

ISSIS



Leto XIV. Številka 12 / 1. december 2005



Regije so spregovorile



V zadnjih tednih smo predstavniki Zdravniške zbornice Slovenije obiskali vse regije. Odziv zdravnikov in zobozdravnikov na povabilo predsednikov regijskih odborov je bil precejšen, predvsem pa so bila srečanja izredno živahna in razprave so se dotaknile vseh zadev, ki trenutno najbolj burijo zdravniške duhove, vsaj tisti del zdravnikov in zobozdravnikov, ki jim ni vseeno, kakšna bo njihova usoda v prihodnosti.

Osebo sem bil najbolj vesel akademske ravni razprav, kar je bilo zaznati prav v vseh predelih Slovenije. Vprašanja, pripombe in tudi kritike na dosedanje delo stanovske organizacije so bile dobronamerne, rekel bi konstruktivne in nikakor ne destruktivne. V takem vzdušju ni bilo težko najti novih vzpodbud, ki jih lahko skupaj uresničimo v dobro članov Zdravniške zbornice Slovenije.

Sedaj pa nekaj besed o glavnih poudarkih iz razprav.

Ni nas presenetilo, da so se številna vprašanja, pripombe in predlogi dotaknili nadaljevanja razvoja zasebnitva v zdravstvenem varstvu. Čeprav se je preoblikovanje statusa nosilcev zdravstvenega varstva začelo že leta 1992, tako uvajanje zasebnega delovanja zdravnikov kakor tudi zdravstvenih zavodov, se je v zadnjih mesecih nesorazmerno veliko pisalo in razpravljalo o tako imenovani privatizaciji. Predvsem o zdravnikih specialistih, ki so zaposleni v bolnišnicah, svojo poklicno pot pa želijo nadaljevati kot zasebniki. Po večletnem odlogu je predvsem politično ozračje postalo mnogo ugodnejše in doživeli smo nekaj posameznih prestopov iz statusa zaposlenega specialista v status specialista zasebnika. S tem se je odprla široka razprava o smotnosti takšne »preobrazbe«. Najprej v širši javnosti, ki je dobivala informacije v medijih, nato pa tudi v zdravniških krogih. Iz razprav na sestankih v regijah lahko povzamem, da so specialisti, zaposleni v bolnišnicah, naklonjeni zasebnitvu. Tako vidijo predvsem možnost za pravično in pošteno plačilo za opravljeno delo. Sedanja uravnilovka, ki vlada v bolnišnicah že celo večnost, jemlje voljo posameznikom, ki želijo svoje znanje ponuditi čim večjemu številu bolnikov, za to pa pričakujejo tudi primerno nagrado. Zanimivo je bilo slišati tudi mnenja vodstvenih delavcev zdravstvenih zavodov. Kljub bojzani pred težavami zaradi organizacije zdravstvenega varstva v bolnišnicah, ki bi jih lahko povzročil množičen odhod specialistov med zasebnike, so pripravljeni sodelovati pri iskanju modela specialista zasebnika, da bi odgovarjal slovenskim potrebam in bi bil združljiv s financiranjem zdravstvenega varstva v Sloveniji. Daleč torej od tega, da bi bili v bolnišnicah načelno proti zasebnitvu.

Skratka, lahko rečemo, da je dozorel čas, ko se lahko tudi v bolnišničnem zdravstvu začnemo prilagajati novemu družbenemu redu, ki je na drugih področjih javnega zdravstva že pred leti povzročil korenite spremembe z uvajanjem zasebnitva predvsem v zobozdravstvu in med zdravniki na osnovni ravni.

Skupaj, s temeljitim premislekom, poiščimo pravo obliko specialista zasebnika, ki bo zadovoljila bol-

nika, omogočila poklicna in osebna hotenja zdravnikov in ki ne bo v ničemer ogrozila visoke strokovne ravni naših bolnišnic.

Pri vodenju specializacij je še vedno veliko pripomb. Dolžina programov je toliko bolj očitna, ker morajo specializanti večji del programa opraviti zunaj regije, za katero so bili izbrani. Vsekakor je treba tak način dela spremeniti. Vse predstavnike regijskih bolnišnic smo pozvali, naj preverijo svoje vloge za »akreditacijo«, ter jih, po potrebi, nemudoma pošljejo ali obnovijo, kar bo osnova za razširjenje pooblastil za specializantska mesta. Pri izbirnem postopku na razpisana specializantska mesta je treba nujno povečati vpliv predstavnika regije na izbiro posameznega kandidata. Nekaj je bilo tudi pripomb, za katere se je izkazalo, da so precej subjektivne in jih zato ne moremo upoštevati pri spreminjanju celotnega sistema vodenja specializacij. Vendar je s pogovorom vedno možno doseči rešitve, ki so sprejemljive v okviru danih možnosti. Ne smemo pozabiti, da največje težave, povezane s specializacijami, šele prihajajo in to zaradi vedno večjega pomanjkanja kandidatov za posamezna razpisana specializantska mesta. Upajmo, da se bo stanje izboljšalo, ko se bodo v sistem vključevali prvi diplomanti nove medicinske fakultete v Mariboru.

V pogovoru s predstavniki regij je prevladalo mnenje, da imata pri naložbah v primerne prostore za delovanje zdravniških organizacij prednost Ljubljana kot sedež slovenske Zdravniške zbornice in Maribor, ki predstavlja drugo univerzitetno slovensko središče s popolno medicinsko fakulteto. Takšno mnenje regij je lahko pozitivno izhodišče za razporeditev finančnih sredstev Zbornice, ki so bila v ta namen zbrana v preteklosti in ki so se še povečala v zadnjem letu. Če bo takšno tudi stališče poslancev na naslednji skupščini, bomo od besed lahko prešli k dejanjem.

O pravni pomoči članom Zdravniške zbornice je bilo na sestankih regij povedanega tudi kaj pohvalnega. Žal pravniki Zbornice ne morejo prevzeti naloge zastopnikov-odvetnikov pred rednimi sodišči. Bomo pa navezali tesnejše stike – morda celo dolgoročno pogodbo – s primerno odvetniško pisarno, ki bo prednostno prevzemala zastopanje prizadetih članov stanovske organizacije. S tem bomo povečali učinkovitost pravne pomoči za zdravnike, ki se znajdejo v stiski zaradi domnevnih napak pri svojem delu. Prav verjetno lahko v bližnji prihodnosti pričakujemo večje število pritožb, tožb in odškodninskih zahtevkov bolnikov in njihovih svojcev. Da se zdravniki tega zavedajo, so pokazala tudi številna vprašanja in razprava o naraščajočem številu sodnih postopkov proti zdravnikom. Razpravljalci tudi niso skoparili s pohvalami stališč Zdravniške zbornice ob konstruiranih zdravniških »aferah« iz bližnje preteklosti.

Sestanki v regijah so bili na vsak način plodoviti in so prispevali k okrepitvi vpliva regij na delovanje Zdravniške zbornice Slovenije. Stanovska pripadnost članov ne sme biti le rezultat osebnega zadovoljstva z delovanjem Zbornice, temveč mora biti vgrajena v dejavno sodelovanje pri sprejemanju usmeritev za urnavanje zdravniškega poklica.

Prepričan sem, da nam bo s skupnimi prizadevanji to tudi uspelo.

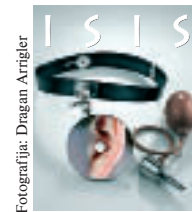
Naslednje leto bo zato zagotovo vsaj tako delovno, kakor so bila dosedanja. Zato naj Vam, ob prihajajočih praznikih, zaželim veliko uspeha, sreče in zadovoljstva tako v osebnem kakor poklicnem življenju v novem letu 2006. ■

Vladislav Pegan

Zdravo, učinkovito, uspešno, zadovoljno in srečno 2005!

Vodstvo Zdravniške zbornice Slovenije

Namesto novoletnih voščilnic smo denar nakazali v humanitarne namene.



Vsebina

uvodnik	Vladislav Pegan	• Regije so spregovorile	3
novice		•	8
iz Evrope		•	23
fotoreportaža	Janko Kersnik	• Izobraževanje zdravnikov v osnovnem zdravstvu v obravnavi duševnih motenj	26
aktualno	S. Herman, L. Kovačič, F. Klemenčič	• Poškodbe s priotehničnimi sredstvi	28
forum	Rade Ilijaž	• Pismo sindikatu Fides: Predlog za dežurno mesto kot posebno delovno mesto	34
	Tatjana Cvetko	• Forum o položaju mladih zdravnikov	36
	Marko Drešček	• Plačilo dežurstev mladim zdravnikom	38
	Andrej Robida	• Kakovost skozi članke v Izidi	40
	Primož Štular	• Pedagoški klici	44
obletnice	N. Triller, I. Kern, R. Cesar, M. Fležar, Z. Remškar, S. Kadivec	• Mesec bolnišnice Golnik	46
zanimivo	Danica Rotar Pavlič	• Debelost pri otrocih – evropske države so zaskrbljene zaradi spremenjene pojavnosti	50
delo Zbornice	Zapisniki IO ZZS	•	52
status artis medicae	Aleš Žemva	• Primerne kombinacije zdravil za zdravljenje visokega krvnega tlaka	59
koledar zdravniških srečanj		•	63
programi zdravniških srečanj		•	73
strokovna srečanja	Dušan Šušterčič	• Protetična oskrba pacientov s prizadetimi obzobnimi tkivi	85
	Suzana Židanik	• Srečanje učiteljev družinske medicine	88
	Štefek Grmec	• Najnovejša spoznanja na področju intenzivne medicine	90
	Katja Šoštarič Likar	• Motnje prehranjevanja	91



OTOPNEVMOSKOP

Otorinolaringologi pri svojem delu uporabljajo (oziroma so uporabljali) različne medicinske pripomočke. Med njimi smo za tokratno naslovnico izbrali dva iz polpretekle dobe: otopnevmoskop, ki se je uporabljal za ocenjevanje podajnosti bobniča, in odsevník za zbiranje indirektné svetlobe, ki je neverjetno fotogeničen predmet. Ni pa tudi skrivnost, da je izredno priljubljen med simboli za zdravniško delo pri otroških igrah. Vzrok je verjetno dejstvo, da ga otroci običajno srečajo v zgodnjem otroštvu, kot medicinski pripomoček je v njihovem dojemanju pozitiven, saj zdravnik z njim ne posega v njihovo telo (ne povzroča bolečine kot na primer igla), hkrati se skrivnostno sveti in se ga ne smejo dotakniti. Otrokom predstavlja skrivnostni svet strokovnjaka, s katerim se želijo enačiti.

Besedilo in idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

	Breda Prunk Franetič	• Diabetes v otroški dobi	92
	Faris Mujezinović	• Svetovni kongres perinatalne medicine	94
	Feri Štivan	• Kognitivna rehabilitacija po poškodbi možganov	96
	Tihomir Ratkajec	• Ali vemo, kaj je z zdravjem naših delavcev?	98
	Matjaž Rode	• Obdržati zob ali vsaditi implantat?	100
	Rok Malavašič	• Kirurgija želodca – standardi in novosti	102
	Jože Matela	• Radiološko srečanje	106
	Jurij Gorjanc	• Operativne tehnike dimeljskih kil	107
	Tanja Lah Kržin	• Mednarodni kongres ortodontov Srbije in Črne gore	108
tako mislimo	Uroš Ahčan	• NEKOČ iz mojega dnevnika	110
	Nina Mazi	• Bolniška odsotnost pod drobnogledom	114
odmevi	Stanislav Šuškovič	• Epidemija smernic – kaj je treba narediti?	116
	Davorin Dajčman	• Evropsko primerljivo zdravstvo je dosegljivo le z jasno smerjo razvoja!	116
	Darinka Klemenc	• Nova raven sobivanja poklicev v zdravstvu	117
zdravniki v prostem času	Tomaž Rott	• Sv. Kolumba, Fingalova jama, Loch Ness, Balmoral ...	118
	Zlata Remškar	• Štirje samogovori	122
	Zlata Remškar	• Septembrskega dne	122
	Dr. Eck	• Mojster	123
	Dr. Eck	• Sivi pinot	123
s knjižne police	Marjan Kordaš	• Ivan Hribovšek: Himna večeru, izbrane pesmi	124
personalia		•	126
sisi		•	127
misli in mnenja uredništva	Eldar M. Gadžijev	• Peljal sem se malo tja proti Krumperku	128



Namesto novoletnih voščilnic smo denar nakazali v humanitarne namene.

Obisk predstavnikov hrvaške zdravniške zbornice

Sosednji državi sta približno v istem času vstopili v evropska stanovska zdravniška združenja, kjer tvorno sodelujeta.

Sedaj se Hrvaška na vseh področjih pripravlja na vstop v Evropsko zvezo, Slovenija pa je to izkušnjo, v dobrem in malo manj dobrem, že pustila za seboj. Zato so predstavnike hrvaške zdravniške zbornice ob delovnem obisku najbolj zanimale naše izkušnje pri pogajanjih za pristopno pogodbo, da bi se lahko pravočasno pripravili na morebitne pasti. Marko Bitenc je kritično povzel, da ob urejanju pravnih podlag za pristopno pogodbo slovenski zdravniki žal niso bili dovolj dobro seznanjeni z razliko, kaj obsega pravni red zveze, ki ga je treba le prevzeti, kaj pa je prepuščeno v pristojnost vsaki državi članici. Z današnjimi izkušnjami bi se verjetno odločili drugače glede trajanja posameznih specializacij in zahtev za samostojno delo zdravnikov družinske medicine. Slovenija je za večino specializacij predvidela šestletno usposabljanje, EU predpisuje najmanj pet. Res je, da Evropsko združenje zdravnikov specialistov podpira šestletno usposabljanje, vendar so zdravniki v državah s krajšo dobo specializiranja v prednosti. V krajšem času se usposobijo za samostojno delo kot specialisti, korist ima tudi zdravstveni sistem, ker specialisti prej vstopijo vanj. V polovici držav članic EU ni obvezna specializacija za opravljanje splošne/družinske medicine, kar slovenske zdravnike v lastni državi postavlja v neenakopraven položaj.



Srečanja so se s hrvaške strani udeležili: prim. Dražen Borčić, dr. med., prim. Josip Jelić, dr. med., oba sta podpredsednika, prim. Hrvoje Minigo, dr. med., predsednik, Nikolina Budić, dipl. prav., tajnica, prof. dr. Zlatko Domljan, dr. med., prim. mag. Egidio Čepulić, dr. med. predsednik odbora za mednarodno sodelovanje, (na sliki z leve) ter prof. dr. Ljiljana Randić, dr. med., predsednica odbora za medicinsko izobraževanje, in prim. Milan Blažević, dr. med., predsednik odbora za zasebno prakso.

Ker je bila v EU sprejeta smernica o medsebojnem priznavanju specializacij, se avtomatsko priznavajo vsi nazivi, ki so priznani v dveh petinah članic. Sedaj se je slovenska zbornica znašla v položaju, ko mora pravno-formalno dovoliti delo na področju splošne/družinske

medicine zdravnikom iz EU, čeprav niso opravili specializacije, ki jo za opravljanje te službe zahtevamo od slovenskih zdravnikov. Hrvaški predstavniki so povedali, da pri njih usklajevanje vsebin specializacij z evropskim pravnim redom pripravlja Medicinska fakulteta skupaj z ministrom za zdravstvo. V splošni/družinski medicini imajo na Hrvaškem le okoli eno tretjino zdravnikov, ki imajo tudi specializacijo za to področje.

Ena od zagat, s katero smo se srečali v Sloveniji, je bila skupna zbornica za zdravnike in zobozdravnike, ki smo jo utemeljili s podobnimi primeri v Avstriji in Luksemburgu ter majhnim skupnim številom članov zbornice. Na Hrvaškem pa sta zbornici za zdravnike in zobozdravnike že ločeni.

Na kratko so si udeleženci izmenjali tudi izkušnje na področju izvajanja nadzorov, disciplinskih postopkov ter odnosov med zbornico in strokovnimi društvi. ■

Elizabeta Bobnar Najžer
Foto: Borka Cafuk



Udeleženci

Izravnalne sheme – obveznosti zdravnikov in zobozdravnikov

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-H), ki je bil objavljen v Ur. l. RS, št. 76/2005, je v 3. členu uvedel dolžnost izvajalcev, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe, da poslovno sodelujejo na področju dopolnilnega zavarovanja z vsemi zavarovalnicami, ki izvajajo takšno zavarovanje, in jim zagotavljati, praviloma v elektronski obliki, vse podatke, potrebne za delovanje izravnalne sheme dopolnilnega zavarovanja, in sicer specificirane po zavarovancih in storitvah.

Prva se je na določila zakona odzvala ena od zavarovalnic, ki je osnutek pogodbe o poslovnem sodelovanju po določenih zgoraj omenjenega zakona poslala v pregled izvršilnemu odboru Zdravniške zbornice Slovenije, hkrati pa tudi že pogodbenim partnerjem, tako koncesionarjem kot zdravstvenim zavodom. Zaradi nejasnosti pri obsegu poročanja in posredovanja podatkov izključno za potrebe delovanja zavarovalnice ter nesprejemljivem prelaganju finančnega bremena pošiljanja podatkov v elektronski obliki na izvajalce, je Zbornica zaprosila Ministrstvo za zdravje za dodatna pojasnila in morebitno tolmačenje

zakona: kdo mora prevzeti finančno breme pošiljanja podatkov v elektronski obliki za potrebe izravnalnih shem, kje je določena pogodbena kazen v višini kar 5 milijonov tolatjev v primeru "necelovite izvršitve" obveznosti, kakšen je obseg sporočenih podatkov, ali je potrebno zbirati dodatne podatke? Hkrati je izvršilni odbor na svoji seji 27. oktobra 2005 sprejel sklep, da nasprotuje priporočilu podpisa izvajalcev Pogodbe o poslovnem sodelovanju pri izvajanju prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj. ■

V nadaljevanju objavljamo pojasnila, ki jih je posredovalo Ministrstvo za zdravje.

