predavatelj s tem problemom intenzivneje ukvarjal, kažejo izrazito negativen vpliv podhranjenosti na strukturo in funkcijo praktično vseh organskih sistemov. S kliničnega vidika je še posebej zanimivo, da je tako malo narejenega kljub temu, da vemo, da slaba hranjenost bolnika neposredno vpliva na njegove funkcionalne sposobnosti, imunost, mentalne funkcije in podaljšuje okrevanje od bolezni. Po podatkih

ene zadnjih večjih metaanaliz (Powell Tuck J. Penalties of hospital undernutrition. J R Soc Med 1997; 90:8-11.) je prevladujoč način podhranjenosti pri sprejemu v bolnišnice do 50 odstotkov in bolniki nato med zdravljenjem v bolnišnici še dodatno izgubljajo telesno težo. Pri nekirurških, gastroenteroloških in drugih bolnikih s področja interne medicine podhranjenost med zdravljenjem v bolnišnici naraste z 41 na 51 odstotkov. Največji padec telesne teže praviloma nastopi v prvih dveh tednih. Kakšni naj bi bili ukrepi, ki bi zmanjšali velikost te problematike? Prvi korak je opredelitev bolnikovega prehrabnega stanja ob sprejemu v bolnišnico. Gre za sintezo več vrst podatkov: anamneze, kliničnih, biokemičnih in antropometričnih podatkov. Večino teh podatkov navadno dobimo že ob prvi obravnavi bolnika in je zato še toliko težje razumeti, zakaj jih v kombinaciji s podatki o resnosti bolezni in predvidenem zdravljenju ne uporabimo tudi za opredelitev prehrabnega stanja bolnika, s čimer bi že na začetku zdravljenja bolniku omogočili ustrezno prehrambeno podporo.

V nekaterih evropskih bolnišnicah (Velika Britanija, skandinavske države, Španija) si v bolnišnicah pomagajo s prehrabnimi skupinami, ki sodelujejo v procesu zdravljenja. Tak pristop v svetu trenutno velja za najoptimalnejšega.

Izjemno pomembno je izobraževanje o vlogi prehrabne podpore bolnika v procesu zdravljenja in nasploh o vlogi prehrane kot preventive in terapije bolezni.

Morda nas bodo navsezadnje h kakovostnejšemu pristopu pripeljale tudi ekonomske študije, ki jasno kažejo, da je zdravljenje bolnikov, ki dobijo prehrabno terapijo ob pravem času (kar pomeni predvsem dovolj zgodaj v procesu zdravljenja bolezni), bistveno cenejše. Nedavna danska študija je pokazala, da bi, če bi s prehrabno terapijo podprli 100.000 bolnikov na leto, ležalno dobo skrajšali v povprečju za štiri dni in na leto prihranili 67 milijonov evrov. Če poleg tega upoštevamo še zmanjšanje števila komplikacij zaradi prehrabne podpore, bi bil letni prihranek kar 133 milijonov evrov. Angleži so izračunali še višje prihranke, še zlasti naj bi bili ti veliki pri kirurških bolnikih.

Naslednji predavatelj je bil prof. dr. Ginafranco Guarnieri, nefrolog iz Trsta. Spada med vodilne strokovnjake s področja klinične prehrane v svetu. Še posebej se ukvarja s proteinsko presnovo in je avtor italijanske temeljne publikacije o klinični prehrani. Predstavil je etipatogenezo PEM (proteinsko-energijske malnutricije) kot patofiziološke entitete, ki se razvije zaradi akutnega in kroničnega stradanja bolnikov v stresnih stanjih. Terapijo PEM



Doc. dr. Željko Krznarič, Zagreb

v luči sodobnih spoznanj opredeljujejo kot metabolno terapijo, ki bolnikom predvsem zagotavlja hranila (makro, mikro), katera podpirajo delovanje organov in modularajo metabolizem. Vsebinsko je bilo to predavanje klinična nadgradnja predhodnega predavanja prof. Fürsta o bolnišnični podhranjenosti in pomenu prehrabene terapije bolnikov. Sedanjí razvoj farmakonutricije nam omogoča učinkovito zmanjšanje katabolizma in pospešitev

anabolnih procesov, ki omogočijo organizmu, da si opomore. V kombinaciji s podporno prehrabeno terapijo lahko uporabimo anabolna hormonska sredstva in nekatera zdravila z antikatabolnimi učinki. To področje je še precej slabo raziskano in za uporabo v klinični praksi še ni velikih prepričljivih študij.

Zadnja predavateljica sta bila prof. dr. Sanja Kolaček in doc. dr. Željko Krznarič. Prof. dr. Sanja Kolaček je v izredno zanimivem predavanju predstavila uspešnost prehrabene terapije pri vnetni bolezni črevesja. Pri otrocih je prehrabena terapija z enteralnimi pripravki, ki jih otrok popije ali dobi po sondi, enakovredna terapiji s kortikosteroidi. Če pomislimo na številne stranske učinke kortikosteroidov je izredno privlačna možnost z zdravljenjem zmanjšati obseg neozdravljive bolezni z ustrezno prehrabeno podporo.

Doc. dr. Krznarič je predstavil delovanje Hrvaškega društva za klinično prehrano (CSPEN), ki deluje že od leta 1987 in se je leta 1993 pridružilo ESPEN-u. V teh letih so dejavno razvijali koncept klinične prehrane in celo vpeljali 19 enteralnih proizvodov v kategorijo zdravil, ki jih plača zdravstveno zavarovanje in

jih bolniki dobijo na recept. Letos organizirajo od 22. do 25. 4. v Opatiji drugi hrvaški kongres klinične prehrane z mednarodno udeležbo z izredno bogatim programom in odličnimi predavatelji. Vsem, ki vas to področje zanima, obisk toplo priporočam (informacije lahko najdete na spletni strani www.cspen.org).

Popoldanski spored je zelo dobro in pri srčno moderirala prof. dr. Dušanka Mičetić Turk iz Maribora. Kljub temu, da smo po mnenju nekaterih s količino podatkov poslušalce preveč zasuli, smo po kratkem predahu še izpeljali skupščino Slovenskega združenja za klinično prehrano. Tajnica Združenja Živa Mrevlje, dr. med., je na kratko predstavila statut in vse pomembnejše funkcije v Združenju. Vsi podatke in še veliko več vam bodo na voljo na naši spletni strani www.klinicnaprehrana.org. Upamo, da bo postala forum in pomoč pri uvedbi organizirane klinične prehrane v slovensko zdravstveno okolje.

Organizacijsko in materialno izvedbo srečanja so nam omogočili Fresenius-Kabi, Abbot in Medis. ■

Kakovost in učinkovitost v ortognatski kirurgiji

Aleš Vesnaver

V znanem smučarskem letovišču Bad Hofgastein je od 27. do 31. januarja 2004 potekal mednarodni kongres Avstrijskega združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo z zanimivo glavno temo: Kakovost in učinkovitost v ortognatski kirurgiji. Kongres je privabil približno 150 udeležencev iz Evrope (Avstrija, Nemčija, Švica, Nizozemska, Francija, Italija, Belgija, Rusija itd.) in ZDA. Slovenijo smo zastopali doc. dr. Danijel Žerdoner, dr. dent. med., predstojnik Službe za maksilofacialno in oralno kirurgijo Splošne bolnišnice Celje, ki je imel na kongresu tudi poster, asist. dr. Andrej Kansky, dr. dent. med., predstojnik Kliničnega oddelka za maksilofacialno in oralno kirurgijo Kliničnega centra v Ljubljani in avtor prispevka z istega oddelka.

Za kaj sploh gre pri ortognatski kirurgiji? Kot pove sama beseda, je to veja kirurgije, ki se ukvarja z vzpostavljanjem pravilnega

griza oziroma okluzije. Pravilna okluzija je tista vrsta griza, kjer so vsi zobje v zgornjem in spodnjem loku v pravilnem medsebojnem stiku in imajo zgornji sekalci rahel previs čez spodnje. Takšno medzobno in medčeljustno stanje zagotavlja najbolj učinkovito funkcijo žvečenja, saj so v primeru motenj okluzije tako zobje kot temporomandibularni sklep napačno obremenjeni in podvrženi zgodnjim okvaram. Po drugi daje pravilna okluzija obrazu tudi estetski videz.

Nenavadno je pravzaprav, kako podzavestno doživljamo posamezen obraz. Samo pomislite na like iz stripov: grobijani in negativci imajo po navadi masivne, poudarjene brade, malce prismuknjeni bebčki pa štrleče zgornje sekalce in drobne nazaj potisnjene brade. Z estetiko obraza so se ukvarjali že renesančni mojstri, ki so prvi postavili pravilo tretjin. Harmoničen obraz se deli na tri tretjine: zgornja tretjina od roba lasišča do obrvi, srednja tretjina od obrvi do meje med nosom in kožo zgornje ustnice

ter spodnja tretjina od te meje do konice brade. Spodnja tretjina se nato ponovno deli v tri tretjine, pri čemer je ustnična reža na meji med zgornjo in srednjo tretjino (slika 1).

Če obstaja motnja griza le na dentoalveolarni ravni, se z zdravljenjem ukvarjajo ortodonti, ki urejajo griz s pomočjo fiksnih in snemnih ortodontskih aparatov. Huje je, če obstaja motnja griza zaradi kostnih nesorazmerij, na primer zaradi prevelike mandibule, premajhne maksile ali latero-lateralne asimetrije teh dveh kosti. V tem primeru je izključno z ortodontijo nemogoče postaviti zobe v pravilen odnos in so zato potrebni kirurški posegi na čeljustnicah, ki jih osteotomiramo in postavimo na novo mesto. Dober izgled in okluzijo dosežemo tako z usklajenim kirurškim in ortodontskim zdravljenjem.

Pri pacientu z motnjo griza je potrebno narediti lateralni telerentgenski posnetek glave, na dobljenem posnetku pa opraviti kefalometrično analizo obraznih razmerij v profilu. Pri

pacientih, ki imajo hujšo asimetrijo obraza je potrebno narediti še posteroanteriorni tele- rentgenski posnetek glave in na njem opraviti dodatno kefalometrično analizo latero-lateralnih razmerij. S pomočjo kefalometrične analize namreč ugotovimo, katera obrazna razmerja so nepravilna in kateri posegi so potrebni – bodisi le ortodontsko zdravljenje, bodisi kirurški poseg na mandibuli, maksili ali obeh čeljustnicah, včasih tudi na ličnicah in drugih kosteh obraza. Potrebno je narediti tudi analizo zgornjega in spodnjega zobnega loka na mavčnih odlitkih ter tudi njunega medsebojnega odnosa, ki ga simuliramo v artikulatorju. Kot zadnje naredimo še analizo mehkih tkiv obraza.

Ortognatska kirurgija se torej ukvarja z uravnavanjem griza pri hujših kostnih anomalijah čeljustnih kosti in tudi, kar ni nič manj pomembno, s harmonizacijo obraznih sorazmerij oziroma z ustvarjanjem estetsko prijetnega obraza. Čeljustni kosti, maksilo in mandibulo, ki "nosita" zgornje in spodnje zobe, je potrebno premakniti v nov položaj, v katerem so zobje v pravilnem stiku. To pa je treba narediti na tak način, da nov položaj teh dveh obraznih kosti, ki predstavljata večino spodnjih dveh tretjin obraza, ustvari estetsko prijeten obraz.

Avstrija je ena izmed vodilnih držav na tem področju, saj ima dobro razvito mrežo

bolnišnic, kjer opravljajo ortognatsko kirurgijo. V Avstriji se je moderna ortognatska kirurgija mandibule tudi začela. Leta 1953 je profesor Hugo Obwegeser v Gradcu prvi naredil transoralni bilateralni sagitalni razcep ramusa in angulusa mandibule pri pacientki s hudo progenijo (preveliko in naprej potisnjeno mandibulo s križnimim grizom oziroma spodnjimi sekalci pred zgornjimi). Na ta način je ločil korpus mandibule od obeh ramusov. Prosti korpus je lahko potisnil nazaj, spravil zgornje in spodnje zobe v pravi stik in jih nato med sabo zvezal za tri mesece (t. i. intermaksilarna fiksacija). V tem času je v področju kostnega razcepa prišlo do zacelitve v novem položaju.

Metoda transoralnega sagitalnega razcepa mandibule se z manjšimi variacijami uporablja še danes, razlika je le v tem, da se korpus po postavitvi v novi položaj takoj fiksira na ramusa, največkrat s pomočjo bikortikalnih vijakov. S tem dosežemo dovolj dobro stabilizacijo v področju osteotomij, tako da tromesečna imobilizacija ni potrebna in lahko pacienti takoj odpirajo usta, kar je za njih nedvomno manj mučno, kot imeti tri mesece zvezane zobe in uživanje tekoče hrane po slamici.

Kasneje so se razvile še kirurške metode, s katerimi transoralno osteotomiramo maksilo in jo prestavimo v nov položaj. V začetku so

maksilo v novem položaju fiksirali z žičnatimi šivi, danes pa se fiksacija opravi s pomočjo mini ploščic in vijakov, kar je dosti natančnejša, bolj zanesljiva in lažja metoda. Kmalu so ugotovili, da lahko z bimaksilarno osteotomijo (osteotomijo maksile in mandibule hkrati) in fiksacijo v novem položaju bolje in učinkoviteje popravimo večje ortognatske anomalije, kot pa s premikom samo ene čeljustnice (slika 2). Osteotomije in premiki kosti so se kmalu razširili na vse kosti obraza. Tako se je iz ortognatske kirurgije razvila še kranio-maksilofacialna kirurgija, ki se ukvarja s korekcijo najbolj obsežnih kongenitalnih in posttravmatskih anomalij obraza.

Ob premikanju obraznih kosti v nov položaj se spremeni tudi videz obraza. To je za pacienta velikokrat pomembnejše kot sama sprememba okluzije, saj je pogosto nezadovoljstvo z videzom tisto, kar pripelje pacienta do terapevta, ne pa do dejstva, da napačno grize. Kako se bo spremenil obraz, kakšen bo profil obraza po operaciji, kje bo brada, ali se bo nosni vršek spustil, se dvignil ali ostal na mestu, bodo zobje še štrleli čez ustnice – za odgovore na ta vprašanja pred operacijo je treba imeti veliko izkušenj. Natančno moramo vedeti, kakšen bo nov položaj kosti. Prav tako moramo natančno predvideti, kako bodo spremembam položajev kosti sledila mehka tkiva, saj konture mehkih tkiv, ne pa kosti, dajo obrazu njegovo končno obliko. Zato je pri ortognatski in kranio-maksilofacialni kirurgiji zelo pomemben načrt same operacije. Po natančni kefalometrični analizi in opravljenem predoperativnem načrtovanju pa moramo brez napake izvesti še kirurški poseg, sicer rezultat žal ni zadovoljiv.

Ravno to pa je bila tema kongresa – kako narediti posege v ortognatski, pa tudi v kranio-maksilofacialni kirurgiji čim bolj kakovostne in učinkovite. Kongres sta vodila predsednik Avstrijskega združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo, prof. dr. Michael Rasse iz Innsbrucka in vodja kongresa, prof. dr. Christian Krenkel iz Salzburga. V treh dneh se je zvrstilo veliko zanimivih in zelo kakovostnih predavanj in lahko rečem, da je bilo včasih pravi užitek gledati pred- in pooperativne slike in radiograme pacientov in poslušati razlage "starih mačkov," kako in zakaj so naredili to in ono.

Prvi dan je bilo po uvodnem govoru na vrsti odlično predavanje o zgodovinskem razvoju ortognatske kirurgije, ki ga je zelo ljubeče, lahko bi rekli prav poetično opravil prof. dr. Norbert Schwenzer iz Tübingena. Nato so sledila predavanja o poučevanju oziroma predajanju znanja mlajšim kolegom na različnih ustanovah, kasneje pa še dve daljši predavanji o težavah pri sami diagnostiki anomalij griza in obraza ter o preprečevanju razvoja kronič-



Obvezna gasilska. Z leve proti desni: asist. mag. Aleš Vesnaver, dr. med., doc. dr. Danijel Žerdoner, dr. dent. med., asist. dr. Andrej Kansky, dr. dent. med., doc. dr. Christian Krenkel, dr. med., dr. dent. med. (Salzburg), doc. dr. Ullrich Teuscher, dr. dent. med. (Zürich), doc. dr. Joachim Obwegeser, dr. med., dr. dent. med. (Zürich)

nih pooperacijskih bolečin. V popoldanskem času prvega dne so bile na vrsti predstavitve posterjev in proste teme. Docent Žerdoner je na svojem posterju predstavil repozicijske klešče, ki jih uporablja za repozicijo odlomkov pri zdravljenju zlomov mandibule. Med prostimi temami je bilo več krajših predavanj o vzgajanju hrustanca in kosti in vitro (tissue engineering).

Drugi dan je bil posvečen načrtovanju v ortognatski kirurgiji, intraoperativnemu nadzoru poteka operacije in distrakcijski osteogenezi. Pri načrtovanju ortognatskih operacij so v zadnjem času razvili veliko zelo zapletenega softwarea, s pomočjo katerega računalnik, na osnovi predoperativnih fotografij in RT posnetkov obraza, izriše sliko obraza po operativnem posegu. Tako lahko operater in pacient skupaj načrtujeta, kakšni in kako veliki premiki obraznih kosti bodo potrebni, da se bo dosegla zaželena okluzija in določen videz obraza. Predavatelj je nato primerjal dejanske izide operacij s predhodno računalniško simuliranimi in razlike so bile minimalne. Takšno načrtovanje je sicer vabljivo, a dokaj tvegano. Pacient se pogosto "obesi" na sliko, ki jo je narisal računalnik, in če rezultat operacije ni povsem enak sliki, lahko nastopijo težave itd.

Podobne "high-tech" naprave so razvili tudi za intraoperativni nadzor novih položajev maksile in mandibule po že opravljenih osteotomijah. To pomeni, če je novi položaj kosti dejansko tisti, ki smo ga načrtovali. Avtorji zagotavljajo, da jim ta vrsta nadzora na vzame več kot 10 do 20 minut dodatnega časa med samo operacijo. Če pa položimo na tehtnico ceno računalniških simulatorjev, zapletenost postopka in izide operacij dobrega ortognatskega kirurga z ali brez vse te dodatne elektronske opreme, potem vidimo, da pri izidih operacij pravzaprav ni bistvenih razlik.

Tudi na temo distrakcijske osteogeneze je bilo več zanimivih predavanj. Kostna distrakcija je metoda, s katero lahko "pridobivamo" kostnino. V ortognatski in kranio-maksilofacialni kirurgiji se je začela uporabljati v zadnjih desetih letih. Kost prerežemo in jo fiksiramo v nespremenjenem položaju za en teden. V tem času nastane mehak kalus. Nato začnemo kost raztegovati, približno 0.5 do en milimeter na dan. Ko dosežemo zaželjeno dolžino, pustimo fiksater na mestu še nekaj tednov, da pride do mineralizacije in konsolidacije mehkega kalusa v kost. Tako pridobljena kostnina je vaskularizirana in zato bolj obstojna kot prosti kostni presadki, ki nimajo lastne prekrvavitve in se pogosto vsaj delno resorbirajo. Ima pa tudi slabe lastnosti, omenim naj le večmesečno nošnje intra ali ekstraoralnega distraktorja.

Vendar pa koristi distrakcijske osteogeneze pri določenih indikacijah močno prevladajo nad pomanjkljivostmi, zato je pri teh distrakcijska osteogeneza metoda izbora.

Tega dne sta izstopali še predavanji dr. Petra Schachnerja iz Salzburga in prof. Jürgena Petzla iz Oldenburga. Predavala sta o rehabilitaciji zgornje čeljusti in ustnično-nosnega kompleksa pri pacientih s shizami oziroma s prirojenimi razcepi ustnice alveolarnega grebena in trdega neba. Zgornja čeljust ostane namreč pri teh pacientih pogosto hipoplastična, zobje v zgornji čeljusti pa v nepravilnem odnosu do zob v spodnji čeljusti. Problem rešujejo skupaj z ortodonti, kirurško pa uporabljajo osteoplastiko, osteotomije in repozicije obeh čeljustnic in distrakcijsko osteogenezo. Pri korekciji nosu uporabljajo odprto rinoplastiko, pri kateri nos povsem razstavijo in ga nato ponovno sestavijo, po potrebi pa še učvrstijo s presadki hrustanca (uho, rebro), da ne bi prišlo do recidiva.

Zvečer je bil na vrsti Gasteiner Abend, ki naj bi bil neke vrste zabava z živo glasbo in toplo-hladnim bifejem. Glasba je bila osupljivo dobra, hrana pa ravno nasprotno. Glede na precej zasoljeno ceno Abenda, bi človek pričakoval morda tudi kaj pijače zastoj, pa je bil žal "trinken-ekstra-calung" režim. K sreči smo se v dobri družbi zapletli v zanimive pogovore, tako da je bil večer kljub vsemu zelo prijeten.

V petek, zadnji dan predavanj, so bila na programu predavanja o novih načelih in strategijah pri načrtovanju in izvajanju ortognatskih operacij, o pomembnosti pooperativnega položaja ramusa mandibule in vpliva tega položaja na temporomandibularni sklep, o preprečevanju recidivov po ortognatskih posegih ter o estetiki obraza pri ortognatskih posegih. Uvodni predavanji sta imela prof. Bernd Gattinger iz Linza in doc. Joachim Obwegeser, sin pionirja ortognatske kirurgije, Huga Obwegeserja. Popoldne so sledila predavanja o psiholoških vidikih sprememb obraza in samopodobe, ki jo prinaša ortognatska kirurgija, ter več krajših predavanj o CAS – computer assisted surgery.

Za konec še ocena kongresa in "where do we stand?" Kongres je bil zelo kakovosten. Zvrstilo se je veliko odličnih predavateljev in predavanj. Videli smo nove smernice raziskav in izboljšav rezultatov. Čeprav nekaj predavateljev ni bilo nemško govorečih, kongres ni bil deklariran kot "mednarodni," ampak le kot kongres Avstrijskega združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo, zato simultanih prevodov iz nemščine v angleščino ni bilo. Vendar je bil kongres bolj mednarodni kot marsikateri uradno mednarodni kongres, poleg tega je ortognatska kirurgija v Avstriji na tako visoki

ravni, da bi kakovost kongresa ostala praktično enaka tudi ob odsotnosti predavateljev iz drugih držav. Kar je res, je res – zelo dobri so. Kako je z ortognatsko kirurgijo pri nas? Za slovensko maksilofacialno kirurgijo lahko rečemo, da na področjih, kot so onkološka kirurgija, kirurška oskrba obraznih poškodb, kirurgija shiz in oralna kirurgija, držimo korak z Evropo in svetom. V ortognatski kirurgiji pa zaenkrat, žal, zaostajamo.

Dejstvo je, da škriplje že na prvi stopnički, in sicer pri sodelovanju med maksilofacialnimi kirurgi in ortodonti. To sodelovanje mora biti pri ortognatski kirurgiji zgledno, saj ni ortodontsko zdravljenje nič manj pomembno od same operacije. Specialisti obeh vej morajo vsakega pacienta posebej analizirati, skupaj premisliti in razpravljati o različnih možnostih zdravljenja, nato pa skupaj narediti načrt zdravljenja. Takšna oblika utečenega sodelovanja je pravzaprav predpogoj za center, ki naj bi se z ortognatsko kirurgijo resno ukvarjal, saj le skupno zdravljenje omogoči dobre rezultate. Pacienti namreč potrebujejo intenzivno in usmerjeno predoperativno ortodontsko pravo, nato pa še pooperativno ortodontsko zdravljenje.

»Škriplje« tudi drugi stopnički, in sicer pri sami izvedbi operacije. V vseh boljših centrih je večina ortognatskih operacij bimaksilarnih, to pomeni, da osteotomiramo in premikamo tako mandibulo kot maksilo. Na takšen način je dosti lažje ustvariti harmonijo obraza, podobno kot je lažje popraviti vegast kozolec, če ga celega podremo in zgradimo znova, kot če popravimo le eno polovico. Res pa je, da je bimaksilarna operacija precej bolj zahtevna od operacije, pri kateri premikamo samo mandibulo, kar v večini primerov naredimo pri nas. Pa še teh operacij je, glede na število potencialnih pacientov, mnogo premalo.

V bližnji prihodnosti moramo torej narediti kar precejšen premik na področju ortognatske kirurgije v Sloveniji. Izboljšati je potrebno zgodnjo diagnostiko in načrtovanje, sodelovanje med specialisti maksilofacialne kirurgije in ortodontije ter tudi izvedbo same operacije. Tako bomo nekoč lahko na podobnih kongresih pokazali tudi slovenske rezultate in ne le občudujoče gledali, kimali in si zapisovali. Dosti bolj pomembno kot to pa je, da bo potem več zadovoljnih pacientov. Kar je, vsaj po mojem mnenju, najpomembnejši in najlepši cilj.

Če vas o maksilofacialni in oralni kirurgiji zanima več, si lahko ogledate spletni naslov Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije www.kclj.si/maxfacoral.

Sodelovanje na kongresu sta omogočili podjetji Pro-Gem, d. o. o., in Aesculap AG & Co. KG. ■

Endoskopska nevrokirurgija – sodobna mikrokirurška tehnika

Roman Bošnjak, Janez Ravnik

V mestu Ghent v Belgiji je od 8. do 9. marca 2004 potekala 11. delavnica endoskopske nevrokirurgije.

Ghent, prestolnica pokrajine Vzhodna Flandrija, je četrto največje mesto v Belgiji. Jedro mesta predstavlja barvita paleta zgodovinskih spomenikov, cerkev in muzejev, pomešana s številnimi majhnimi restavracijami in bari, kjer strežejo odlično belgijsko hrano. Skoraj povsod je na voljo neverjeten izbor belgijskih piv, ki te presenetijo s svojimi okusi, imeni in stopnjo vsebnosti alkohola. Program delavnice je bil zelo natrpan, tako da je bilo spoznavanje prej navedenih lepote in zanimivosti zelo okrnjeno.

Delavnica je potekala pod pokroviteljstvom Univerze v Ghentu ter Univerzitetne bolnišnice Ghent. Organizator in vodja delavnice je bil profesor Jaques Caemaert, vabljeni predavatelj pa prof. Axel Pemecky iz Mainza (Nemčija). Program delavnice je bil sestavljen iz teoretičnih predavanj, video demonstracij ter praktičnega dela na fantomih, laboratorijskih živalih (podganah) in kadavrih. V predavanjih se je zvrstil zgodovinski pregled razvoja endoskopije, pregled indikacij za endoskopske posege, tehnike in instrumentov, nato pa najrazličnejše teme o specifičnih patoloških entitetah, ki so dostopne endoskopskemu zdravljenju. Precej govora je bilo tudi o endoskopsko asistiranem mikrokirurški, minimalno invazivni nevrokirurgiji in t. i. konceptu ključavnice (key-hole koncept), tj. kako skozi čim manjšo odprtino v lobanji doseči globoke možganske strukture.

Prof. Caemaert je v začetku tečaja razložil, da pojem nevroendoskopija ni ustrezen, ker pomeni, da le opazuješ, endoskopska nevrokirurgija pa pomeni, da operiraš z endoskopom. Znotrajlobanjski prostor je dolgo časa kljuboval osvajalnemu pohodu endoskopije v drugih kirurških strokah. Kompleksna zgradba možganov, ožilja možganov in možganskih živcev, ranljivost možganskega tkiva in zelo ozki, predvsem pa neraztegljivi likvorski prostor je upravičeno zbuja strah pred potiskanjem kovinske cevi skozi majhno luknjico



Udeleženca 11. delavnice iz endoskopske nevrokirurgije v Ghentu v Belgiji med vajo nevroendoskopije na fantomu

v lobanji. Razvoj mikrokirurških tehnik je v nevrokirurgiji do končnih meja uveljavil načelo minimalno invazivne kirurgije. Z uporabo mikroskopa, mikroinstrumentov, različnih leg glave in telesa je nevrokirurgija v zadnjih tridesetih letih skokovito napredovala. Skozi špranje med možganskimi režnji in vijugami varno dosežemo skorajda katerokoli lokacijo v možganih ali na možganskem dnu. Nemalo-

krat je ob tem trepanacija tako kompleksna, da traja večji del operacije (npr. odstranitev klinoidnih nastavkov, odprtje optičnega kanala, odstranitev vrha piramide, itn.). V izbranih primerih lahko gremo z endoskopijo korak dalje. Svetlobo in pogled prenesemo iz zunanjosti glave v notranjost, do same patologije v možganih ali na možganskem dnu. Možen je ogled čisto od blizu in pod različnimi koti.

Predpogoj za endoskopsko nevrokirurgijo je, da imamo na voljo votlino, v kateri se nahaja ali vanjo štrli patološki proces in se v njej lahko orientiramo. V lobanji so to možganske komore (ventrikl) in subarahnoidni prostor ter cistične tvorbe. Pri eksoskopiji opazujemo površino možganov, možganske žile in možganske živce v subarahnoidnem prostoru in v cisternah, pri endoskopiji pa je endoskop uveden skozi možganski parenhim v ventrikel.

Učili smo se uporabljati delovni nevroendoskop, ki je šest milimetrov debela rigidna cev s štirimi kanali: kanal z optiko in izvorom svetlobe, delovni kanal in kanala za irigacijo in aspiracijo. Skozi delovni kanal uvajamo več kot 30 centimetrov dolge, manj kot tri milimetre tanke in upogljive instrumente s konicami, oblikovanimi v mini škarjice, prijemalko ali bipolarno elektrokoagulacijo. Elegantno je rezanje in koagulacija žilic z lasersko svetlobo, ki jo privedemo skozi delovni kanal po dva milimetra debelem snopu optičnih vlaken. Možna je uporaba mini ultrazvočnega aspiratorja (CUSA) in ultrazvočne sonde.

Primerni za endoskopsko nevrokirurgijo so: nekomunikantni (obstruktivni) hidrocefalusi, ciste, manjši tumorji v ventriklih ali ob njih, vstavljanje in odstranjevanje ventrikularnih katetrov pri vodenoglavosti, endoskopija v spinalnem kanalu, eksoskopija in pogojno hematomi.

Uporaba nevroendoskopa se je začela z zdravljenjem vodenoglavosti. Obstruktivni hidrocefalus ozdravimo z odstranitvijo zapora obtoku likvorja v akveduktu, foramnih Monroe, Magendie in Luschka. Pri zapori v akveduktu napravimo obvod likvorja tako, da v dnu tretjega ventrikla napravimo odprtino v interpedunkularno cisterno. Pri asimetričnem hidrocefalusu zadošča napraviti odprtino v septum pellucidum - septostomijo, pri multilokularnem hidrocefalusu pa s perforacijo sept (fenestracija) napravimo enotno votlino, ki jo lahko dreniramo z enim ventrikularnim katetrom namesto vsako cisto posebej. Delna koagulacija horoidnega pleteža lahko bistveno zmanjša nastajanje likvorja in odstrani ali omili hidrocefalus. Z opisanimi postopki uporaba ventrikulo-peritonealne drenaže ni potrebna, ali pa število ventrikularnih katetrov zmanjšamo, s tem pa se bistveno zmanjša število zapletov in ponavljajočih operacij. Pri malresorbtivnem hidrocefalusu je ventrikularna drenaža neizbežna.

Endoskop nam lahko pomaga pri natančnem uvajanju katetra v prvem poskusu, z njegovo pomočjo pa lahko brez hematocefalusa odstranimo tudi kateter, ki se je prirasel na horoidni pletež.

Simptomatske arahnoidne ciste, koloidne

ciste, pinealne, ependimalne, epidermalne, parazitske in degenerativne ciste so hvaležna patologija, ker je za ozdravitev največkrat dovolj že fenestracija ciste. Zelo atraktivno je endoskopsko odstranjevanje ali biopsija tumorjev. Tumor se mora bočiti v ventrikel, ali se v njem nahajati, ali pa mora biti vsaj deloma cističen in nikakor ne prevelik. Biopsija majhnih solidnih tumorjev lahko zahteva uporabo nevronavigacije, nevroendoskopsko odstranjevanje solidnih tumorjev v možganskem parenhimu pa je precej tvegano in traja že pri malo večjih tumorjih nesprejemljivo dolgo. Nevroendoskopska tehnika ni metoda prvega izbora pri operacijah kraniofaringeomov, pa tudi dobro ožiljenih tumorjev ali žilnih malformacij z endoskopom ni vamo odstranjevati.

Bistveno bolj učinkovito kot z zunanjo ventrikulamo drenažo lahko zdravimo hematocefalus (intraventrikulama krvavitev) z nevroendoskopsko odstranitvijo v ventrikel izlite krvi. Odstanimo lahko intracerebralne hematome ali brez trepanacije evakuiramo septiran kronični subduralni hematoma.

Spinalna endoskopija v izbranih primerih lahko olajša kirurško zdravljenje siringohidromielije (obvezna je uporaba fleksibilnega nevroendoskopa), odstranimo lahko prolapsirani diskus iz spinalnega kanala v prsni ali ledveni hrbtenici. Obstajajo še nekatere možne indikacije za uporabo endoskopa. Nevroendoskopsko lahko operiramo sindrom karpalnega tunela, izvajamo brahiradioterapijo, vstavljamo elektrode, si pomagamo pri zdravljenju kraniosinostoz. Z endoskopom si lahko pomagamo pri transfenoidnih odstranitvah intraselarnih adenomov, pri mikrovaskularni dekompresiji trigeminalnega živca, pri pregledu pontocerebelamega kota in pri pregledu supraselanega prostora.

Eksoskopija – uporaba endoskopa pri mikrokirurških posegih v nevrokirurgiji (angl. endoscopy-assisted microsurgery) je bila nedvomno najbolj atraktiven del delavnice. Prednost endoskopa pred mikroskopom je bila v prikazanih primerih več kot očitna. Pri tej tehniki uporabljamo endoskop samo za ogled mikroanatomije čisto od blizu in z različnih smeri, medtem ko sam kirurški poseg izpeljemo z mikrokirurško tehniko. Potrebna je bistveno manjša trepanacija, ožji je vstopni hodnik za mikroinstrumente, manipulacija možganov in odmikanje pa je zmanjšano na minimum. Eksoskopija je omogočila povsem nove nevrokirurške pristope. Profesor Pemečzy je predstavil možnosti supraorbitalnega pristopa pri operacijah anevrizem na karotidnem in vertebrobazilarnem sistemu. Prikazal je video, kjer je s pomočjo eksoskopije

in supraorbitalnega pristopa (velikost izrezane kosti samo 2 x 1,5 cm) klipal manjšo karotiko-ofthalmično anevrizmo na nasprotni strani, na isti strani pa anevrizmo na arteriji karotis ob odcepišču zadnje komunikantne arterije in arterijo na vrhu bazilarke. Kljub prepričevanju smo ostali skeptični glede manevrskega prostora, če anevrizma med preparacijo počti, kar je problematično reševati pri pristopih s trepanacijo.

Zelo dobre so bile video predstavitve nekaterih tipičnih endoskopskih operacij. Videli smo dober prikaz tretje ventrikulostomije s komentarjem o praktičnih načinih njene izvedbe, možnih zapletih ter kako zaplete odpraviti oziroma se jim izogniti. Dobri so bili tudi posnetki odstranjevanja koloidnih cist ter drugih tumorjev tretjega ventrikla (ependimomi, epidermoidne ciste), ogledali smo si septostomijo (perforacijo septuma peluciduma) pri asimetričnem hidrocefalusu, nevroendoskopsko odstranitev pinealne ciste s supracerebelanim posteriornim pristopom ter fenestracije možganskih cist.

V praktičnem delu smo najprej vadili endoskopijo skozi luknjice v pokrovu plastične posode napolnjene z vodo, kjer so bili na dno nalepljeni trije plastični zamaški, v katerih je bilo možgansko tkivo (vaja biopsije), drobni koščki možganov (vaja prijemanja) in napeta opna (vaja perforacije opne s škarjicami ali laserjem). Potem je sledila endoskopija trebuha anestezirane in analgezirane podgane, kjer je bilo potrebno odščipniti zelo majhen košček jeter, vaditi irigacijo in aspiracijo v krvavem operativnem polju in napraviti hemostazo z bipolarno elektrokoagulacijo. Na glavah kadavrov smo poskusili napraviti ventrikulostomijo tretjega ventrikla in spoznali nevarno bližino bazilarne arterije pod njo. Udeleženci tečaja smo lahko tudi sami eksoskopirali skozi supraorbitalni pristop in si prikazali vsa tipična mesta anevrizem na karotidnem sistemu do razcepišča arterije cerebri medije in na vrhu bazilarne arterije

Oba predavatelja sta bila v navodilih in priporočilih za endoskopsko nevrokirurgijo izredno neposredna in praktična. Ves čas sta poudarjala, da je nevroendoskopija le ena izmed mikrokirurških metod in izpostavljala njene omejitve in prednosti. Možna je bila tudi razprava o primerih, ki smo jih udeleženci delavnice prinesli s seboj.

Nekatere nevroendoskopske posege že uspešno opravljamo na nevrokirurških oddelkih v Kliničnem centru v Ljubljani in Splošni bolnišnici Maribor. Delavnica iz endoskopske nevrokirurgije pa je bila močna spodbuda k nadaljnji in razširjeni uporabi nevroendoskopa v vsakdanji nevrokirurški praksi. ■

Novosti na področju ultrazvočne vaskularne diagnostike

Saša Rainer

Konec januarja je bilo v Opatiji prvo letno mednarodno strokovno srečanje novo ustanovljenega italijansko-hrvaško-slovenskega združenja za vaskularni ultrazvok, ki smo ga s skupnim sodelovanjem organizirali: Jefferson Ultrasound and Research Institute (Thomas Jefferson University, Philadelphia, ZDA), Clinica Medica Generale e Cardiologia (Universita di Firenze, Italia), Medicinska fakulteta Univerze v Zagrebu in Splošna bolnišnica Slovenj Gradec.

Na dvodnevem srečanju so se zvrstila predavanja na temo ultrazvočne vaskularne diagnostike in uporabe dopplerske diagnostike na drugih kliničnih področjih. Vabljeni so bili predavatelji iz ZDA, Velike Britanije, Italije, Madžarske, Hrvaške in Slovenije. Mnogi med njimi so mednarodno priznani strokovnjaki na svojih področjih (L. Needleman, ZDA; C. Deane, Velika Britanija; V. Napoli, Italija; P. Prati, Italija; B. Brkljačić, Hrvaška). Vsa predavanja so bila na visoki kakovostni ravni, tako v strokovnem kot tudi didaktičnem pomenu. Teme predavanj so pokrivalo široko področje klinične uporabe vaskularne ultrazvočne diagnostike: fizikalne osnove dopplerja, vaskularnih meritev in novejših tehnologij (B. Breyer), vaskularna hemodinamika in interpretacija dopplerskih spektrov (S. Castellani), klinični pomen meritev debeline intime in medije (P. Prati), klinični pomen transkranialnega dopplerja in uporaba ultrazvočnih kontrastnih sredstev pri transkranialnem dopplerju (G. Meneghetti, S. Castellani), ultrazvočna diagnostika karotidnih in vertebralnih arterij (L. Needleman), ultrazvočna diagnostika abdominalne aorte in mezenteričnih arterij (V. Napoli), diagnostika renovaskularne hipertenzije (B. Brkljačić, I. Čikara), doppler v evalvaciji transplantirane ledvice (F. Drudi); diagnostika portalne hipertenzije (Z. Harkanyi), pomen dopplerja v diagnostiki inflamatornih bolezni črevesja (S. Rainer), ultrazvočno vodeno zdravljenje jatrogenih psevdanevrizem femoralne arterije s trombinom (A. Višnar Perovič), anatomija perifernih arterij in ven (L. Needleman), doppler perifernih arterij in dializnih fistul (C. Deane), ultrazvočna diagnostika ven – globoka

venska tromboza in alternativne najdbe (B. Brkljačić), ultrazvočna diagnostika erektilne disfunkcije in impotence (P. Pavlica), doppler v muskuloskeletni ultrazvočni diagnostiki (S. Rainer), doppler v pediatriji (G. Roič), doppler pri fokalnih spremembah dojke (I. Drinkovič).

Vsakemu sklopu predavanj je sledila razprava, v kateri so predavatelji odgovarjali na vprašanja udeležencev, razvile pa so se tudi zanimive medsebojne razprave med predavatelji. Po zaključku dopoldanskega in popoldanskega dela programa so udeleženci lahko prisostvovali demonstracijam preiskav na ultrazvočnih aparatih. Preiskave so lahko izvajali tudi sami, predavatelji pa so bili na voljo za vprašanja in demonstracije. Tako je bilo tudi izven predavalnice precej priložnosti za neformalni pogovor s predavatelji.

Srečanja se je udeležilo 80 udeležencev iz Hrvaške in Slovenije. Splošno mnenje sodelujočih (tako predavateljev kot tudi udeležencev) je bilo, da je srečanje dobro uspelo. Organizatorji se zavedamo, da bi marsikaj lahko organizirali bolje, vendar je bilo to prvo srečanje združenja in izkušnje bomo koristno uporabili pri organizaciji nadaljnjih srečanj. Prihodnje srečanje bo v Gradežu v Italiji (leta 2005), nato pa bo predvidoma na vrsti Slovenija (2006).

Italijansko-hrvaško-slovensko združenje za vaskularni ultrazvok (Adriatic Vascular Ultrasound Society - AVUS) je bilo ustanovljeno maja 2004 v Philadelphiji, ZDA. Ustanovili smo ga prof. Sergio Castellani (Firence), prof. Boris Brkljačić (Zagreb) in Saša Rainer, dr. med., (Slovenj Gradec) v sodelovanju z Jefferson Ultrasound and Research Institute, Thomas Jefferson University, Philadelphia. Namen združenja je sodelovanje Italije, Slovenije in Hrvaške na področju izobraževanja in razvoja vaskularne ultrazvočne diagnostike na območju treh držav, pa tudi širše (velik interes za sodelovanje kaže tudi Madžarska). V združenju naj bi se združevali vsi, ki se ukvarjajo ali bi se želeli ukvarjati z vaskularnim ultrazvokom, saj se sicer zapiramo v svoja ožja (običajno

hermetično zaprta) strokovna združenja. Namen je izmenjava informacij, izkušenj in novosti v obliki strokovnih srečanj oziroma simpozijev, pa tudi učenje - učne delavnice, seminarji, tematski sklopi s praktičnim delom – "hands-on".

Želimo si, da bi združenje zaživelo in izpolnilo svoj namen. Zavedamo se, da bo potrebno še mnogo skupnega organizacijskega in strokovnega dela, čas pa bo pokazal, ali nam bo uspelo. ■

Adriatic Vascular Ultrasound Society
Opatija, Croatia
January, 30-31, 2004

Under the auspices of:

- Jefferson Ultrasound Research and Education Institute, Thomas Jefferson University, Philadelphia
- Clinica Medica Generale e Cardiologia, University of Florence
- General Hospital Slovenj Gradec
- School of Medicine, University of Zagreb
- Croatian Society of Radiology
- Croatian Society of Ultrasound in Medicine and Biology
- Società Italiana Interdisciplinare Neurovascolare
- Società Italiana di Radiologia Medica
- Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia

Course Directors:
Sergio Castellani
Boris Brkljačić
Saša Rainer

1st Vascular ultrasound annual meeting

CEDENS – X. dan celjskega zobozdravstva

Željko Jakelič

Celjski zobozdravstveni delavci so pripravili že tradicionalni deseti dan celjskega zobozdravstva v Celju. Kljub izredno lepemu, a vetrovnemu vremenu, se je srečanja udeležilo nekoliko okrnjeno število udeležencev.

Ob sprejemu in registraciji v prostorih Narodnega doma smo udeleženci srečanja dobili potrdilo o udeležbi ter »Radiks« zobozdravstveni občasnik, ki so ga pripravili in strokovno obdelali celjski zobozdravstveni delavci. V občasniku so bili povzetki predavanj, opis dela zobozdravstvenih delavcev ter številne informacije o dejavnostih in delu članov.

Sledil je otvoritveni nagovor vodje zobozdravstvenih delavcev Celje dr. Nikole Potočnika, nastop učencev Glasbene šole Celje ter nagovor direktorja ZD Celje prim. mag. Braneta Mežnarja. Direktor je poudaril prizadevnost in pomen dejavnosti zobozdravnikov na Celjskem. V nadaljevanju svojega nagovora se je ozrl tudi na reformo v zdravstvu ter na mesto zobozdravstva, ki je po njegovem mnenju v podrejenem položaju. Opozoril je tudi na pomembnost sožitja med zdravniki in zobozdravniki s koncesijo ali brez nje v ZD Celje.

Po nagovoru direktorja ZD Celje je sledil uradni del srečanja s prispevkom, ki ga je predstavil dr. Nikola Lavrenčič, specialist ortodont. V prispevku se je osredotočil na težave, ki so povezane z diagnostiko, zelo pogoste ortodontske anomalije retiniranih trojk, načine ter uspehe zdravljenja. Na podlagi številnih primerov je ugotovil, da so rezultati zdravljenja retiniranih trojk uspešnejši s fiksnimi kot s snemnimi ortodontskimi aparati.

Naslednje predavanje, ki ga je predstavil g. Tomaž Fortuna, je bilo namenjeno rentgenskemu slikanju zob ter zanesljivosti rentgenskega slikanja v diagnostiki različnih sprememb, vezanih za zob in obzobna tkiva. Posebej je poudaril kriterije, na katere je treba biti pazljiv pri oceni kakovosti rentgenskih posnetkov čeljustnic, obzobnih anatomskih struktur in posameznih zob.

Po prispevkih, ki so bili vezani izrecno na področja dela zobozdravnikov, je sledilo predavanje gostujočega predavatelja prof.



Gorazda Lešničarja, dr. med. Naslov njegovega prispevka je bil »Pomen prionov v medicini in zobozdravstvu«. V prispevku je opredelil in definiral prione, ki zaradi svoje patogenosti povzročajo pri nekaterih domačih ter divjih živalih prionske bolezni, ki najpogosteje napadajo možgane in se vselej končajo s smrtjo. Skrbno je orisal najpogostejše oblike prionske bolezni, in sicer: Creutzfeld – Jakobovo bolezen (CJB), kuru, Gerstman – Straussler – Scheinkerjev sindrom (CSS) in smrtno družinsko bolezen, to je fatalno familiarno insomijo

(FFI). Podrobno je orisal bolezen, ki se kaže z značilnimi znaki: moteno delovanje živčevja, motnjo zaznavanja, pozabljivost, demenco, propad spoznavnih funkcij, negotovo hojo, tresenje udov in trupa. V prispevku je spregovoril o izredno dolgi inkubacijski dobi, nezadržni hitrosti napredovanja bolezni, ki se zagotovo konča s smrtjo.

Orisal je tudi načine prenosa CJB, ki se prenaša s presajenimi organi (roženica, trda možganska opna, izvlečki hormonov hipofize iz trupla) in s kontaminiranimi inštrumenti, ki so bili sterilizirani pri običajnih temperaturah.

V predavanju je poudaril nujno upoštevanje standardnih protokolov sterilizacije inštrumentov za večkratno uporabo.

Predavanje je končal s pozivom, da je pri delu z medicinskimi inštrumenti treba nujno upoštevati najstrožje higienske ukrepe.

Po izredno zanimivih predavanjih je sledil premor, ki so ga udeleženci srečanja izkoristili bodisi za kosilo, ogled dentalne razstave ali za



Udeleženca 11. delavnice iz endoskopske nevrokirurgije v Ghentu v Belgiji med vajo nevroendoskopije na fantomu



Del zobozdravstvene zbirke

ogled Muzeja novejše zgodovine. V muzeju smo si ogledali izredno zanimivo zbirko starih stomatoloških predmetov.

Nadaljevanje strokovnega srečanja se je začelo s svečano podelitvijo Schwabovih priznanj za leto 2004, ki so jih iz rok prim. Marte Škapin prejeli naslednji nagrajenci: Darja Horvat, Danijela Tominc Gorišek in Gorazd Lešničar.

Sledilo je predavanje prim. doc. dr. Danijela Žerdonerja »Odstranitev modrostnikov da ali ne«. Predavatelj je udeležencem srečanja na izredno zanimiv način predstavil problematiko neizraslih modrostnikov, številne indikacije – bodisi absolutne ali relativne – za odstranitev le-teh. Opozoril je na pomembnost skrbno načrtovanega kirurškega posega ter na nujnost pooperativne oskrbe.

Jože Pungeršek, dr. dent. med., je strokovni del srečanja nadaljeval s problematiko, ki je povezana z vse večjim številom endodontsko zdravljenih zob. V prispevku se je ozrl na etiologijo nastanka vertikalne frakture zoba, možnosti sodobne diagnostike in zdravljenja. Ilustrativno in številnimi diapozitivi je predstavil pomen preventivnih posegov, ki naj bi jih izvajali zdravniki pri endodontskemu in potem še pri protetičnem delu.

Kakšne so možnosti in kaj lahko pričakujemo pri delu z biostimulativnimi laserji v stomatologiji, je predstavil gostujoči predavatelj prof. dr. Matjaž Rode. V prispevku, ki je sledil, je orisal značilnosti in številne možnosti uporabe biostimulativnega laserja v stomatologiji. Rezultati in uspehi naj bi bili pri pravilni indikaciji, kljub kratkemu času spremljanja z biostimulativnimi laserji, zelo spodbudni.

Uradni del strokovnega srečanja je končala prim. Marta Škapin, in sicer s primerom iz prakse. Orisala je problematiko neonatalnih zob ter sodobne možnosti interdisciplinarnega pristopa pri zdravljenju.

Po zelo zanimivi razpravi, ki je sledila, je organizator zaključil strokovno srečanje z željo, da bi se tudi naslednje leto ponovno srečali, ter udeležence srečanja povabili na skupno večerjo s tradicionalnim plesom.

Po zelo zanimivi razpravi, ki je sledila, je organizator zaključil strokovno srečanje z željo, da bi se tudi naslednje leto ponovno srečali, ter udeležence srečanja povabili na skupno večerjo s tradicionalnim plesom.

Sklepne misli ◆

Strokovno srečanje, ki so ga organizirali zobozdravstveni delavci iz Celja, je izpolnil pričakovanja udeležencev. S skrbno načrtovanimi in izbranimi prispevki iz lastne kazuistike ter z domačimi predavatelji so celjski zobozdravstveni delavci udeležencem srečanja ponazorili rezultate in uspehe dela, ki so jih podkrepili z rezultati lastnih raziskav. Številna konkretna spoznanja, ki so nastala na podlagi natančnega in skrbnega dela cele skupine strokovnjakov so in bodo vsekakor nadaljnja vodila pri srečanjih in njihovih ohranitvah. ■

Zdravljenje hrbtenice

Ludvik Travnik

V srednjeveškem gradu Mokrice so se v času od 12. do 13. decembra 2003 zbrali hrbtenični ortopedi, kirurgi, nevrokirurgi in infektologi na 1. regionalnem srečanju strokovnjakov iz držav Južne in Vzhodne Evrope.