Elizabeta Bobnar Najžer



REPUBLIKA SLOVENIJA

MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Štefanova 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

Razlaga novele ZZVZZ-H

V zvezi z vprašanji, ki jih naslavljate na Ministrstvo za zdravje in izhajajo iz obveznosti izvajanja Zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zavarovanju (v nadaljevanju: ZZVZZ-H) tako za zavarovalnice, ki so vključene v izravnalno shemo, kot izvajalce zdravstvenih storitev, vam posredujemo naslednja stališča in odgovore:

1. Zaradi zagotavljanja socialne varnosti zavarovanih oseb Republika Slovenija opredeljuje javni interes nad izvajanjem dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki se izvaja po načelih medgeneracijske vzajemnosti in vzajemnosti med spoloma med vsemi zavarovanci tega zavarovanja. Ker se predlog pogodbe (... ime zavarovalnice znano uredništvu) nanaša tudi na druga prostovoljna zavarovanja, je v presoji Zdravniške zbornice ali bo za ta druga zavarovanja sprejela v pogodbi enake ali druge poslovne pogoje.

2. Določbo 7. točke 62. člena (3. člen ZZVZZ-H) ni razumeti tako, da se podatki

morajo zagotavljati izključno v elektronski obliki. Prav tako zakon ne zahteva nobenih novih, dodatnih podatkov, kot so že bili v dosedanjih fakturah oz. listinah za fakturiranje storitev iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Iz Navodila za pripravo poročila o izvajanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v preteklem obdobju izravnave (Uradni list RS, št. 93/05), ki ga je izdal minister za zdravje na podlagi desetega odstavka 62. f člena ZZVZZ-H, namreč izhaja, da so za izvajanje izravnalne sheme zavarovalnicam potrebni le: rojstni podatki zavarovanca (iz KZZ), vrsta zdravstvene storitve (tudi zdravlilo, medicinsko-tehnični pripomoček), vrednost doplačila, datum opravljene storitve in datum fakture oz. listine, s katero se zaračunajo opravljene storitve za določeno obdobje. Drugih podatkov izravnalne sheme ne zahtevajo. Če zavarovalnica zahteva še druge specifikacije, listine, kopije listin (kot je to predloženo v 4. točki 7. člena pogodbe), po mnenju Ministrstva za zdravje to ne bi smel biti standard za vse fakture, temveč le za potrebe nadzora, ki ga izvaja zavarovalnica s

svojimi zdravniki oziroma farmacevti.

3. Na fakturi naj bi izvajalec praviloma zaračunal zavarovalnici tudi nadomestilo za zagotavljanje podatkov do višine 0,75 % od zneskov kosmatih obračunanih škod, ne glede, v kakšni obliki je posređoval podatke. 8. člen predloga pogodbe je po mnenju ministrstva v zvezi s tem dokaj nejasen in lahko v nasprotju z ZZVZZ-H, če določa, da izvajalcu pripada nadomestilo le v primeru zagotavljanja podatkov v elektronski obliki.

4. Kot že sami navajate v svojem dopisu, so sankcije, določene v točki VII. Reklamacijski postopek in točki VIII. Pogodbena kazen, nesorazmerne. Po mnenju Ministrstva za zdravje so predlagane pogodbene kazni z vidika dolgoročnega in partnerskega poslovnega odnosa v javnem zdravstvenem sistemu med izvajalci in zavarovalnicami na področju dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj, neprimerne. Na predlog ministrstva so bile pogodbene kazni ukinjene pred leti tudi v Splošnem dogovoru, predvidena pogodbena kazen 5 milijonov SIT za "neizvršitev oziroma necelovite izvršitve

obveznosti izvajalca ..." pa predstavlja blizu 25 odstotkov letnih sredstev izbranega zdravnika koncesionarja, kar je v izrazitem nesorazmerju z možnostjo povzročene škode.

5. V točki IX. Poslovna skrivnost so za varovanje osebnih podatkov navedene izključno dolžnosti izvajalca, v 17. členu pa je prav tako le izvajalcu zagrožena kazen 5 milijonov SIT. Ministrstvo za zdravje je mnenja, da so izvajalci (zdravniki in zdravstveno osebje) če po veljavnih pozitivnih zakonih s področja zdravstva zavezani varovati vse podatke, za katere zvedo pri delu s pacienti. Zato pa bi bilo bolj potrebno urediti način varovanja osebnih podatkov, za katere zavarovalnice in pri njej zaposleni delavci zvedo pri obravnavi posameznega zavarovanca oziroma pri obračunavanju njegovih odškodnin iz naslova zavarovalnega kritja dopolnilnega zavarovanja.

6. Ministrstvo za zdravje se ne želi pre-

deljevati glede drugih določb predlagane pogodbe, ker je to zadeva pogodbenih strank. Dolžni smo bili opozoriti le na pomanjkljivosti, ki so po našem mnenju v nasprotju z načeli delovanja javne zdravstvene službe. Pričakujemo, da bo Zdravniška zbornica ustrezno sodelovala pri vzpostavitvi zavarovancem prijaznih poslovnih odnosov med zdravniki koncesionarji in vsemi zavarovalnicami, ki so vključene v izravnalne sheme v dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju. ■



Andrej Bručan,
minister

Koordinacija za zasebno dejavnost pri Zdravniški zbornici Slovenije skupaj s pravno službo pripravlja osnutek krovne pogodbe, ki naj bi jo zasebniki podpisovali s komercialnimi zavarovalnicami. Nadaljnje informacije bodo objavljene na spletni strani Zbornice <http://www.zzs-mcs.si>. Osebo se lahko obrnete po informacije tudi po e-pošti: simona.mlakar@zss-mcs.si.

Dežurstvo kot redno delo

Fides, sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, je, zaradi nespoštovanja razlage 69. člena Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike (razlaga objavljena v Ur.l. RS, št. 87/2003, dne 5. 9. 2003), po kateri so zdravstveni zavodi dolžni sprejeti interni akt, s katerim se urna postavka osnovne plače delovnega mesta, na katerem se dežurstvo opravlja, določi v višini povprečne vrednosti osnovne plače vseh zdravnikov v zavodu z napredovanjem, napovedal stavko, ki pa je bila zaradi posluha ministra za zdravje odpovedana. Ministrstvo za zdravje se je, ob soglasju

Ministrstva za javno upravo, namreč odločilo za celostno rešitev vprašanja plačevanja dežurnega dela zdravnikov in zobozdravnikov. Kot edinim uslužbencem v javnem sektorju se jim je čas, prebit v dežurstvu, pri plači delil na efektivni in neefektivni del, kljub temu, da v času obveznega dežurstva niso mogli prosto razpolagati s svojim časom. Minister za zdravje mag. Andrej Bručan se je zavzel za spremembo zakona o zdravniški službi, ki bi dežurstvo uredil na enak delovno-pravni način kot za druge zaposlene v javnem sektorju: kot dežurni so v službi in je ves ta njihov čas treba plačati kot delovni čas. Minister za javno

upravo dr. Gregor Virant je dosedanji sistem označil kot nepravilčen, ki je postavljaj tako zdravnike kot nekatere druge uslužbence v zdravstvu v neenakopraven položaj v primerjavi z drugimi zaposlenimi v javnem sektorju. Sicer minister Virant vztraja pri stališču, da so zdravniki del javnega sektorja, zato ne razmišlja o tem, da bi bili izločeni iz zakona o javnih uslužbencih.

Predlog za spremembo zakona o zdravniški službi bo pripravilo Ministrstvo za zdravje in ga bodo skušali še pred novim letom vložiti v parlamentarni postopek. ■

Elizabeta Bobnar Najžer

Sestanek ministra in koordinacije zdravniških organizacij

Zdravniška zbornica, Slovensko zdravniško društvo in sindikat Fides so pred leti osnovali koordinacijo, kjer bi se dogovarjali za skupni nastop v slovenskem zdravstvenem prostoru.

Koordinacija deluje na rednih delovnih srečanjih v ožjem (predsedniki in podpredsedniki oziroma tajniki) ali širšem (vsi člani odborov vseh treh organizacij) krogu. V novembru so se v širši sestavi na pobudo ministra mag. Andreja Bručana sestali z njegovo ekipo.

izboljšane dostopnosti državljanek in državljanov Slovenije do zdravstvenega varstva. Zato je po enakem postopku, kot je delo potekalo v prejšnjem mandatu, pregledalo vse vloge, ter se v skladu z zakonom odločilo za podelitev 46 novih koncesij na sekundarni ravni. Od teh je bilo 17 specialistov na sekundarni ravni, 18 specialistov v zdravstvenih domovih in 11

morali opredeliti tudi sami, morda bi se povezovali v nove oblike, na primer postanejo lahko centri za zagotavljanje diagnostičnih postopkov za širše območje lokalne skupnosti (več zdravnikov koncesionarjev ipd.). Za zobozdravstvo ministrstvo načrtuje še večji prehod v zasebne roke. Minister se zaveda, da je v sistemu nekaj slabosti, ki jih bodo skušali odpraviti. Med najbolj pomembnimi nalogami je izdelava mreže tako za osnovno kot sekundarno raven.

Odmevne so bile tudi reakcije direktorjev zdravstvenih ustanov na navodilo ministrstva za plačevanje dežurstev. Nov način, s katerim se je strinjalo tudi ministrstvo za javno upravo, bo urejen s spremembo zakona o zdravniški službi. Popravek bo zdravnike izenačil z drugimi zaposlenimi v Sloveniji, ki se jim ves čas dežurstva (med katerim so prisotni na delovnem mestu) šteje kot delovni čas, brez ločevanja na efektivno in neefektivno. Ministrstvo si bo v okviru vladnih načrtov za boljšo dostopnost na podlagi upoštevanja vrednot in finančnih okvirov prizadevalo za določitev obsega in standarda pravic pacientov, skušali bodo najti sprejemljivo rešitev za urejanje bolniških odsotnosti (kot je omenil, je v Sloveniji 70 odstotkov nosečnic na bolniški), predlagali bodo povečanje ponudbe individualnih zdravstvenih zavarovanj, pogošča standarde in merljive kazalnike kakovosti zdravniškega dela, ki jih nameravajo pripraviti v prihodnosti, (upajo, da bodo lahko tako ustvarili podlago za odstranitev uravnilovke v plačni politiki), zagotoviti nameravajo informacijsko podporo za delovanje zdravstvenega varstva. Med drugim nameravajo spremeniti sestavo svetov zavodov ter plače vodstvenih delavcev povezati z rezultati. Minister se ni mogel izogniti sistemu javnih naročil, pri katerem si bodo prizadevali za ureditev postopkov, tako da bodo javni in pregledni. Rezultati centralnega naročanja niso dovolj prepričljivi, da bi tudi v prihodnje lahko obveljal ta sistem. Skušali bodo najti boljše.

Mag. Andrej Bručan je izrazil upanje, da bomo z dialogom in medsebojnim sodelovanjem uspeli rešiti marsikatero zagato v zadovoljstvo tako zaposlenih v zdravstvu kot



Prof. Pavel Poredoš, prof. Vladislav Pegan, mag. Andrej Bručan, Konrad Kuštrin, dr. med. (z leve)

Ker je bil to čas po podelitvi koncesij za leto 2005, ki so bile bolj odmevne, ker jo je prejel tudi nekdanji predsednik zbornice, je minister najprej podal nekaj pojasnil o tem. V mandatu prejšnjega ministra je bilo podeljenih 29 koncesij za delo na sekundarni ravni, za katere je pristojno ministrstvo za zdravje, nov mandat je dočakalo kar 150 nerešenih vlog, od teh okoli 50 za sekundarno dejavnost. Ministrstvo za zdravje se je odločilo, da bo vzpodbujalo koncesionarsko delo na sekundarni zdravstveni ravni, predvsem zaradi

specialistov, ki so do tedaj delali izven mreže. Pet izmed teh specialistov je prejelo koncesije tudi za program operacij. Tudi v prihodnje bo ministrstvo vzpodbujalo druge oblike zagotavljanja zdravstvene oskrbe na sekundarni ravni: svobodnega zdravnika specialista, zasebne bolnišnice in koncesionarstvo. Medtem ko naj bi terciarna dejavnost ostala v državni lasti, morda z omejenim sodelovanjem zasebnega sektorja, minister za osnovno raven načrtuje poleg koncesionarstva tudi skupinske prakse. Zdravstveni domovi bodo svojo prihodnost



Dr. Dorjan Marušič, Marija Seljak, dr. med., prim. Janez Remškar, mag. Branko Lubej (z leve)

sodelovanje. Prof. Pegan je poudaril težave pri zagotavljanju neprekinjenega zdravstvenega varstva, kjer bo potrebno boljše sodelovanje med koncesionarji in zavodi. Strinjal se je z ministrom, da je treba model podeljevanja koncesij organizacijsko dopolniti.

Prof. Pavel Poredoš je poudaril dobre rezultate sodelovanja zdravniških organizacij predvsem na področju vsebin specializacij, vidi pa tudi druge možnosti sodelovanja. Posebej pri pripravi strokovnih smernic, določitvi kliničnih poti in nadzora kakovosti.

Konrad Kušrin, dr. med., je prepričan, da je prihodnost dobrega delovanja zdravstvenega sistema v sodelovanju. Fides si bo tudi vnaprej prizadeval za boljši položaj zaposlenih zdravnikov, ki je sedaj nezavidljiv. Veseli ga, da je vlada uvidela nepravilno neenakopravno obravnavanje zdravnikov v dežurni službi in se odločila, da ga reši. Fides bo ministru stal ob strani pri prizadevanjih za nagrajevanje po učinkih dela, čeprav se drugi sindikati zaposlenih v javnih službah temu upirajo.

V živahni razpravi ni manjkalo konstruktivnih predlogov, ki jih bodo posamezni partnerji pripravili vsak na svojem področju, nato pa se ponovno povezali.

Elizabeta Bobnar Najžer

Foto: Brin Najžer

pacientov.

Prof. Vladislav Pegan je bil vesel ministrovih predlogov na področju zasebne dejavnosti, ki jo sam ocenjuje kot pozitiven premik v slovenskem sistemu po letu 1992. Razume tudi vodstva zdravstvenih domov, ki ostanejo brez

kadrov in vsebine dela, vendar meni, da bi z boljším sodelovanjem tudi zdravstveni zavodi lahko nudili enako oskrbo, le da bi za razumno najemnino v isti ordinaciji program opravljal zdravnik koncesionar, s konkurenčnimi cenami diagnostičnih storitev pa bi lahko celo pridobili



Evropski projekt nadzora invazivnih bakterij

Evropsko mrežo, ki zbira podatke o občutljivosti nekaterih invazivnih bakterij – EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System) sta ustanovila Evropska komisija DG SANCO in nizozemsko ministrstvo za zdravje in šport. Projekt vodi delovna skupina na Inštitutu za javno zdravje (National Institute of Public Health and the Environment – RIVM) v Bilthovnu na Nizozemskem. Več o projektu najdete na spletni strani (www.earss.rivm.nl).

Projekt se je začel leta 1998 v 12 evropskih državah, ko so v poskusnem obdobju zbirale običajne podatke o občutljivosti invazivnih bakterij (izolati iz hemokultur in likvorja). Neprimerljivost rezultatov jih je naslednje leto usmerila k zbiranju standardiziranih podatkov le o dveh invazivnih bakterijskih vrstah: *S. aureus* in *S. pneumoniae*.

Leta 2000, ko so tudi nas povabili k sodelovanju, se je 10 slovenskih mikrobioloških laboratorijev, ki opravljajo klinično diagnostiko, vključilo v EARSS, pozneje ste se pridružila še dva. Sedaj vseh 12 slovenskih laboratorijev, ki preiskujejo hemokulture in kultivirajo likvor, sodeluje z usklajenim naborom podatkov o invazivnih bakterijah, pridobljenih z redno diagnostiko. V letu 2005 že zbiramo podatke o sedmih bakterijah: *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *E. coli*, *E. faecalis*, *E. faecium*, *K. pneumoniae* in *P. aeruginosa*.

Z vključitvijo vseh centrov, ki opravljajo te zahtevne preiskave, smo v projekt zajeli vse bolnišnice oziroma celotno področje Slovenije in naši rezultati so zato za nas, za našo primerjavo z drugimi državami in za strateško odločanje o izbiri antibiotikov toliko pomembnejši.

Namen nacionalne mreže

Kot del strategije za preprečevanje okužb in obvladovanje odpornih bakterij, je urad EU sklenil ustanoviti nadzorni sistem v vseh državah članicah EU (Sklep urada in parlamenta 2119/98/EU, september 1998). Dolžnost nacionalnega predstavnika in nacionalnega upravljalca podatkov je vodenje nacionalnega nadzornega sistema mikrobne odpornosti in pri tem vzpodbujati sodelujoče laboratorije in bolnišnice.

Namen projekta EARSS je zbirati primerljive podatke o bakterijski občutljivosti; analizirati naraščanje ali upadanje bakterijske odpornosti; priskrbeti dejanske nacionalne

podatke o občutljivosti bakterij in s tem postaviti osnovo za strateške odločitve; pospeševati in izboljševati državne programe nadzora bakterijske odpornosti; omogočiti dostop do informacij "tistim, ki jih potrebujejo"; povezati podatke o bakterijski občutljivosti s porabo antibiotikov in vzpodbujati vključevanje v raziskave o občutljivosti bakterij.

Organizacija mreže EARSS

V projektu EARSS sodeluje že 30 držav: 24 iz Evropske skupnosti in šest zunaj nje. Delo v mreži je prostovoljno in neplačano. Vsaka država ima navadno dva predstavnika, ki povezujeta sodelujoče. To sta nacionalni predstavnik in nacionalni upravljalca podatkov. Njuna dolžnost je vodenje nacionalnega nadzornega sistema mikrobne odpornosti in vzpodbujati sodelujoče laboratorije in bolnišnice.