Udeležili so se ga kolegi iz Bolgarije, Grčije, Hrvaške, Madžarske, Makedonije, Romunije, Srbije in Črne gore ter Slovenije. Regionalno področje je specifično glede na razvitost hrbtenične kirurgije, ki je pomembno povezana

z gmotnimi zmoglostmi posameznih regij. Srečanje je bilo tematsko odprto za vsa področja hrbteničnih bolezni in poškodb.

Uvodni govor udeležencem srečanja sta imela gostitelj in iniciativni predsednik prim. Miro Gorenšek, dr. med., z Ortopedske klinike v Ljubljani in prof. dr. Zdeslav B. Milinković, dr.

med., iz ortopedске bolnišnice Banjica v Beogradu. Prim. Gorenšek je izrazil zadovoljstvo, da se sestanka udeležujejo hrbtenični kirurgi in ortopedi iz Jugovzhodne Evrope in držav nekdanje Jugoslavije.

V svojem uvodnem govoru je prim. Gorenšek povzel glavne skupne točke, ki so po-

membne pri zdravljenju boleznih hrbtenice:

- Možnosti zdravljenja hrbtencičnih težav je vedno večje.
- Zaradi staranja prebivalstva se spreminja patologija, saj ob skoraj nespremenjenem številu nesreč s poškodbami hrbtenice narašča število degenerativnih bolezni.
- Bolečine v križu, ki so najpogostejši vzrok odsotnosti z dela pri odraslih bolnikih, bodo tudi v prihodnosti predstavljale pomemben zdravstveni problem.
- Osteoporoza je pogosta diagnoza pri starejšem, predvsem ženskem prebivalstvu. Možnosti konzervativnega zdravljenja sta se pridružila minimalno invazivna posega perkutana vertebroplastika in kifoplastika.
- Pri operativnem zdravljenju se povečuje število minimalno invazivnih posegov v smislu discektomij in nukleotomij s sočasnimi nadomeščanjem izpraznjenega diska z vsadki. Narašča tudi število bolnikov s hrbtencično utesnitvijo. Indikacije za operativno zdravljenje in sočasno fiksacijo v ledvenem in vratnem delu hrbtenice se bodo razširile. Tudi ti posegi se bodo opravljali z minimalno invazivno tehniko s pomočjo endoskopije.
- V prihodnosti pričakujemo povečano število bolnikov z vnetji in metastazami v predelu hrbtenice, kjer bo potrebno kirurško zdravljenje. Prihodnost naprednega kirurškega zdravljenja je v minimalno invazivnih posegih endoskopskega tipa, kot so torakoskopske in laparaskopske operacije.
- Upamo, da ne bo naraščalo število bolnikov z rakavimi boleznimi. Prav gotovo pa bo naraščalo število bolnikov, ki bodo z rakom preživeli daljše obdobje življenja. Tudi njim bo treba z ortopedskimi posegi omogočiti kakovosten preostanek življenja.
- Področje raziskovanja hrbtencičnih bolezni

in poškodb je večdisciplinarno. Čeprav družba in posamezniki načelno podpirajo razvoj, je težko slediti novim pogledom in oblikam zdravljenja, ki se razvijajo v drugih delih Evrope in sveta.

- Industrija, ki izdeluje ortopedske vsadke, je v silnem razmahu. Vsak dan prihajajo na trg novi, ki omogočajo lažje delo in boljši uspeh zdravljenja. Izbira pravih vsadkov, pri katerih ugoden učinek zdravljenja opravičuje ceno, bi morala biti domena strokovnih srečanj, kot je to.
- Bolniki se zavedajo, da je z različnimi ortopedskimi operacijami mogoče izboljšati kakovost življenja tudi v starosti, zato narašča število operativnih posegov v tem obdobju.

Na srečanju smo obravnavali vse naštetje teme. Pokazala se je potreba, da se organiziramo v združenje, ki naj pomaga izdelati smernice za stopenjsko diagnostiko in zdravljenje na osnovni, sekundarni in terciarni ravni. Glede na izkušnje posameznih regijskih centrov za hrbtencične bolezni bi lažje izdelali kriterije ne samo za zdravljenje, ampak tudi za diagnostiko posameznih stanj. Natančno izdelani protokoli naj v bodoče vodijo vrsto in zaporedje preiskav, ki so potrebne pri hrbtencičnih bolnikih.

Obstoj posameznih nacionalnih centrov za zdravljenje bolezni hrbtenic je tudi možnost za stalno izobraževanje mlajših kolegov, izmenjavo operaterjev in organizacijo učnih delavnic. V prihodnosti bi to lahko bila osnova za mednarodno verifikacijo usposobljenosti za hrbtencično kirurgijo.

Srečanje na gradu Mokrice je bilo razdeljeno na več tematskih delov. Uvodna predavanja so splošno pojasnila posamezni tematski sklop. Udeleženci so nato predstavili svoje izkušnje in razmišljanja o posameznem problemu.

V sklopu deformacije hrbtenice so bili prikazani in analizirani operativni postopki pri zdravljenju skolioz. Predstavljene so bile

izkušnje s posameznimi vgradnimi sistemi za korekcijo iz stabilizacijo hrbtencičnih krivin. Predstavljena je bila tudi tehnika korekcije deformacije hrbtenice pri Behterjevi bolezni z osteotomijo vretenc.

V sklopu poškodbe hrbtenice so bili prikazani operativni postopki in rezultati s sprednjimi in zadnjimi pristopi in ustreznimi fiksacijami.

Degenerativne spremembe vratne in ledvene hrbtenice predstavljajo najštevilnejšo skupino bolezni. Uveljavlja se nov pojem, to je degenerativna bolezen medvretenčne ploščice. Operativni postopki so različni: sistem zatrditve vretenc ali nadomeščanje prizadetega diska z umetno medvretenčno ploščico.

Tumorji hrbtenice vključujejo redkeje osnovne tumorje in pogoste metastatske tumorje v vretencih. Kirurgija obeh skupin tumorjev je najzahtevnejša oblika hrbtencične kirurgije. Vnetja v predelu hrbtenice so posebna skupina bolezni. Pri zdravljenju se uporabljajo načela infektološke in ortopedske doktrine.

Spinalni monitoring je pomembna pomoč nevrofiziologov, s katerim se zmanjša možnost za nastanek iatrogenih poškodb živčnega tkiva med operacijo.

Ob zaključku so udeleženci izbrali mesto naslednjega srečanja, ki bo organizirano vsaki dve leti. Kandidirala so tri mesta: Budimpešta, Beograd in Sofija. Večina udeležencev je podprla povabilo prof. dr. Varge (Hungarian National Institute for Spine Disorders), da bo naslednje srečanje v Budimpešti.

Grad Mokrice je preurejen v hotel s stilno opremljenimi sobami in apartmaji. Akustične dvorane so primerne za strokovna srečanja skupin do 30 udeležencev. Grajska restavracija nudi dobro gastronomsko ponudbo.

Srečanje je omogočilo mednarodno podjetje DePuy Spine s pokrovitelji: Johnson&Johnson S. E., DePuy, Ethicon, Impakta, Trevis-Srl. ■



“Zdravnik naj bo dober človek”

Polonca Steinmann

Te besede prof. dr. Janeza Milčinskega so se prepletale v prispevkih 31-ih predavateljev na dvodnevem srečanju v prostorih Medicinske fakultete v Ljubljani. 13. spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega in 34. memorialni sestanek Janeza Plečnika sta potekala sočasno tokrat pod organizacijo Inštituta za sodno medicino in deontologijo iz Ljubljane na temo z naslovom Profesionalna etika pri delu z ljudmi. Pokroviteljica sta bila dekan Medicinske fakultete, prof. dr. Miha Žargi, in predsednik Slovenske akademije znanosti in umetnosti, akademik prof. dr. Boštjan Žekš.

Na slavnostni otvoritvi je pevski zbor študentov medicine Cor zapel slovensko himno, Prešernovo Zdravljico. Srečanje so pozdravili predstojnik Inštituta za sodno medicino, prof. dr. Jože Balažič, dekan Medicinske fakultete, prof. dr. Miha Žargi, predsednik Akademije znanosti in umetnosti, akademik prof. dr. Boštjan Žekš, namestnik ministra za zdravje, dr. Dorijan Marušič, častni predsednik memorialnih sestankov profesorja Janeza Plečnika, akademik prof. dr. Dušan Ferluga, predsednik Slovenskega zdravniškega društva, prof. dr. Pavel Poredoš in predsednik Zdravniške zbornice Slovenije, asist. mag. Marko Bitenc.

Srečanja se je udeležilo 300 slušateljev zdravnikov, pravnikov, zdravstvenih delavcev in drugih delavcev, ki se vsakodnevno soočajo z naslovno temo. Prvi dan je bil posvečen 10. obletnici smrti akademika Janeza Milčinskega. Uvodno predavanje je imel akademik in predsednik SAZU, France Bernik. Spominjal se je veličine človeka in poudaril njegov velik in zelo ugoden vpliv na pozitivne spremembe v organizaciji in delovanju Slovenske akademije znanosti in umetnosti, katerega predsednik je bil 16 let. Poudarjal je sprostitev ustvarjalnosti predvsem kot naravno in kulturno dediščino slovenskega naroda. Naslednji govorec, prof. dr. Jože Balažič, je govoril o Janezu Milčinskem kot o zdravniku in sodnemu medicincu. Tudi prof. Janez je poiskal za svoja razmišljanja in pisanja mir, ki ga je našel med drugim tudi v Begunjah. Prof. dr. Anton Dolenc pa je razmišljal o ljubljanski deontološki šoli.

Predstojnik Inštituta za sodno medicino, prof. dr. Jože Balažič, je na izredno subtilen način predstavil lik našega profesorja Janeza



Milčinskega. Profesor Janez nam je na že zgodovinskem filmskem zapisu pripovedoval, kakšen naj bo lik slovenskega zdravnika: dober zdravnik je pošten zdravnik. Mislim, da smo vsi, ki smo ga osebno poznali - svojci, sodelavci, študentje, prijatelji - jokali nad izredno plemenitostjo in čvrstostjo duha velikega človeka in zdravnika.

Etika, morala in deontologija so bile strokovne teme. Govorci so se dotaknili številnih razmišljanj in vprašanj na to tematiko. Od tega, kako je slovenski zdravnik zelo osveščen in previden pri etičnih in moralnih razmišljanjih ter dejanjih. Razmišlja naj tudi o spremembah v OZN in upoštevajo naj se evropski kodeksi zdravniškega poklica. Razmišljanja so zadevala tudi veliko odgovornost učiteljev Medicinske fakultete, ki naj bi upoštevali lik bodočega zdravnika tudi z ravni čustvene in duhovne inteligence, ne le s pogleda razuma. Upoštevanje etike skupinskega dela in tudi stikov z javnostjo. Prav tako je potrebno upoštevati bolnikovo privolitve na medicinski poseg v njegovem življenju ali celo po smrti (transplantacija organov, telo v učne namene), o bolnikovi želji po vrsti in načinu zdravljenja, njegovo privolitve za medicinsko raziskovanje, ali smrti - o dolžini oživljanja, pa o zaupnosti podatkov in dokumentih v zdravstvu. Potrebno je razmišljati tudi o etiki zdravstvene reforme, preventive, biomedicinskega raziskovanja, umetne oploditve in o zaščiti matičnih celic, genoma pred zlorabami. Ustvarjalnost v znanosti naj upošteva etične, moralne in človeške dimenzije znanosti. Vsak človek je odgovoren za svoja dejanja.

Prav tako naj ravnajo človeško sodniki in pravniki na svojih delovnih mestih. Razmišljati je potrebno tudi o etiki farmacevtske industrije.

Vprašanja, ki se nam zdravnikom, pravnikom porajajo pri vsakodnevnem delu, so večinoma etičnega, moralnega ali pravnega značaja. Vse to in še kaj naj bi doprineslo k trdnosti našega zdravstvenega sistema.

V Slovarju tujk,
Cankarjeva založba
2002, beremo sledeče
razlage:

Etika, iz gr. *ethikos* - nprav, običaj

1. a) /ki obravnava načela pravilnega, dobrega, moralnega delovanja
- b) /sistem načel o npravnih dolžnostih ljudi - do družine, bližnjega, do družbe
2. a) /moralna načela, norme ravnanja v določenem poklicu
- b) /etičnost, npravnost, npravstvenost, moralnost

Univerzalen, iz lat. *universalis* -

1. splošen, obči, vseobsežen, vesoljen (duh)
- a) genij - kdor kaže izredne vsestranske zmožnosti na vseh in mnogih področjih
- b) neomejen
2. vsestranski, primeren ali uporaben za vse
3. ki se nanaša na vse objekte, ki se obravnavajo v problemu

Morala, iz lat. *moralis*

1. npravnost, skupek norm o npravnih dolžnostih ljudi do družbe, družine in do sočloveka
 2. moralni nauk ali pouk
 3. duh, zavest, psihična pripravljenost, zavzetost koga za izvršitev določenega dejanja, dosego določenega cilja
- Deontologija, iz gr. *deontos* - kar je treba predpisi, ki urejajo npravne dolžnosti določenega stanu, poklica.

Skozi stoletij raziskovanja človeka postaja vse bolj očitna človeška neznatnost v primerjavi z neizmernostjo vesolja. Le individualno enkratnost posameznega človeka lahko postavimo nasproti neizmernosti vesolja. Posa-

meznikova skrb za njegovo lastno enkratnost je vrhovna etična zapoved. Iz skrbi za lastno enkratnost pa izhaja tudi skrb za drugega človeka in se mu jo priznava kot enako enkratnost kot za samega sebe.

Etika se začne šele z individualnim dejanjem, ki se predpisom in zakonom v družbi ne pokorava, temveč jih presega (J. Makarovič).

Etično doživljanje in vedenje Slovencev se je razvijalo skozi stoletja. Oznaka poštenjak je najvišja in najbolj zaželena osebnostna značilnost slovenskega človeka (A. Trstenjak).

Celostno gledanje na človeka, izvirnost človeške zmožnosti svobode in odgovornosti za smiselno ravnanje v določeni situaciji, so dobra psihološka osnova za razumevanje in utemeljevanje etičnega ravnanja (E. Frankl).

Vemo, da je doživljanje človeških vrednot, pa tudi skrb in trud zanje še vedno smisel življenja. Skozi stoletja so se človeške vrednote postopoma razblinjale in danes, na (slika 1) prelomnici tretjega tisočletja, govorimo o krizi vrednot. Hkrati je s krizo vrednot nastala tudi kriza etike in morale. Vsak človek je ob rojstvu postavljen na reko življenja. Ko se rodiš, te dajo v košarico in pljuješ v njej. V naročje pa ob rojstvu dobiš veliko »culico«. V njej ima zdravnik, pravnik ali drug delavec, ki dela na ravni socialnega ali pedagoškega dela številne spomine iz preteklosti. Ta »culica«, ta paket spominov je v nas samih. Spomini so na kromosomih kot dedni zapisi. Številni spomini se nanašajo na miselne vzorce tvoje družine in številnih preteklih družin, tekom stoletij in tisočletij pa smo dobili tudi številne druge spomine. Ko pride človek v situacijo pomagati

sočloveku, mu nesebično in brezpogojno rad pomaga. Vsi vemo, da včasih nekdo ne more nadaljevati študija medicine, ker se boji videti kri. Ena od zelo možnih razlag je, da ima v »culici« nek boleč spomin iz preteklosti, ki bi ga moral v tem življenju ozavestiti, a se boji in zdravnik se odloči za drugo stroko. Večkrat slišimo, da zdravnik, pravnik itd. ne verjame bolniku, klientu. Tudi to izhaja iz njegove lastne negotovosti, iz nekega spomina. Ali pa da se nekdo izživlja nad bolnikom, klientom na način psihične ali druge zlorabe. To si lahko razlagamo z nekim nujnim odnosom iz preteklosti, ki ni bil najboljši. Oba imata spomine v »culici« in še številne druge primere bi lahko našli.

Menim, da je etičen, moralen, človeški odnos tudi zapisan v »culici«. Pozitivna družinska naravnost tekom stoletij in zdrava družina je temelj za izvajanje in razumevanje teh vrednot danes. Slovenija je bila leta in stoletja zatirana, bili smo hlapci in tlačani, zato negativni spomini izvirajo tudi iz naše preteklosti.

Ne smemo pozabiti, da v odnosu zdravnik - bolnik, včasih tudi bolnik pomaga razumeti zdravniku neko življenjsko situacijo. Oba imata svoje življenjske in etične izkušnje.

Ta pomoč, vzajemno sodelovanje ali razumevanje življenja, se dogaja lahko v številnih poklicih, kjer sta dva udeleženca. Bistvo družinskega zdravnika, zdravnika druge specializacije ali nekega terapevta je, da pomaga bolniku oziroma klientu najti nove poti v doživljanju in uresničevanju človeške vzajemnosti (B. Stritih).

Tekom stoletij in tisočletij so zapisali za

zdravnike številne prisege, izreke, konvencije, od katerih so najbolj znana Hipokratova prisega (že stoletja pr. n. št.).

Vsi govorniki so bili enkratni in so vsak s svojega strokovnega in življenjskega pogleda prikazali razmišljanje o zgoraj navedenih temah. Svoje misli so nekateri podkrepili z lepo mislijo, pregovorom, pesmico ali pravljico. Kodeksi etike naj vsebujejo multidisciplinaren pristop. Vsi so bili mnenja, da bi brez etike človeštvo težko preživelo! Vsakdo pričakuje od zdravnika človekoljubnost, požrtvovalnost, prijaznost.

Zaključek srečanja je popestril 34. koncert zdravnikov v veliki dvorani Slovenske filharmonije v Ljubljani s podelitvijo spominskih diplom profesorja Janeza Plečnika petim študentom medicine za najboljši študijski uspeh pri predmetih anatomija, histologija z embriologijo in patologija, doc. dr. Matej Bračko pa je dobil priznanje profesorja Janeza Hribarja.

V zadnjih letih je vedno bolj sporno biomedicinsko raziskovanje s spolnimi ali drugimi celicami, umetna oploditev ali transplantacije organov. Razmišljati moramo, kaj se dogaja na ravni preteklih spominov v teh celicah in tkivih - celična zavest - in nenazadnje na ravni duše vsakega človeka. Individualnost, enkratnost in neponovljivost vsakega človeka je potrebno spoštovati. Za mnoge preiskave in metode zdravljenja je in bo v prihodnje potrebno še bolj natančno doreči privolitve bolnika, njegovih svojcev ali skrbnikov (otroci do 15 let, starejša skupina prebivalcev, kakršnakoli psihična prizadetost ali omejenost, prištevnost). ■

Novosti v shizofreniji

Poročilo iz mednarodnega simpozija o shizofreniji v Davosu

Blanka Kores Plesničar

V Davosu je od 7. do 13. februarja potekal že dvanajsti mednarodni simpozij o shizofreniji, ki je vsaki dve leti in privabi največje svetovne raziskovalce shizofrenije. Leta 1981 sta prof. Tim Crow in prof. Steven Hirsch, dva izjemna

raziskovalca duševnih motenj, zbrala manjšo skupino strokovnjakov v tem prelepem delu Švice. Kot so se širila spoznanja o shizofreniji, se je večalo tudi število udeležencev. Kmalu po prvem srečanju je bila ustanovljena tudi pomembna psihiatrična revija Schizophrenia Research, ki je nekakšen otrok tega srečanja.

Področje raziskovanja v psihiatriji, ki je v sedanjem času nedvomno stopilo v ospredje in nas navdaja z velikim vznemirjenjem, je zgodnja prepoznavna, napoved in zdravljenje shizofrenije, še preden se ta izrazi v polni psihotični sliki s svojimi socialnimi in kroničnimi posledicami (ED - Early Detection).

Kdaj in kako se naj prične zdravljenje teh zgodnjih simptomov, je vprašanje, na katerega pa simpozij ni dal dokončnih odgovorov, saj se je polovica udeležencev izrazila za, druga polovica pa proti takojšnjemu zdravljenju subklinične psihoze. Prevladal je dogovor, da je potrebno takšne osebe natančno spremljati in v primeru pojava dodatnih simptomov terapevtsko intervenirati. Fenomenu halucinacij in blodenj raziskovalci v zadnjih letih niso namenjali veliko pozornosti, zato so spoznanja o visoki incidenci teh simptomov v splošnem nekliničnem prebivalstvu toliko bolj osupljiva. V vzorcu 7.000 oseb, starih od 18 do 65 let, so pri dveh odstotkih ugotavljali subklinične psihotične simptome, kot so blodnje in halucinacije. Po treh letih pa je imelo klinično sliko shizofrenije le 0,02 odstotka teh oseb. Incidenca subklinične psihoze je torej stokrat višja, kot je incidenca razvite klinične slike. Kateri so tisti posamezniki, ki bodo v svojem življenju prešli v shizofrenijo, pa ne moremo napovedati z zanesljivostjo. Prav tako še ni jasno ali so subklinični simptomi tvegani dejavnik za kasnejši razvoj shizofrenije. Pojavu zgodnje zaznave shizofrenije (ED) bo v prihodnosti gotovo namenjenih še veliko raziskav, ki bodo vodile v natančnejše smernice glede zdravljenja.

Vse več je tudi podatkov, da je nasilno vedenje pogosta značilnost shizofrenije. Zgodnji nasilni dogodki so lahko prodromalni simptomi ali pa zgodnje manifestacije shizofrenije. Tisti bolniki s shizofrenijo, ki so storili nasilna dejanja, pa imajo pogosto pomanjkanje uvida v bolezen, ki lahko vključuje tudi prepoznavanje zavedanja legalnih posledic takšnih dejanj. Raziskovalci so v obsežni švedski študiji pri 2.005 osebah, ki so bile obsojene zaradi umora ali poskusa umora v letih 1988 do 2001, pri 1.625 postavili različne psihiatrične diagnoze, ena od petih oseb pa je imela psihotično motnjo. Pozornost pa se usmerja tudi v obraten problem, to je problem viktimizacije psihiatričnih bolnikov s strani posameznikov, skupin in družbe.

Ne glede na to, da dednost še vedno pred-

stavlja najbolj izražen tvegani dejavnik za shizofrenijo, narava genetskega prenosa še vedno ni znana, prav tako tudi ne povezava s tveganim fenotipom. Tveganje monozigotnega so-dvojčka tistega s shizofrenijo je v povprečju od 40 do 50 odstotkov. Kromosomi 6, 8, 12 in 13 ter različni proteini (npr. neuregulin) in različni polimorfizmi so sicer v ospredju raziskav, vendar so avtorji prikazali medsebojno popolnoma različne rezultate, tudi izključujoče. Tvegani fenotip tudi ni kategorično definiran kot skupek kliničnih simptomov, temveč bolj kot biološka manifestacija, ki vodi do teh simptomov.

Poleg genov so v razvoju shizofrenije pomembni tudi drugi dejavniki tveganja. Med njimi je raba ter zloraba kanabisa in alkohola vse pomembnejša. Nekateri menijo, da je lahko združena z nastopom zgodnjih simptomov shizofrenije. Problem je tudi v tem, da številni bolniki izjavljajo, da jim kanabis omogoča boljše zadržano pozornost. Mladostniki s predhodno prisotno občutljivost za psihozo naj bi pogosteje razvili simptome, če živijo v urbanem okolju. Visoka stopnja depresivnih simptomov v obdobju pred razvojem psihoze in njihov porast ali upad v psihotični epizodi podpirajo hipotezo, da je lahko depresija izraz zgodnje stopnje enakih nevrobioloških procesov, ki kasneje vodijo v psihozo.

V pogledih na nevrobiologijo in etiologijo shizofrenije obstajajo razlike tudi med glavnima organizatorjema simpozija. Prof. Crow je podpornik hipoteze o asimetričnih možganskih poteh, ki tvorijo jezikovno funkcioniranje, na katero značilno vplivajo genetski dejavniki. V glavnem sta to protokadherin x in y, ki se pojavljata kot pomembna dejavnika v evoluciji spolnega dimorfizma možganske asimetrije. Prof. Hirsch se s tem ne strinja in podpira hipotezo o deficitarnih NMDA receptorjih - glutamatno hipotezo in idejo o mismatch negativnosti (MMN-Mismatch Negativity), ki je morda elektrofiziološki marker za shizofrenijo. MMN je elektrofiziološka mera avtomatske zaznave slušnih sprememb oziroma deviacije znotraj zaporedja ponavljajočih

se slušnih dražljajev. MMN bi naj odražala kratkotrajni senzorni spomin in je neodvisna od višje ravni kognitivnih procesov. Manjša MMN pri bolnikih s shizofrenijo lahko odraža moteno frontalno dejavnost. Disfunkcije NMDA receptorjev bi naj vodile v moteno enkodiranje informacij. Prof. Hirsch meni, da obstaja povezava med MMN in za shizofrenijo značilnim kognitivnim upadom, vendar ne kot značilnost shizofrenije ali kognitivnih disfunkcij samih po sebi. Različne hipoteze se nekako združujejo v skupno ugotovitev njihovih protagonistov - tisto, kar je znanstveno in statistično pomembno, ni vedno klinično pomembno.

Sodobni slikovni prikazi osrednjega živčevja v svoji tehnologiji izjemno napredujejo, kljub temu pa nekatere ugotovitve, kot na primer da strukturalne možganske spremembe niso statične in se lahko pojavijo ter spremenijo že zelo zgodaj v življenju, da se verbalne zmožnosti bolnikov lahko s časom slabšajo, da vsi bolniki nimajo vseh sprememb, da podatki raziskav niso konsistentni, vodijo v zaključek, da ne vemo, zakaj, kako in kdaj se strukturalne spremembe pojavljajo in kakšen je njihov klinični pomen.

Največje spremembe v spoznanjih o shizofreniji v zadnjih 21-ih letih niso bile samo akademske narave. Glavni organizatorji srečanja so spregovorili tudi o pomenu doprinosu farmacevtske industrije, za katerega menijo, da je nedvomno vplival na dobrobit in kakovost življenja bolnikov s shizofrenijo.

Tradicionalni simpozij o shizofreniji v Davosu v mogočem obogati znanje na področju shizofrenije, omogoča dejavno sodelovanje, razprave in neformalna srečanja ter razmišljanja o shizofreniji. Ker je urnik srečanja takšen, da je večina predavanj zgodaj zjutraj in pozno popoldan ter do pozne noči tudi ni »špricanj« predavanj, saj imajo smučarji dovolj časa za obisk prečudovitih smučišč. Res je, še na nobenem kongresu nisem videla tako rednih obiskovalcev in stalno polne dvorane tudi ob enajstih ponoči. Udeležbo na srečanju je omogočilo podjetje Eli Lilly. ■



Varno predpisovanje in uživanje zdravil, ki lahko povzročajo zasvojenost

Irena Rahne Otorepec

Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola Psihiatrične klinike Ljubljana je tokrat že drugič organizirala konferenco z delovnim naslovom Varno predpisovanje in uživanje zdravil, ki lahko povzročajo zasvojenost. Kot je že v vabilu poudarila asist. dr. Maja Rus Makovec, dr. med., je obravnava te aktualne teme zelo pomembna, da bomo za zdravljenje in lajšanje trpljenja psihosomatskih težav predpisovali in uživali zdravila, ki bi nam predvsem koristila. Program srečanja je bil zasnovan interdisciplinarno. Namenjen je bil ne samo zdravstvenim delavcem s področja psihiatrije, splošne oziroma družinske medicine in profesionalne medicine, ki delujejo na področju boleznih odvisnosti od psihoaktivnih snovi, ampak tudi kolegicam in kolegom z drugih področij, ki jih zanima ta tematika. Konferenca je potekala v prostorih predavalnice Enote za zdravljenje odvisnih od alkohola na Poljanskem nasipu 58.

Obsegala je tri tematske sklope predavanj. V prvem je najprej spregovoril asist. prim. Martin Možina, dr. med., (Center za zastrupitve KC v Ljubljani) o zelo aktualni in pogosto prezrti temi »Odgovornost zdravnika pri odkrivanju in zdravljenju neželenih učinkov zdravil«. Pomembni so zlasti resni NUZ (smrt, neposredna življenjska ogroženost, zdravljenje v bolnišnici, hude in trajne posledice, kongenitalne napake). Drugi pomembni NUZ so: potrebno aktivno zdravljenje, prekinitve zdravljenja, odvisnost, neželeni učinki novih zdravil. Zakonodaja določa, da se mora o NUZ poročati pooblaščen inštituciji (Center za farmakovigilanco KC). To stori proizvajalec zdravila, zdravnik oziroma zobozdravnik, farmacevt. Farmakovigilanca je sistem spremljanja NUZ registriranih zdravil (odkrivanje, poročanje, analiza, preprečevanje in ocena tveganja). NUZ se pojavljajo pri enem do 30 odstotkov bolnikov, predstavljajo pet odstotkov sprejemov v bolnišnice, smrtnost je 0,3 odstotke. V Sloveniji je 300.000 pacientov, ki so zdravljeni v bolnišnici zaradi NUZ. Predstavljeni so bili tudi rezultati tujih študij. NUZ pomembno zvišujejo zboleznost, mortaliteto in stroške. Od 25 do 35 odstotkov NUZ je možno preprečiti ali vsaj omiliti s pravilnim in pravočasnim ukrepanjem. Dr. Možina je

opozoril na obrazec za poročanje o vseh NUZ (zlasti resnih in nepričakovanih). Obrazec naj bi se pošiljal redno v 15-ih dneh po odkritju NUZ. Ob koncu je poudaril, da je poročanje o resnih NUZ strokovna, moralna in zakonska obveza vsakega zdravnika do bolnika, ustanove medicine in družbe.

Asist. dr. Leja Dolenc Grošelj, dr. med., (Inštitut za nevrofiziologijo Kliničnega oddelka za nevrologijo KC Ljubljana) je zelo temeljito predstavila »Odvisnost od uspaval«. Začela je z opredelitvijo nespečnosti, ki jo delimo na kratkotrajno, prehodno (10 do 26 odstotkov ljudi) ter kronično – več kot tri tedne (od sedem do 20 odstotkov ljudi). Prevalenca narašča s starostjo. Po obliki ločimo: nespečnost uspanja (nepravilna higiena spanja, anksioznost, sindrom nemirnih nog), številna nočna prebujanja (kronična bolečina, refluks, nikturija, periodični gibi nog v spanju, sindrom obstruktivne apnoe) in zgodnje jutranje prebujanje (Parkinsonova bolezen, depresija). Zdravljenje nespečnosti mora biti vedno etiološko, saj simptomatsko neizbežno vodi v odvisnost. Uspavala delimo na benzodiazepine (BZD) in nebenzodiazepine. Slednji so bolj selektivni in manj spremenijo organizacijo spanja. Spomnila nas je tudi na razpolovne čase obstoječih uspaval. Dolgotrajno zdravljenje z uspavali vodi v večanje tolerance in porušenje arhitekture spanja. Vsi hipnotiki po šestih mesecih nepretrganega dajanja nimajo nobenega učinka več! Ob ukinitvi BZD hipnotika (če terapija dlje kot tri mesece) se pojavi posledična nespečnost in še druge abstinenčne težave (razdražljivost, psihomotorni nemir, motnje spomina, vertigo, ataksija itd.). Pri nebenzodiazepih hipnotikih je abstinenčnih težav manj, so pa v literaturi opisani tudi epileptični napadi (zolpidem - pet let jemanja). Priporočeno zdravljenje z uspavali je do treh tednov! Ob koncu je opozorila, da naj bo odvajanje od uspaval individualno, zelo počasno, zmanjševanje odmerka na četrtno vsakih deset dni, ukinjamo samo eno uspavalo hkrati. Asist. mag. Marjan Zaletel, dr. med., (Klinični oddelek za nevrologijo KC Ljubljana, je govoril o za marsikoga povsem novi bolezenski entiteti: Glavobol ob preko-

mernem uživanju analgetikov (GZA). Pojavi se zaradi prekomernega jemanja analgetikov, med katere prištevamo nespecifične analgetike tj. nesteroidne analgetike, opioide in specifične analgetike za zdravljenje migrene tj. ergotaminske preparate, triptane. GZA sodi v sindrom dnevnega glavobola. Pomembno za nastanek GZA je, da bolniki analgetike jemljejo redno in prekomerno. Klasifikacijski sistem mednarodnega združenja za glavobole (IHS) opredeljuje tudi diagnostične kriterije za GZA za posamezno vrsto jemanja analgetikov. Klinično je za GZA značilen dnevni glavobol s predvidljivim pojavljanjem. GZA se najpogosteje pojavlja pri bolnikih z osnovnim glavobolom, ki razvijejo toleranco za analgetik in imajo po prekinitvi jemanja odtegnitvene simptome. Prevalenca in incidenca GZA nista znani, prav tako ni jasna patofiziologija. Najpomembnejši ukrep pri zdravljenju je ukinitve analgetika, po ukinitvi zdravimo le hude glavobole (z dihidroergotaminom ali nesteroidni analgetiki – npr. naproksenom), preventivno zdravilo je lahko amitriptilin. Za dolgoročni uspeh zdravljenja je pomembno izobraževanje bolnikov in programi, ki vključujejo farmakološke, prehranske in vedenjske ukrepe.

Drugi sklop predavanj je začela Zlatka Kralj, dr. med., (zasebna ordinacija, Ljubljana), ki je preko pogostih zahtev bolnikov, »samo recept prosim!«, opozorila, da je zdravilo vse tisto, preden smo napisali recept, pa tudi, kako smo zdravilo predstavili. Na bolnikova pričakovanja seveda vplivajo tudi pričakovanja zdravnikov. Za uspešno zdravljenje je potreben celostni pristop, na katerega pa splošni zdravnik ni vedno dobro pripravljen. Opozorila je na pomen zaupnega odnosa med bolnikom in lečečim zdravnikom in potrebo po psihološkem znanju. Tudi zdravnik je v vlogi »zdravila«, ki ima svoje učinke, stranske učinke, indikacije, kontraindikacije, interakcije. Ne smemo pozabiti, da ima v terapevtskem odnosu odgovornost za zdravljenje tudi bolnik. V pomoč zdravstvenim delavcem pri delu z bolniki so redne supervizije in Balintove skupine.

Prim. Vilibald Vengust, dr. med., (Oddelek za ortopedijo in športne poškodbe SB Celje) je

predstavil »Alternativne možnosti zdravljenja vertebrogene bolečine«. Ta bolečina se pri najmanj 80-ih odstotkih ljudi pojavi vsaj enkrat v življenju ter povzroča veliko absentizma, staležev in vsaj tretjino vseh upokožitev gre na račun obolenj hrbtenice. Opozoril je na ustrezno obravnavo akutne bolečine v hrbtenici kot tudi na kronične in vzročne dejavnike pri obeh. Zdravljenje akutne bolečine zahteva mirovanje od dveh do treh dni, analgetik in termoterapijo (kriomasaža). Neustrezna je vsakodnevna parenteralna analgezija v kombinaciji z anksiolitikom, opuščanje rehabilitacije in takojšnja napotitev na specialistične preiskave. Taka bolečina se običajno sanira v času od enega do šestih tednov. Pri kronični vertebrogeni bolečini moramo poleg endogenih vzrokov (npr. degenerativnih sprememb) upoštevati tudi eksogene (delovno okolje, ergonomijo delovnega mesta, odškodninske tendence). Poleg standardnih terapevtskih ukrepov, ki so bodisi konzervativni (zdravila, fizioterapija, blokadi itd.) ali operativni, pogosto pozabljamo na možnost hrbtenične šole, ki delno obstaja tudi pri nas. Na koncu je spregovoril še o tistih bolezenskih stanjih, ko je uvedba opioidnih analgetikov smiselna (npr. progredientne generalizirane degenerativne spremembe na hrbtenici, spinalna stenoza, ki je ni mogoče operativno sanirati, metastaze) vendar mora biti vedno multidisciplinarna. Obstajajo pa določene kategorije bolnikov, ko je dolgoročna opioidna analgezija kontraindicirana (nejasna etiologija, vzrok neustrezna ergonomija delovnega mesta, odvisniki itd.)

Marinka Odlazek, dipl. med. ses., (Enota za zdravljenje odvisnih od alkohola - EZOA PK Ljubljana) je predstavila različne vloge medicinske sestre v bolnišničnem zdravljenju, ki je skupinska terapevtka, članica skupine, izvajalka medicinskih posegov, terapevtka v klubih zdravljencev, dežurna medicinska sestra. Vključena je v izvajanje suportivnih psihoterapevtskih intervenc (sprostitvene

tehnike, vodenje, sugestija itd.) z namenom zmanjšati bolnikovo izolacijo, nuditi pomoč pri izražanju čustev, zapolnitvi bolnikovega časa. Sodeluje tudi pri vedenjsko kognitivnih intervencah (analiza bolnikovega vedenja in načina razmišljanja, učenje prepoznavanja in obvladovanja stiske).

Tretji sklop predavanj je bil "psihiatrični". Irma Kuhar, dr. med., (Enota za adolescentno psihijatrijo PK Ljubljana) je govorila o varnem predpisovanju psihotropnih zdravil v adolescenci, ki je specifično življenjsko obdobje s telesnimi, hormonskimi spremembami, labilno odzivnostjo avtonomnega živčevja in psihološkimi nalogami (izoblikovanje odnosa do avtoritete, vrstnikov, dela, spolne vloge, identitete). Določene razvojne značilnosti (občutki praznine, nezadovoljstvo, neustrezni načini pomiritve) lahko vplivajo na večjo nevarnost zlorabe zdravil. V tem obdobju ima 15 odstotkov mladostnikov psihične težave, ki so pogosto neprepoznane in nezdravljene. Pri predpisovanju zdravil moramo biti še posebej previdni, da postavimo pravo indikacijo in določimo trajanje zdravljenja z zavedanjem, da so farmakokinetične lastnosti zdravil drugačne (večja glomerularna filtracija, manj maščobnega tkiva, hitrejša jetrna presnova). Zavedati se moramo, koliko zdravil predpišemo, da ne povzročimo predoziranja. Zaskrbljujoči so rezultati slovenske ankete v letu 1995/96, saj je 10,4 odstotkov srednješolcev že jemalo pomirjevala, od tega 35 odstotkov po zdravnikovem navodilu, 37 odstotkov po lastni presoji, 11,5 odstotkom so jih dali starši.

Asist. mag. Aleš Kogoj, dr. med., (Enota za gerontopsihijatrijo PK Ljubljana) je predstavil varno uporabo psihotropnih zdravil pri starejših, pri katerih je manjša absorpcija zdravil, manjša vezava na albumine in zato večje nihanje koncentracije zdravila ter večji delež maščevja, kar poveča volumen razporeditve. Podaljšani so tudi razpolovni časi benzodiazepinov.

Slednji lahko povzročijo anterogradno amnezijo in tudi toleranco za sedativne učinke. Predpisovanje naj sledi smernicam: majhni začetni odmerki, počasno večanje odmerka, preverjanje, režim doziranja in pozornost glede števila vseh zdravil. Ta zdravila pri starejših lahko povzročijo akutno intoksikacijo (načrtno ali nenačrtno) in odvisnost (na novo, ali nadaljevanje že prisotne).

Na koncu je mag. Mirjana Radovanović, dr. med., (EZOA PK Ljubljana) izpostavila še problematiko zdravstvenih delavcev in odvisnosti od benzodiazepinov. Najprej je predstavila kratek pregled obravnavanih za obdobje od 2001 do 2003 na EZOA, bodisi kot bolniki ali svojci. V pregledu tuje literature je malo metodološko čistih študij. Tudi v bazi MEDLINE ni novejših člankov. Predstavila je podatke iz ZDA, kjer so izpostavljeni zlorabi zlasti na področju urgentne medicine, psihiatrije, anestezije. Kakšno je stanje med zdravstvenimi delavci v Sloveniji, nimamo podatkov. Preko dejstva, da je dejavnih 5.780 zdravnikov in zobozdravnikov iz tujine lahko hipotetično rečemo, da je odvisnih vsaj 700 le-teh. Vprašanje je, kako je z drugimi zdravstvenimi delavci in kako poskrbimo za kolege. Pomembno je, da pomislimo na problem zlorabe psihotropnih zdravil pri zdravstvenih delavcih, poznamo posledice, znamo pravilno ukrepati in napotiti po pomoč v ustrezno ustanovo. Spodbudne so izkušnje iz tujine, kjer jih 78 do 85 odstotkov po ustreznem zdravljenju kakovostno nadaljuje s svojim delom.

Da je konferenca uspela, velja pohvaliti strokovno organizacijo programa (asist. dr. Maja Rus Makovec, dr. med.), brezhibno tehnično izvedbo (Vida Tomšič, glavna viš. med. ses.) in večjo administracijo (Alenka Vajda, Zdenka Presetnik). Vsa predavanja bodo še letos objavljena v zborniku (zbornik prvega srečanja pa je mogoče dobiti na Enoti za zdravljenje odvisnih od alkohola PK Ljubljana, Poljanski nasip 58). ■



Sladkorna bolezen tipa 2

Marjana Šalehar

Podiplomska šola o diabetesu tipa dva je praznovala svojo 25. obletnico. Toliko časa že poteka z nekaterimi prekinitvami. Skupina diabetologov tako med redkimi klinikami izpolnjuje svoje poslanstvo v izobraževanju zdravnikov osnovne ravni.

Podiplomsko šolo visoko vrednoti tudi Zdravniška zbornica Slovenije, saj ji je namenila kar 13,5 točk za pridobivanje licence. Zaradi tega sama šola ne izdaja potrdil. Potrebno je opraviti preizkus znanja, na podlagi katerega Zbornica dodeli točke.

V letu 2000 je bilo na svetu 150 milijonov ljudi z diabetesom. Projekcije za leto 2025 predvidevajo 300 milijonov bolnikov. Večina bolnikov zboleva za diabetesom tipa dve. Zaskrbljujoče, da zbolevalo za tipom dve tudi otroci, ki so dosedaj zbolevali le za diabetesom tipa ena.

V svetu je prevalenca diabetesa med dva do pet odstotkov, medtem ko je v Sloveniji nekoliko višja, in sicer od pet do šest odstotkov. Ocenjujejo, da je v Sloveniji aktualno 100.000 bolnikov z diabetesom, od tega 90 odstotkov s tipom 2.

Med bolniki, ki obiskujejo zdravnika na osnovni ravni, imajo številni sladkorno bolezen. Predvidevajo, da jo ima vsak peti do deseti starejši bolnik. Domneva velja za zbrane ljudi v zdravniški čakalnici, ne glede na to h kateremu zdravniku so prišli.

Diabetes je kronična bolezen, ki zahteva sistematično in neprekinjeno zdravstveno oskrbo. Do sedaj ni bilo v navadi, da bi izbrani zdravnik oskrboval svoje sladkorne bolnike. Njihova zdravstvena oskrba je bila domena specialističnih diabetoloških ambulant, ki so delovale na dispanzerski način. Sladkorna bolezen tipa dva je medtem postala prava epidemija in število bolnikov se vztrajno večja. Delitev dela med izbranim zdravnikom in diabetologom lahko ublaži nastali problem. Bolnik s sladkorno boleznijo tipa 2, ki nima zahtevnega zdravljenja ali napredovalih kroničnih okvar zaradi sladkorne bolezni, ne potrebuje stalne specialistične oskrbe, sodi v oskrbo svojega izbranega zdravnika.

Po definiciji je sladkorna bolezen skupina presnovnih bolezni, ki jim je skupna hiperglikemija, ki je lahko posledica nezadostnega izločanja insulina, njegovega delovanja ali

oboje. Kronična hiperglikemija je povezana s kroničnimi okvarami, motnjami delovanja ali odpovedjo nekaterih organov, predvsem oči, ledvic, živcev, srca in žilja.

Klinika: simptomi kronične hiperglikemije obsegajo poliurijo, polidipsijo in hujšanje, včasih premljano s polifagijo (občutek lakote, ob sicer visokem krvnem sladkorju) in motnjo ostrine vida. Kadar hiperglikemija ni dovolj visoka, da bi povzročala glikozurijo, je bolnik asimptomatičen. Hiperglikemijo lahko spremlja nagnjenost k okužbam. Huda hiperglikemija, ki je spremljana s ketoacidozo ali aketotičnim hiperosmolarnim sindromom, lahko ogroža življenje.

Virusne okužbe povečajo potrebo organizma po insulinu za 10 do 20 odstotkov.

Kronične okvare, ki nastanejo zaradi hiperglikemije:

- Retinopatija z možno izgubo vida in katarakta. Mikroangiopatija!
- Nefropatija, ki lahko vodi v ledvično odpoved. Mikroangiopatija!
- Periferna nevropatija s tveganjem za razjedo na stopalu, ki lahko pripelje do amputacije, avtonomna nevropatija, ki lahko privede do impotence, prekomerno znojenje na določenih predelih telesa in pomanjkanje znojenja, suhe kože na drugih predelih in še druge motnje živčevja. Prizadene tudi motorično živčevje.
- Ateroskleroza povzroči koronarno, periferno in cerebralno vaskularno bolezen. Makroangiopatija!
- Hipertenzija.
- Dislipidemija.

Velika večina sladkornih bolnikov spada v tip 2 sladkorne bolezni, ki ima praviloma asimptomatičen potek, zato mnogo bolnikov odkrijejo v fazi ketoacidoze. Hiperglikemija, ki povzroča kronične okvare, je navadno prisotna že kakih deset let pred odkritjem bolezni. Že leta ali desetletja prej jo spremljajo tudi hipertenzija, hiperlipidemija in drugi znaki insulinske rezistence, ki delujejo aterogeno. Zato pri polovici sladkornih bolnikov ob odkritju že najdemo očitne ali skrite znake ateroskleroze. Večja zbolewnost in velika zahtevnost zdravljenja povzročata bolniku čustvene in socialne težave.

Razvrstitev sladkorne bolezni in drugih stanj zmanjšane tolerance za glukozo:

Mednarodna izvedenska skupina za diagnozo in razvrstitev sladkorne bolezni pri Ameriškem diabetološkem združenju (American Diabetes Association, ADA) je leta 1997 objavila trenutno veljavno razdelitev, s katero se strinja tudi Posvetovalni organ pri Svetovni zdravstveni organizaciji (SZO), ki je dal svoj predlog leta 1998. Razvrstitev obeh je enaka.

Sladkorna bolezen

- Sladkorna bolezen tipa 1: imunsko povzročena ali idiopatična
- Sladkorna bolezen tipa 2
- Drugi tipi sladkorne bolezni
- Nosečnostna sladkorna bolezen
- Motena toleranca za glukozo (MTG)
- ali Mejna bazalna glikemija (MBG)

Zaradi neopaznega poteka sladkorne bolezni so nujni presejalni testi. Po 45. letu starosti naj bi se izvajali na tri leta. Ob prisotnosti več dejavnikov tveganja za diabetes pa vsako leto!

Če pri določanju krvnega sladkorja na tešče dobimo dvakrat vrednosti med 6,1 in 6,9, obvezno naredimo oralni glukozo-tolerančni test. Če so dobljene vrednosti manj kot 7,8 milimolov glukoze, to smatramo za normalen izvid. Med 7,8 in 11 gre za moteno toleranco za glukozo. Če je vrednost 11 ali več gre za diabetes.

Sladkorna bolezen tipa 2

Gre za zmanjšano občutljivost celic za insulin in zmanjšano izločanje insulina ter za neprekinjeno tvorbo glukoze v jetrih (neogluco-geneza).

Vzrok bolezni ni jasen. Genska podlaga je očitna. Tveganje za bolezen se povečuje s starostjo, debelostjo in telesno nedejavnostjo. Pogosto se pojavlja pri ljudeh s hiperlipidemijo ali hipertenzijo in pri ženskah, ki so imele nosečnostno sladkorno bolezen. Mnogi bolniki so izpostavljeni srčno-žilnim zapletom in mikroangiopatijam.

Drugi tipi sladkorne bolezni

Zaradi bolezni eksokrinega dela dela trebušne slinavke in zaradi pankreatitisa. Tudi zdravila privedejo do bolezni pri disponiranih osebah. Sem spadajo tiazidni diuretiki, steroidi

in nikotinska kislina.

- Genetične okvare delovanja celic beta
- Genetične okvare delovanja insulina
- Bolezni eksokrinega dela trebušne slinavke
- Endokrinopatije
- Zdravila in kemikalije
- Okužbe
- Redke imunske povzročene oblike sladkorne bolezni
- Drugi genetski sindromi včasih povezani s sladkorno boleznijo

Nosečnostna sladkorna bolezen

Vsaka motena toleranca za glukozo, ki se pojavi v nosečnosti, je nosečnostna sladkorna bolezen - gestacijski diabetes.

Presejalni test za nosečnostni diabetes opravijo v ambulanti za nosečnice v 24. do 28. tednu nosečnosti. Testiranje ni potrebno pri mlajših od 25 let, brez sladkorne bolezni v rodni in če niso debele.

Če je po zaužitju 50 gramov glukoze glukoza v krvi več kot 7,8 mmol/l, je nujno potrebno napraviti triurni OGTT s 100 grami glukoze. Če sta dve vrednosti zvečani, gre za gestacijski diabetes.

Nosečnostno sladkorno bolezen ima dva do tri odstotke vseh nosečnic!

Postprandialna hiperglikemija

Pomen zvišanega krvnega sladkorja po jedi, za nastanek kroničnih bolezni in okvar, ki so posledica zvišanega sladkorja v krvi, so spoznali šele nedavno. Postprandialna hiperglikemija je zanesljiv napovednik za komplikacije in smrt zaradi diabetesa.

Diagnostičen in prognostičen pomen ravni KS, ki se določa dve uri po jedi, je mnogo večji kot tisti na tešče.

Sindrom X-plurimetabolni sindrom

Nastane pri sladkorni bolezni tipa 2 in je pomemben dejavnik tveganja za srčno-žilno bolezen. Poleg MTG oziroma hiperglikemijo obsega še hiperinsulinemijo, dislipidemijo, visceralno debelost in arterijsko hipertenzijo.

To je lahko smrtna kombinacija, saj vodi v pospešeno aterosklerozo in njene zaplete: ishemično možgansko kap, srčni infarkt in periferno makroangiopatijo, ki se kaže v obliki klavdikacij ali z gangreno spodnjih okončin.

Vzrok inzulinske odpornosti še ni znan. Preprečujemo ga z vzdrževanjem normalne telesne teže, redno telesno vadbo in omejitvijo alkohola, maščob in odpovedjo cigaretam. Potrebno se je izogibati stresa!

Cilji zdravljenja sladkorne bolezni tipa 2:

- odprava simptomov in znakov bolezni,

- preprečevanje akutnih zapletov,
- preprečevanje kroničnih organskih okvar,
- zmanjšanje prezgodne umrljivosti,
- zboljšanje kakovosti življenja.

Metode zdravljenja sladkorne bolezni tipa 2:

- zdravstvena vzgoja in izobraževanje,
- redna telesna dejavnost,
- zdravilna prehrana (prehransko zdravljenje),
- zmanjšanje telesne mase pri debelih,
- samokontrola, samovodenje bolezni,
- zdravljenje s peroralnimi antidiabetiki, enotirno, dvotirno, trotirno,
- zdravljenje z insulinom,
- zdravljenje z insulinom in oralnimi (kombinirano zdravljenje),
- zdravljenje arterijske hipertenzije,
- zdravljenje dislipidemije.