Sodelavci v laboratorijih zbirajo podatke o bakterijah iz hemokultur in možgansko-hrbtenjačnih tekočin ter o njih na predpisanih obrazcih poročajo nacionalnemu upravljalcu podatkov, izpolnjujejo vprašalnike, ki omogočajo boljšo obdelavo zbranih podatkov in sodelujejo v zunanjem preverjanju kakovosti dela (EQA), ki jo izvaja angleški inštitut (NEQUAS – National External Quality Assessment Service for Microbiology).

Nacionalni upravljalca podatkov zbira podatke, preverja skladnost ocen (občutljiv/vmesno odporen/odporen) in je v stiku s sodelavci v laboratorijih. Sprejete podatke pregleduje, izloča dvojnike, jih združuje v enotno datoteko in preverja s posebnim programom ter jih štirikrat na leto odpošlje v centralno pisarno projekta na Nizozemsko.

Centri IBIS (IBIS – Internet Based Information System) so laboratoriji, ki so sprejeli nalogo svetovanja in nudenja strokovne pomoči, če bi prišlo do strokovnih težav ali pojavov širjenja nenavadno odpornih bakterijskih sevov. Centri IBIS za Slovenijo so v Ljubljani: na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete (IMI), kjer sta Center za MRSA in Center za enterokoke; na Inštitutu za varovanje zdravja RS je Center za pnevmokoke, v Celju na Zavodu za zdravstveno varstvo je Center za enterobakterije.

Nacionalni svet EARSS je posvetovalno telo, ki predstavlja povezavo z upravnim in raziskovalnim področjem in pomaga pri

reševanju morebitnih zapletov. Sestavljajo ga oba nacionalna predstavnika in posebej izbrana predstavnika v državi; pri nas sta to predsednik RSK za mikrobiologijo in imunologijo (izr. prof. dr. Alojz Ihan) in vodja raziskovalnega področja na IMI (prof. dr. Tatjana Avšič Županc).

EARSS in slovensko zdravstvo

V projekt EARSS so vključeni in tako tudi povezani vsi klinični mikrobiološki laboratoriji v Sloveniji. Strokovni učinek sodelovanja je opazno pozitiven. Vzporedno s tem projektom se je povečal tudi nadzor nad občutljivostjo bakterij, ugotavljamo upadanje proti metilicinu odpornih stafilokokov (MRSA) v slovenskih bolnišnicah, povečana je tudi pozornost za nadzor bolnišničnih okužb. Sodelujoči laboratoriji upoštevajo enotna merila za oceno bakterijske občutljivosti; opažamo uvajanje novih molekularnih tipizacijskih metod, kar omogoča tudi večje sodelovanje v različnih projektih. Ob takem razvoju opažamo tudi strokovno rast pri strokovnih sodelavcih in večjo kakovost naših prispevkov na strokovnih srečanjih.

V Sloveniji je bila nacionalni predstavnik Slovenije v EARSS od leta 2000 do septembra 2005 prof. dr. Marija Gubina (IMI). Letos pa je to dolžnost prevzela doc. dr. Manica Müller Premru, ki sedaj skupaj z Jano Kolman (Klinični center Ljubljana) vodi projekt. Jana Kolman, ki skrbi za zbiranje in pošiljanje preverjenih podatkov v EARSS center na Nizozemskem (upravljalca podatkov za Slovenijo), je tudi članica posvetovalnega telesa projekta (EARSS Advisory Board 2005). Sedež projekta – NCC (Nacionalni Corresponding Center) za Slovenijo je IMI, ki je tudi strokovni in pedagoški center slovenske klinične mikrobiologije in imunologije.

Zaključek

Projekt EARSS Slovenija je ena od povezav slovenskih bakteriologov, ki je nastala zaradi povabila k sodelovanju v evropskem projektu EARSS leta 2000. Vsi naši centri z gledno sodelujejo in ugodni rezultati v našem zdravstvu so že vidni: okužbe z bakterijo MRSA upadajo, kar je v nedavni čestitki sporočil tudi glavni upravljalca podatkov projekta EARSS: »Slove-

nia is the only country where the proportion of MRSA is significantly decreasing! Best regards, Jos Monen«. Obveza vseh bakteriologov, ki sodelujemo v projektu, je nadaljevati trdo, a uspešno pot. Brez skrbnega sodelovanja številnih sodelavcev, ki izvajajo nadzorne ukrepe omejevanja širjenja mikrobov v bolnišnicah, ne bi bilo odličnih slovenskih rezultatov projekta EARSS. Vsem se zahvaljujemo za sodelovanje pri dosedanjem uspešnem delu in jih vabimo k skupnemu nadzoru pojavljanja odpornih bakterij in omejevanju njihovega širjenja. ■

Marija Gubina in sodelavci

Zdravnik po nočnem dežurstvu deluje, kakor bi imel v krvi 0,4 - 0,5 promila alkohola

Ameriški raziskovalci so testirali 34 mladih zdravnikov, ko so bili spočiti, po napornem nočnem dežurstvu in po zaužitju alkohola. Specializanti so se pri psihološkem testiranju in simulaciji vožnje avtomobila po napornem dežurstvu odrezali zelo podobno kot tedaj, ko so bili pod vplivom alkohola. Pomanjkanja zdravnikov torej ni smotno reševati z neomejenim podaljševanjem njihovega delovnega časa, ki večkrat mesečno traja 32 ur brez prekinitve, temveč bi bilo zdravnikom po dežurstvu treba omogočiti počitek. (vir: JAMA 2005; 294: 1025 -1033) ■

Aleš Blinc

Kreditne točke le na podlagi preverjanja znanja

Na zadnji strani oktobrske Izide smo lahko prebrali misli prof. dr. Grada o tem, kako naj (ne) bi bila napisana poročila o številnih strokovnih druženjih slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov.

Znjim se povsem strinjam in zato bom to pot poskusil o srečanju slovenskih in italijanskih zobozdravnikov, ki je bilo namenjeno dentalni implantologiji poročati malo drugače.

Letošnjega prvega oktobra je bilo ob slovenskem morju prelepo jesensko vreme. To je vedno past za organizatorje, saj je udeležba lahko skromnejša. To pot smo bili organizatorji – Stomatološka sekcija SZD in ena od italijanskih strokovnih sekcij – prijetno presenečeni, saj se je dvorana portoroškega Avditorija kar dobro napolnila in to tudi s kolegicami in kolegi iz Italije.

Ko smo se pripravljali na srečanje, nas je kar malo presenetila želja italijanskih soorganizatorjev, naj za vse udeležence pripravimo vprašalnik z vprašanji, ki jih bodo pripravili predavatelji iz tem, o katerih bodo govorili v Portorožu. Povedali so nam, da njihovi italijanski zobozdravniki dobijo kreditne točke na strokovnih srečanjih samo takrat, kadar na koncu oddajo izpolnjene vprašalnike.

Misleč, da malo pretiravajo, smo za slovenske udeležence pripravili skrajšano obliko originalnega vprašalnika in jih ob začetku naprosili, naj tisti, ki se jim ljubi, izpolnijo vprašalnik (anonimen) in ga oddajo na recepciji.

Prav presenetilo nas je, da je več kakor 60 odstotkov slovenskih udeležencev izpolnilo in oddalo vprašalnike. Ob pregledu odgovorov smo ugotovili, da so na skoraj vsa vprašanja,



Srečanje italijanskih in slovenskih zobozdravnikov.

ki so bila zastavljena tako, da je bilo treba le izbrati enega od že napisanih odgovorov, pravilno odgovorili.

Pravo presenečenje pa so nam pripravili italijanski udeleženci. Po koncu predavanj so vsi obsedeli v dvorani, pridno izpolnjevali vprašalnik, ki je bil za njih seveda napisan v italijanščini in ga oddajali na recepciji. Na recepciji je sedel predstavnik njihove zbornice in je pri vsakem zabeležil čas prihoda in odhoda in

pobral vprašalnike. Izvedeli smo, da se italijanskim zobozdravnikom priznajo kreditne točke udeležbe na strokovnih sestankih samo takrat, kadar oddajo izpolnjene vprašalnike! In to še ni vse!! Doseči morajo 70 odstotkov pravih odgovorov, drugače ni s točkami nič.

Zaključna misel mojega poročila. Zakaj ne bi začeli tako deliti kreditne točke tudi na naši Zbornici? ■

Matjaž Rode

Salmeterol – prijatelj ali sovražnik?

Salmeterol je dolgodelujoči bronhodilatator iz skupine simpatikomimetikov beta 2.

Njegova priljubljenost je v zadnjih letih izjemno narasla. Za bolnike z astmo se obvezno uporablja v kombinaciji z inhalacijskim glukokortikoidom flutikazonom. Bolnikom s KOPB predpisujemo salmeterol kot samostojni bronhodilatator, ki pa ga lahko kombiniramo z drugimi bronhodilatatorji ali pa tudi (neobvezno) z inhalacijskimi glukokortikoidi.

Kombinacija salmeterol/flutikazon se je za zdravljenje astme obnesla odlično. Bolniki z astmo, zdravljeni s to kombinacijo zdravil, imajo zmanjšano pogostnost poslabšanj astme, izboljšano pljučno funkcijo in izboljšano zdravstveno kakovost življenja.

Pred kratkim sem naletel na nekaj poročil o salmeterolu, ki temu zdravilu niso naklonjena. Zato ta kratek prispevek.

V prispevku v letošnji številki ugledne revije Lancet (1) avtorja opozarjata, da je salmeterol nevarno zdravilo, kajti utegne povzročati huda, celo smrtno nevarna poslabšanja astme (z intubacijo in umetno ventilacijo) in tudi nenadno smrt zaradi astme. Avtorja celo trdita, da je proizvajalec tega zdravila podjetje GlaxoSmithKline (GSK) nekaj let pred javnostjo zadrževalo kritične podatke o tem zdravilu. Avtorja podjetju zamerita, da ni objavilo raziskave Smart, ki je potekala že pred tremi leti in v kateri so razkrili navedene potencialne škodljivosti salmeterola.

Treba je dodati, da so se nevarni zapleti salmeterola opazno pogosteje primerili bolnikom črne kakor bele rase. Res pa je tudi, da so imeli bolniki črne rase bistveno manjkrat predpisan inhalacijski glukokortikoid kakor belci. In da so bili tovrstni hudi zapleti zdravljenja s salmeterolom pravzaprav izjemno redki.

V isti številki revije Lancet avtorjema odgovarja visoka ameriška predstavica podjetja GSK, ki nekatere njune trditve kategorično in dokumentirano zanika.

Podoben prispevek kakor Lancet je letos objavila revija CMAJ (2). V njem dokumentirano opozarjajo, da je salmeterol zdravilo, ki poveča tveganje za smrtno nevarna poslabšanja astme, za respiratorno odvisne smrti (respiratory related death) in za smrti zaradi astme.

Vprašanje potencialne nevarnosti salmeterola je povsem razumljivo obravnavala ameriška Food and Drug Administration (FDA)

(3 – 8). Na podlagi zahteve FDA so morali že vnesti določene popravke v navodila za zdravila, ki vsebujejo salmeterol.

Seveda je posledično nesorazmerno naraslo število člankov, prispevkov in mnenj o salmeterolu.

Mnoga mnenja je moč najti na spletu. Tako lahko najdemo širši komentar na spletni strani harvardске medicinske šole. V njem citirajo prof. dr. D. Katza, direktorja Prevention Research Center at Yale University School of Medicine. On meni, da je nekaj resnice na obeh straneh. Salmeterol nedvomno olajšuje simptome astme, vendar pri tem obstaja rahlo povečano tveganje za smrt zaradi astme (asthma-related death). Prof. Katz nadaljuje: »To ni škandal, ampak gre za enega od mnogih dvomov med koristimi in tveganji zdravila, ki jih je treba bolniku jasno razložiti in z njim skleniti skupno odločitev o načinu zdravljenja njegove astme.«

Kako dobra misel. Kolikokrat pa to naredimo pri naših bolnikih?

In kaj svetujejo?

Lancet (1): »Salmeterol smemo predpisati samo takrat, ko je indiciran.«

CMAJ (2): Salmeterol pri bolnikih z astmo:

- ne uporabljati brez dodatka inhalacijskega glukokortikoida,
- ne uporabljati kot olajševalec »po potrebi«,
- ne predpisati na novo ob akutnem poslabšanju astme,
- ne uporabljati kot nadomestilo za inhalacijske glukokortikoide in
- predpisati v najmanjšem možnem dnevnem odmerku.

KOPA Golnik: Priporočila za zdravljenje trajne astme pri odraslem (Isis, november 2005): kombinacija inhalacijskega glukokortikoida + dolgodelujočega simpatikomimetika beta 2 je načeloma primerljivo učinkovita kakor kombinacija inhalacijskega glukokortikoida + antilevkotriena. Ta podatek koristi ob dvomu »salmeterol – da ali ne?«, na primer ob nekaterih sočasnih boleznih, kakršna je okvara srčne mišice.

SKLEP: Smrtno nevarno poslabšanje astme ali smrt zaradi astme je ob prejetju salmeterola zares zelo redek zaplet. Vendar tistega, ki ga to doleti (ali v primeru smrti njegove bližnje),

to kaj malo briga. Za njega ali njegove bližnje je to katastrofa. Kar že slutijo posamezni odvetniki, ki se na svetovnem spletu intenzivno tržijo za takšne primere.

Upajmo samo, da ne bo prišlo do tožb.

Bolniki, tudi slovenski, vedo vse več o astmi. Tudi o stranskih učinkih zdravil!

S salmeterolom je treba zdraviti v skladu z navodili proizvajalca in v skladu (s pomočjo) z izbranimi smernicami ali priporočili.

Ali je torej salmeterol prijatelj ali sovražnik? Oboje je – kar nenazadnje načeloma velja za vsa učinkovita zdravila. ■

Stanislav Šuškovič

Literatura:

1. Lurie P, Wolfe SM. Misleading data analyses in salmeterol (SMART) study. *Lancet*. 2005;366(9493):1261-2; discussion 1262.
2. Wooltorton E. *CMAJ*. 2005 Oct 25;173(9):1030-1. *Epub* 2005 Oct 7. Long-acting beta2-agonists in asthma: safety concerns. *CMAJ*. 2005;173(9):1030-1. *Epub* 2005 Oct 7.
3. www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/05/slides/2005-4148S1_03_01-GSK-Main.ppt - 07-19-2005.
4. http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/05/briefing/2005-4148B1_03_02-FDA-Smart-Study.pdf.
5. *Pulmonary-Allergy Drugs Advisory Committee Meeting* www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/05/slides/2005-4148S1_05_FDA-Seymour.ppt - 07-15-2005.
6. www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/05/briefing/2005-4148B1_03_01-FDA-Div-Dir-Memo.pdf - 07-12-2005.
7. www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/05/slides/2005-4148S1_03_01-GSK-Main_files/slide1021.htm - 07-19-2005.
8. www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/05/transcripts/2005-4143T1.pdf - 06-07-2005.



Tek – hoja za življenje za preživele z rakom ACS®©

Iskanje načinov za preprečevanje, širjenje in obravnavo bolezni raka in krepitev zdravja v svetu poteka v različnih programih strokovnih ustanov, nevladnih organizacij, združenj ter zainteresiranih posameznikov in javnosti.

Pridobivanje znanj, izmenjava prakse, posebni in partnerski raziskovalni programi na medicinskem in drugih področjih so nujni za ustvarjanje pogojev, za dvig standarda in podporo ter upanje za bolnike. Najboljši znanstveniki in strokovnjaki neutrudno izpolnjujejo tehnologijo, iščejo sredstva, metode, zdravila za obvladovanje bolezni in krepitev zdravja ...

Ta prizadevanja zelo podpira Ameriško nacionalno združenje za rak. Podprlo je že 16 Nobelovih nagradencev pri raziskavah, povezanih z boleznijo rak. Razvili so tudi program Tek – hoja za življenje za preživele z rakom ACS®©. V Ameriki deluje že preko 4000 skupin. Zbirajo namenska sredstva, organizirajo javne prireditve po zaščitenem scenariju za bolnike, preživele z rakom. Podeljujejo licence in širijo program po svetu.

Slovenija je vključena v program že tretje leto v soglasju s slovensko zvezo društev za

boj proti raku. Licenco je pridobilo Društvo za promocijo in vzgojo za zdravje Slovenije. S podporo Slovenske zveze društev za boj proti raku so bile še tri slovenske javne prireditve na stadionu v Žalcu. Združile so bolnike, zdrave, svoje in strokovnjake ter zdravstvene delavce in prostovoljce, društva in združenja.

Od 21. do 24. julija 2005 je Ameriško nacionalno združenje za rak iz Atlante, oddelek iz New Yorka, organiziralo izobraževanje za Evropo v Glasgowu na Škotskem. Povabili so tudi naše prostovoljce.

Namen izobraževanja je bil predstaviti udeležencem program, potrebne pogoje za izvajanje, kako skupno delovati pri zbiranju



sredstev in podpirati preživele z rakom.

Izobraževanje so omogočili trem udeležencem iz Slovenije, Igorju Prazniku, Piji Praznik in Živi Eržen. Organizatorji so v povratni informaciji izrekli priznanje zdravniku Igorju Prazniku, dejavnemu sodelavcu na domači prireditvi – za odlično predstavitev izvedbe programa v Sloveniji. Vsi udeleženci izobraževanja so predstavitev ocenili kot zelo poučno in uspešno. Še več, podaljšali so licenco in predstavili možnosti za izobraževanje novim slovenskim kandidatom. Verjamejo, da je pri premagovanju bolezni mogoče uspeli le s partnerskim združevanjem strokovnih znanj, volje in dela nevladnih in drugih organizacij ter posameznikov doma in v svetu. To je priložnost za zagotavljanje trajnostne in preostale kakovosti življenja bolnikom in podpora zdravemu načinu življenja. Dragocena bo podpora in pomoč strokovnjakov pri razvijanju in uresničevanju programa. ■

Viktorija Rehar

Vrisk, petje, ples in slikarska živobarvnost na prireditvi za bolnike v Kliničnem Centru

Tokrat je bilo na prireditvi za bolnike v Kliničnem centru 8. novembra 2005 veselo.