Merila za urejenost sladkorne bolezni po lestvici ADA:

GK na tešče v mmol/l	4,4 do 6,7
GK dve uri po jedi	pod 7,8
GK pred spanjem	5,6 do 7,8
HbA1c v odstotkih	pod 7

Novosti od lanskega leta so:

Pomen urejenosti postprandialne GK in s tem povezani kratkotrajno delujoči insulini; pomen različnih zdravil pri neurejenosti GK; široka uvedba repaglinida – Novonorma, ki omogoča večjo svobodo prehranjevanja, saj vzameš tabletko pred jedjo, če ne ješ, ni potrebno.

Izredno koristen je zbornik izdanih zloženek "V sožitju s sladkorno boleznijo", kjer so obravnavana vsa vprašanja, ki se pojavljajo bolniku in tudi izjemne situacije, v katerih se sladkorni bolnik lahko znajde in kako naj tedaj ukrepa. Med novostmi v zdravljenju je bila prikazana inzulinska črpalka. Raziskujejo idealno obliko aplikacije insulina z nosnim sprejem, napovedujejo, da bo v množični rabi že čez nekaj let!

"Dum vivo spero".

Moje mnenje: Diabetologi uvajajo resnično učinkovito obliko strokovnega izpopolnjevanja za zdravnike in uvajajo tudi dogovor o delitvi dela. Znanje se preverja na začetku in koncu tečaja. Zbornica tečaj visoko vrednoti ob dodeljevanju točk za obnavljanje zdravniške licence.

Upoštevač epidemične razsežnosti bolezni, ki se bo v prihodnosti samo še širila, se strinjam s kliniki, da mora biti vsak izbrani zdravnik usposobljen voditi svoje bolnike. Tak

način je najbolj učinkovit tudi zaradi tega, ker izbrani zdravnik dobro pozna svojega bolnika in ga bo znal najbolje motivirati za obvladovanje te bolezni. Pomemben je tudi prihranek, ker ne bo prišlo do podvajanja preiskav (npr. biokemičnih), ki so drage. Izbrani zdravnik je tudi prisiljen obravnavati akutne zaplete pri sladkornem bolniku!

Tako kot imamo urejeno pri nas, da v vsakem ZD samo en zdravnik in sestra skrbita za diabetike, ni v redu. Izbrani zdravnik mora preventivno pregledovati bolnika glede na dejavnike tveganja, zdravi dislipidemijo in hipertenzijo, skrbi za obravnavo kroničnih zapletov (okulist, nefrolog, angiolog itd.). Zdravnik v ambulanti za diabetike pa samo za uravnava krvnega sladkorja. Velik "dren" in neobzirna obravnava sladkornih bolnikov, javno tehtanje in neprijazne pripombe večino bolnikov demotivirajo in odvrtaajo od rednih kontrol. Vsak izbrani zdravnik je sposoben za vodenje metabolnih sindromov in diabetesa tipa dve, ki poteka brez hudih zapletov, če se udeleži "šole" in opravi testiranje.

Zdravnik naj opravi individualno zdravstveno vzgojo bolnika, sicer pa naj poteka vzgoja za samokontrolo, zdravo prehrano in telesno dejavnost v malih skupinah, največ po šest ljudi, ki jo vodita izkušena medicinska sestra in fizioterapevt.

Če parafraziram Somerseta Maughama, je že samo življenje diabetika "hoja po ostrini britve". Za diabetika in njegovega zdravnika pa velja misel Joganande: "Kjerkoli si, si moraš izboriti svojo zmago. Ne moreš zmagati tako, da odletiš ali se predaš". ■



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

Odprto pismo predsedniku Zdravniške zbornice

Izbira članov in oblikovanje odbora za osnovno zdravstvo

Vesna Plevnik Vodušek

Odbor za osnovno zdravstvo (OOZ) je eden od odborov izvršilnega odbora Zdravniške zbornice, katerega predsednik je istočasno tudi član izvršilnega odbora. Naloge OOZ so:

1. Spremlja zdravstveno politiko, predvsem z vidika mreže javne zdravstvene službe
2. Spremlja delovne pogoje zdravnikov in ceno ter kakovost zdravniških storitev
3. Zbira mnenja zdravnikov, predlaga rešitve in za izvršilni odbor oblikuje predloge stališč in ukrepov Zbornice
4. Opravlja druge naloge na zahtevo predsednika Zbornice

V osnovnem zdravstvu dela več profilov zdravnikov, vendar so za delo in opravljanje zgoraj navedenih nalog predvidoma najpomembnejši izbrani zdravniki, to je tisti, ki imajo »glavarino«. To so: ginekologi, pediatri/specialisti šolske medicine in zdravniki splošne/družinske medicine.

Člane OOZ glede na število in strukturo izbira predsednik OOZ, na čigar odločitev predsednik Zbornice oziroma izvršilnega odbora nima nobenega vpliva.

Glede na zgoraj navedene naloge OOZ ni razloga, da bi bile stroke v njem različno zastopane. Nasprotno, le-te naj bi enakopravno reševali strokovnjaki vseh relevantnih strok.

Doslej pa so v OOZ prevladovali zdravniki splošne medicine. Trenutno je odbor sestavljen iz 13-ih članov, od katerih je osem specialistov splošne medicine, en specialist medicine dela prometa in športa, en ginekolog, en specialist šolske medicine, en pediater in en specialist ORL. V odboru je torej zastopanih več kot 60 odstotkov zdravnikov splošne medicine.

Glede na trenutno sestavo OOZ je jasno, da enakopravno sodelovanje strok pri glasovanju ni možno (res pa je, da morda prav zaradi tega v odboru nikoli ni prišlo do glasovanja). Zaradi večinskega deleža zdravnikov splošne medicine so se na sejah doslej obravnavali

predvsem problemi splošne/družinske medicine; sklepi so bili seveda vedno sprejeti s konsenzom. Zelo redko pa je bila obravnavana tematika preostalih dveh strok (ginekologije, pediatrije/šolske medicine).

Predlagam, da se spremeni sestava OOZ in da se jo določi natančno. V odboru naj bodo izbrani zdravniki (ginekologi, splošni/družinski zdravniki in pediatri/specialisti šolske medicine) številčno enakovredno zastopani (na primer eden ali dva iz vsake stroke).

Ob obravnavi kompleksnega problema iz posamezne stroke se lahko po potrebi organizira okrogla miza, na katero so vabljeni še drugi predstavniki stroke, katerih problem se obravnava.

Pediatri na osnovni ravni smo pripravljene še naprej sodelovati v OOZ le v primeru, da bodo v njem številčno enakopravno zastopane vse stroke izbranih zdravnikov v osnovnem zdravstvu (sklep 14. seje RSK za pediatrijo z dne 10. 3. 2004). ■

RECENZIJA



Transplantacijska dejavnost

Donorski program Organi I

Knjigo Transplantacijska dejavnost – Donorski program Organi I. (Slovenija Transplant v sodelovanju z Eurotransplantom, Ljubljana, 2003), sta uredili Danica Avsec Letonja in Jasna Vončina. Lektorsko delo je opravil Rudolf Pavlin.

Knjigo je napisal enajst avtorjev, priznanih slovenskih strokovnjakov iz različnih strokovnih področij, ki sodelujejo v transplantacijski dejavnosti. Knjiga ima 146 strani in je oblikovno razdeljena na uvod in šest vsebinskih sklopov.

V uvodu je poudarjen pomen zdravljenja s presaditvijo organov od mrtvih darovalcev. Bolnikovo življenje je po presaditvi kakovostnejše,

saj je manj odvisen od zdravil. Imunosupresivna zdravila, ki jih mora bolnik jemati po presaditvi, postajajo vse bolj prijazna do bolnika. Povzročajo manj obremenilnih stranskih učinkov, zato jih bolniki lažje prenašajo. Pri zdravljenju s presaditvijo se soočamo z vedno večjim pomanjkanjem organov mrtvih darovalcev. Uvodnik še posebej poudarja vlogo odgovornih zdravstvenih delavcev pri osveščanju javnosti za darovanje organov po smrti. Pričujoči priročnik naj bi jim bil pri tem humanem delu koristen pripomoček.

Na začetku prvega sklopa so naštetih pogoji, ki morajo biti izpolnjeni za darovanje delov telesa živega darovalca ter pogoji za odvzem organov

in tkiv mrtvega darovalca. Opisno in shematsko je prikazana organizacijska shema zagotavljanja organov in tkiv mrtvih darovalcev za presajanje v Republiki Sloveniji, t. i. donorski program, v katerega je poleg KC v Ljubljani vključenih še devet slovenskih bolnišnic. Opisane so zadolžitve posameznih institucij v programu. Sledi opis nacionalne transplantacijske mreže, ki povezuje vso transplantacijsko dejavnost na ravni države. Osrednja povezovalna institucija je Slovenija Transplant, kar je krajši naziv za Zavod Republike Slovenije za presaditev organov in tkiv. Opisane so naloge Transplantacijskega centra, ki je v Sloveniji samo eden in to v Kliničnem centru v Ljubljani, Centra za tipizacijo

tkiv in vloga transplantacijskih koordinatorjev v transplantacijski dejavnosti, kakor tudi oblika in obseg sodelovanja Slovenija Transplanta z Eurotransplantom. S člankom, v katerem so našeti pogoji, ki morajo biti izpolnjeni pred odvzemom tkiv in organov po smrti, je zaključen prvi vsebinski sklop.

Drugi sklop z naslovom »Ugotavljanje možganske smrti« se začne z definicijo možganske smrti. Možganska smrt je dokončno oziroma nepovratno prenehanje delovanja celotnih možganov (možganskega debla in možganskih hemisfer), ob tem so lahko prisotni hrbtenjačni in hemodinamski refleksi. Sledi opis stanja, ko lahko pričnemo s postopki za ugotavljanje možganske smrti. Klinično ugotavljanje možganske smrti se lahko prične pri osebi, ki ima klinično sliko apnoične neodzivne kome. Apnoična neodzivna koma je stanje globoke nezavesti, pri katerem ni znakov spontanib gibov in delovanja možganskega debla (ni generaliziranih krčev, niti decerebracijske rigidnosti ali dekortikacijske drže).

Opisan je sestav komisije, ki opravi klinični pregled za ugotavljanje možganske smrti. Prav tako je opisano izvajanje osmih kliničnih testov za ugotavljanje možganske smrti in opisana so tudi stanja, ko je potrebno obvezno opraviti dopolnilne preiskave za ugotavljanje možganske smrti.

V nadaljevanju sledi kratek in razumljiv opis dveh dopolnilnih preiskav za ugotavljanje možganske smrti, elektroencefalografija s slikami elektroencefalograma zdravega odraslega in možgansko mrtvega preiskovanca ter perfuzijska scintigrafija s scintigramom normalno prekrvljenih možganov in scintigramom, ki potrjuje možgansko smrt. Priloga temu sklopu so še trije algoritmi za ugotavljanje možganske smrti. Prvega (A) uporabimo v postopku ugotavljanja možganske smrti, kadar je na voljo EEG, drugega (B) uporabimo, kadar se namesto EEG kot nadomestna dopolnilna preiskava uporabi dokaz zaustavitve znotrajlobanjskega pretoka krvi in tretji (C), kadar instrumentalne preiskave za potrditev možganske smrti niso na voljo. Priložen je tudi obrazec »Zapisnik o ugotavljanju možganske smrti«.

Naslov tretjega sklopa je »Opredelitev za darovanje«. Dva prispevka obravnavata zelo občutljivo temo, tako za zdravnika kot za svojce – pojasnilni pogovor s svojci o smrti hudo bolne osebe, ki se je zdravila v enoti intenzivne terapije in pojasnilni pogovor o nastali možnosti za darovanje tkiv in organov umrlega. Podane so smernice in napotki, kako opraviti to zahtevno nalogo. Poudarjeno je, da je izredno pomembno, da pojasnila svojcu umrlega opravi strokovnjak z medicinskimi in psihološkimi izkušnjami na tem področju. Izkušnje iz strokovne literature

kakor tudi lastne izkušnje kažejo, da je tako podano pojasnilo običajno sprejeto v več kot 80 odstotkih.

Naslednji, četrti sklop je naslovljen »Podatki o možnem mrtvem darovalcu (MMD) in preiskave«. Iz navedenega sledi: ko smo ugotovili možgansko smrt in seznanili svojce z možnostjo odvzema in ti predvidenemu postopku niso nasprotovali, obvestimo centralnega koordinatorja o tem, da pripravljamo možnega mrtvega darovalca organov in tkiv. Pred prvim obvestilom naredimo vse osnovne preiskave, s katerimi predstavimo MMD. V tem času še ne vemo dokončno, kateri organi bodo primerni za odvzem. Za dokončno oceno o primernosti so potrebne dodatne usmerjene preiskave, s katerimi ocenimo funkcijo in stanje organa. Dodatne preiskave opravimo potem, ko smo že obvestili centralnega koordinatorja in je ta že predstavil osnovne podatke o MMD različnim centrom za presaditev. Preiskave, ki naj bi jih opravili za oceno primernosti darovalca organov in tkiv in primernosti posameznih organov vpišemo v formular, ki je bil izdan pri Eurotransplantu, in obsega štiri strani. Najprej vpišemo splošne podatke in preiskave, nato pa dodatne (formular o obveznih podatkih o MMD in obvezne preiskave pri MMD organov in tkiv, izdelan pri Eurotransplantu, je priloga temu sklopu).

V nadaljevanju je opisan postopek odvzema bezgavk pri mrtvem darovalcu organov, ki ga je potrebno narediti zaradi obvezne izvedbe tipizacije tkiv in preskusa tkivne skladnosti mrtvega darovalca s prejemnikom.

Opisani so postopki jemanja in shranjevanja vzorcev tkiv MMD organov za tipizacijo tkivnih antigenov HLA in za preskus tkivne skladnosti ter navodila za serološko presejalno testiranje možnih mrtvih darovalcev organov glede okuženosti. S presaditvijo organov ali tkiv je možen prenos okužbe z darovalca na prejemnika, zato je nujno potrebno presejalno testiranje vzorcev vseh možnih darovalcev organov ali tkiv glede okužb.

Sledi sklop »Vzdrževanje mrtvega darovalca organov in tkiv«. Tu so popisani postopki in ukrepi, ki jih izvajamo pri vzdrževanju MMD organov in tkiv v enoti za intenzivno zdravljenje. S tem postopkom pričnemo, ko smo ugotovili možgansko smrt. Namen vzdrževanja je, da se organi, ki bi se lahko presadili, ohranijo prekrvljeni, dokler ne opravimo vseh predpisanih postopkov, ki so potrebni, da se odvzem lahko opravi. Sledijo navodila in ukrepi pri vzdrževanju mrtvega darovalca med multiorganskim odvzemom. Tudi med tem postopkom je narmreč potrebno zagotoviti dobro prekrvitev in oksigenacijo organov, kar posledično omogoča dobro delovanje organov po presaditvi.

Pomembno je poudariti, da do trenutka ugotovitve možganske smrti govorimo o zdravljenju bolnika, o vzdrževanju MMD pa po ugotovljeni možganski smrti. Neustrezno izrazoslovje pri teh postopkih je strokovno in etično oporečno.

Zadnja dva sklopa te knjige tvorijo »Priloge« in »Obrazci«. Priloge so: Zakon o odvzemu in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (ZOPDCT) (Ur. l. RS 12/2000) in deset pravilnikov, ki se nanašajo na transplantacijsko dejavnost. Obrazci so trije: Eurotransplant donor information form (uporabljamo originalni obrazec v angleščini, ki ga predpiše Eurotransplant za vse sodelujoče države), Poročilo o odvzemu organov in tkiv mrtvemu dajalcu in Seznanitev svojcev z nameranim odvzemom organov in tkiv, ki bi bili primerni za presaditev.

Učbenik pregledno in sistematično obravnava področja donorskega programa do odvzema organov in tkiv v okviru transplantacijske dejavnosti. Besedila so napisana razumljivo in celostno v skladu z najnovejšimi strokovnimi spoznanji, kakor tudi v skladu z etičnimi zahtevami za to medicinsko področje. Učbenik bo dobrodošel vir informacij in znanja za vse, ki so že vključeni v program transplantacijske dejavnosti, da bodo svoje znanje lahko dopolnili, še posebej pa za tiste, ki se bodo vanj šele vključili. Učbenik je dobrodošel člen v verigi transplantacijske dejavnosti v Sloveniji, ki bo nedvomno tudi v veliko pomoč v procesu seznanjanja ljudi, da ne bodo nasprotovali odvzemu organov in tkiv po smrti ter da se bodo opredelili za darovanje organov že za časa življenja. ■

Vesna Paver Eržen



Preprečimo odvisnosti

Knjiga, ki vam pomaga ohraniti kakovost življenja

Preprečimo odvisnosti od kajenja, alkohola, drog, hranjenja, dela, iger na srečo... živimo zdravo! Knjiga, ki vam pomaga ohraniti kakovost življenja.

Avtorji: Mojca Bevc Stankovič et. al., glavna urednica Zdenka Čebašek Travnik. Izdalo Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, Ljubljana 2003. 372 strani, 50 avtorjev in prav toliko člankov, 58 ilustracij, 13 razpredelnic in diagramov. Cena 3.900 tolarjev, za člane društva 2.900 tolarjev. Knjiga je na voljo v pisarni Društva za zdravje srca in ožilja, Dunajska 56 v Ljubljani. Lahko jo naročite po telefonu 01/436-95-62 ali na spletni strani <http://zasrce.over.net>

To je že osma knjiga, ki jo je izdalo Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije. Izjemna zbirka knjig predstavlja projekt, ki brez velike podpore državnih institucij in brez vsiljive propagande nagovarja ljudi k skrbi za lastno zdravje na prikupen, strokoven in učinkovit način. Podoba je, da je celoten podvig zelo uspešen.

Vse knjige so žepnega formata in broširane. Odlikujejo se po notni zasnovi, in sicer k pisanju prispevkov povabijo vrsto uglednih strokovnjakov. Prispevke razdelijo po vsebinskih sklopih. Posamezni članki morajo na kratek in pregleden način predstaviti bistvo problema. Prispevki morajo biti napisani strokovno neoporečno, a vseeno razumljivo in dovolj privlačno za povprečno izobraženega bralca. Knjige imajo po obsegu 200 do 400 strani in so lično opremljene z mnogimi priložnostnimi ilustracijami. Nekaterim knjigam so na koncu dodane razlage strokovnih izrazov in stvarna kazala. Predsednik društva, višji svetnik prof. dr. Josip Turk, pospremi vsako knjigo z uvodnimi mislimi, ki izrisujejo načela, sedaj že dolgoletnega društvenega poslanstva.

Med 50-imi avtorji je 20 zdravnikov od tega sedem psihiatrov. Med ostalimi pisci je osem profesorjev, deset psihologov, trije sociologi, andragog, teolog in pet dijakov.

Urednica dr. Zdenka Čebašek Travnik sledi osnovni ideji, da naj knjiga govori o preventivi na drugačen način. Najprej predstavlja dileme sodobnega sveta in se preko vloge genetskih dejavnikov usmeri v družino. To opisuje kot varovalni dejavnik. Knjiga sledi razvoju partnerskih odnosov v družini, starševstvu, vzgoji otrok, odraščanju, načinom, s katerim posega v ta življenjska dogajanja šola, razčlenjuje prosti čas, zbiranja in druženja mladih ter nekatere

oblike tveganega vedenja mladostnikov. V knjigi so opisane najrazličnejše oblike zasvojenosti in pota, ki vodijo iz teh začaranih krogov.

Lahko si predstavljam, kako nevhvaležna je bila naloga urednice. Trud, da bi knjiga dobila čimbolj enotno vsebinsko zasnovo in berljivo zaokroženost sili v mnoga prizadevanja in razpravljanja, pri katerih iščeš kompromise, spreminjaš in prilagajaš začetna izhodišča. Vse to je urednici uspelo v dobri meri. Kljub vsebinsko različnim sestavkom je napis na spodnji strani ovitka, da je to knjiga, ki vam pomaga ohraniti kakovost življenja, tisti povezovalni okvir, v katerega lahko upravičeno uvrstimo sleherni članek.

Množica avtorjev obravnava vprašanja z zelo različnih, nekajkrat tudi nasprotujočih izhodišč. Urednica ni želela objaviti »edino pravilne«, »edino racionalne«, »edino sprejemljive« ali »edino zveličavne« poglede na ta vprašanja. Demokratičen in v vseh pogledih tolerant pristop, ki je značilen tako za društvo kot za njegove izdaje, je bil prisoten tudi v tem primeru. Objavili so vse članke in prepustili bralcu, da se pođuči, skuša razumeti in se opredeli za najustreznejše. Preletimo nekatere.

Zelo zanimiva sta uvodna članka. Psihiater

doc. Gorazd V. Mrevlje razpravlja o dilemah sodobnega življenja, o nasprotjih sedanjega časa, o identiteti in duševnem zdravju v postmoderni družbi, o spremembah, ki jih doživljajo mladi s podaljševanjem osamosvojitvene mladosti in mladostne odraslosti tja do tridesetega leta. Psihiater doc. dr. Andrej Marušič in sociologinja Andreja Knez pa prikazujeta vlogo genetskih dejavnikov pri razvoju škodljivega vedenja.

Psihiatrinja prof. dr. Martina Tomori s svojim člankom Družina – varovalni dejavnik odpira vsebinski sklop o družini, odnosih v njej in vplivih na otroke. O šibkih točkah partnerstva, ki slabijo moč starševstva, piše dr. Katarina Kompan Erzar. Z ljubeznijo in zaupanjem do uspešne vzgoje je naslov članka dr. Zdenke Zalokar Divjak. O odgovornem starševstvu piše mag. Marinka Pahole. Vzgoja za življenje in vera je naslov članka mag. Silva Šinkovca, v katerem v osmih točkah navaja, kako lahko vera pomaga k razvoju zdrave osebnosti. Z vseh člankov veje strokovna skrb za zdrav osebnostni razvoj otrok, za samospoštovanje, za ljubeč odnos do staršev in odgovorno ravnanje do soljudi. Veliko koristnega branja za zakonske partnerje, starše in vzgojitelje.

Naslednji vsebinski sklop govori o tveganem vedenju. Uvede ga pisanje dr. Martine Tomori: Tvegano vedenje v adolescenci. Obravnava odzive mladostnikov na zahteve staršev in okolja, posledice tveganega vedenja in odzive nanj. Večina svetovnih raziskav, ki proučujejo tvegano vedenje, je usmerjena na posamezne oblike takega vedenja, kot je zloraba drog, neustrezno hranjenje, spolno vedenje, ne raziskujejo pa njihove medsebojne povezanosti, kar je za celovito in dovolj zgodnje preprečevanje še posebno pomembno.

Članki Pomen šolskega uspeha (Majda Us Ašič), Pomen izrečenih besed – ali lahko z besedami zapolnimo vrzeli (mag. Marjeta Doupona Horvat), Pisanje kot način sporočanja pomembnih stvari (Kristina Jamšek) zaokrožujejo ta okvir, ki se nadaljuje s članki o vlogi šole v izobraževalnem in vzgojnem procesu. Sem sodijo članki Zdrave šole – primeri dobre prakse (mag. Eva Stergar, Mojca Bevc Stankovič), Vloga šole pri vzgoji nekadilskih generacij (Fani Čeh) in Šola za starše – osveščanje o vzgoji in problematiki odvisnosti (Nada Glušič).

Množično druženje mladih je proizvod 20. stoletja. Pretežno kmečke družbe v prejšnjih stoletjih so poznale le nedorasle fante in de-



kleta, ki so zelo zgodaj pričeli z raznovrstnimi pomožnimi deli največkrat od jutra do večera. Prosti čas so užili na občasnih krajevnih praznovanjih. Šele z razvojem sodobnih mest in industrijsko potrošniške družbe so se pričeli mladi družiti in oblikovati svojsko kulturo. Sociolog doc. dr. Andrej Fištravec opisuje v zanimivem sestavku z naslovom Potrebe mladih po druženju, sociološke vidike tega pojava, njegove pozitivne in negativne strani. Psiholog Bogdan Žorž trdi, da se pri mladih v procesu odrasčanja in odlepljanja od staršev posebej okrepijo vrstniški vplivi, ki narekujejo svoje vedenjske vzorce. Mladi trdijo, da so tako bolj svobodni, v resnici pa postajajo vse bolj ranljivi. Opisuje preventivne počitniške programe, poletne taborne in delavnice, pri katerih je z mladimi dosegal lepe uspehe. Teolog dr. Andrej M. Poznič piše o pomenu množičnega zbiranja mladih, sociolog dr. Matej Sande o prostem času mladih in množičnih prireditvah elektronske glasbe. Saš Kravos predstavi prakso in izkušnje gibanja Z glavo na zabavo. V uvodu k temu vsebinskemu sklopu je profesor dr. Josip Turk posebej poudaril, da tako različnih prispevkov ni bilo mogoče vsebinsko zaokrožiti in spraviti pod isto streho, zato so se odločili, da objavijo vse.

Sledijo zapisi, ki obravnavajo dejavnike tveganja za odvisniško vedenje. Urednica je zapisala: »Osrednja ideja, iz katere je nastala knjiga, je bilo odkrivanje vrzeli, po katerih posameznik nehote in brez jasnega namena

zdrse v odvisnost oziroma odvisniško vedenje. Slednje smo opredelili dovolj široko, da smo zajeli tako odvisnosti od snovi, ki povzročajo spreminjanje človekove duševnosti (psihoaktivne snovi), kot tudi določene vrste vedenja, ki po svoji naravi spominjajo na odvisnost.«

Take so motnje hranjenja, debelost pri otrocih in odraslih, odvisnost od alkohola, patološkega nakupovanja, pretiravanja z delom, zasvojenosti z igrami na srečo, s televizijo, računalniki in medmrežjem. Iz vsega, kar so napisali epidemiologi, specialisti socialne medicine, internisti, pediatri in psihiatri, je razvidno medsebojno prepletanje strokovnih raziskav in vabilo k še bolj usklajenemu delovanju. Čeprav so avtorji člankov različnih poklicev in delujejo na zelo različnih področjih, so večinoma uspeli za dobrobit posameznika in družine obravnavati vsa vprašanja kar najbolj vsestransko.

Pri opisu načinov, kako se osvoboditi in rešiti iz klešč odvisnosti, so opisani motivacijski postopki pri odločanju za spremembo življenjskih navad, pomen religioznosti za posameznika, vadba joge, kot tudi drugi načini, s katerimi lahko preprečujemo odvisnosti. Do sprostitev, ugodja, uveljavitve in zadoščenja vodijo tudi sprehodi in druge dejavnosti v naravi. Tako lahko ukvarjanje z živalmi predstavlja lastnikom oporo, otrokom pa krajša čas, nudi nežnost in uteho, kadar tega ne najdejo pri odraslih.

Nekaj posebnega so v knjigi sestavki dijakov Monike Jeglič, Ambroža Kregarja, Milana Mandeljca, Petra Petkovška in Nuše Rems, ki opisujejo svoje mladostne poglede na svet, v katerega vstopajo, načela za katera se opredeljujejo, nekatere vrednote, za katere se trudijo in prve mladostne izkušnje ter upravičena pričakovanja.

Knjigo zaključujeta dva odlična članka. Zdravnik Milan Krek v članku "Kaj naj bi storili v Sloveniji, da bi zmanjšali škodljivo rabo drog", sprva opiše dosedanja prizadevanja, nato pa načela in cilje novega nacionalnega programa za področje drog. Predstavi tudi nekatere konkretne dejavnosti, ki jih načrtujejo v prihodnosti na področju preprečevanja uporabe drog. Psiholog dr. Bojan Polajner pa opiše v članku "Dejavnosti nevladnih organizacij", ki se ukvarjajo s preprečevanjem zlorabe drog, usmeritve, delo in stremljenja organizacij civilne družbe, ki se ukvarjajo s temi vprašanji. Pri svojem pisanju je natančen, dosleden in kritičen do trenutnih razmer. Skupaj s Krekovim člankom nudita najbolj celovito sliko o težnjah, praksi in tudi napakah pri težavnem spopadanju z odvisnostmi v Sloveniji.

Na koncu knjige je prof. dr. Boris Cibic odlično uredil slovarček strokovnih izrazov.

Društvo za zdravje srca in ožilja je s pričujočo knjigo doseglo nov kakovostni vrh v prizadevanjih za učinkovito preventivno zdravstveno dejavnost v Sloveniji. ■

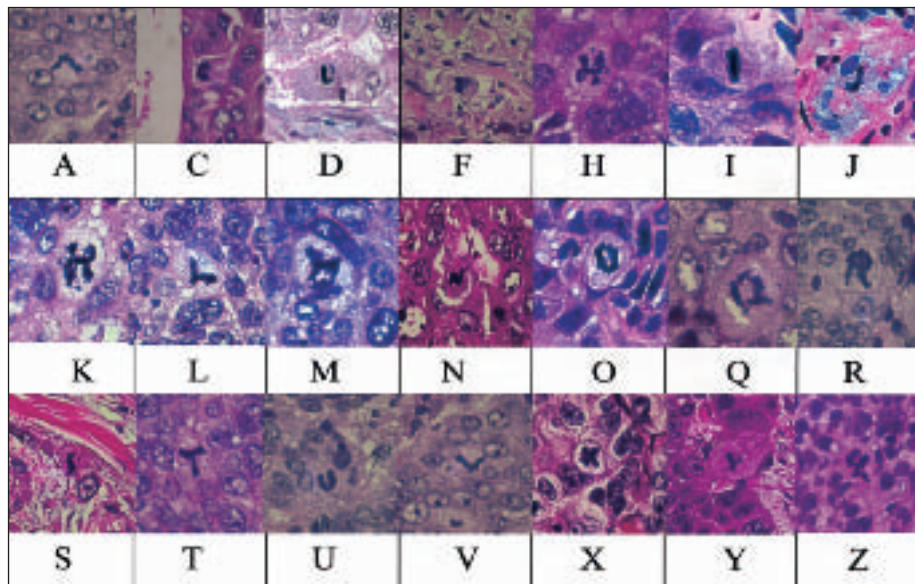
France Urlep

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Nepopolna mitotična abeceda

Tomaž Rott

Pri svojem delu sem se srečal z mnogimi zanimivimi strukturami. Tako je nastala tudi nepopolna mitotična abeceda.



Slikarska razstava - Utrinek Mediterana

V avli Kliničnega centra smo 13. januarja popoldne pripravili odprtje slikarske razstave Maje Parac Kosem in koncert za bolnike v organizaciji Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher.

Poslušali smo odlomke iz čudovite opere *Porgy in Bess* Georga Gershwina v izvedbi dveh zborov KUD-a s solisti in orkestra, ki so ga sestavljali glasbeniki - instrumentalisti Medicinske fakultete ter Kliničnega centra, dijaki Srednje glasbene šole in študenti Akademije za glasbo. Nastop so pripravili pod skrbnim vodstvom profesorja dr. Pavla Kornhauserja. O koncertu ste lahko prebrali že v eni izmed prejšnjih števil *Izide*. Avla je bila premajhna za številne obiskovalce prireditve.

Slikarka Maja Parac Kosem prihaja iz hrvaške Istre, vendar od leta 1989 z družino živi na slovenski obali. Specializira radiologijo za Splošno bolnišnico Izola. Od leta 1999 je članica likovnega društva Lik iz Izole in leta 2002 je postala tudi članica Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete Ljubljana dr. Lojz Kraigher - likovne sekcije.

“Nekateri se vse življenje vračajo k svojemu viru, drugi ga neprestano iščejo. Majin vir je morje - praizvorna mati, arhaični simbol. Njegova skrivnost in strašljivost na eni ter vabljiva mehkoča na drugi strani, ponujata umetnici neizčrpen spekter motivov in razpoloženj. V njenih slikah se skozi barvne plasti prebija svetloba. Zdaj v ožjih, zdaj v širših pramenih



Maja Parac Kosem

izmenično odkriva in zakriva, se odbija, lomi in vodi opazovalcev pogled v zeleno smer. Iz pomirjujoče teme vode se v ospredje prebija ribe, včasih posamično, včasih v jatah, se zamaknjeno postavljajo soncu tik pod gladino, se komaj opazne zlijejo z globino ali pa divje penijo vodo. Pasteli in akrili Maje Kosem dišijo po Mediteranu. V meglicah zgodnjega jutra ali v toplih barvah poznega poletja se nam nostalgичno odpirajo istrske vedute z ozkimi ulicami, kamnitimi hišami, ribiškimi čolni.” (Jana Kandare)

Kot pravi sama: “... takrat spet zaidem tja v svet popolne svobode in neomejenosti. Plavam, lebdim, letim v neskončnem morju svetlobe in se potapljam v temne globine široko odprtih oči. Tiste zvoke in tišine, tiste slane, božajoče občutke poskušam prenesti v barvo svetlobe

in senc. Morje je zame zatočišče, najlepša osamljenost, smisel, kulturna pripadnost in življenjska opredelitev.”

Tatjana Praprotnik



Zimske

Majda Kurinčič Tomšič



Zimsko sonce



Zimsko sonce



Ujeto sonce



Voda v mirovanju



Zimske rože



Rogoz



Resje



V pričakovanju pomladi

Ko odhajajo stebri

Zvonka Zupanič Slavec

Le redko se pravočasno zavemo, koliko nam nekdo pomeni, saj je tako samoumevno skoraj četrt stoletja med nami. Na vsakem koraku likovnikov Kulturno-umetniškega društva (KUD) Kliničnega centra (KC) in Medicinske fakultete (MF) je bil akademski slikar Leon Koporc od same ustanovitve ustvarjalno jedro te sekcije. V njej ni le širil svojega strokovnega znanja, ampak se je s svojim umetniškim vodstvom nesebično razdal ter preudarno, zgledno, z vizijo in prijateljsko naklonjenostjo vodil dobrih 50 amaterskih slikarjev KUD-a. Vsako razstavo v razstavišču KC je umetniško ocenil s svojim kritičnim očesom, ki je tako dobro ločevalo umetnost in kič. Predvsem je znal izbrati tisto, kar v sebi nosi zdravilno moč in bolnišničnim uporabnikom prinaša domačnost, optimizem, spodbudo. S koliko ljubezni je razporejal slike za razstave, kako duhovito jih je znal komentirati in koliko zanimivega je znal videti v njih! 23 let zvestobe je vtkanih v njegovo častno članstvo KUD-a. Koliko slikarjev iz "belih vrst" je bilo z njim na slikarskih kolonijah! Koliko savudrijskih septembrskih dni je minilo ustvarjalno in družabno med učiteljem in predanimi slušatelji. Kako je znal bogatiti s svojo izkristalizirano življenjsko filozofijo, ki je temeljila na poštenju, dobroti, pravičnosti, delavnosti, ustvarjalnosti.

Likovni kritik Milan Pirker, ki je Koporčevu slikarstvo globoko poznal, je zapisal: »Kot alkimist, v sožitju z magijo ustvarjanja, je skušal ustvariti celovito sliko sveta. Sliko, ki bi vsebovala vsa občutenja življenja in sveta. Zgodbo, ki razkriva vse enigme bitja in žitja, vse reve in bogastva tuzemskega bivanja, vse skrivnosti minljivosti in večnosti. Njegove ženske (dvorjanke, krčmarice, cipe, čarovnice itd.), vitezi, slikarji, trubadurji, vojaki so vedno v gibanju, v dramatičnih medsebojnih odnosih. Pojavljajo se in izginjajo na robovih slik, kjer še za trenutek obstajajo in se ozrejo. Brez žalosti in veselja. Samoumevno. Mi, ki stojimo pred Koporčevimi slikami, vemo, da nam mojstrove figure pripovedujejo nekaj pomembnega. Šepetajo nam in mi jih poslušamo kot tiho intimno in samo nam namenjeno glasbo.

Leon Koporc je bil eden poslednjih, odkritih, pokončnih romantikov v slovenskem slikarstvu, ki je breme romantičnosti nosil

izključno na svojih ramenih...« Tako o njem likovni kritik.

Ni se lahko poslavljati od prijatelja in velikega človeka. Našemu Leonu je bila dana ta milost, da je zaspal spokojno in se preselil k svojim sorodnikom in prijateljem, kakor je tudi sam večkrat pripovedoval, da so njegove tete spokojno čakale zadnjega dne in se veselile srečanja z bližnjimi v večnosti.

V Koporčevem strokovnem kurikulumu piše: »Slikarstvo je študiral na Akademiji za upodabljačo umetnost v Ljubljani (sedanja Akademija za likovno umetnost). Specialistični študij je dokončal na isti akademiji pri prof. Antonu Gojmirju Kosu. Poleg njega so ga poučevali še Božidar Jakac, France Mihelič, Gabrijel Stupica, Slavko Pengov, Marij Pregelj in drugi. Po končani specialki je imel do leta 1959 status svobodnega umetnika, zatem pa se je zaposlil kot likovni pedagog. Izmed njegovih učencev jih je sedem končalo likovno akademijo in so priznani slikarji. Leta 1977 se je vrnil v svobodni poklic, ki ga je opravljal do leta 1986, ko se je upokojil, vendar je do konca ostal umetniško dejaven. Od leta 1953 je bil član Društva slovenskih likovnih umetnikov.«

Nadalje je njegovo umetniško delovanje orisano takole: »Javno je začel delovati leta 1948 kot ilustrator pri Mladinski knjigi. Ilustriral je knjige (Skriti dnevnik, Skrivnostni otok, Moj dežnik je lahko balon, Fant z zlatimi hlačami, Kraljevič in obrt), revije (Ciciban, Pionir) in marsikaj v tržaški zamejski list Galeb (35 let). Kopiral je gotске freske za Narodno galerijo, za Turistično zvezo pa likovno opremljal turistične prospekte. Ustvaril je tudi opus male grafike (ex libris). Leta 1993 je Cankarjeva založba izdala umetniški koledar z njegovimi reprodukcijami.

Ukvarjal se je tudi s filmom. V času pedagoškega udejstvovanja je prejel Badjurovo nagrado za osvojeno prvo mesto v kategoriji žanrski film. V letih 1972/74 je bil član umetniškega sveta Društva slovenskih likovnih umetnikov ter delegat istega društva pri kulturni skupnosti. Bil je tudi večkratni član žirije za nagrado Mladinske knjige za ilustracije. Od leta 1980 dalje je bil umetniški vodja in strokovni mentor likovne sekcije Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani. Bil je dolgotletni predsednik žirije za razstavno dejavnost



Portret Leona Koporca pred lastnim oljnim platnom (Foto: Marjan Smrke)

v galeriji Vodnikova domačija v Ljubljani ter dolgoletni podpredsednik in častni član Društva Exlibris Sloveniae.

Delal je tudi na področju cerkvenega slikarstva. Ustvaril je šest križevih potov, vrsto oltarnih slik ter drugih sakralnih podob v Sloveniji in tujini (Ljubčana, Ljubljana – Bežigrad, Ljubljana – Fužine, Ljubljana – Moste, Ljubljana – Zalog, Nova Gorica, Otlica, Rim, Senovo, Slovenske Konjice, Stična, Škocjan, Washington itd.).

S prvo samostojno razstavo se je predstavljal leta 1956. Od tedaj je imel več kot 60 samostojnih in preko 70 skupinskih razstav. V ateljejskem slikarstvu se je posvečal predvsem figuraliki v olju, akvarelu in risbi. Udeležil se je preko 70 slikarskih kolonij v Sloveniji in tujini, kjer se je posvečal predvsem krajinarstvu. O njegovem delu so pisali: A. Pavlovec, J. Mesesnel, F. Zalar, I. Sedej, M. Juteršek, A. Bassin, M. Tršar, M. Avguštin, M. Premšak, M. Komel, C. Avguštin, A. Ujčič, S. Sitar, M. Ciglenečki in drugi.«

KUD KC in MF dr. Lojz Kraigher in nje-



Umetniški vodja likovnikov Leon Koporc med člani Likovne sekcije (z leve proti desni): Niko Zupan, Leon Koporc, Henrik Krnec, Zvonka Zupanič Slavec, Pavle Ščurk

gova Likovna sekcija s Koporčevim odhodom izgublja temeljni steber svojega umetniškega vodstva. Naš Leon je bil v KUD-u od samega začetka kot umetniški vodja likovnikov ter njihov strokovni mentor. Članstvo je iz leta v leto raslo in danes v našem Društvu združujemo 52 likovnikov. S tem so se množile tudi obveznosti in odgovornost za umetniško rast članstva. Leon našim likovnikom ni znal viliti le ljubezni do risanja in voljo do nenehnega risarskega učenja in izpopolnjevanja. Nesebično jim je odkrival skrivnosti likovnega izraza, poti do dobre risbe in vse tisto klasično, brez česar ne more biti dobre slike. Mesece in leta svojega življenja je preliv v druženje z amaterskimi slikarskimi zanesenjaki iz zdravstvenih vrst. Naši slikarji so bili deležni njegovega entuziazma, predanosti in zavzemanja za tradicionalno slikanje, s poudarkom na dobrem risanju kot osnovi vsega. Kako rad je poudaril, da ne mara »slikarstva z berglami«, optičnih bergel v podobi fotografij in slik, ki bi jih prerisovali. Zato je tako rad slikal v naravi, odhajal na slikarske kolonije, kjer je nevsiljivo in predvsem z last-

nim vzorom bil mentor Društvenim članom. Koliko kolonij so skupaj preživeli v skoraj četrt stoletja! Dve do tri na leto! Kakšna zvestoba in predanost! V teh družjenjih smo ga spoznavali ne le kot odličnega vzgojitelja in vsestransko razgledanega učitelja z odličnim spominom in nevsiljivim pedagoškim erosom, ampak tudi kot prijatelja, duhovitega in žlahtnega človeka s čvrsto izoblikovanimi življenjskimi vrednotami in tenkočutnega meščana, ki je v sebi nosil toliko ljubezni, dobrote in modrosti! Koliko svojih filozofskih razmišljanj mi je zaupal. Bil je poln svojih aforizmov, zanimivih tudi za zdravništvo kot na primer: «Medicina je danes tako napredovala, da ni več zdravega človeka – če torej nisi bolan, nisi zdrav!» Pa tudi pogum je imel pogledati stvarjem v oči, biti konstruktivno kritičen in pri tem hoditi svojo pot. Nikoli ni bil konformist in ničesar ni delal v svojo gmotno ali kako drugo korist. Bil je zvest samemu sebi, svojim slikarskim in življenjskim nazorom, nobena modna muha mu ni stopila v glavo. Zato je tudi dosegel nesporno prepoznavnost. Njegova nekomercialnost pa je pomenila tudi manjši odmev v domači javnosti, kar ga je bolelo! Na mikavne ponudbe iz ZDA se ni odzval. Rad je bil doma.

In kako spoštljiv odnos je imel do svojih stvaritev! Včasih je v ateljeju izvelkel ogromno mapo risb, narejenih z ogljem ali svinčnikom, iz akademjskih let. Koliko čudovitih aktov in tihožitij! Pa mapa s portreti prijateljev s služenja vojaščine. Kakšna nepregledna količina akvarelnih pejzažev, ogromnih oljnih platen, ki jih je v ateljeju vedno znova jemal v roke in jim poskušal dati popolnost! Koliko je bilo tako velikih, da je bil atelje zanje premajhen! Angeli za cerkev v Zalogu so bili tako visoki, da jih ni mogel slikati pokončno! Vedno so me



Leon Koporc: Profet – olje na platnu

tudi fascinirali Koporčevi portreti. S kakšno lahkotnostjo jih je risal in kako briljantno izdelal! Pa njegove plesoče figure, ki kažejo na njegov poglobljeni odnos do glasbe, ki jo je tako zelo ljubil. Spremljala ga je iz zgodnjega otroštva, ko je rasel ob očetu skladatelju, in je v njem oblikovala univerzalno umetniško dušo. V ateljeju sem se tudi srečevala z njegovo minuciozno pripravo exlibrisov, ki jih je prav tako oblikoval vse življenje in sodeloval kot podpredsednik v Društvu Exlibris.

Nastopila je zima in kmalu bo božič, njegovih prijateljev pa ne bo več obiskala vsako leto nova in unikatna ročno tiskana Leonova grafika zvezdnih utrinkov in plesočega vstopa v novo leto.

Koporčeva tesna povezanost z delom kaže na izjemno ljubezen do življenja in njegovih najglobljih skrivnosti. Pravijo, da je vsako delo jalovo, če ni v njem ljubezni. Ravno ta njegova ljubezen in srčna predanost umetniškemu poslanstvu sta krepili njegovo ustvarjalnost in mu množili žlahtne plodove, saj je med redkimi umetniki, ki ni imel neplodnih obdobj. Za upodabljačo umetnost je večkrat rekel, da ga navdušuje s svojo nadčasnostjo in trajnostjo. V slikarstvu je namreč delo ljubezen, ki je postala vidna.

Velikokrat mi je tudi pripovedoval o svojem odnosu do družine. Ta mu je pomenila največ! Koliko portretov njegovih najdražjih je bilo v ateljeju, pa tudi poslednja pot naj bi ga vodila po vnučko v šolo, a je tik pred tem mimo zaspal v večnost prav tam, kjer je bil najraje: v svojem ateljeju.

KUD KC in MF, kakor tudi sama, bomo velikega prijatelja in vzornika, akademskega slikarja Leona Koporca, svojega ustanovnega in častnega člana, umetniškega vodjo in strokovnega mentorja Likovne sekcije ohranili v neizbrisnem spominu. Kdorkoli bo prevzel njegovo mesto, bo začutil izjemne plodove njegove univerzalne osebnosti, ki jih je zapustil svojim likovnikom. Z globoko hvaležnostjo se klanjamo njegovemu spominu! ■



Erich Fromm: Umetnost življenja

Milan Štrukelj

Življenje Ericha Fromma (1900-1980) je bilo pestro in plodno. Tri kraljevske vede, psihologijo, sociologijo in filozofijo, je študiral v Heidelbergu, Frankfurtu in Münchnu, psihoanalizo pa v Berlinu. Kot član frankfurtske šole se je leta 1933 izselil v Združene države Amerike, kjer je predaval na univerzah Columbia ter Yale. Od leta 1955 je vodil oddelek za psihoanalizo na Medicinski fakulteti Narodne univerze v Mehiki. Zadnja in enako plodna leta je preživel v Švici.

Svoje življenje se je posvetil preučevanju človeka, te "krone in izrodka stvarstva", njegovim strastem in hrepenenju po sreči ter družbe, njenih boleznih in možnosti za ozdravitev.

Erich Fromm ni tako slaven, kot sta Marx in Freud, čeprav ju kot njun učenec v mnogih stvareh presega. Svoj imenitni nauk je razvil iz najboljših izročil budizma, starogrške filozofije, krščanstva, renesanse ter razsvetljenstva, in jih obogatil z lastnimi izkušnjami iz psihoanalize.

Najpomembnejše vprašanje človekovega življenja je iskanje in izbira življenjskega cilja, smotra. Cilj vseh živih bitij, tudi človeka, je isti: čim popolnejša rast, razvoj, zorenje, plodnost in s tem ohranjanje življenja. Življenjski cilj vrtnice je, da uresniči vse svoje zmožnosti: lepo razviti listi in najlepši cvetovi, ki lahko zrastejo iz njenih semen. Človekova poglobljena življenjska naloga je, da skrbi za razvoj vseh človeku svojih zmožnosti: zavedanja, razuma, domišljije, sposobnosti učenja in vesti ter jih uresniči v svobodi, ustvarjalnosti, dobroti, vzajemnosti in ljubezni. Tako doseže samoizpolnitev in srečo. Vrtnica, jablana in živali poznajo svoj cilj. Človek, ki je obdarjen z razumom in svobodo izbire, je poklican, da sam išče in izbira svoje cilje.

Izpolnjevanje te težavne naloge je prava umetnost življenja. Ne samo medicina, gradbeništvo, vrtnarstvo ali slikarstvo, ampak je umetnost tudi življenje, ki je v resnici celo najpomembnejša, najbolj zapletena in najtežavnejša naloga. Njen predmet niso storitve, ampak je njena stvaritev človek, njegovo življenje in sreča. V umetnosti življenja je človek oboje, umetnik in predmet svoje umetnosti, kipar in marmor, zdravnik in bolnik.

Gre torej za vzgojo, za kulturo. Vsa dosedanja zgodovina človeštva, polna vojn in uničevanj, priča o tem, kako težavna je omenjena naloga, ki je očitno pretežka za posameznika. Lepi nauki modrecev ne zadoščajo. Tudi verstva v tisočih letih, kljub vsem nadzemskim obetom in grožnjam, niso uspela. Rešitev, povsem utopična(?), je morda v popolni preobrazbi šole, od vrtca do univerze. V njej bi bil namesto učenja podatkov glavni predmet osebnostna rast. (1)

V našem času se je izgubilo razumevanje življenja kot umetnosti. Sodoben človek se uči, študira, skrbi in dela različne stvari, razen tistega, kar bi bilo zanj res koristno. Peha se za vsemi drugimi stvarmi: užitki, zabavo, denarjem, uspehom, imetjem, položajem, ugledom, slavo. Zanj je pomembno vse, razen njegovega življenja in njega samega. Skrbi za vse, razen za samoizpolnitev.

Pri izbiri cilja loči Fromm dve temeljni življenjski usmeritvi: k imeti ali k biti. Sorazmerna prevlada ene ali druge usmeritve določa značaj posameznika in družbe, določa način človekovega mišljenja, čustvovanja in delovanja ter osnovni slog njegovega življenja. Značajska usmerjenost k imeti se kaže kot samoljubje in sebičnost, težnja k biti pa kot ustvar-

jalnost, nesebičnost, dobrota, sočutje, vzajemnost in ljubezen. (2)

Za obvladovanje katerekoli umetnosti je potrebno učenje, urjenje in prizadevanje. Da bi dosegli mojstrstvo v umetnosti življenja, nam daje potrebno teoretično znanje psihologija (zlasti nauk o značaju), humanistična etika pa praktična navodila. Poglobljena etična dolžnost človeka je, da postane tisto, za kar je zmožen, da čimbolj udejanji vse svoje zmožnosti. Vrlina je odgovornost za svoje življenje, za sebe. Zlo pomeni neizrabljanje človekovih zmožnosti in vse, kar jih krni. Greh predstavlja neodgovornost, brezbriznost do samega sebe in samopohabljanje. (3)

V knjigi *Umetnost življenja* obravnava Fromm koristne praktične napotke za učenje in urjenje v umetnosti življenja.