Že začelo se je s kolažem plesov iz jugovzhodne okolice Ljubljane, ki jih je odplesala folklorna skupina COF. Cofovci, ki skupaj plešejo že 23 let in so člani KUD dr. Lojz Kraigher so najprej zaplesali plese za zabavo v nedeljo popoldne z uvodno pesmijo »Delaj, delaj, dekle pušelj«, sledil je ples s pušeljcem, kjer si plesalec izbira soplesalko in obratno. Zvrstila sta se še dva slogovno različna valčka ter sotiš z več različicami. Bila je prava protiutež turobnemu novembrskemu vremenu in občinstvo se je kar hitro sprostito. V tem vzdušju se je prireditev, ki jo je organiziralo Kulturno umetniško društvo KC in MF dr. Lojz Kraigher, vodila pa predsednica doc. dr. Zvonka Zupanič Slavec, tudi nadaljevala do konca.



Osrednje razstavišče so zapolnili igrivi akvareli slikarja Jana Milkoviča, dolgoletnega likovnega terapevta s Psihiatrične klinike v Polju (foto: Biserka Komac).

Najprej se je slovesno v osrednjem razstaviščnem prostoru Kliničnega centra odprla razstava slikarja Janeza Milkoviča – Jana, ki je prostor napolnil z akvareli.

Jana Milkoviča označujeta dva svetova. Prvi je povezan z njegovo osnovno izobrazbeno usmeritvijo šole za oblikovanje ter nadalje-

vanjem študija na višji pedagoški šoli, ki ga je potegnila v slikarske vode, drugi s poklicno potjo psihoterapevta, kjer je dolga leta delal kot terapevt na likovnem, glasbenem in gibalnem področju v Psihiatrični kliniki v Polju. To ga je tudi vodilo v delo z ljudmi. Milkovič je vseskozi obe dejavnosti ustvarjalno združeval in nadgrajeval z izrazito osebno zavzetostjo. Akvarel je tista tehnika, ki ji ostaja vseskozi najbolj zvest, čeprav se ukvarja tudi z drugimi tehnikami (olje, akril, pastel).

Med prireditvijo je Jano Milkovič prejel priznanje za dolgoletno uspešno in plodno sodelovanje v Likovni sekciji KUD, ki mu jo je izročil predsednik sekcije doc. dr. Tone Pačnik. Tovrstna priznanja naj bi v prihodnje postala tudi navada, kot zahvala in vzpodbuda vsem zaslužnim članom.

V Mali galeriji se je predstavila slikarka Vida Štembergar, ki dela in živi v Kranju. Zase pravi, da jo slikanje spremlja že od otroških let, je kot vzgib, ki mu mora slediti. V njenih risarskih ali slikarskih kompozicijah, ki so na ogled ves



V Mali galeriji je predstavila svoja platna slikarka Vida Štembergar (foto: Biserka Komac).



Folkloristi KUD-a, poimenovani cofovci, vedno znova presenetijo. Z rezijanskimi plesi so med obiskovalce prinesli duha prvobitne plesne tradicije najzahodnejšega dela Slovenije (foto: Biserka Komac).

november in še v začetku decembra, lahko prepoznavamo predvsem prisposodbe njenega intimnega, čustvenega in doživljajskega sveta. Na prireditvi je njeno slikarsko delo predstavil dr. Damir Globočnik.

Nazadnje sta v ospredje ponovno stopila glasba in ples. Cofovci, preoblečeni v rezijansko nošo so odplesali ob tradicionalno rezijanski spremljavi violine – »citire« in violončela – »bunkuli« rezijanske plesne. V gorski dolini onstran Kanina imajo plesi docela svojo podobo. Plesalci med plesom menjavajo svoja osnovna nasprotna mesta in se nikoli ne dotaknejo. Rezija je tudi sicer kulturni jezikovni otok z izredno pomembnimi in lepimi običaji, ki se ohranjajo in prenašajo iz roda v rod in so

privlačni tako za raziskovalce plesa in jezika kakor tudi za turiste.

Folklorno skupino Cof – kar pomeni Klub optimističnih folkloristov – sestavlja 35 plesalcev in trije godbeniki. Poleg velikega veselja do plesa in druženja plešejo predvsem zato, da ohranjajo slovensko plesno izročilo in ga posredujejo širši javnosti. Njihov umetniški vodja je Janez Florjanc – Fofa, ki mu pomaga korepetitorja za ples Marjan Jakulin in Vinko Kurzweil – Vinc, peti jih uči Matjaž Ponikvar, predsednik njihove Folklorne sekcije pa je Zoran Trampuž. Kot veteranska skupina plešejo ples skoraj vseh slovenskih pokrajin: belokranjske, prekmurske, goričke, koroške, poljanske (iz Bele krajine), rezijanske, primor-

ske, ples iz okolice Ljubljane ter dve različici gorenjskih plesov. Gostujejo tudi v tujini, pred kratkim pa so se navdušeni vrnili iz uspešnega potovanja po Turčiji.

Vzdušje, ki so ga s plesom pričarali cofovci in prilili svoje k odprtju dveh krasnih razstav, se je v prijateljskem in prijetnem ozračju počasi izteklo. Zato gre hvala vsem, ki so pomagali pri ureditvi prireditve, vsem, ki vedno znova poskrbijo za to, da se bolniki lahko za trenutek sprostijo in izgubijo v prijetnih melodijah in upodobljenih »domišljijah« svetovih.

Prireditev sta omogočila Grafika Bonifer in Vzajemna, zdravstvena zavarovalnica. ■

Senta Jaunig

IZ EVROPE

Pomanjkanje zdravnikov v Nemčiji

Zadeva je protislovna: Nemški maturanti drviijo na avstrijske medicinske univerze. Od 1850 novincev v Gradcu jih je kar 1000 iz severne sosedice. Podobno je na Dunaju. V Innsbrucku je kar 78 odstotkov tistih, ki prihajajo iz Nemčije. Hkrati pa Nemčija z velikimi napori išče zdravnice in zdravnike v zamejstvu. To pa zato, ker se vse več diplomantov v Nemčiji odloča za nekurativne poklice. Skoraj 2000 letošnjih diplomantov (skoraj polovica vseh) se jih ni zaposlilo kot zdravniki, temveč v sorodnih poklicih. Rezultat je staranje in zmanjševanje števila zdravnic in zdravnikov. Tako zdaj na ambulantnem področju manjka približno 640, v bolnišničnem pa približno 5000 zdravnic in zdravnikov. Kaže se težnja, da se bosta ti dve številki še povečevali, čeprav je zanimanje za študij medicine še vedno veliko, pa je osip velik, kurativna medicina pa razmeroma neprivlačna.

Vzrok za sedanja neugodna gibanja je bila zdravniška brezposelnost, ki je dosegla višek leta 1997. Začelo se je pospeševanje zaposlovanja zdravnikov zunaj kurativne medicine.

To je bilo zelo uspešno in takratna "poplava zdravnikov" se je sprevrgla v današnje po-



manjkanje. Zato v Nemčijo vabijo avstrijske zdravnike. Medtem ko je bilo avstrijskih zdravnikov leta 1995 samo 395, jih trenutno v Nemčiji dela kar 1130. Napoved za odpravo pomanjkanja zdravnikov pa je slaba. Prvič so plače v kurativni medicini razmeroma slabe, združljivost tega poklica z družinskim življenjem ter primernim prostim časom pa slaba. K slabi napovedi prispeva tudi vse večja birokratizacija zdravniške dejavnosti.

Nasvet avstrijski zdravstveni politiki, da se ne bi znašla v podobnem položaju kot Nemčija (v pomanjkanju zdravnikov): Zdravnike je treba pravilno obravnavati. Sicer zelo dobro prenašajo bolečino, dolgoročno pa ne želijo delati v neprivlačnih razmerah, kar zajema tudi storilnosti neprimerno plačo, predolg delavnik in naraščajočo ter medicini odtujajočo se birokratizacijo. ■

Vir: Ärzte Steiermark, september 2005

Marjan Kordaš

Kazenski pregon zdravnice

Dne 22. 12. 2001 je prispel brez napotnice v ambulanto 1. interne klinike Fakultetne bolnišnice Kralovske Vinohrady v Pragi 36 let star moški J. V. v spremstvu svojega prijatelja J. J., ki ga je pripeljal z osebnim avtomobilom.

J. V. je sprejela dežurna zdravnica dr. Hana Burešova. Moški je navedel, da je hud kadilec, da je v zadnjem mesecu shujšal, da štiri dni težko diha in izkašljuje zeleno sluz. Bil je afebrilen, pljuča niso bila avskultacijsko normalna. Zdravnica ga je napotila na RTG pljuč v drugo zgradbo iste bolnišnice. Na slikanje ga je odpeljal J. J. z avtomobilom.

RTG PC je pokazal številna zasenčenja v obeh pljučnih krilih. Kazalo je bolj za vnetne kakor tumorske spremembe, ni bilo možno izključiti TBC. Moška sta se z izvidom RTG vrnila v ambulanto.

Po navedbi bolnikovega prijatelja J. J. jima je zdravnica pojasnila, da gre za zelo resno pljučno bolezen, mogoče rak ali tuberkulozo in da je bolnika nujno takoj premestiti na pljučni oddelek, kjer lahko naredijo dodatne preiskave, postavijo diagnozo in pričnejo zdraviti. Zdravnica je tudi poudarila, da gre lahko za nalezljivo bolezen in da mora biti bolnik takoj hospitaliziran.

Ker je pljučni oddelek v oddaljeni bolnišnici, je dr. Burešova razmišljala o prevozu z rešilcem. Ker je bolnikov prijatelj dobro poznal pot in obljubil, da bo V. J. takoj odpeljal na pljučni oddelek, si je zdravnica premislila in verjela zagotovitvi. Moška sta prevzela napotnico za sprejem, posnetek RTG in opis posnetka ter se odpeljala. Bolnik je po poti začel prepričevati prijatelja, da noče v bolnišnico, ker se dobro počuti in bi šel raje domov. Prijatelj je to sprva odklanjal, vendar je pritisku na koncu popustil in bolnika odpeljal v stanovanje.

Naslednje tri dni se bolnikovo stanje ni spreminjalo. Sprehajal se je po stanovanju, ni imel bolečin, obnašal se je "normalno". Bil je le oslabil in težko je dihal pri hoji po stopnicah. Njegov prijatelj J. J. ga je redno obiskoval in mu nosil hrano.

24. 12. 2001 ga je J. J. pripeljal v svojo pisarno, kjer so še z dvema znancema praznovali božič. Naslednjega dne, 25. 12. 2001 ob 16.00, še vedno v pisarni, mu je postalo slabo. Ob prihodu zdravnika nujne medicinske pomoči ni kazal znakov življenja. Po uspešni reanimaciji je bil sprejet na anesteziološko reanimatološko kliniko, kjer so ugotovili hude spremembe v pljučnem parenhimu in obsežen pnevmotoraks. Devet ur po sprejemu je bolnik umrl.

Na obdukciji so našli s tuberkulozo močno prizadeta pljuča in pnevmotoraks.

Vse osebe, ki so prišle v stik z bolnikom, so bile pregledane in TBC-okužba pri njih ni bila prisotna.

25. 1. 2002 je policija ovdala dr. Burešovo, da je zaradi malomarnega ravnanja povečala nevarnost širjenja nalezljive bolezni, ki jo je morala predvideti pri bolniku J. V.. Konkretno so jo obtožili, da se je zadovoljila z obljubami bolnikovega prijatelja, da bo J. V. takoj odpeljal s svojim vozilom na ustrezní oddelek in da ni takoj izpeljala "izolacijskih in bariernih" ukrepov.

Sodišče je izreklo kazen zopora šestih mesecev pogojno. Dr. Burešova se je na razsodbo pritožila.

Pravni oddelek Češke zdravniške zbornice je sodišču poslal svoje mnenje:



Ni dvomov o tem, da je dr. Burešova pri bolniku J. V. postopala *lege artis*. Zagotovila mu je potrebne diagnostične posege in popolnoma pravilno je odločila, da je treba bolnika takoj sprejeti na specializirani pljučni oddelek. Glede na to, da je bolnikov prijatelj J. J., ki je prej pripeljal bolnika J. V., prepričljivo obljubil, da bo J. V. takoj prepeljal na omenjeni pljučni oddelek, zdravnica ni imela razlogov dvomiti o tem. Posebej zato ne, ker je bolnik njeno pomoč aktivno poiskal.

Postavlja se vprašanje, ali bi morala zdravnica prevoz z zasebnim vozilom prepovedati in odrediti prevoz z "infekcijskim rešilcem". Ali

je s tem, da je dala soglasje za prevoz bolnika z zasebnim vozilom, prekršila obveznost "izolacijskih in bariernih" ukrepov?

Prevoz bolnika z zasebnim vozilom v specializirano ustanovo ni z nobenim zakonom ali predpisom prepovedan. Ta prevoz je bil takoj razpoložljiv, bil je v dobro samega bolnika in je predstavljal tudi najbolj učinkovit "izolacijsko barierni" ukrep. Če bi se zdravnica odločila, da mora bolnik počakati na "infekcijski rešilec", bi prav s tem povečala nevarnost širjenja nalezljive bolezni in možnost okužbe drugih, doslej neudeleženih oseb. V bolnišnici, kjer se je bolnik nahajal, ni nobenih prostorov za izolacijo kužnih oseb. J. V. bi moral čakati na prihod rešilca ali med drugimi bolniki v čakalnici ali neposredno v ambulanti. S tem bi ogrožal druge bolnike in osebje ambulante. Zasebno vozilo, tako kakor njegov lastnik J. V., so že bili potencialno kontaminirani.

Sploh ni gotovo, če bi takšno odločitev bolnik in njegov prijatelj upoštevala. Zdravnica tudi v tem primeru ni imela nobenih možnosti, kako ju prisiliti, da počakata "infekcijsko reševalno vozilo".

Pravni oddelek je priskrbel mnenja več strokovnjakov s področja interne medicine, pulmologije in infektologije, ki so potrdili, da bi ravnali enako kakor sodno preganjana zdravnica.

Medtem se je v medijih razvnela gonja proti dr. Burešovi. V podporo dr. Burešove so zdravniki podpisali peticijo, na kateri so zbrali 4500 zdravniških podpisov vključno z dekani sedmih medicinskih fakultet.

Novembra 2002 je kljub strokovnemu mnenju višje sodišče sodbo potrdilo. Poleg dr. Burešove je bil obsojen tudi bolnikov prijatelj J. J. na tri mesece zopora pogojno.

Konec sodni norosti je naredil šele tedanji predsednik Češke republike Vaclav Havel, ki je dr. Burešovo in bolnikovega prijatelja pred božičem 2002 pomilostil. To je naredil na svojo pobudo, za pomilostitev ni prosil nihče.

S tem primer še ni končan. Pomilostitev namreč pomeni le to, da dr. Burešova ne bo kaznovana. Rzsodba, da je naredila kaznivo dejanje, pa ostaja. Ker je takšna sodba zelo nevarna mejnik za vse zdravnike, se je dr. Burešova odločila boriti naprej. Na ponovnem sojenju 18. 3. 2003 je sodišče presodilo, da ne gre za kaznivo dejanje, ampak za prekršek. Po mnenju sodnika je dr. Burešova bila dolžna bolniku zagroziti s kazenskim pregonom, če je ne bo ubogal. Sodnik je dobesedno povedal, da bi ga bilo treba "prestrašiti".

Tu se sledi primera na internetu končajo. Nisem popolnoma prepričan, da je to konec, kakršnega si je želela dr. Burešova. ■

Vir: *Tempus Medicorum*

Jiří Hollan

Izobraževanje zdravnikov v osnovnem zdravstvu o obravnavi duševnih motenj

Janko Kersnik

Evropsko združenje učiteljev družinske medicine se je na letošnjem jesenskem srečanju sestalo od 2. do 5. novembra na Dunaju. V natrpanem programu smo razpravljali o prihodnjih nalogah organizacije na področju izobraževanja, zgodnjem stiku študentov z bolnikom, vprašanih specializacije in stalnega strokovnega izobraževanja.



Egle Zebiene, predsednik avstrijske zbornice

EURACT ima pomembno mentorsko vlogo tudi v programu mladih zdravnikov družinske medicine Vasco de Gama. Na konferenci Wonca v Firencah se bodo udeleženci lahko udeležili delavnic, ki jih bo EURACT pripravil v sodelovanju z mladimi zdravniki. Naše Združenje zdravnikov družinske medicine je pod pokroviteljstvom EURACT-a tudi letos pripravilo tradicionalni mednarodni tečaj o sočasnih boleznih in stanjih. Tudi za naslednje leto smo dobili pokroviteljstvo te organizacije



Glasba je doma na Dunaju.

za 15. mednarodni tečaj o učenju in poučevanju Družinske medicine v skupnosti, ki bo septembra 2006 na Bledu.

Do srečanja smo dokončali Smernice izobraževanja v družinski medicini. Izšle so v tiskani obliki za vse člane EURACT, najdete pa jih tudi na spletni strani (<http://www.euract.org/html/page01f.shtml>), kjer so med drugim tudi podatki o izobraževanju na področju družinske medicine v drugih evropskih državah. Smernice izhajajo iz osnovnih lastnosti zdravnika družinske medicine, zapisanih v najnovejši Definiciji družinske medicine. Delovna skupina, ki v Sloveniji pripravlja prenovi kliničnega dela specializacije iz družinske medicine, se bo pri svojem delu med drugim oprla tudi na te smernice.