Na poti samoizpolnjevanja je naprej treba premagati nekaj ovir. Največja med njimi je morda nasedanje slepilom, utvaram in prevaram. Teh je v družbi, ki temelji na težnji po čim večjem dobičku, ne pa na največji koristi za ljudi, veliko in to na vseh področjih: v proizvodnji (nenehno novi, precenjeni ter nekoristni izdelki), v oglaševanju, politiki, umetnosti, književnosti. Celo na področju "duhovne rasti" mrgoli praznih obljub in sleparij. Stvari je treba videti take kot so in se ne pustiti zlahka prevarati prijetnim in sladkim besedam, ki prekrivajo skoraj vse, kar se govori. Na poti samoizpolnitve nas ovira tudi zapravljanje časa s plehkim govorjenjem, miselnostjo, da je mogoče kaj vrednega doseči brez truda in odpor proti vsemu, kar diši po avtoritarnosti in disciplini.

Koristni koraki na tej poti so: osredotočenje na en cilj namesto beganja za mnogimi; budnost, namesto, da živimo napol budni; globlje zavedanje sebe in sveta; razvijanje pozornosti, zbranosti in kritičnega mišljenja. Dobra vaja za učenje zbranosti je zlasti starodavna budistična meditacija. Globlje samozavedanje omogoča psihoanaliza. Raziskave svoje duševnosti se lahko lotimo tudi sami. Fromm, ki je na tem področju izkušen, nam daje dragocene napotke.

Drugi del knjige govori o razmerju med delovanjem človeka in količino stvari, ki jih ima v posameznih zgodovinskih obdobjih. Pisec presenetljivo in slikovito prikaže, kako so bili prvotni lovec, grški meščan in srednjeveški rokodelc ali kmet zelo dejavni, imeli pa so malo stvari. Sodobni industrijski kibernetični človek je obdan z množico stvari, vendar zelo malo premišljuje, čustvuje in ustvarjalno deluje. Zanimiv je prikaz, kako se nasprotje med imeti in biti odraža v modroslovnih in psiholoških naukih.

V zaključnem delu, ki je hkrati pomemben del knjige, Fromm svetuje, kako lahko premagamo svoje samoljubje in sebičnost, ki nas vodita v nesrečnost, in se usmerimo k uresničevanju svojih boljših zmožnosti in smotrov - k ustvarjalni dejavnosti, širokosrčnosti in človekoljubju. Njegov jezik je za razliko od mnogih sodobnih filozofov in psihoanalitikov jasan ter razumljiv. K temu je prispeval, tako upamo, tudi prevod brez nepotrebnih tujk in "strokovnih" izrazov. ■

1. Sklicujem se na izvrstno knjigo Gordona Drylena in dr. Jeanette Vos: *Revolucija učenja*. Educy, Ljubljana 2001.

2. Erich Fromm, *Imeti ali biti*. Založba Vale Novak, Ljubljana, 2003.

3. Erich Fromm, *Človek za sebe*. Psihološka raziskava etike. Založba Amalietti & Amalietti, Ljubljana 2002.

Bernhard Schlink: Ljubezenski pobegi

Davorin Dajčman

“Če v umetnosti pripovedovanja zgodb obstaja preporod, ga najdemo v tej knjigi.”
(Der Spiegel)

Avtor uspešnice Bralec, ki je bila v tej rubriki že predstavljena, je leta 2000 pri založbi Diogenes Verlag AG iz Züricha izdal novo knjigo, ki je v slovenščini izšla pri Cankarjevi založbi leta 2002. Vključuje sedem zaključenih zgodb o junakih, ki ne potujejo samo po svetu, ampak spreminjajo svojo osebnost. Junaki so tokrat odrasli moški z razvito osebnostjo in izdelanimi svetovnonazorskimi stališči. Kot urbani nomadi, kakor jih imenujejo literarni analitiki Schlingovega dela, v svojih koreninah iščejo svojo identiteto, pri tem pa se spopadajo s kruto in krvavo preteklostjo osebnega ter širšega družbenega okolja iz katerega izhajajo. Vse zgodbe pripovedujejo o ljubezni med moškim in žensko ter razgibanosti čustvovanja kot posledice pripadnosti različnim svetovom, skupinam ali preprosto drugačnih osebnosti. Izjemna moč erotičnega odnosa med moškim in žensko ohranja Schlingove junake v boju z različnostmi ljubljenega, vztrajne in univerzalne, hkrati pa jim odpira pot k prilagajanju in spreminjanju svoje osebnosti. Na tem mestu ni mogoče izčrpno naslikati vseh sedem “pobegov”, zato sem se odločil za predstavitev petega, ki združuje ljubezen, različna prepričanja in breme zmot prejšnjih generacij kot kruto popotnico v intimnih odnosih z ljubljeno osebo. Zgodba “Obrezovanje” (Die Beschneidung) pripoveduje o ljubezni med nemškim pravnikom Andijem iz Heidelberga na doktorskem študiju v New Yorku in ameriško Židinjjo, računalničarko Sarah. On pripada mladi generaciji ustvarjalnih in ambicioznih Nemcev, ki so s preteklostjo svojega naroda poračunali in se ne čutijo odgovorne za zmote in grozote preteklosti; ona pa tradicionalni židovski skupnosti, ki ni in ne bo pozabila trpljenja in gorja, preživetega v obdobju nacizma v Evropi. Pripadnost dvema, še do nedavnega povsem nasprotujočima svetovoma, poraja globoke čustvene konflikte, čeprav se iskreno ljubita. Prve stiske nastopijo že ob spoznavanju družin in družinski zgodbi Sarinega strica Aarona o prednikih, katerih zadnja postaja je bil Auschwitz. Kot sodoben Nemeč Andi ne more sprejeti dejstva, da mu stric ni pripovedoval zgodbe zgolj zaradi družinske preteklosti, ampak kot človeku, ki je potomec krivcev in mora prevzeti tudi del odgovornosti za kruta dejanja, ki jih ni in jih nikoli ne bi mogel storiti ter jih je že velikokrat obsodil. Porajajoča nasprotja, izhajajoča v njunem odnosu, simbolizirajo besede Rachel, Sarine sestre, v eni izmed vročih razprav z Andijem o usodi njenih sinov: ... (odlomek)

Rachel: “Najhujše bi bilo, če bi se mala dva enkrat poročila z žensko, ki ni Židinja. Vse bi izgubila. V petek zvečer ne bi videla prižiganja sveč, nad vinom ne bi izrekala kiduša in blagoslavljala kruha, ne bi jedla košer hrane, ne bi mogla prisluhniti zvoku šofarja ...”

Andi: “Mogoče pa si tvoja sinova ali eden izmed njiju vsega tega sploh ne bi želel. Mogoče se bo zabaval ob tem, ko se bo s svojo katoliško ženo odločal, kako bosta proslavila, kateri praznik po židovsko, katoliško ali kako drugače, in kako bosta vzgajala katerega od otrok. Zakaj ne bi mogel on na sabat s sinom v sinagogo, ona pa v nedeljo s hčerko v cerkev? Kaj je v tem slabega?”

Rachel: “Tako to ne gre. V mešanih zakonih se ponavadi ne razvije posebno bogato duhovno življenje, ampak duhovnega življenja sploh ni.”

Andi: “Mogoče pa bosta oba srečna, če ne bosta niti židovska niti katoliška. In to še ne pomeni, da sta slaba človeka; saj verjetno ceniš in imaš rada tudi ljudi, ki niso niti Židi niti katoliki. Mogoče bodo njihovi otroci spet odkrili bogato, duhovno življenje v duhu budizma ali muslimanstva in tudi katolištva ali židovstva.”

Rachel: “Kako bi bil moj sin lahko srečen, če ne bi bil več Žid!? Sploh pa to kar praviš, preprosto ni res. Druga generacija se nikoli ne vrne k židovstvu. Nedvomno obstajajo posamezni primeri, ampak statistično je za židovstvo izgubljen vsak, ki pristane v mešanem zakonu.”

Kljub napetostim sta bila srečna in preveč sta lahko odkrila drug drugemu, da bi jima bilo do druženja z drugimi. Če se je pogovor dotaknil različnosti ver ali Andijevega nemštva oziroma Sarinega židovstva, sta pazila, da drug drugega nista postavila pod vprašaj. Andi je s Sarah rad zahajal v sinagogo, spoznaval židovske obrede in se pogovarjal z njeno družino. Hotel je spoznati Sarin svet, kar pa se mu je zdelo nenaodno in čudaško, je preprosto potlačil, kakor je potlačil tudi pogovor z Rachel. Močna ljubezen in povsem drugačni običaji so sprožili proces osebnostne preobrazbe. Ker ji je želel predstaviti tudi svoje korenine, sta skupaj odpotovala v Nemčijo, kjer sta bila gosta marmorne obletnice (40. obletnica) poroke njegovih staršev skupaj s številnimi člani njegove družine. Oče, vinar, ki je svojo organizatorsko žilico spoznal med nacističnim osvajanjem ter je organiziral transporte zaplenjenih in naropanih dobrin iz Rusije, Francije in Italije proti Berlinu, je samozavestno odgovarjal na Sarina vprašanja, ki je vse bolj ugotavljala, da ima na vsako vprašanje odgovor, in da se bo njeno nezaupanje vedno izkazalo kot neutemeljeno. Sari ob tem nista bila pomembna očetovo prepričanja in preteklost, saj je vedela, da je Andi drug človek ne glede na preteklost svojih staršev. V Berlinu sta stanovala pri Andijevem stricu, z njim pa sta se pred ogledom Oranienburga, enega izmed nemških koncentracijskih taborišč, zapletla v zanimiv pogovor, ki simbolizira boj naslednikov zaslepljenih okrutnežev, da bi se oprali grozljive moralne dediščine: ... (odlomek)

Andijev stric: “Pred nekaj leti sem bil v Auschwitzu, pa ni ničesar, kar bi si človek lahko ogledal, ampak prav ničesar. Vse je samo v glavi... Ne razumem zakaj preteklosti ne moremo pustiti pri miru. Zakaj te



Salvador Dalí: Enigma Hitler (1939); Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofia - Madrid. Slika je nastala v času hitlerjanstva v Nemčiji in je posledica neobičajnih moralnih in političnih prepričanj Dalija in njegovega tihega občudovanja Hitlerja. Še ena zanimiva podoba nacizma, ki je nastala na podlagi Dalijevih sanj. Slika izpoveduje nevarnost vojne (rak) in umiranje upanja (telefonska slušalka).

preteklosti ne moremo pustiti pri miru tako kot vse druge preteklosti. Morajo imeti ljudje v Oranienburgu, Dachau ali Buchenwaldu zato grozljivo sedanost? Ljudje, ki so rojeni veliko po vojni in niso nikomur storili nič žalega? Ker posebna zgodovina njihovih krajev večno spominja in jim nalaga breme?"

Srečanje s stricem je med njima spet sprožilo razprave, ki sta se jih sicer izogibala: ... (odlomek)

Andi: "Na preteklost je treba spominjati, da se ne bo ponovila. Nanjo je treba spominjati, ker to zahteva spoštovanje do žrtev in njihovih otrok. Tako od holokavsta kot od vojne je minilo že petdeset let in kakršnokoli krivdo si je generacija očetov in sinov naložila na pleča, generacija vnukov ni zagrešila ničesar. Kdor mora v tujini povedati, da je iz Oranienburga, je takoj ožigosan; mladi postajajo neonacisti, ker so siti tega presejanja preteklosti - imeti pravilen odnos do vsega tega, se mi ne zdi ravno preprosto."

Sarah: "Saj vem, da ne misliš nič slabega. Ampak ni zapleteno. Kar je prav, je nadvse preprosto!"

Po vrnitvi v New York je postal njun odnos vse bolj obarvan z žolčnimi razpravami o odnosu med židovstvom in nemštvom. Andi je svojo ljubezen vse bolj prirezoval. Navadil se je cenzurirati, kar je hotel reči. Zaradi hudih preprirov sta bila oba zmedena, Andi pa se je vse pogosteje čutil ogroženega in branil napačno preteklost svojega naroda, za katero nikakor ni mogel odgovarjati. (Andijevo razmišljanje)

"Kdaj si mora človek priznati, da prepir ni samo prepir in nevihta po kateri posije sonce, ampak običajno slabo vreme. Da sprava ničesar ne razreši, ničesar ne uredi, ampak je le znak izčrpanosti, s katerim se začne krajši ali daljši premor, po katerem se prepir nadaljuje. Dva, ki se ljubita, se včasih razumeta bolje in včasih slabše in včasih sploh ne. Tako pač je. Kako pogosto se smeta prepirati - za to ni nobenih pravil. Sploh ne gre za to, ali se razumeš, ampak ali se sprejemaš. Ali drugega sprejemaš, ker ti je podoben, ali pa ga ne sprejemaš, ker ti ni podoben. Ali se odpoveš temu, kar te loči od drugih, ali pa vztrajaš pri tem. Vsaka utopija se začne s spreobrnitvijo!" Kot raziskovalec utopizma se je Andi na podlagi pričujočih misli in zbežnosti odločil za simbolno "spreobrnitev" - obrezanje. Ni se odločil za obred, ampak je hitro odpotoval v Nemčijo, kjer ga je prijatelj kirurg, kljub velikemu začudenju, uspešno "spreobrnil". Andi je svoje dejanje razložil zelo kratko: "Žensko ljubim in ona ljubi mene, vendar z najinima različnima svetovoma ne prideva skupaj. Zato bom svojega zamenjal za njenega!" Operacija ni bila huda, bolečine pa znosne. K Sari se je vrnil po nekaj dneh. Pričakala ga je vesela in privlačna kot zmeraj. Ljubila sta se, vendar ni opazila,

da je obrezan. Preden sta zaspala, ji je povedal, da je obrezan. Bralec pričakuje končno rešitev in srečno ljubezen do zadnjih dni, pa vendar avtor s Sarinim odgovorom še bolj odpre nasprotja v njunem odnosu in tako pušča vprašanje sprave zaradi krivic preteklosti in strpnosti do drugačnosti še naprej nerešeno: ... (odlomek)

Sarah: "Mislila sem, da nisi obrezan. Če pa si, vseeno... Pri vas to ni tako običajno kot pri nas, a ne da? Včasih sem hotela vedeti, kako bi v sebi čutila neobrezanega moškega; drugače, boljše ali slabše. Prijateljica mi je rekla, da ni nobene razlike, vendar nisem bila prepričana, ali ji lahko verjamem. Potem pa sem si rekla, da z neobrezanim moškim ne pridobiš prav dosti, saj ima lahko to, da ga občutiš drugače, če je to sploh res, vse mogoče druge razloge. Kako različno je v sebi čutiti različne obrezane moške. In kako dobro je čutiti tebe." Prikimal je. Naslednje jutro se je zbudil zgodaj, pomislil na svetel dan ob isti uri v svojih krajih, postavil čevlje in prtljago pred vrata ter s tihim klikom zaprl. Obul si je čevlje in odšel.

Andiju tudi simbolično ni uspelo premagati njunih različnih korenin in bremen preteklosti ter pokazati, da je za Sarino ljubezen pripravljen storiti vse, saj njegovega "žrtvovanja" sploh ne opazi. Nasprotno, do njega nima globljega odnosa. Avtor na ta način poudarja, da svetovnonazorskih nasprotij in krivic preteklosti ni mogoče reševati zgolj na simbolni ravni; to je tako samo po sebi umevno, kakor se je Andi osmešil s svojim dejanjem. Seveda je prav to v javnem življenju pogosto spregledano, ravnanja pa pogosto enaka. Njuna ljubezen ni bila dovolj močna, da bi premagala, kar v javnem življenju ne zmoremo, zato se je zlomila. Moralno in etično breme nemškega naroda je skozi zgodbe Bernhanga Schlinga prikazano v novi, drugačni luči. Leposlovje in v novejšem času tudi filmski svet je prežet z deli o antisemitizmu, grozotah morij nacizma, komunizma in vseh njunih različic. Šele v novejšem času postajajo aktualne stiske potomcev različnih zmotnih prepričanj, ko sprejemajo na pleča dediščino svojih prednikov in poskušajo graditi nove odnose. Na simbolni ravni krivic iz preteklosti lahko Schlingova luč sije tudi v našem prostoru. Nemški narod kot primer zaslepljene in grozljive preteklosti pravzaprav simbolizira tisto, s čimer se moramo sprijazniti, razumeti in preseči tako na osebni kakor na družbeni ravni.

Če želim predstaviti delo in povečati zanimanje za njegovo branje, se ne morem izogniti natančnejši vsebini. Upam, da zaradi tega ne bom odvrnil bodoče bralce. Seveda so v tej knjigi še druge zanimive zgodbe: Deklica s kuščarjem, Skok čez plot, Drugi, Sladki greh, Sin in Ženska z bencinske črpalke. ■



James Herriot: Zgodbe o mačkah

Devet življenj poskočnega mačka Friska

James Herriot je odrasel na Škotskem. Obiskoval je Veterinary College v Glasgowu. Po diplomi je deloval kot živinozdravnik v Yorkshiru, poročen, oče dveh otrok. Sin je odšel po njegovih stopinjah, hčerka je zdravnica za ljudi. Upokojil se je in z ženo živi v mali vasi v hribovju severnega Yorkshira. Pri nas je manj znan, vendar je avtor številnih literarnih mojstrov, ki so svetovne uspešnice. Mačje zgodbe sodijo med njegove najlepše pripovedi. Iskrene zgodbe o ljudeh in mačkah se vedno dotaknejo našega srca.

Zgodba o mačku Frisku opisuje izredno zanimivo pot do diagnoze. Zdravnikom prve bojne linije pa pove še nekaj več. Za diagnostiko bolnikovega stanja je izjemno pomemben obisk na bolnikovem domu.

Tak obisk nam pri diagnostiki lahko pomaga bolj kot številni laboratorijski testi in druge preiskave. Obiski na bolnikovem domu tudi prispevajo k razumevanju in izboljšanju medčloveških odnosov med zdravnikom in njegovim bolnikom. Tukaj gre za to, da veterinar postavi diagnozo o vzroku pogostih nezavestnih stanj pri mačku. Posveti se mu šele, ko se pogovori s sosedo in patronažno sestro.

Res je njegov pacient samo maček, vendar veliko izvemo tudi o lastniku (ne)srečnega mačka. Sem zdravnica za šolske otroke in tudi ljubiteljica teh malih zverinic, saj kot pravi pregovor, je bog ustvaril mačke, da bi človeku omogočil užitek ljubkovanja leva in tigra. Naneslo je, da sem večkrat v čakalnici veterinarja čakala na pregled s svojo zverinico. Ko sem poslušala pogovore različnih lastnic ali lastnikov mačk in psov, sem si včasih tiho zaželela, da bi le matere "mojih otrok" toliko vedele o njihovih težavah, ko bi bilo potrebno meni podati anamnezo, za dobro diagnozo ...

Tako pa je na žalost prepogosto res, da je, citiram: »Pediater pogosto veterinar za otroke in psihiater za starše!«

Ko so naši bolniki, mačke in psi, umirali, so jih njihovi lastniki prinašali v ambulanto, da bi jim skrajšali trpljenje. Zelo sem trpel, kadar je bilo potrebno živali uspavati. Ko sem zagledal obraz starega Dicka Fawceta, me je prešinila grda slutnja.

Možak je na preiskovalno mizo položil improvizirano kletko z mačkom in me žalostno pogledal. »Frisk«, je komaj izdaval.

Nisem nič spraševal, ko sem si dajal opravka z vrstico, ki je ovijala kartonsko škatlo. Vedel sem, da si Dick ne more privoščiti spodobne kletke za svojega mačka, saj ni bilo prvič, da se je zatekel k improvizirani rešitvi: v škatlo iz trde lepenske je napravil nekaj lukenj za zrak. Ko sem razvezal poslednji voz, sem zagledal negibno telesce, ki je ležalo na dnu. Bil je Frisk, mali, razigran maček z bleščečo črno dlako, ki sem ga tako dobro poznal. Vedno je bil prijazen in hitro pripravljen za proizvajanje mačje preje. Dickov zvesti prijatelj in sopotnik.

Dicka sem obzirno povprašal, kdaj je muc umrl. Z roko se je dotaknil razbrzdanega obraza in si šel po redkih sivih lasih. »Takole sem ga našel ob postelji danes zjutraj. Vendar menim, da ni mrtev, doktor Herriot.«

»Srce še vedno utripa, vendar zelo slabotno, Dick.« Spravil sem svoj stetoskop, dvignil negibno telesce in ga položil na mizo. Dotaknil sem se njegove očesne roženice. Nobenega refleksa.

«Bojim se, da se srce lahko vsak trenutek ustavi, Dick.«

Med tem se je mačkov prsni koš komaj zaznavno dvignil in spustil.

«Komaj še diha, Dick...»

Skrbno sem pregledoval mačka in nič nenavadnega nisem našel. Veznice so bile gladke, bleščeče in primerne barve. Nobenih znakov bolezni ni bilo zaznati. Z roko sem pogladil negibno telesce. Maček Frisk je bil vedno poskočen, živahen in vesel ter tako v celoti vreden svojega imena. Vendar je sedaj ležal tukaj, ni dajal znakov življenja in jaz še nisem našel razloga za to.

«Ali je mogoče, da bi utrpel infarkt ali kaj podobnega?»

«Možno bi bilo, vendar to ne pojasni popolno odsotnost čutenja. Bolj se nagibam k mnenju, da je dobil skorenj v glavo.»

«Tega ne verjamem, bil je živahen kot črček, ko sem šel v posteljo in ponoči ni imel navade zapuščati hiše.»

Možak je žalostno povsobil ramena. »Karkoli se je že zgodilo, ali ni nobenega upanja?»

«Dick, zelo se bojim, da ne. Njegovo življenje visi na nitki. Poskusil bom s poživljajočo injekcijo. Odnesti ga boste domov in čuvali na toplem. Če bo jutri še živ, ga prinesite sem in ga bom ponovno pregledal.»

Trudil sem se, da bi deloval optimistično, vendar sem bil prepričan, da Friska ne bom več videl in nekaj mi je govorilo, da je starec enakega mnenja. Zelo so se mu tresle roke, ko je zavezoval vrstico okrog škatle in ni odprl ust, dokler nisva prispela do izhoda.

Takrat se je za trenutek obrnil k meni, prikimal in dejal: »Hvala vam, doktor Herriot.«

Ko je z drsajočimi koraki odhajal po ulici, sem mu sledil s pogledom. Žalostna zgodba. Vračal se je v svojo prazno, skromno hiško s svojim umirajočim tovarišem. Pred mnogimi leti je izgubil svojo ženo. Živel je sam s svojo bedno starostno pokojnino. Njegovo življenje ni bilo dobro. Dick je bil miren, vljuden in prijazen mož. Redko je zahajal v družbo in ni kazalo, da bi imel veliko prijateljev. Toda imel je Friska in ni bil nikoli osamljen. Mucek se je pojavil v njegovi hiši pred kakimi šestimi leti in popolnoma spremenil njegovo življenje. V njegov dom je vnašal vedrino. Z radostjo in igravostjo, ki ju je izzareval, je pogosto izvabljal smeh na ustnice svojega starega tovariša. Povsod mu je sledil in se pretegoval ob njegovih nogah. Tako Dick ni bil več osamljen. Bil sem priča nastanku in krepitvi velikega prijateljstva, ki se je z leti še bolj razvijalo. Slutil sem, da gre za nekaj več. Dick je postajal odvisen od Friska! In sedaj ta nepričakovan udarec. Prav skrbelo me je, kaj bo sedaj z Dickom.

No, sem razmišljal, take stvari se dogajajo v veterinarskem poklicu in treba jih je sprejeti, ne da bi iz njih delali dramo. Domače živali pač ne živijo zadosti dolgo. Vendar mi je bilo tokrat še huje, ker nisem imel pojma o vrsti nesreče, ki je doletela mojega bolnika. Taval sem v megli!

Naslednje jutro sem zelo presenečen ugledal Dicka Fawceta, ki sedel v čakalnici s kartonsko škatlo na kolenih.

«Kaj se je zgodilo?» sem ga zelo radovedno vprašal.

Ni mi odgovoril. Njegov obraz ni izražal ničesar, medtem ko sva vstopala v ambulanto in je odvozilav vozle na škatli. Odprl sem zaboj, pripravljen na najhujše. Osupel sem gledal, kako je maček skočil na mizo, se s smrčkom podrgnil ob mojo dlan in pri tem predel kot vespa.

Dickov shujšani obraz je žarel: »No, kaj pravite?»

Sploh nisem vedel, kaj naj si mislim in rečem.

Skrbno sem pregledal živalco. Frisk je bil popolnoma normalen. Menil sem, da je zdrav.

“Presrečen sem. Zgodil se je čudež.”

»Ne. Ne gre za čudež. Čudežna je bila tista vaša špunta. Zelo sem vam hvaležen.”

Vendar zadeva ni bila tako preprosta. V vsem tem je bilo nekaj, česar nisem razumel. Še sreča, da se je vse dobro končalo! Ostal je prijeten spomin.

Čez tri dni se je Dick Fawcet pojavil v ambulanti, držeč svojo škatlo, v kateri je v komi ležal Frisk, natanko tako kot prvič.

Negotov in osupel sem zopet pregledal mačka, mu dal injekcijo in naslednjega dne se je maček odlično počutil.

Znašel sem se v položaju, ki ga dobro pozna vsak veterinar: vpleten sem bil v nejasen in presenetljiv primer, v pričakovanju tragičnega dogodka. Imel sem občutek, da se bo zgodila neizbežna katastrofa.

Ves teden se ni nič zgodilo. Nato je klicala gospa Duggan, prva sosedica gospoda Dicka. Povedala mi je, da maček gospoda Fawceta že kar nekaj časa leži v nezavesti. Sam gospod Fawcet se ne počuti dobro in leži v postelji. Žal vam ne more prinesiti mačka na pregled.”

“Pridem takoj”, sem dejal.