Zadnji dan je bil posvečen poučevanju o obravnavi duševnih motenj v splošnih ambulantah. Prof. dr. Igor Švab je predstavil, kako se

je pri pouku o bolnikih z več boleznimi hkrati možno nasloniti na Smernice izobraževanja v družinski medicini. Prof. Jan Heyrman je predstavil poučevanje celostnega pristopa z uporabo metode risanja družinskih krogov. Posebnost belgijskega pristopa je vključitev zdravnika kot enega od krogov, ki se povezujejo v poročilo. Avstrijci so prikazali program oskrbe odvisnikov v splošnih ambulantah, ki se po rezultatih lahko primerja z drugimi oblikami organizacije t. i. metadonskih programov v drugih državah.

V okviru spremljevalnega programa smo si ogledali muzej razvoja medicinskih fakultet in zdravstva na Dunaju, katerih začetki segajo v štirinajsto stoletje. Gostitelj Wolfgang Spiegel nam je razkazal prostore svoje zasebne ambulante. Sprejel nas je predsednik Avstrijske zdravniške zbornice, ki je poudaril pomen izobraževanja vseh študentov in zdravnikov v splošnih ambulantah, kjer lahko pridejo v stik s težavami najširše populacije državljanov.

Ob natrpanem urniku smo si lahko poleg muzeja, splošne ambulante, tipične dunajske gostilne, kjer strežejo domačo hrano in doma pridelano vino – Hürlige in enega od številnih dvorcev na obronkih dunajskih gričev, dunajske znamenitosti ogledovali le še med hojo od hotela preko Štefanovega trga do Avstrijske zdravniške zbornice, ki je gostila srečanje v svojih prostorih. Zadnje uro pred odhodom smo si z družino vseeno uspeli ogledati Dunaj z znamenitega Velikega kolesa v Pratru. ■



Roar Maagard, novi sekretar, Wolfgang Spiegel, lokalni organizator, Jan Heyrman, soustanovitelj in dolgoletni predsednik EURACT-a



Kosilo v enem od dunajskih dvorcev.



Udeleženci EURACT Dunaj 2005.

Poškodbe s pirotehničnimi sredstvi

Simon Herman, Ladislav Kovačič, Franc Klemenčič

Uvod ♦

Vsakoletne poškodbe s pirotehničnimi sredstvi so nespremenljivi del dejavnosti ekip okoli novega leta. V učbenikih prve pomoči in urgentne medicine so eksplozijske poškodbe navadno obdelane na kratko, snov pa povzeta iz učbenikov vojne medicine. Oskrba je zato osredotočena predvsem na poškodbe, ki jih povzročijo močnejše eksplozije.

V našem sestavku smo se osredotočili na poškodbe, ki jih povzročijo pirotehnična sredstva v prosti prodaji, saj jih v prednovoletnem času srečujemo največ. Danes ljudje izraz »pirotehnika« pogovorno uporabljajo kot sinonim za pirotehnične izdelke z učinkom poka, dima in svetlobe v raznih barvah. Sama beseda pirotehnika izhaja iz grške besede *pyros*, ki pomeni ogenj, kar bi pogovorno pomenilo tehnika ognja. Pirotehnika kot beseda je tako zbirni pojem za eksplozivne snovi v izdelkih, pirotehnične izdelke, pogosto pa ga uporabljajo tudi za izvajanje pirotehničnih učinkov.

Pirotehnični izdelki in eksplozivne snovi ♦

Pirotehnični izdelki so polnjeni z eksplozivnimi in hitro gorljivimi snovmi, ki ob stiku s kisikom zagotavljajo želeni učinek. Svetlobni učinki so raznih barv (bela, zlata, rdeča, zelena, modra, vijoličasta), različne jakosti, tudi poki (detonacije) so različne jakosti in pogojeni s hitrostjo gorenja, dimni učinki so raznobarni. Vse učinke spremljajo visoke temperature.

Količina pirotehnične zmesi (eksplozivne in hitro gorljive snovi) v pirotehničnem izdelku je merilo za kategorizacijo v različne razrede in s tem dosegljivost uporabniku. Trenutno velja kategorizacija:

- I. razred – pirotehnične igrače
- II. razred – mali ognjemeti
- III. razred – ognjemeti
- IV. razred – profesionalni pirotehnični izdelki.

Poleg teh razredov imamo še dva razreda »tehnične pirotehnike«. Gre za uporabne pirotehnične izdelke za pomoč pri delu in življenju (signalni pirotehnični izdelki, pirotehnični izdelki za obdelavo kovin ...). Trenutno še velja pravilo, da so pirotehnični izdelki razreda I. in II. ter oba razreda tehničnih pirotehničnih izdelkov v prosti prodaji posameznikom, pirotehnični izdelki razreda III. in IV. pa so namenjeni za profesionalno izvedbo ognjemetov. V pripravi je sprememba zakonodaje, po kateri bodo pirotehnični izdelki razredov I., II. in III. v prosti prodaji, le izdelki razreda IV. bodo namenjeni za profesionalno izvedbo ognjemetov. Kakor vidimo, je del pirotehničnih izdelkov v prosti prodaji in dostopen širokemu krogu uporabnikov ne glede na to, da so polnjeni z eksplozivnimi snovmi. To je možno zaradi majhne količine pirotehnične zmesi, zaradi uporabljenih surovin za izdelavo izdelka (poleg pirotehnične zmesi imamo običajno le ovojnino iz papirja, pirotehnično prižigalo in majhno razstrelilno polnitev iz črnega smodnika) in določenega načina uporabe. Vsak poseg v enega od teh treh dejavnikov lahko lastnosti in s tem varnost uporabe spremeni do te mere, da pride do nesreče, ki je ravno zaradi sprememb bistveno hujša, kakor bi bila pri namenski uporabi.

Pirotehnični izdelki so sestavljeni iz:

- zunanje ovoja,
- pirotehnične zmesi,
- razstrelilne polnitve,
- prižigala za aktiviranje,
- raznih dodatkov, kot so pogonski motor, stabilizator leta, zakasnilci in drugi.

Prižigala omogočajo uporabo pirotehničnih izdelkov. Poškodbe ali navlažitev prižigal so pogost vzrok nesreč, saj uporabnik skuša vsak izdelek prižgati večkrat. Ker se po vsakem poskusu skrajša prižigalo, se pogosto zgodi, da uporabnik s prižiganjem sproži bistveno krajše prižigalo, ki takoj sproži razstrelilno polnitev in zato izdelek učinkuje že v rokah ali pa v neposredni bližini telesa uporabnika.

Razstrelilna polnitev v pirotehničnem izdelku mora razstreliti ovojnino in vžgati pirotehnično zmes v njej. Praviloma se uporablja črni smodnik in načelo pospeševanja hitrosti gorenja v zaprtem prostoru (prehod iz deflagracije v eksplozijo). V petardah je razstrelilna polnitev samostojna in jakost poka je bolj kakor od količine odvisna od vrste uporabljene zmesi (črni smodnik, kloratne ali perkloratne zmesi s finim kovinskim prahom). Količina razstrelilne polnitve je v večini petard majhna, srečamo pa tudi petarde (na primer "kobra"), katerih učinek predstavlja neposredno nevarnost za življenje in zdravje ljudi (detonacija te petarde neposredno ob glavi človeka bi skoraj zanesljivo povzročila smrtne poškodbe).

Zunanji ovoj je praviloma iz papirja, pa tudi iz PVC, njegova naloga je, da združuje vse dejavnike v celoto, jih ščiti pred zunanjimi vplivi in zagotavlja namenski učinek.

Kakor nam že samo ime pove, so pirotehnične zmesi fizične zmesi



Rakete (1 – zunanji ovoj; 2 – raketni motor; 3 – prižigalo; 4 – balistična kapa).

naslednjih sestavin:

- oksidanti (klorati, perklorati, nitrati, sulfati in drugi),
- goriva (neorganska in organska goriva, kot so kovine, žveplo in njegove spojine, fosfor, ogljik, ogljikovi hidrati, ogljikovodiki ...),
- in drugih dodatkov, kot so veziva, stabilizatorji, sproščevalci in druga.

Kljub želji, da se v pirotehničnih zmesih ne uporablja snovi, ki bi bile strupene, se temu ni moč izogniti. Pri gorenju se tvorijo plinasti produkti, ki so do neke mere toksični, vendar pa je njihova količina majhna, zato ne predstavljajo večje nevarnosti, lahko pa dodatno kontaminirajo poškodovano tkivo.



Učinek pirotehnične zmesi.

Pri eksploziji ali detonaciji se lahko pojavijo učinek delcev. Običajno gre za drugotni učinek, to je učinek delcev medija, v katerem pride do eksplozije ali detonacije (na primer petarda v steklenici), saj je sam pirotehnični izdelek izdelan tako, da ob učinku ni primarnih delcev.

Učinek pirotehničnih sredstev na telo ◆

Pri gorenju pirotehničnih zmesi srečamo naslednje učinke, ki predstavljajo vir poškodb:

- temperaturni učinki,
- eksplozijski učinki,
- zvočni učinek (je v bistvu del eksplozijskega učinka in ga lahko izpustimo, pri njem omenimo le možnost poškodb zaradi jakosti zvočnega učinka – zakonska omejitev je do 85 db),
- mehanski učinek (npr. udarec rakete pri nenadzorovanem letu),
- strupeni učinki.

Učinke eksplozij na telo delimo na primarne, sekundarne in terciarne. Primarni učinek (v angleški literaturi Primary Blast Injury – PBI) pomeni delovanje udarnega vala eksplozije. Udarni val pomeni hitro spremembo tlaka. Ko zadene telo, povzroči razliko v tlakih eksplozivne poškodbe tkiv. Te se najbolj izrazijo na meji med zrakom in tkivom, zato so najprej prizadeti votli organi: uho, sinusi, pljuča, prebavna cev. Sekundarni učinek eksplozije pomeni delovanje trdnih delcev, ki jih je v gibanje spravila eksplozija. Tipično so to stekleni drobci (na primer zaradi eksplozije petarde v steklenici) in drugi delci, ki se znajdejo na mestu eksplozije. Terciarni učinek pa je učinek zaradi gibanja telesa, ki zadene ob oviro (padec) ali udarec pirotehničnega izdelka pri nenadzorovanem letu. To povzroči predvsem tope poškodbe.

Pri pirotehničnih izdelkih v prosti prodaji največkrat srečamo primarne in sekundarne učinke, saj je količina pirotehnične zmesi ali spojine premajhna, da bi povzročila terciarni učinek.

Poki petard so manjše detonacije, ki ob nepravilni uporabi povzročijo primarne poškodbe na ušesih (navadno poškodbe bobniča) in lokalne sekundarne poškodbe kjerkoli drugje po telesu. Bobnič je poškodovan, kadar je detonacija v bližini ušesa ali v višini glave. Navadno se to zgodi, kadar se petarda vrže iz balkona v množico, redkeje pri metanju v zrak. Poleg tega pride do akutne akustične travme in poškodovanci težijo nad šumenjem ali zvonjenjem v ušesih, na prizadeto uho slišijo slabo. Pri poškodbi bobniča je možna krvavitev iz zunanega sluhovoda. V tem primeru je pri pregledu videti poškodovan bobnič (timpanično membrano) ali hematotimpanon.

Nujna medicinska pomoč (NMP): poškodovanca napotimo k



37-letni moški je izstreljeval rakete. Ena je nepredvidljivo spremenila smer in ga zadela v obraz. Poškodba obsega raztrganino zgornje veke in nosnega krila na desni strani (mehanska poškodba), opekline dela obraza z ožganimi trepalnicami in obrvmi (temperaturna poškodba). Zrklka zaradi otekline ni bilo mogoče pregledati. Poškodbo je oskrbel oftalmolog. Na sliki vidimo predel opekline (rumena puščica), sekundarne poškodbe z delci (modre puščice) in raztrganino veke (vijolična puščica).

Opomba: Bela snov ob konici vijolične puščice je krema za zaščito očesa!

specialistu ORL. V primeru krvavitve iz zunanjega sluhovoda sterilno pokrijemo uhelj.

Sekundarne poškodbe eksplozij pirotehničnih izdelkov so največkrat lokalne površinske raztrganine, kombinirane z bolj ali manj izraženimi opeklinami. Najpogosteje nastopijo na prstih, ko hrabri "pokovci" tekmujejo, kdo bo petardo držal dlje v roki, ali pa je sploh ne bo izpustil. Seveda lahko pride do poškodb tudi drugje po telesu. Tovrstne poškodbe najpogosteje srečamo, ko do učinka pride pod oblacili, tik ob telesu.

NMP: lokacija na blazinici prsta pomeni razmeroma enostavno kirurško oskrbo. Zadostuje ekscizija nekrotičnega tkiva, odstranitev morebitnih tujkov, obilno izpiranje in situacijski šiv. Seveda je treba preveriti tudi stanje antitetanične zaščite. Preveze rane so v začetku na dva dneva. Imobilizacija navadno ni potrebna, prav tako ne antibiotična zaščita, razen če je prišlo tudi do poškodbe kosti (distalna falanga).

Resnejše so eksplozijske poškodbe v predelu srednjega ali osnovnega členka ali dlani. V takšnih primerih so lahko poškodovane tudi tetive, žile in živci. V primeru takšne poškodbe svetujemo sterilno pokritje raztrganine, imobilizacijo in takojšno napotitev v travmatološko ali kirurško ambulanto.

Oskrba eksplozijskih poškodb drugje po telesu je odvisna od lokacije in obsega. Površinske in manjše se lahko oskrbijo v splošni ambulanti. Oskrba je enaka kakor pri poškodbi blazinice prsta. Globlje ali obsežnejše poškodbe pa se sterilno pokrije in napoti v travmatološko ali kirurško ambulanto.

V primeru izolirane poškodbe očesa in/ali periokularnega predela, poškodovano območje sterilno pokrijemo in poškodovanca napotimo k oftalmologu.

Pri detonacijah pod obleko se oblacila lahko vnamejo in v takšnih primerih so opekline še obsežnejše. Hudo kombinacijo poškodb mehkih tkiv (rane + opekline + mrtvine + kontaminacija) povzročijo gorenje pirotehničnih zmesi za svetlobne učinke in plinskih produktov pogonske polnitve. Poleg raztrganin in globokih opeklin imamo namreč tudi obilno kontaminacijo z zgorelimi snovmi (saje in drugi trdni delci).



47-letni moški je držal v stisnjeni dlani petardo, ob tem, ko je prižigal drugo, ki jo je držal s palcem in kazalcem. Plamen je vžgal petardo v dlani, ne da bi on to vedel. Poškodba obsega amputacijo IV. prsta v višini sklepa PIP, končnega členka V. prsta in večkrako raztrganino na ulnarni strani dlani, globoke strukture niso bile poškodovane.

NMP: manjše površinske opekline se oskrbijo kakor vse druge. Epi-dermalne takoj hladimo, potem pa očistimo. Pri dermalnih opeklinah se dodatno naredi še toaleta in poškodovanca napoti naprej. Če so opekline kombinirane z raztrganinami, je poškodovanca najbolje takoj napotiti v kirurško ambulanto, saj je potrebna nekrektomija in dekontaminacija ran. Poškodovani predel sterilno pokrijemo, imobiliziramo in hladimo preko obvezilnega materiala. Če so prisotne krvavitve, jih ustavimo s kompresijskim povojem.

Pregled poškodb s pirotehničnimi sredstvi

V zadnjih treh letih je bilo v Urgentnem kirurškem bloku Kliničnega centra v Ljubljani zaradi poškodb s pirotehničnimi sredstvi v pred-novoletnem in novoletnem času sprejetih in oskrbljenih skupno 44 poškodovancev, ki so utrpeli skupno 53 poškodb. Prve primere smo zasledili 14. decembra in zadnje 7. januarja. 41 poškodovancev je bilo moških (93,2 odstotka), le tri poškodovanke so bile ženskega spola (6,8 odstotka). Velika večina poškodovancev je bila otrok in mladostnikov (65,9 odstotka) – glej tabelo 1.

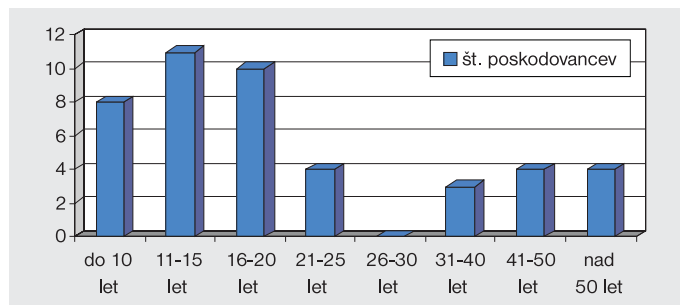


Tabela 1: Starostna porazdelitev poškodovancev.

38 (86,4 odstotka) poškodovancev smo oskrbeli ambulantno, šest (13,6 odstotka) jih je potrebovalo bolnišnično zdravljenje. Poškodbe smo zaradi statistične obdelave ločili v dve skupini glede na prevladujoči

mehanizem nastanka. Oskrbljenih je bilo 29 (54,7 odstotka) opeklin (prevladovalo je delovanje visoke temperature), in 24 (45,3 odstotka) eksplozijskih ran (prevladujoč učinek udarnega vala). V skupini ran velja posebej omeniti štiri amputacije enega ali več prstov roke, osem poškodb globokih struktur roke, sedem zlomov kosti roke, tri obsežne raztrganine uhlja, med opeklinami pa tri obsežne opekline obraza. Štirikrat smo ugotovili težave s sluhom, ki pa jih je gotovo več, saj se poškodovanci pri izolirani akutni akustični travmi zatečejo po pomoč neposredno k specialistu ORL.

Najbolj izpostavljeni deli telesa za poškodbe s pirotehničnimi izdelki so roke in deloma glava (tabela 2).

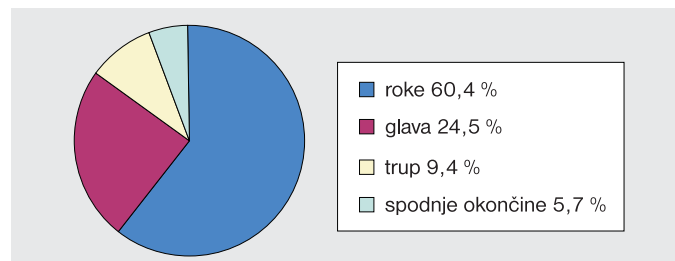


Tabela 2: porazdelitev poškodb po telesnih regijah.

Do poškodb prihaja bodisi zaradi neustrezne uporabe bodisi zaradi uporabe na neprimernem prostoru. Uporaba, ki ni v skladu z navodili, prizadene neposredne uporabnike. Večinoma so to posamezniki, ki se slabo zavedajo nevarnosti in tisti, ki so pri uporabi nepazljivi ali predrzni. Na ta način se je poškodovalo kar 37 ljudi (84,1 odstotka). Tipične poškodbe nastanejo, ko v roki raznese petardo, ker jo oseba prepozno spusti iz rok ali pri prižiganju že uporabljenih izdelkov, ki še niso eksplodirali. Sedem poškodovancev (15,9 odstotka) je utrpelo poškodbe zaradi uporabe eksplozivov na krajih, kjer je veliko ljudi. Vzrok so petarde, ki letijo z balkonov in jih raznese v bližini poškodovanca; petarde, ki so odvržene v gneči; rakete, ki so izstreljene na neustrezen način ali na neustreznem kraju. Poškodbe povzročijo tudi izstreljeni in padajoči predmeti, ki so že zgoreli.

Večina ljudi se poškoduje zaradi nesreč s petardami (28 primerov – 63,6 odstotka). Posledice so večinoma vidne v obliki opeklin, v primeru eksplozije petarde v roki ali v njeni neposredni bližini, so poškodbe hujše: v obliki ran s poškodbami globljih struktur, zlomov kosti in amputacij prstov.

Zaključek

Naši podatki potrjujejo to, na kar opozarjamo vedno znova, in sicer da je posebej nevarna domača izdelava eksplozivov (štirje primeri – 9,1 odstotka) in predelava kupljenih izdelkov (en primer – 2,3 odstotka). Tovrstne nesreče povzročijo najhujše poškodbe. V naših primerih so bile to opekline različnih stopenj, ki so zajemale vsaj devet odstotkov telesne površine in obsežne rane z okvaro mehkih tkiv in poškodbami globokih struktur ter amputacije prstov in celo rok.

Statistika mogoče kaže na dejstvo, da nesreče s pirotehničnimi izdelki ne predstavljajo resne družbene težave, če pa upoštevamo, da so poškodovani predvsem zelo mladi ljudje, ki trije te posledice celo življenje, pa ta težava dobi drugo razsežnost. Človek, ki še ni začel ustvarjati, je grobo zaustavljen v svojem razvoju in to predstavlja svojevrstno tragedijo. Predvidena prosta prodaja pirotehničnih izdelkov razreda III. bo pomenila močnejša eksplozivna telesa v rokah uporabnikov! Ravno zato se – podobno kakor v prometu – spleča potruditi in s preventivo in drugimi ukrepi karseda zmanjšati število poškodovanih. ■

Pismo sindikatu Fides: Predlog za dežurno mesto kot posebno delovno mesto

Rade Ilijaž

Spoštovani!

Sedanje delo v dežurni službi se, kakor vemo, plačuje po neefektivnih in efektivnih urah ali pripravljenosti kot posebnem delovnem pogoju. Zaradi neupoštevanja člena 69 iz kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike ste tudi predvideli opozorilno stavko, katere osnovni cilj je poenoteno vrednotenje t. i. neefektivnih ur in pripravljenosti za vse zdravnike. Ob tem vas moram takoj vprašati naslednje: Zakaj bi ne bile tudi t. i. efektivne dežurne ure (poudarjam dežurne in ne nadure za redno delo!) plačane vsem enako? Mar ni dežurno delovno mesto posebno delovno mesto? Mar vsi specialisti znotraj ene stroke niso enako usposobljeni nuditi nujno in neodložljivo medicinsko pomoč za svoje širše strokovno področje?

Tehtnih razlogov, da bi dežurstvo bilo priznано kot posebno delovno mesto (ko je že opredeljeno kot »poseben delovni pogoj«) je več. Ker sem specialist družinske medicine, bi se pri argumentaciji osredotočil na osnovno zdravstvo.

1. V osnovnem zdravstvu deluje nekaj različnih profilov specialistov in zdravnikov (ginekologi, specialisti medicine dela, prometa in športa, specialisti družinske ali splošne medicine, pediatri in šolski zdravniki, zdravniki splošne medicine).

Kakor vemo, marsikje po Sloveniji v osnovnem zdravstvu dežurajo tudi specialisti kliničnih strok (npr. ortopedi, kirurgi, fiziatri in drugi), kajti to jim veljavni predpisi in pomanjkanje zdravnikov tudi omogočajo.

V največjem delu Slovenije, z izjemo nekaj večjih centrov (Ljubljana, Maribor, Celje) je za celotno populacijo in vsa bolezenska stanja, v dežurni službi predviden le en in edini profil dežurnega zdravnika na osnovni ravni. Ta zdravnica/zdravnik ne opravlja le ginekoloških, fiziatričnih, pediatričnih in podobnih storitev. Dolžna je pogledati in oskrbeti prav vsakega bolnika, ki potrka na vrata dežurne ambulante ali pokliče s terena. Ali je večja verjetnost, da bo gospoda starega 65 let (enako velja za šolarja, dojenčka delavca, kmeta), s kašljem in bolečino v prsih bolj ustrezno oskrbel zdravnik splošne medicine ali specialist ginekologije oziroma kirurgije? Ali bo ustreznejše ukrepal mladi zdravnik po opravljenem specialističnem izpitu ali izkušeni starejši zdravnik?

Lahko tudi ugibamo, kdo od omenjenih bo za svoje dežurstvo bolje plačan, kdo bo napisal več receptov in poslal več bolnikov na specialistično raven!

2. Poglejmo še pravilnik o napredovanju delavcev v zdravstvu. Na podlagi pravilnika so se naši predpostavljeni v prejšnjih letih tako ali drugače odločali o zneskih na naših plačilnih listah.

Pogoji za napredovanje na delovnem mestu, tako 13. člen Pravilnika o napredovanju delavcev zaposlenih v zdravstvu, so:

1. Dodatna funkcionalna znanja – kako pomembna so na dežurnem mestu v družinski/splošni medicini?

2. Interdisciplinarna usposobljenost – njen pomen?
3. Samostojnost in zanesljivost pri delu – se že dokazuje z opravljenim strokovnim ali specialističnim izpitom. To je nujen pogoj, da se koga sploh lahko razporedi na samostojno delo v dežurni ambulanti.
4. Ustvarjalnost – lahko je tudi nezaželena v dežurni službi.
5. Delovna uspešnost – vrednotena je le za redno delo, z izjemo zdravnikov, ki so stalno zaposleni v urgentnih enotah.

Komentar: izmed vseh naštetih pogojev bi bil edini pomembnejši za delo v dežurstvu morda drugi – interdisciplinarna usposobljenost, vendar je tudi ta močno odvisna od oblike usposobljenosti in konkretnega dežurnega mesta.

3. Plačevanje dežurtev zasebnikom ali po pogodbi o delu. Na podlagi česa se plačevanje pravzaprav izvaja? Prav gotovo ne na podlagi dotlej pridobljenih količnikov zasebnega zdravnika in členov veljavne kolektivne pogodbe.

Možna rešitev:

Plačevanje dežurnega mesta v osnovnem zdravstvu kot posebnega delovnega mesta in po enotni tarifi. Enotni količnik se določi v kolektivni pogodbi ali posebnem aneksu. Na specialistični in bolnišnični ravni naj se predstojnikom klinik omogoči nagrajevanje bolj zahtevnih dežurnih mest!

Vse drugo je navadna diskriminacija mlajših kolegov in mladih specialistov, ki ne vzdrži tehtne strokovne presoje. Napovedana stavka tovrstnega podcenjevanja mlajših kolegov, žal, ne odpravlja.

Ne nazadnje, kako je mogoče določiti drugačno osnovo za pripravljenost in »neefektivne ure«, kakor da bi šlo za drugačno osebo ali drugo delovno mesto?

S spoštovanjem in v upanju na enakopravno vrednotenje dežurne službe,

Rade Ilijaž



Forum o položaju mladih zdravnikov

Tatjana Cvetko

Foruma o položaju mladih zdravnikov družinske medicine, ki je potekal v okviru Fajdigovih dni v Kranjski Gori v prvi polovici oktobra, so se udeležili vabljeni gostje: Dorjan Marušič, sekretar na Ministrstvu za zdravje, Rok Zupančič, pravnik na Ministrstvu za zdravje, Bojan Popovič, pravnik Fidesa, Sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Brane Dobnikar, generalni sekretar Zdravniške zbornice Slovenije, Tonka Poplas Susič, predstavnica Združenja zdravnikov družinske medicine, Marko Kolšek, predstavnik Katedre za družinsko medicino, ter številni mladi kolegi, večinoma specializanti družinske medicine.

Predsednik Sekcije mladih zdravnikov družinske medicine (SMZDM) Marko Drešček je predstavil tri temeljna vprašanja, ki najbolj tarejo mlade zdravnike v Sloveniji, in sicer:

1. Sprememba zaposlovanja specializantov

Obravnavali smo stališče do predlogov Fidesa o spremembah ZZdrS, povezanih s specializanti. Spremembe predvidevajo zaposlovanje specializantov v času specializacije pri ZZS.

SMZDM podpira predlagane spremembe, saj bi bile hitra in učinkovita rešitev vseh težav, ki jih imamo sedaj specializanti zaradi stalnega menjavanja delodajalcev.

2. Plačevanje dežurstev specializantom

Preverili smo stališče do dogajanja v nekaterih javnih zavodih, ki specializantom DM z veljavno licenco splošne medicine, ki samostojno (brez nadzornih mentorjev) dežurajo, izplačujejo dežurstvo, opravljeno zunaj rednega delovnega časa, glede na njihov količnik in ne glede na delovno mesto, za katero opravljajo dežurstvo in je določeno v kolektivni pogodbi. Torej dobijo ti mladi kolegi za isto delo 30 odstotkov manj plačila kakor njihovi kolegi specialisti in 60 odstotkov manj plačila kakor kolegi, ki dežurajo preko avtorskih pogodb. Veseli smo bili navodila ministra Bručana za izplačilo neefektivnih ur dežurstva po povprečnem količniku zdravnikov v zavodu. Že na forumu pa smo omenili tudi zavlačevanje na strani Združenja javnih zavodov, ki kljub zahtevi ministrstva in Fidesa po enakovrednem plačilu, odlašajo z izvajanjem izplačevanja po dežurnem mestu. Žal se je hitro izkazalo, da so bili naši upi o hitri rešitvi vsaj enega vprašanja mladih prenegljeni in da se za vrednotenje našega dela vedno uporablja »metodologija čim nižjega plačila«.

SMZDM se zavzema, da specializanti dobijo za enakovredno opravljeno dežurstvo na istem dežurnem mestu isto plačilo kakor specialisti. Če bodo specializanti plačani 30 odstotkov manj, potem naj se jim zagotovi nadzornega mentorja, ki bo prevzel 30 odstotkov dela in odgovornosti specializanta. SMZDM se ob sedanjem pomanjkanju zdravnikov zavzema za vsesplošno motivacijo mladih specializantov, ki v veliki meri rešujejo kadrovske stiske zavodov. Motivacija naj bo še odločnejša v regijah, kjer zdravnikov še posebej primanjkuje.

3. Status mladega zdravnika

Zanimalo nas je tudi mnenje posameznih ustanov o trenutnem izvajanju sekundarijata, ki traja dve leti. Zakaj zdravnik po opravljenem strokovnem izpitu ne pridobi nobenega naziva (npr. zdrav-

nik) in licence za opravljanje dela zdravnika kakor zobozdravniki? **SMZDM se zavzema, da zdravnik po polletnem pripravništvu pridobi licenco ter naziv zdravnik, z dolžnostmi in pravicami, ki temu pripadajo. Licenčni izpit se ukine oz. se združi s strokovnim izpitom. Zdravnik se med čakanjem na specializacijo lahko zaposli na različnih delovnih mestih.**

Glede zaposlovanja specializantov družinske medicine smo poudarili, da so specializanti družinske medicine v primerjavi s specializanti drugih specialnosti bistveno na slabšem. Glede na pester program specializacije lahko specializant družinske medicine med kroženjem zamenja delodajalca tudi enajstkrat na leto, torej vsak mesec, ne le nekajkrat v petih letih. Status zaposlenega za določen čas mu v praksi onemogoča uveljavljanje določenih pravic (do strokovnega izobraževanja, dopusta, celotnega regresa ...). V razpravi se je pokazalo, da specializanti v praksi sploh ne pridejo do sredstev 100.000 tolarjev letno, ki so jim namenjena za izobraževanje, saj bi jim vsak delodajalec omogočil koriščenje sredstev le za tekoči mesec, torej 8333 tolarjev, kar je v praksi neuporabno. Mladi predlagajo, da se ob nastopu specializacije sklene pogodba za določen čas z enim delodajalcem, na primer pri delovni organizaciji, kjer je zaposlen mentor, kar bi zelo olajšalo administrativne težave. Predstavnik Zbornice je povedal, da vsebinsko vodijo program specializacije, vendar pa ne razmišljajo, da bi specializante tudi formalno zaposlili in vodili tudi pravno-finančne posle, povezane s specializacijami, ker so financirane iz sredstev ZZS. Tudi predstavnik ministrstva ni videl možnosti, da bi ministrstvo prevzelo to delo, pač pa razmišlja o neodvisni agenciji, ki bi urejala posle za vse specializacije, saj gre za 700 do 1000 specializantov hkrati. Načelno ne bi podpirali zaposlovanja pri mentorjih zaradi možnih lokalnih težav.

Predstavnik Fidesa predlaga **formalno uvedbo matičnega delodajalca**, ki opravljala pravno-finančne posle. Pri neizplačevanju sredstev za izobraževanje specializantom je predstavnik Ministrstva za zdravje izrecno pozval mlade zdravnike, naj obvestijo ministrstvo v primerih, ko ne morejo priti do denarja, ki jim je namenjen, ker bo edino tako ministrstvo lahko preverilo, kaj se zgodi z denarjem, ki je zavodom zagotovljen in izrecno nakazan za posameznega specializanta.

V razpravi so omenili tudi **vprašanje ocenjevanja delovne uspešnosti in napredovanja mladih zdravnikov** v plačnem sistemu, ki bo formalno v sistemu plač v javnem sektorju sicer možen pri več delodajalcih, v praksi pa bo napredovanje zelo omejeno.

Glede plačevanja dežurstev specializantom smo med razpravo najprej ugotavljali, ali specializant sploh formalno lahko dežura brez nadzora mentorja. Samostojno dežuranje specializantov brez licence je absolutno sporno, načeloma pa naj bi tudi specializanti z licenco dežurali z nadzornim mentorjem. Za plačilo dela v dežurstvu se mladim kolegom raje uporablja osnovni količnik, ki je nizek, kakor pa po količniku dežurnega delovnega mesta, ki naj bi bil za vse enak. Dejansko delajo v dežurni službi zdravniki s končano medicinsko fakulteto in strokovnim izpitom, ki so brez specializacije, specializanti družinske medicine ter specialisti splošne medicine. Za specializante status ni opredeljen, saj nekateri imajo licenčno listino, drugi pa ne, vsi pa imajo formalno vsaj toliko izobrazbe kakor zdravniki brez specializacije. Možnost zaposlitve mladih zdravnikov brez specializacije in vključevanje v dežurno

službo bi razbremenila vse zdravnike, saj jih je premalo. Mogoče bi se mladi kolegi po izkušnji dela na terenu raje odločali za delo v nekoliko odročnem kraju kakor pa za čakanje v Ljubljani.

Razprava o plačilu in statusu specializanta je klicala k tretji točki, ki naj bi opredelila status mladega zdravnika po končani medicinski fakulteti. Prisotni so ugotovili, da je čas do samostojnosti zdravnika pri delu predolg, zato predlagajo, da se sekundarijat kot obvezna oblika zaposlitve ukine. Predlagajo šestmesečni rok, ki naj bi se zaključil s strokovnim izpitom in bi zdravniku omogočil, da nadaljuje delo kot specializant, usmerjen v eno stroko ali kot zdravnik z določenimi omejitvami pri svojem delu (ne v dislocirani enoti ali kot zasebnik ... pač pa v skupini, kjer ima možnost posvetovanja ...). Ministrstvo predlagane spremembe podpira in jih namerava uvesti v novem zakonu.

Predstavniki Zbornice je povedal, da traja normalno postopek razpisa in pridobitve odločbe o specializaciji najmanj pet mesecev, kar je neugodno za tekoče in hitro prerazporejanje mladih zdravnikov po zaključnem študiju in strokovnem izpitu. Dva razpisa letno ne bi bila dovolj in bi se srečali s paradoksnim pojavom brezposelnosti mladih zdravnikov zaradi čakanja na formalne postopke ob hkratnem pomanjkanju zdravnikov na terenu.

Vsi so se strinjali, da bi moralo biti razpisov več (4 do 6 na leto), ki bi omogočali tekoč prehod mladih diplomantov na specializacijo ali v službo kot zdravniki. Ob kratkem podiplomskem stažu bi bilo treba pri-

rediti tudi merila za doseganje specializacij, saj ta niso dosegljiva v tako kratkem času. V času čakanja na specializacijo je mladim zdravnikom nujno zagotoviti zaposlovanje na delovnih mestih v celotni zdravstveni mreži, tako na osnovni kakor sekundarni ravni.

Predlogi:

1. Zaposlitev zdravnika pri enem matičnem delodajalcu kjerkoli, da se preseže sedanje stanje.
2. Plačevanje za delovno mesto, ki ga zdravnik opravlja.
3. Ukinitvev ali skrajšanje sekundarijata ter pridobitev naziva zdravnik po opravljenem strokovnem izpitu, kar bi omogočalo zdravniku do pridobitve odločbe o specializaciji redno zaposlitev in delo v skupini na različnih delovnih mestih, kjer ima možnost posvetovanja.
4. Sistem financiranja izobraževanja specializantov v praksi spremeniti tako, da bodo sredstva za izobraževanje dostopna – predlog: Zdravnik dobi bone, ki jih lahko unovči po potrebi pri trenutnem delodajalcu, njemu pa jih povrne financer.