Bilo je tako kot prej. Malo bitjece je ležalo brez življenja, stegnjeno na Dickovem ležišču. Dick je ležal na svoji strani postelje. Njegova polt je bila bleda in voščena, zelo je shušjal. Kljub vsemu je spravil skupaj prijazen nasmešek.

“Kot kaže zopet potrebuje eno vaših čudodelnih injekcij, doktor Herriot.”

Medtem ko sem polnil injekcijsko iglo, sem razmišljal o tem, da se resnično dogajajo neke čudne magične stvari, vendar moje injekcije nimajo pri tem nobene zasluge.

Dicku sem obljubil, da se bom oglasil naslednji dan in izrazil upanje, da se bo tudi on sam bolje počutil.

“Oh, dobro mi bo, le da bi mali okreval.«

Starec je pobožal bleščeči kožušček. Njegova roka je bila upadla in v očeh, ki so me gledale iz koščenega obraza, je bil obup.

Pregledal sem skromno sobico brez vsakega udobja in upal na čudež.

Niti nisem bil preveč začuden, ko sem naslednje jutro zagledal Friska, ki je švigal pred posteljo in lovil vrvico, s katero mu je mahal starec. Bilo mi je v veliko olajšanje, vendar sem močneje kot kdaj koli začutil omejujočo meglo svojega neznanja. Nisem poznal nobene mačje bolezni, ki bi se izražala s takimi simptomi. Trdno sem bil prepričan, da mi ne bi pomagala niti cela knjižnica knjig o veterini. Naj je bila resnica kakršnakoli že, pogled na lepega mačka, ki je z izbočenim hrbtom predel ob moji dlani, je bila primerna nagrada za moj trud. Tudi Dick se je smehljajal. Vendar ni mogel skriti svoje skrbi, če bi se to ponovilo in da enkrat ne bo več prišel k sebi. To je bila tudi srž problema. Tudi sam sem se tega bal, vendar svojih skrbi nisem smel pokazati. Tudi obljubiti mu nisem mogel ničesar. Najhuje je bilo, da je starček to tudi vedel.

Gospa Duggan me je pospremila k vratom, kjer sva se srečala s patronažno sestro, ki je pravkar prihajala k bolniku. Vprašal sem jo, kako je z gospodom Fawcetom. Povedala mi je, da pravzaprav umira od raka. Bolezen zelo hitro napreduje. Iz dneva v dan mu je slabše.

“Ali zelo trpi?”

Bolničarka mi je zaupala, da mu lajšajo trpljenje s protibolečinskimi zdravili. Dobi injekcijo in ima tudi neko raztopino, ki jo lahko vzame, kadar sestra ne more priti. Ker se mu zelo tresejo roke in ne more sam izliti zdravila iz steklenice na žlico, jo izlije na krožniček in jo od tam posreba.

“Krožniček?”



Na sliki Garfield Karo (Foto: Marina Karo)

V meglo, ki me je obdajala, je zasvetila šibka svetloba. Povprašal sem po vsebini protibolečinske mešanice in sestra mi je povedala, da je to običajna raztopina heroína in petantina, ki jo predpisuje doktor Atkinson. Takoj sem se vrnil v sobo in izprašal Dicka.

Povedal mi je, da je zdravilo okusno in sladko. Vsak večer pred spanjem ga nekaj izlije na podstavek in ga nato posrka in odloži krožniček na nočno omarico ob postelji. Frisk preživi noč ob njem, na postelji.

“Hočete reči, da lump polize ostanke zdravila?” Starec me je strmo gledal.

“Za to vašo ugotovitev bi zastavil tudi svoje škornje.”

“To ga uspava tako kot mene!”

Oba sva se pričela krohovati. “Sedaj veva Dick.”

Svetoval sem mu, da od sedaj naprej spravlja krožnik z ostanke zdravila v kredenco in mu zagotovil, da Frisk ne bo več padal v komo.

Nekaj tednov nisem videl Dicka. Neko nedeljo sem šel obiskati prijatelja, ki je deloval kot zdravnik v mali krajevni bolnišnici v Darrowbiju, ko sem zapazil starega, ki je ležal na koncu hodnika. Sedel sem poleg njega. Pogledal me je z zaspanim izrazom v očeh in zašepetal:

“Torej, doktor Herriot, tako sem srečen, da ste odkrili vzrok težav mojega mačka. Veste k sebi ga je vzela gospa Duggan. Vem, da mu bo pri njej dobro. Zelo ga pogrešam veste in velikokrat si želim, da bi bil tukaj z menoj.”

Povedali so mi, da je Dick Fawcet naslednjega dne preminil. Njegove zadnje besede so bile namenjene mačku Frisku. ■

Frisky: poskočen, živahen.

Vespa: ime italijanskega motorja, ki je bil zelo popularen v šestdesetih letih prejšnjega stoletja.

Špunta: domač izraz preprostih ljudi za injekcijo.

Prevedla, priredila in skrajšala: Marjana Šalehar



Glasiilo Zdravniške zbornice Slovenije
Strokovna revija Isis

Impressum

LETO XIII, ŠT. 5, 1. MAJ 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

OBLIKOVANJE • DESIGN

za ATELIER IM • Katja Žljapah, u.d.i.a.

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIP-

RAVA ZA TISK • DTP

Camera d.o.o.

Knezov štraton 94, Ljubljana

tel.: 01/420 12 00

TRŽENJE • MARKETING

Atelier IM d.o.o.,

Breg 22, Ljubljana

tel.: 01/24 11 930

faks: 01/24 11 939

E-pošta: atelier-im@siol.net

TISK • PRINTED BY

Tiskarna Povše,

Povšetova 36 a, Ljubljana

tel.: 01/230 15 42

Isis

Glasiilo Zdravniške zbornice Slovenije

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

Sodelovali

Prim. Danica Avsec Letonja, dr. med., zdravnica, Zavod RS za presaditev organov in tkiv, Ljubljana • Prof. dr. Jože Balažic, dr. med., zdravnik, Inštitut za sodno medicino, MF Ljubljana • Asist. Tomaž Benedik, dr. med., zdravnik, KO za abdominalno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Asist. mag. Marko Bitenc, dr. med., zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Elizabeta Bobnar Najžer, prof., Zdravniška zbornica Slovenije • Doc. dr. Roman Bošnjak, dr. med., zdravnik, KO za nevrokirurgijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Davorin Dajčman, dr. med., zdravnik, Oddelek za gastroenterologijo, Klinični oddelek za interno medicino, SB Maribor • Prim. Marko Demšar, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Doc. dr. Katja Drobnič, Ljubljana, Ministrstvo za notranje zadeve, Ljubljana • Mag. Darja Eržen, dr. med., zdravnica, Onkološki inštitut Ljubljana • Mag. Dušica Glušič, dr. med., zdravnica, GPD d.o.o., Velenje • Mag. Željko Jakelič, dr. dent. med., zasebni zobozdravnik, Zasebna ordinacija Jakelič, Jesenice • Prof. dr. Vladimir Jevtič, dr. med., zdravnik, Klinični inštitut za radiologijo, KC Ljubljana • Evgen Kajin, dr. med., zdravnik, Center za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od nedovoljenih drog, Enota ZD Center, ZD Ljubljana • Asist. Andrej Kastelic, dr. med., zdravnik, Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, Psihiatrična klinika Ljubljana • Danja Klančar, prof., Zdravniška zbornica Slovenije • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., višji svetnik, upokojeni zdravnik, Ljubljana • Tatja Kostnapfel Rihtar, Ustanova Odsev se sliši, Ljubljana • Doc. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med., zdravnica, Oddelek za psihiatrijo, SB Maribor • Prim. Majda Kurinčič Tomšič, dr. med., upokojena zdravica, Radomlje • Prof. dr. Miha Likar, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Mag. Nina Mazi, dr. med., zdravica, Ljubljana • Prim. Anica Mikuš Kos, dr. med., upokojena zdravica, Ljubljana • Asist. mag. Boštjan Mlakar, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica Maribor • Živa Mrevlje, dr. med., zdravica – mlada raziskovalka, Ljubljana • Prof. dr. David Neubauer, dr. med., svetnik, zdravnik, SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana

• Prof. dr. Vesna Paver Eržen, dr. med., zdravica, KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Asist. dr. Bojana Pinter, dr. med., zdravica, SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana • Jožica Planinc, Divača • Mag. Viktor Planinšec, Ljubljana • Vesna Plevnik Vodušek, dr. med., zasebna zdravica, Alergološka in pediatrična ordinacija, Ljubljana • Tatjana Praprotnik, KUD dr. Lojz Kraigher, Klinični center Ljubljana • Igor Praznik, dr. med., zdravnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Prim. mag. Alenka Pretnar Darovec, dr. med., zdravica, SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana • Irena Rahne Otorepec, dr. med., zdravica, Center za zdravljenje alkoholikov, Psihiatrična bolnišnica Ljubljana • Saša Rainer, dr. med., zdravica, SB Slovenj Gradec • Janez Ravnik, dr. med., zdravnik specializant, Kranj • Mag. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med., zdravica, Onkološki inštitut • Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., zdravnik, Inštitut za patologijo, MF Ljubljana • Polonca Steinmann, dr. med., zdravica, SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Prim. mag. Marjana Šalehar, dr. med., zdravica, ZD Ljubljana • Dr. Milan Štukelj, dr. med., upokojeni zdravnik, Mavčiče • Mag. Dubravka Trampuž, dr. med., zdravica, Center za izvenbolnišnično psihiatrijo, Psihiatrična klinika Ljubljana • Asist. mag. Ludvik Travnik, dr. med., zdravnik, Ortopedska klinika, KC Ljubljana • Akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., višji svetnik, zdravnik, Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko, Ministrstvo za zdravje, Ljubljana • Prim. mag. France Urlep, dr. med., višji svetnik, upokojeni zdravnik, Gornji Grad • Asist. mag. Aleš Vesnaver, dr. med., zdravnik, KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. David B. Vodušek, dr. med., višji svetnik, zdravnik, SPS Nevrološka klinika, KC Ljubljana • Doc. dr. Eda Vrtačnik Bokal, dr. med., zdravica, SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana • Doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., zdravica, Inštitut za zgodovino medicine, MF Ljubljana • Prim. prof. dr. Aleš Žemva, dr. med., svetnik, zdravnik, SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., zdravica, Zdravniška zbornica Slovenije

Navodila avtorjem

Rok za oddajo vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 10. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članke lahko pošljete po pošti na naslov uredništva, po faksu ali po elektronski pošti. Da bi se izognili podvajanju dela, predlagamo, da članke oddajate v elektronski obliki (disketa, CD, e-pošta). Dolžina člankov je omejena na največ 30.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Lahko priložite fotografije, diapozitive ali digitalne fotografije (velikost najmanj 300 dpi).

Prispevku priložite svoj polni naslov, davčno številko, davčno izpostavo, popolno številko tekočega ali žiro računa, naziv banke.

Navodila o navajanju sponzorjev

Na koncu prispevka so lahko navedena imena farmacevtskih podjetij, delovnih organizacij, matičnih delovnih organizacij, kjer ste zaposleni, društev, združenj in ostalih pravnih ter fizičnih oseb, ki so po vašem mnenju kakorkoli prispevala k nastanku prispevka. Uredništvo si pridržuje pravico, da bo imena objavljalo v enotni obliki.

Navodila za objavljane prispevkov v rubriki

“strokovna srečanja”

Dolžina prispevkov je omejena na največ dve strani v reviji Isis, objavljena je lahko le ena fotografija, ki se vsteva v skupno dolžino. To pomeni, da ima prispevek brez slike lahko največ 10.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 11.500 znakov - štetje s presledki. Prispevek s sliko ima lahko največ 9.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 10.500 znakov - štetje s presledki. Vsako poročilo iz tujine mora obvezno vsebovati kratek zaključek, kaj pomeni srečanje za stroko v Sloveniji: ali in kje oziroma kako je mogoče izsledke prenesti v slovenski prostor. V primeru, da je slovenska stroka v svetovnem vrhu, je potrebno v zaključku na kratko povzeti njeno vlogo v ustreznem merilu. Prispevkov, ki ne bodo upoštevali zgoraj navedenih navodil, uredništvo ne bo objavilo oziroma bo avtorje prosilo za dopolnitve.

Revija izhaja prvega v mesecu. Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 11.760,00 SIT, za naročnike v tujini 23.520,00 SIT, posamezna številka za nečlane stane 980,00 SIT. Davek na dodano vrednost je vračunan v ceni ter se ga obračunava in plačuje po 8,5-odstotni stopnji. Rokopisov ne vračamo. Izbrane in naročene članke honoriramo. Naklada 7.500 izvodov. Poštnina plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

The Isis Journal

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 11.760,00 SIT. A single issue costs 980,00 SIT. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 7.500 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.



The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber
Marko Bitenc, M.D., M.Sc.
E-mail: marko.bitenc@zzs-mcs.si
The vice-president of the Medical Chamber
Andrej Možina, M.D.
The vice-president of the Medical Chamber
Prof. Franc Farčnik, M.S., Ph.D.
The President of the Assembly
Prim. Anton Židanik, M.D.
The vice-president of the Assembly
Živo Bobič, S.D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia
The president of the Educational council
Prof. Matija Horvat, M.D., Ph. D.
The president of the Professional medical committee
Prof. Vladislav Pegan, M.D., Ph. D.
The president of the Primary health care committee
Gordana Živčec Kalan, M. D.
The president of the Hospital health care committee
Prim. Andrej Možina, M.D.
The president of the Dentistry health care committee
Prof. Franc Farčnik, M.S., Ph.D.
The president of the Legal-ethical committee
Žarko Pinter, M.D., M.Sc.
The president of the Social-economic committee
Jani Dernič, M.D.
The president of the Private practice committee
Igor Praznik, M. D.
The Secretary General
Brane Dobnikar, L.L.B.

Public Relations Department
Elizabeta Bobnar Najžer, B.A.
Legal and General Affairs Department
Vesna Habe Pranjčič, L. L. B.
Finance and Accounting Department
Jožica Osolnik, Econ.
Health Economics, Planning and Analysis Department
Nika Sokolič, B. Sc. Econ.
Training and Professional Supervision Department
Mojca Vrečar, M. B. A.



The Medical Chamber of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
- The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
- Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

Koder iz Avstralije pomaga pri uvajanju novega informacijskega sistema v slovenskih bolnišnicah

Koder Donny kodira 6 popisov na uro



Ob uvajanju informacijskega sistema v slovenskih bolnišnicah je prišlo do velikih težav pri ustreznem kodiranju posegov in pretvorbi diagnoz iz MKB-10 v ICD-10 AM. V Avstraliji, kjer je sistem v uporabi že več let, opravlja delo kodiranja šolan koder, ki se za delo usposablja 3 leta in zmore v eni uri obdelati 6 popisov medicinske dokumentacije. V slovenskih bolnišnicah pa kodiranje, predvsem zaradi pomanjkanja kadra, žal ni steklo po pričakovanjih. Slovenske težave sedaj pomaga

premostiti verjetno najbolj izkušen avstralski koder po imenu Donny, ki so nam ga prijazno posodili iz univerzitetne bolnišnice v Sydneyu. Donny, ki mu bo čez 2 tedna sledila še Donnie, že pomaga strokovnjakom v Kliničnem centru pri reševanju nakopičenih nekodiranih posegov in diagnoz.

Iz dobro obveščenih virov pa smo izvedeli, da se Ministrstvo za zdravje že dogovarja z Ministrstvom za notranje zadeve o možnem šolanju slovenskih kodrov v učni bazi v Podutiku. ■



David B. Vodusek

Strokovni kolegij zdravstvene enote je ustaljen pojem in vsi ga poznamo. Pojem srečujemo vedno znova, kadar se srečujemo s strokovnimi stališči ali mnenji bolnišnic. Že mnenje posameznega strokovnjaka je tehtno, medtem ko je mnenje strokovnega kolegija neke zdravstvene ustanove še posebej.

Kako je torej z našimi strokovnimi kolegiji, sem se v zadnjem letu večkrat spraševal ob srečevanju s strokovnimi zagatami, kjer so (ali smo) vodilni nastopali s stališči, ki so bila eo ipso stališča ustanov, ki jih "zastopamo"?

Vprašanje o stanju strokovnih kolegijev se mi zastavlja v dveh dimenzijah. Ena je povsem praktična/strokovno-organizacijska (v smislu »urejenosti« tega pomembnega aspekta delovanja zdravstvenih ustanov), druga načelna. Več zadnjih neljubih zapletov v zvezi z zdravstvenimi ustanovami (ali pa vsaj njihovih nezadovoljivih razreševanj) je namreč, po moji oceni, povezano tudi z neoblikovano zavednostjo zdravnikov kot intelektualne elite znotraj zdravstvenih ustanov. Intelektualne elite, ki naj bi se poistovetila tako z vizijo razvoja zdravstvene ustanove kot tudi s problemi vsakodnevnega strokovnega dela, ne pa oboje odlagala v predal "s tem se ukvarjajo drugi".

Načelno bi že zdravnik posameznik na primer moral odgovorne »dovolj glasno« opozoriti na nedopustno

strokovno dogajanje, kot so ponavljajoče se zamude pri izvajanju relevantne diagnostike. Tako v teoriji; vendar je v praksi to težje. Nenazadnje ne smemo zanemariti občutka (ki niti ni tako napačen), da imamo kot posamezniki zelo omejeno moč vplivati na reševanje nakopičenih problemov. V primeru, da bi spregovorili kot strokovni kolegij, pa v nobeni zdravstveni ustanovi ne bi mogli (smeli) prezreti opozoril na strokovno povsem jasna opozorila o problemih – vsaj ne za zelo dolgo obdobje.

Pri tem razmišljanju kolegom ne želim naprtiti krivde za probleme našega zdravstva. Prepričan pa sem, da zdravniki kot intelektualna elita, tudi v primerih morebitne samopašnosti, nekooperativnosti ali nesposobnosti vodstva, ne nehamo obstajati kot misleči in odgovorni posamezniki. Kar bi, po mojem mnenju, lahko bolj odločno uveljavljali v strokovnih kolegijih. Lahko reči, težko storiti?

Skušal sem napraviti prerez stanja v Kliničnem centru. Verjetno ni dvoma, da je njegov "vrhovni strokovni kolegij" strokovni svet, katerega sestavo jasno določa statut KC (od 26. do 28. člena). V KC kot ustanovi je nasploh priznan pomen kolegijskih strokovnih teles, saj imamo še strokovni svet za zdravstveno nego KC (60. člen statuta), za posebne dejavnosti v "širšem strokovnem" smislu pa še svet za izobraževanje (64. in 65. člen statuta KC) ter raziskovalni svet (66. in 67. člen statuta KC). "Urejeni" so tudi "strokovni kolegiji" tistih klinik, ki so organizirane kot strokovno-poslovne skupnosti (ginekologija, interna, kirurgija, nevrologija, pediatrija, stomatologija). Na tej organizacijski ravni ima funkcijo "strokovnega kolegija" strokovno-poslovni svet klinike (40. do 42. člen statuta KC). Do tod vse lepo in prav. Kaj pa v drugih klinikah, kliničnih oddelkih?

Zdravstveno-organizacijske enote KC, ki niso strokovno-poslovne skupnosti, vodijo predstojniki. Glede na statut KC imajo predstojniki možnost, da "lahko oblikujejo strokovni kolegij kot posvetovalno telo za obravnavo strokovnih vprašanj iz delovnega področja ... enote" (70. člen statuta KC). Vendar statut v 51. členu določa, da "predstojnika imenuje svet KC na predlog strokovnega sveta KC, ki predlaga kandidata na podlagi javnega razpisa in po pridobitvi mnenja strokovnega kolegija organizacijske enote". Statut torej hkrati predvideva, da strokovni kolegij organizacijske enote obstaja, na drugi strani pa dopušča predstojniku proste roke pri tem, kako in ali ga sploh oblikuje. Logičen sklep je, če predstojnik ne želi negativnega mnenja o sebi, da strokovnega kolegija ne oblikuje, ali ga vsaj pravočasno razpusti! (Toliko bolj za šalo...)

Soočen z vprašanjem o strokovnih kolegijih, je stro-

kovni svet KC v letu 1996 sprejel stališče, da je dobro, da obstajajo strokovni kolegiji. To se odraža iz pisma (tedaj še v. d. strokovnega direktorja KC) prof. Kebra s 17. 12. 1996, ki je bil naslovljen "predstojnikom klinik, kliničnih inštitutov, kliničnih oddelkov ter centrov in služb, ki opravljajo temeljno strokovno dejavnost KC". V. d. strokovnega direktorja je "v skladu s sklepom strokovnega sklepa KC" (predstojnike) prosil, da oblikujejo strokovni kolegij svoje strokovne enote. Pri tem je še dodal priporočila strokovnega sveta, ki naj bi prinesla "nekaj enotnosti pri sestavi strokovnih kolegijev". Ta priporočila so bila naslednja:

- I. Število članov, vključno s predstojnikom, naj praviloma ne bo manjše od pet in večje od devet
- II. Prednostni seznam kandidatov za člane strokovnega kolegija

1. Predstojnik katedre
2. Glavna medicinska sestra
3. Redni profesorji, višji zdravstveni in znanstveni svetniki
4. Vsi učitelji (vključno z docenti), zdravstveni svetniki in znanstveni sodelavci
5. Vodje večjih oddelkov
6. Vodje vseh oddelkov
7. Vsi specialisti zaposleni za nedoločen čas

V. d. strokovnega direktorja je tedaj hkrati prosil predstojnike, da ga o sestavi svojega strokovnega kolegija obvestijo do 31. 12. 1996.

Menim, da skoraj zagotovo niso odpisali vsi predstojniki. Zdi se mi tudi, da na marsikateri strokovni enoti strokovni kolegij v preteklih letih ni bilo prav vitalno telo.

Danes bi k zgornjemu dodal, da – ker strokovni kolegij ni organ odločanja, ampak organ posveta – števila članov navzgor ni potrebno tako rigidno omejevati. (Še posebej pri velikih enotah bi to verjetno »odrezalo« kakšnega vodjo oddelka).

Mnenja kolegov o vlogi strokovnih kolegijev so deljena. Glede na pooblastila predstojnikov (ki so po mojem nujna in bi morala biti le združena z boljšim orodjem za njihovo izvajanje) je strokovni kolegij de iure nedvomno "zgolj" posvetovalno telo. Zato marsikateri seniorski kolega zamahne z roko, češ, "če ne morem odločati, kaj bom potem zgubljal čas". Po drugi strani si znam predstavljati, da marsikateremu predstojniku ni ljubo, da bi se moral vedno znova in znova soočati z neprijetnostmi odprte razprave. To lahko izhaja iz zelo razumljivih vzgibov (nekritično in nenehno odpiranje neargumentiranih dilem kakšnih manj uvidevnih kolegov), ali pa so ti vzgibi manj hvalevredni (nepripravljenost soočanja z upravičenimi kritikami ali neza-

želenimi pobudami). Strokovni kolegiji skratka nimajo samo zagovornikov – tako med predstojniki kot med morebitnimi člani.

Sam sem prepričan, da strokovni kolegiji morajo obstajati. Njihovih vlog, ne glede na to, da so zgolj posvetovalni organi, je več. Menim, da sta glavni vlogi naslednji:

1. Funkcija "več glav več ve" (predstojnik, ki je res zavzet za strokovni razvoj svoje enote, ne bo puščal v nemar intelektualnih potencialov svojih sodelavcev)
2. Pridobivanje sodelavcev za strokovne odločitve, pobude in vizije

Slednje predstojnik še kako potrebuje, saj ima posebna pooblastila in naloge za vodenje strokovne enote. Vodenje bo plodnejše in prijetnejše, če bo praviloma prevladala moč argumenta, ne argument moči. Argumentom je potrebno dati priložnost, da se slišijo, razširijo, primejo. Vedno znova sem neprijetno presenečen, kako se kakšne konstruktivne informacije počasi širijo med kolegi. V sebi verjetno nimajo lastnega reaktivnega pogona, ki ga imajo nekonstruktivne dezinformacije.

Poudaril pa bi, da je potrebno poznati pravila igre. Člani strokovnega kolegija se morajo zavedati svoje vloge – in predstojnik svoje. Kakor je sicer smiselno, da so v kolegiju na primer vsi vodje oddelkov, ti ne morejo pričakovati, da bo njihova volja o lastnem oddelku vedno obveljala. Jasno je, da ima predstojnik, glede na svoje obveznosti in odgovornosti, tudi pravico in dolžnost, da odloči po svoje. Dobro pa je, da je ta odločitev obrazložena, argumentirana in vsem predstavljena. Ker velja "verba volant, scripta manent" je zelo smiselno, da je eden od rezultatov sestanka strokovnega kolegija vsaj krajša pisna zabeležka o pomembnih dogovorih. Tako je nedvoumno, kaj je bilo dogovorjeno oziroma določeno, hkrati je dana možnost, da imajo vsi sodelavci dostop do informacij (zapisniki so na primer na voljo na tajništvu, ali se po elektronski pošti razpošljejo vsem specialistom, vodilnim medicinskim sestram in drugim izbranim sodelavcem).

Seveda strokovni kolegiji niso namenjeni samo zdravnikom. Pritegniti morajo tudi zdravstveno nego, na določen način tudi druge zdravstvene sodelavce, ki pomembno sodelujejo pri strokovnem poslanstvu zdravstvene enote. Načine te komunikacije bo najbolje opredelil vsak predstojnik sam, če se bo zavedal pomena skupinskega dela in komuniciranja o strokovnih in strokovno-organizacijskih vsebinah s sodelavci.

Spoštovani kolegi na vseh ravneh dela v zdravstveni službi – zavedajmo se svoje odgovornosti, komunicirajmo in ne bodimo »šalobarde«.

David B. Vodušek