Razprava na forumu je odprla in poskusila reševati številna vprašanja in težave mladih zdravnikov in specializantov družinske medicine. Želimo si hitre in ustrezne rešitve. S foruma smo odhajali sicer zadovoljni, ker smo dosegli nekatera, vsaj načelna soglasja in smo nekako začrtali smer njihovega reševanja. Bojimo pa se, da se bomo uresničitve teh naših predlogov spominjali, ko že davno ne bomo več specializanti in mogoče tudi mladi ne več. ■

Plačilo dežurstev mladim zdravnikom

Marko Drešček

V novembru smo spremljali razpravo o plačevanju dežurstev zdravnikom glede na povprečni količnik vseh zdravnikov, zaposlenih v zavodu z napredovanjem za neefektivne ure. Zaradi neizvajanja tega, že leta 2003 dogovorjenega ukrepa, se je za 15. november 2005 pripravljala opozorilna stavka zdravnikov.

Mladi zdravniki družinske medicine bi želeli osvetliti težave, na katere smo opozarjali že davno pred napovedjo opozorilne stavke. Gre za diskriminacijo plačevanja dežurstev mladim zdravnikom in specializantom družinske medicine z licenco ter mladim specialistom družinske medicine. Dejstvo namreč je, da na osnovni ravni ti profili zdravnikov dejansko dežurajo največ in to za najmanjše plačilo, saj imajo najnižje možne količnike. To potrjuje tudi izjava predstavnika Združenja javnih zavodov, ki ga v tem trenutku najbolj skrbi, da bi mlajši zdravniki imeli po zgoraj omenjenem ukrepu plačano uro neefektive več kakor uro efektive. Kar nam jasno kaže, koliko je za ZJZ ob današnjem pomanjkanju zdravnikov vredno efektivno delo mladega kolega ali kolegice, ki je na višku ustvarjalnosti in moči ter najbolj pripravljen delati – manj kakor povprečna vrednost obvezne navzočnosti slovenskih zdravnikov ...

O konkretnih primerih smo razpravljali oktobra letos na Fajdigovih dnevih. Forumu so se udeležili predstavniki Ministrstva za zdravje, Fidesa in Zdravniške zbornice Slovenije. Predstavniki ZJZ kljub vabilu ni bilo. Že tam smo mladi zdravniki družinske medicine predlagali, da se v prihodnosti določi delovno mesto dežurnega zdravnika v osnovnem zdravstvu, ki naj bo vrednoteno s povprečnim količnikom

vseh zdravnikov v zavodu z napredovanjem tako za učinkovite kakor neefektivne ure. Še bolje bi bilo, če bi na državni ravni določili količnik učinkovite in neefektivne ure za dežurno mesto, ki naj se upošteva v vseh zavodih. Dejstvo namreč je, da zdravniki dežuramo z isto licenco ZZS ter med dežurstvom opravljamo enako delo. Zato ne vidimo razloga, da bi bila naša učinkovita ura dela drugače ovrednotena. Tako bi enostavno in pravično rešili težave zaradi vrednotenja dežurstva, vsaj na osnovni ravni.

Ob pogajanjih pred opozorilno stavko mladi zdravniki družinske medicine poudarjamo:

1. Uvesti je treba posebno delovno mesto dežurnega zdravnika, ki bo plačano z enotno tarifo tako za učinkovite kakor neefektivne ure. Asist. Rade Iljaž, dr. med., je že predstavil pobudo za dežurno mesto v osnovnem zdravstvu, ki naj bo posebno delovno mesto. Predlagamo, da pristojni (MZ, ZZS) čim prej opravijo postopke za sprejetje ustreznih pravnih podlag za omenjeni predlog.
2. Pri pogajanjih pred opozorilno stavko od vseh strank pričakujemo, da pri usklajevanju ne bo prišlo do oškodovanja mladih zdravnikov. Mladi kolegi smo ravno tako pripadniki istega poklica in zahtevamo, da se nas obravnava enakopravno. Zavedajmo se, da so mladi prihodnost slovenskega zdravstva in jih je zato treba v čim večji meri vzbuditi. Nesposobno stanje, kakršno je bilo doslej, je žal krivo tudi za manjše zanimanje mladih izobražencev za zdravniški poklic.

V upanju na čim boljše prihodnje sodelovanje vas lepo pozdravljamo! ■

Kakovost skozi članke v Izidi

Andrej Robida*

Poletje v bolnišnici (1), celostna obravnava bolnika (2), ali lahko zagotavljamo varnost bolnika (3), epidemija slovenskih smernic (4), luksemburška deklaracija (5), organizacijska kultura in ureditev zdravstvene oskrbe od znotraj

Načela kakovosti v Evropski uniji, torej tudi v Sloveniji ◆

1. **Uspešnost** – uspešnost zdravstvene obravnave je doseganje zelenih izidov zdravljenja (ali naši posegi izboljšajo zdravstveno stanje bolnika?)
2. **Varnost** – je zmanjševanje varnostnih zapletov pri bolnikih med diagnostičnimi postopki, zdravljenjem, preprečevanjem in rehabilitacijo ter aktivnostjo v izogib, preprečevanje ali popravo varnostnih zapletov (ali bomo škodili bolniku?)
3. **Pravočasnost** – pravočasno zdravljenje je primeren čas, ko je to dosegljivo glede na bolnikove potrebe (koliko časa mora bolnik čakati?)
4. **Učinkovitost** – učinkovita zdravstvena obravnava je razmerje med izidi zdravljenja in uporabljenimi viri (ali lahko to storimo ceneje z enakim rezultatom?)
5. **Enakost** – enakost zdravstvene obravnave je nediskriminatorno obravnavanje bolnika (ali prihaja do diskriminacije na osnovi spola, starosti, položaja v družbi ...?)
6. **Osredotočenje na bolnike** – zagotavlja spoštovanje bolnikovih vrednot, upoštevanje izraženih potreb in možnosti izbire, zdravljenje bolečine, koordinacijo, povezovanje in nepretrganost zdravstvene obravnave, obveščenost, udobno okolje, stik s svojci in prijatelji ter drugimi izbranimi osebami, prostovoljno navzočnost izbrane osebe, če to ni proti interesom zdravstvene obravnave (ali zdravimo bolnike tako, kakor bi zdravili svoje lastne starše ali otroke?)

Ali smo narobe razumeli luksemburško deklaracijo (5)?

Pri oblikovanju luksemburške deklaracije so tvorno sodelovali zdravniki (v njihovem imenu Stalni odbor evropskih zdravnikov – Comité Permanente des Médecins Européens – CPME), Evropska komisija in luksemburško predsedstvo. Pri nas je bila objavljena v več strokovnih zdravstvenih publikacijah (slovenska in angleška različica sta objavljena na spletni strani <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>). V deklaraciji so priporočila za ustanove Evropske unije, nacionalne oblasti in izvajalce zdravstvene oskrbe.

"Če varnost bolnika razumemo v evropskem duhu kot dvig kakovosti življenja, razvoj stroke, zmanjševanje izpostavljenosti neželenim učinkom (najbrž neželenim dogodkom, kakor je zapisano v luksemburški deklaraciji – glej amputacije nog in dosmrtno invalidnost ter poletje v bolnišnici – Isis, 2005; 11, 57–58) krčenje stroškov zdravljenja (o tem luksemburška deklaracija ne govori, saj gre za učinkovito uporabo denarja, ki je na razpolago – četrto načelo kakovosti torej, da denarja ne mečemo skozi okno na primer za podvajanje preiskav in za nepotrebne preiskave ali za preiskave, ki se nikoli ne opravijo – glej celjski primer o histoloških zaostankih <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>). Razumljivo

je, da prerazporeditve porabe finančnih sredstev v preventivne programe ne moremo izpeljati le zdravniki (Luksemburška deklaracija ne postavlja teh zahtev) ampak država kot celota (Isis, 2005; 11: 64).

Strinjam se z avtorjem članka, da ni vse na plečih zdravnikov (o zdravnikih luksemburška deklaracija govori le posredno) in tudi odgovornosti posameznikov so v luksemburški deklaraciji razdeljene, največ se jih nalaga prav državnim oblastem. Kar se tiče organizacije, pa tako, kdo pa organizira sistem delovanja določene stroke na posameznih oddelkih znotraj bolnišnice, kdo organizira postopke zdravljenja in drugo? Praviloma bi morali to storiti procesne skupine, ki jih seveda skorajda nimamo. Imamo pa orodje za obrnavo bolnikov z določeno težavo – klinično pot, ki združuje vsebino obravnave, osnovano največkrat na kliničnih smernicah in torej na medicini, podprti z dokazi, in organizacijo v določenem okolju. V decembru bo srečanje z mednarodno udeležbo o tej temi v Ljubljani, ki ga na začudenje zdravnikov iz tujine organizira prav država, namesto da bi ga strokovna združenja. In kje je tako opevani pristop h kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave od spodaj navzgor?

In ali bo zagotavljanje varnosti bolnika povečalo varnost zdravnika? Zagotovo. Če jo bomo zagotovili, se bo zgodilo najmanj dvojice: ostalo bo več denarja za zdravstvo (ali morda vemo, koliko nas stane problem MRSA) in manj bo tožb.

Ali smo vzpostavili v naših zdravstvenih ustanovah zaupni sistem poročanja o varnostnih zapletih pri bolnikih? Ali varnostne zaplete razčlenimo, ali pogledamo sistem ali postopek, kjer je prišlo do varnostnega zapleta in ga ustrezno spremenimo, da bi ga preprečili v prihodnje. Ali še vedno krivimo in kaznujemo posameznike, ki so bili udeleženi pri varnostnem incidentu ali so o njem poročali? Ali jih pometamo pod preprogo? Ali pregledujemo tvegane procese, vgrajujemo varovalke in jih naredimo take, da v največji možni meri zmanjšamo možnost varnostnega zapleta?

Ali res rabimo državo, da uredimo nujne posege pri bolnikih in spremenimo način dela, da ne bo nepotrebnih invalidov? Te stvari moramo urediti sami tam, kjer se dogajajo.

Tudi če gre za posamezne redke varnostne zaplete, smo odgovorni, da jih uredimo. Posamezni zdravniki že opozarjajo, a tu gre predvsem za kulturo zdravstvene ustanove. Zanj pa je odgovorno vodstvo.

Epidemija slovenskih smernic (4)

Kako bi bilo, če bi zdravniki uporabljali klinične smernice po vsej državi enotno, da ne bi prišlo do ogromnih odklonov pri zdravljenju bolnikov z enakimi težavami. Smernice se imenujejo nacionalne ali slovenske z namenom enotne, torej standardizirane zdravstvene obravnave in ne zaradi tega, ker Slovenca boli drugače kakor Danca, ali zato, ker je slovenski narod bolj trpežen, in ne zato, ker jih je napravil tako majhen narod, kakor je slovenski. Če pa govorimo o epidemiji

kliničnih smernic (4), zakaj potem tako hudi in strokovno nesprejemljivi odkloni pri zdravljenju med posameznimi ustanovami in med posameznimi zdravniki, ki jih kažejo kazalniki kakovosti Zdravniške zbornice Slovenije (Isis, 2004; 13: 42–47)? V Sloveniji je resda kar nekaj smernic, vendar jih večina ne ustreza mednarodnim merilom njihove priprave (glej Slovenski priročnik za smernice, <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>). Večinoma gre za strokovne smernice na podlagi soglasja strokovnjakov. Podobno je bilo tudi pred leti v Nemčiji, kjer je krožilo kakih 2000 smernic, a jih je le okrog 20 ustrezalo mednarodnim merilom (osebno sporočilo direktorja ÄZQ: www.azq.de). Slovenija je tudi ustanovna članica Mednarodne mreže za smernice. Članarino plačuje država, da bi imeli zdravniki, medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci kakovosten dostop do znanja. Informacije na tej mreži (<http://www.g-i-n.net>) so odlične in verodostojne.

Poletje v bolnišnici (1)

26. 7. 2005

Oddelčna vizita, 30 pacientov, zdravnica specialistka in dve specializantki. Zdravnica specialistka ugotavlja, da ena od specializantk pomanjkljivo pozna problematiko bolnikov, ki so ji zaupani. Ko ji pove, da bi se morala bolj poglobiti v obravnavo bolnikov, postane specializantka nejevoljna. Zdravnici specialistki je žal, da je mislila naglas.

Kako bi bilo, če bi vsaka zdravstvena organizacija imela na primer pravilnik za zdravnike. Morda bi si kakšnega ogledali na spletu, predlagam kar iz kakšne ameriške bolnišnice, ker že tako cenimo njihovo znanost, o organizaciji bolnišnic in zdravnikov v njih pa raje molčimo. Potem zdravnici specialistki ne bi bilo žal opozorila, ampak bi bilo to del njene normalne dolžnosti in če je ne bi izvajala, bi bila za to tudi odgovorna. Specializantki ne bi rekla "da bi se morala bolj poglobiti", ampak, da se mora bolj poglobiti in do naslednje vizite poznati vse svoje bolnike.

Odgovornost in kultura obnašanja: tega pojma ne poznamo, komu je specializantka odgovorna? Ali tej zdravnici specialistki ali morda celo bolnikom (glej 6. načelo kakovosti)? Saj nikjer ničesar ne piše. Saj ji ni nihče vsaj povedal, komu je odgovorna, saj ni nikjer napisano, kaj so njene naloge in zadolžitve, če pa že je napisano, se tega ne uveljavlja.

27. 7. 2005

Pacient z zasevki v možganih in možganskim edemom Onkološko-kirurški konzilij

Raje samo kirurški; onkolog je bil dosegljiv le po telefonu in še to po končanem konziliju. Pacient ... je bil uvrščen na čakalni seznam. Zakaj zdravnica poskuša dobiti bolj določen datum, saj ji je rekel, da so tehnično omejeni?

Tretje načelo kakovosti govori o pravočasnosti, peto pa o enakosti in šesto ... o čem že? Prvo načelo – uspešnost. Ali smo bili uspešni? Varnost – ali smo bolniku škodili?

"Ko zbolíš, bi moral biti obravnavan v skladu s kliničnimi smernicami, vključno z merili za prednostno obravnavo, brez pomembnega razkola med zapisanim in dnevno prakso, še posebej tako, ki morebiti zavisi od letnega časa." Torej diagnoza težave je na dlani.

Nekdo se vendar zaveda, da obstajajo klinične smernice (izgleda, da ni prave epidemije⁴, vsaj pri uporabi smernic ne). Nekatero ustanovo imajo celo klinične poti. Dobro, da ne analiziramo kazalnikov kakovosti pri našem vsakdanjem delu, sicer bi se pokazalo, da smo večinoma večkrat daleč od standardne obravnave bolnika. Tako tudi ni treba biti nikomur odgovoren, saj ne vemo, kako dobro ali slabo delamo. Skratka, ni podatkov, ni odgovornosti, ni težave. Ker ni težave, je ni treba urediti. Sicer bo pa kmalu zima in stvari bodo izginile same po sebi, ne da bi se resili težavo.

Odgovornost: Če vsakdo, ki deluje v procesu ne ve natančno nalog in dejanj, ki jih je treba narediti, popolnoma natančno, kdo jih mora narediti, kako ter kdaj, bodo možnosti za napake vedno velike.

Podatki so, vsaj nekaj jih je (Isis, 2004; 13: 42 – 47). Pa je komu kaj mar? Pa ja ne bosta država ali zavarovalnica (saj naj bi končno plačala izdelek; sedaj plačuje strukture in procese) zapisovali strokovnih standardov za posamezne bolezni, postopkov, kliničnih smernic, kliničnih poti, protokolov, algoritmov in drugih delovnih orodjih.

Kako bi bilo, če bi se zbral tim, ki oskrbuje bolnike, o katerih se razpravlja na onkološko-kirurškem konziliju in pregledal, če gre za težavo? To bo težko, saj bo do naslednjega poletja mir.

Ali je kaj narobe, ali imamo težavo? Če je nimamo, ker je pač poletje in vsako poletje je tako, pustimo stvar pri miru, je pač poletje. Če imamo težavo, kljub temu, da je poletje, ali prav zaradi tega, jo rešimo. Da se je ne da? Ali smo se sploh lotili reševanja? Najbrž ne, saj je poletje in poletne težave so nerešljive oziroma jih ni, ker preklapimo naše možnosti na ustaljene že mnogo let trajajoče navade poletja.

Ali lahko spremenimo naše obnašanje, našo organizacijsko kulturo?

Dogovorimo se in najdemo najboljšo rešitev (menda ja ne gre tudi za težavo sporazumevanja in se tako sploh ne moremo dogovoriti).

Možne rešitve:

1. Konzilij premaknimo na mesto, kjer zdravnik ne more zapustiti svojega delovišča in se zato pogovarja samo po telefonu.
2. Zahtevajmo od nas samih, da se dosledno upošteva z dokazi podprta medicina (na primer zapisana v kliničnih smernicah). Zapišimo protokol ravnanja z nujnimi bolniki in tako dalje. Še nekaj neuresničljivih (ker se ne da ničesar narediti):
3. Razporedimo dopust tako, da bo delo potekalo tudi poleti brez škode za bolnika in občutka krivde pri zdravnikih zaradi slabega dela, ker pač vodstvo ustanove ni mislilo, da pride tudi poletje in ljudje zbolevaljo zanalašč poleti.
4. Podaljšajmo dnevno delo, dokler nismo poskrbeli za nujne bolnike.
5. Bolnika pošljimo s strokovnim spremstvom čez mejo, takoj. (Morda na stroške tiste zdravstvene ustanove, ki se gre poletje.)
6. Ker nimamo dovolj tehničnih zmogljivosti (če jih res izkoriščamo optimalno, je drugo vprašanje), dolgoročno, na podlagi podatkov rešimo težavo skupaj s plačniki in državo.

Vem, da je še veliko zamisli, a še več izgovorov: Ni denarja (zgornje rešitve ne zahtevajo veliko denarja), ni dovolj zdravnikov. Tako pravijo tudi kolegi v drugih državah, kjer je zdravnikov in tudi denarja več kakor v Sloveniji. Tudi tam prihaja do varnostnih zapletov pri bolnikih in zato Luksemburška deklaracija velja za vse države Evropske unije.

Ali je v tej deželi že kdo pomislil na priložnosti, ki so znotraj zdravstvenih ustanov, namesto da kažemo s prstom na druge? Ali je v tej deželi že kdo pomislil na priložnosti brez velikih sprememb zakonodaje, brez tržne reforme, brez velikih finančnih vlaganj? Ali je v tej deželi že kdo pomislil na priložnosti, ki se začno lahko takoj jutri in jih izvedejo medicinske sestre, zdravniki, vodstva ustanov in ne stanejo ničesar ali zelo malo?

Ali gre v primeru bolnika z zasevki v možganih in možganskim edemom za organizacijsko kulturo? Vsak rad dela v urejenem okolju, kjer se težave rešujejo, tako da se jim v podobnih okoliščinah in primerih v prihodnje izognemo. In kdo jih lahko reši? Tisti, ki delajo v procesu. Gre za nenehno izboljševanje delovnih postopkov, se pravi kakovosti in varnosti.

Zdravniki in drugi zdravstveni delavci naletijo na vprašanje poletja vsako leto in na nekatere težave vsak dan, že desetletja. Težave povzročajo neuspešnost pri obravnavi bolnikov, zmanjšujejo varnost. Pri zdravnikih, medicinskih sestrah in drugih zdravstvenih delavcih vzbudijo občutek nemoči in hude zafrustriranosti. Včasih se pokažejo kot katastrofa za bolnika.

28. 7. 2005

Bolnica s sumom na bilateralni ekspanzivni proces v pljučih

Bolnici obljubijo poseg naslednji dan. Je že četrti dan, a spet ni šlo, ker več kakor delati se ne da (**glej 6. načelo kakovosti**).

Ali gre za težavo in čigavo?

Je to problem lečeče zdravnice, zdravnika, ki naj bi opravil poseg, vodstva bolnišnice, organizacijske kulture, kulture obnašanja do pacientov in kolegov? Kolega, ki je zatrdil, da več kakor delati se ne da, ima načeloma prav. Stvari ne bomo izboljšali, če se bomo bolj trudili, izboljšali jih bomo le tako, da bomo spremenili naše procese. Vendar je nekaj rešitev zapisala že avtorica članka o poletju v bolnišnici. Ali zna kdo rešiti težavo? Postopek je podoben zgornjemu. Najprej zberemo tim, torej vse, ki so vključeni v proces zdravljenja pri tej pacientki. Zapišemo zamisli, poiščemo možne rešitve, napravimo načrt, ga izvedemo, preverimo, če deluje in če je vse v redu, uvedemo nov način dela v vsakdanjo rutino, namesto da smo zafrustrirani vedno, ko se taka težava pojavi, ker nismo našli sitemske rešitve. Gre za krog nenehnega izboljševanja kakovosti. Vse skupaj lahko zapišemo v klinično pot, kjer bo popolnoma jasno kaj in kako storiti (temelječ na z dokazi podprti medicini), kdo naj to stori s čim in kdaj (organizacijski del klinične poti). Merimo odstopanja (odklone) od zapisanega in ugotovimo, zakaj so nastali. Morda bo treba klinično pot spremeniti ali pa zahtevati odgovornost (ali zaradi tega ne maramo kliničnih poti?).

In zakaj ne rešujemo težav, ko nastajajo, ne na kratko, ko težava mine, nanjo pozabimo in gremo naprej, dokler se spet ne pojavi in jo spet zaobidemo in tako dalje. Ali nas je kdo v medicinskih šolah in fakultetah naučil kaj o kakovosti, ali mislimo, da je dovolj, če spremljamo nove dosežke v svoji stroki, ne spremljamo pa svojega dela? Vsak kolega in kolegica jemljeta stalno izobraževanje kakor samo po sebi umevno. Zakaj ne tudi spremljanja lastnega dela, zakaj ne uporabljamo ali premalo uporabljamo klinične smernice (čepprav imamo epidemijo (4)), zakaj imamo še vedno premalo kliničnih poti, zakaj nam je tako težko meriti lastno delo s kazalniki izidov in drugimi kazalniki kakovosti?

Celostna obravnava bolnika (2) ali varnostni zaplet pri bolnici

Varnostni zaplet pri bolniku je nenameren ali nepričakovan zaplet, ki bi lahko ali je škodoval bolniku ob prejetanju zdravstvene oskrbe. Varnostni zaplet pri bolniku je evfemizem, ki se uveljavlja v Evropski uniji za poimenovanje zdravstvene napake.

Nekdo je ostal hud dosmrtni invalid, ne zaradi narave bolezni ampak zaradi varnostnega zapleta. Kdo je kriv? Kaj je šlo narobe? Ali bomo iskali "krivce", ali jih bomo umaknili iz delovnega procesa, ali pa bomo "ustrelili" poročevalko o težavi? S takim načinom dosežemo, da se stvari ne bodo izboljšale nikdar. Ljudje bodo ostali tiho, ne bodo poročali o napakah.

Ali lahko skomignemo z rameni in si rečemo, da se napake dogajajo, da so del našega dela in da se ne da ničesar storiti? Res je, napake se dogajajo in popolnoma preprečiti se jih ne da in se jih ne bo dalo. Vendar pa jih lahko bistveno zmanjšamo. Ne s postopki, ki so omenjeni zgoraj in večkrat privlačni za vodstvo ustanov in za medije. Hitra ureditev? Ali res? Kako smo ravnali ob primerih napak, ki so odmevali pred nekaj

leti v javnosti? Procesov nismo spremenili. Okrivali smo posameznike in stvar je bila urejena. Težava, ki jo imamo, je, da se reševanja napak ne lotevamo sistematično. Kako se jih lotiti? Ali čakamo na državo, da jih bo uredila? Saj je uvedla prostovoljno anonimno poročanje o najhujših napakah pred tremi leti. In kakšen je bil odziv, v prvem letu 14 poročil v drugem sedem, letos samo eno. Ali so naše bolnišnice več stokrat varnejše od ameriških, kjer umre zaradi varnostnih zapletov 0,13 do 0,30 odstotka hospitaliziranih bolnikov na leto. Tam hospitalizirajo okrog 33 milijonov ljudi na leto, pri nas nekaj nad 300 tisoč. Račun lahko napravite sami.

Ali smo zdravstveni delavci slabi?

Zdravniki in drugi zdravstveni delavci smo večinoma inteligentni, dobro usposobljeni, zavzeti, izbrali smo svoj poklic zdraviti in tolažiti.

Zakaj gredo potem stvari narobe?

Delo v zdravstvu je še vedno organizirano okrog funkcij, na primer odgovornost anesteziologa je anestezija, medicinske sestre izvajanje zdravstvene nege, farmacevta izdajanje zdravil, rentgenologa slikovne preiskave, kirurga operacije. Težava je, da sistem nima ali ima zelo malo mehanizmov povezave posameznih prvin ali funkcij v celostno obravnavo bolnika, kakor je zapisala avtorica (Isis, 2005; 11: 60 – 61). Rezultat je, da bolnika obravnava ta in ta specialist na tem in tem oddelku in ga nato pošlje k temu in temu specialistu, ta pa spet k drugemu. Pišemo si izvide, nekaj se jih lahko izgubi, izvirna slikovna dokumentacija je večkrat vsem, ki so vključeni v obravnavo, nedostopna itd. Nazadnje se stvar podre in pride do katastrofe in pacientko napravimo za invalida. Ali tega res ne znamo urediti? Ali je delovanje na star način res tako zakoreninjeno? Nič ne pomaga, če se še tako trudimo, stvari dokazano ne bomo izboljšali. Samo spremembe in drugačen način dela bodo prinesle izboljšave.

Kako naj bolnišnice preprečijo takšne tragedije?

Delo ni organizirano v procesnem timu, kjer se vse glave zberejo ob bolniku (ne samo zdravniki) in vsak s svojim znanjem pripomore, da stvari ne gredo narobe. In spet, kako bi bilo, če bi uporabljali klinične smernice, klinične poti? Najbrž drugače in drugače predvsem za pacientko, pa tudi za zdravstvene delavce.

In kaj je značilno za naša poletja (prepričan sem, da ne samo poletja) v naših bolnišnicah, pa še kje, kaj je značilno za celostno, povezano obravnavo bolnika, kako je z varnostjo, kaj je s smernicami, kliničnimi potmi, ogromnimi odkloni pri izidih zdravljenja (kazalniki kakovosti), organizacijsko kulturo in ureditvijo zdravstva od znotraj ali od spodaj navzgor? Kako rešujemo težave bolnikov, zlasti tistih, ki presegajo meje enega oddelka ali bolnišnice? Ponekod smo vse lepo zapisali, imamo ISO-standarde, šli smo se ali se še gremo poslovno odličnost, pridobivamo certifikate kakovosti in sedaj se nam obeta še samoocenjevanje in akreditacija. Dokler bo vse to na papirju in se sami ne bomo premaknili, pa čepprav poznamo trdne dokaze o ogromnih odstopih pri ravnanju posameznih oddelkov, ki se v državi ukvarjajo z enakimi boleznimi in zdravljenji, in ogromnimi odstopanji pri posameznih zdravnikih, se ne bo dosti izboljšalo. Težavo, na katero naletimo pri vsakdanjem delu, lahko najbolje rešimo le sami. Če tega ne bomo storili, bodo začeli stvari reševati drugi, morda administrativno, na boleč in verjetno neuspešen način.

Seveda je bolj "komodno", da se izgovarjamo na druge kolege in kolegice, druge ustanove, na premalo opreme, premalo ljudi, vodstvo na zdravnike, zdravniki na vodstvo, na zavarovalnice in zdravstveno politiko.

In za zaključek: motiti se je človeško, prikrivanje napak je neodpustno, da se iz napak ničesar ne naučimo, je neopravičljivo.

Pred več kakor 90 leti je nek zdravnik zapisal (Ernest A. Codman, 1917): pravijo mi ekscentrik, ker sem javno povedal, da morajo bolnišnice, če se želijo prepričati, da se izboljšujejo, ugotoviti, kakšni so njihovi rezultati, analizirati rezultate in ugotoviti, na katerih področjih so dobri in kje so slabosti, primerjati rezultate z drugimi bolnišnicami

in pohvaliti javno objavo ne samo svojih uspehov ampak tudi napak. ■

1. *Isis*, 2005; 10: 57 – 58.

2. *Isis*, 2005; 11: 60 – 61.

3. *Isis*, 2005; 11: 64.

4. *Isis*, 2005; 11: 140.

5. <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>

* Pogledi izraženi v članku so osebna mnenja avtorja.

Pedagoški klici

Primož Štular

Medicinska sestra v domu starejših občanov najde staro oskrbovanko neodzivno in okrvavljeno. Pokliče zdravnika. Gospa je globoko nezavestna, podlaket ima okrvavljeno, sestra ji meri tlak, menda je okrog 50 mm. Odločim se za ukrepanje, bolnico oskrbimo in jo predamo ekipi SNMP. Med oskrbo postaja vse bolj jasno, da je bolnica poskusila narediti samomor, na mizi najdemo okrvavljen nož, ko očistimo strjeno kri na podlakti, se razkrije nekaj ureznin. Najdemo skodelico z ostanki raztopljenih tablet, nekoliko pozneje tudi poslovilno pismo.

Sledi klic z IPP, izmenjamo si nekaj informacij.

Sledi klic iz CIIM-a in plaz očitkov: »Te gospe pa res ne bi bilo treba intubirati, stara je, samomor je delala, pa siringomielijo ima. Ne morete tako, to je neetično.«

Ampak gospa je še kar dobro funkcionirala, in sprva niti nisem vedel, za kaj gre.

»To se ne dela tako, še poslovilno pismo je pustila, to je zelo neetično.«

»Potem jo vrnite v dom,« odvrnem.

»Zdaj je že v intenzivki in na respiratorju.«

Pa pojdemo po vrsti.

Starost. Gospa je bila stara 88 let, a je še kar dobro »funkcionirala«. Bila je pokretna s hojo, kognitivno povsem ohranjena. Zaradi okvare rok je imela številne posebej prirejene pripomočke, z njimi ji je uspevalo, da je v veliki meri skrbela sama zase.

Samomor. S samomorom je izražena želja in volja umreti. Pa vendar je zaenkrat v naši družbi in tudi v medicinski stroki sprejet konsenz, da se samomorilcem nudi pomoč.

Siringomielija. To je zelo redka nevrološka bolezen. Spada med tiste diagnoze, ki same po sebi zelo malo povedo o dejanski prizadetosti. Bolnika je treba videti in se z njim pogovoriti, če pa je iz kakršnega koli razloga nezavesten, lahko o posledicah siringomielije le ugibamo. Z boleznijo, ki je prizadela predvsem funkcijo prstov rok, se je gospa

spopadala kakih 50 let.

Če omenjene razloge povežemo, se vendarle zdi, da bi bilo najbolje, če bi gospo našli mrtvo. Potem dvomov ne bi bilo. V zadnjem času je začela počasi pešati, bala se je, da bo postala odvisna. Strah, ki ga pozna večina starostnikov. Nisem privrženec agresivne geriatrične medicine, a vendar bi se v podobnem primeru najverjetneje odločil za enako ukrepanje. Pogosto sporočam svojcem naših oskrbovancev slabe novice, novice o obsežni možganski kapi, o hudi pljučnici, o končnem pešanju srca ... A v tem primeru bi mi šlo zelo težko z jezika, da umira, ker je zaužila pest uspaval, da jo bomo pustili umreti, ker si tako tudi sama želi. Razlogov zaradi starosti, pisma in osnovne bolezni raje sploh ne bi omenjal.

Predvsem pa sem globoko prepričan, da moje, morebiti sporno ravnanje nikakor ne odvezuje odgovornosti drugega zdravnika, če s takim ravnanjem nadaljuje. Če skočim v vodo, še ne pomeni, da mora za menoj skočiti tudi zdravnik v bolnici, še zlasti, ker ima za svoje odločitve več časa in več maneverskega prostora. In če je sporen in neetičen moj skok v vodo, je prav tako sporen in neetičen tudi njegov. In ko plavava skupaj, se zazdijo njegovi očitki zelo dvolični. Bolnica ni in ne sme biti mlinski kamen, ki začne mleti vse, kar prinesemo s terena. Za to morajo skrbeti in so odgovorni zdravniki v bolnici.

Ni mi povsem jasno, kakšni so motivi za bolj ali manj kultivirane, nedobronamerne klice, ki smo jih občasno deležni terenski zdravniki. Njihov pedagoški učinek je vsekakor zanemarljiv, saj je za dober pedagoški učinek v prvi vrsti potreben pozitiven pristop. Pogosto je iz takih klicev moč razbrati, da klicalec vidi težavo povsem jasno in enostransko, sebi in drugim ne dopušča dvomov, dilem in vprašanj. Pedagoška raven torej, ki sodi na laične tečaje prve pomoči. Zdi se, da se motivi skrivajo tudi drugje – preobremenjenost, utrujenost, slab dan, pomanjkanje prostora, nekaterim razlogom pa verjetno ne bi prišel do dna niti psihoanalitični pristop. Kakorkoli že, tovrstni klici ne prispevajo k boljšemu sodelovanju med osnovno in sekundarno zdravstveno ravnanju, to pa je cilj, za katerega bi si morali vsi prizadevati. ■

Mesec Bolnišnice Golnik

Mesec oktober je mesec bolnišnice in takrat navadno praznovanje združimo s strokovnimi dogodki.

Golniški simpozij, letos že četrti po vrsti, nadaljuje tradicijo podiplomskega izobraževanja, ki se je na Golniku začelo že leta 1949. Dogodek je priložnost, da domači strokovnjaki skupaj s strokovnjaki iz tujih uglednih ustanov predstavijo nova znanja, nove diagnostične postopke ter postopke zdravljenja na področju pulmologije in alergologije. Udeleženci lahko na delavnicah praktično sodelujejo in si tudi na tak način pridobijo znanje o prednostih in slabostih posameznih preiskav.

Glavne teme letošnjega posveta, ki je potekal od 10. do 15. oktobra 2005, so bile: slikovna diagnostika bolezni pljuč s posebnim poudarkom na diagnostiki azbestnih bolezni, diagnostika vaskularnih bolezni in primerjava med pljučno funkcijo ter slikovno diagnostiko. Ponovno smo organizirali delavnice iz bronhologije in citologije, predstavili smo tudi dejavnosti v sklopu zdravstvene nege.

Predavanja iz bronhologije, delavnice iz bronhoskopije ♦



Dr. Gunter Reichle iz Hemerja vodi delavnico interventne bronhoskopije (uporaba elektrokavterja in APC).



Prof. Andrej Debeljak med odmorom z asistenti.



Dr. Izidor Kern predstavlja delo citopatološkega laboratorija.



Pred svečano večerjo, ki jo je sponzoriral Olympus Slovenija.

Že četrto leto zapored smo organizirali bronhološke delavnice. Srečanje, ki se ga je udeležilo osemindvajset kolegov iz Slovenije, Hrvaške, Makedonije, Srbije in Črne gore ter Bosne in Hercegovine, je potekalo v obliki predavanj in učnih delavnic, ki so jih vodili domači in tuji strokovnjaki, med katerimi sta bila tudi dr. Stefano Gasparini iz Ancone in dr. Gunter Reichle iz Hemerja. Na delavnicah smo predstavili biopsijske tehnike, avtofluorescenčno bronhoskopijo, endobronhialni ultrazvok, togo bronhoskopijo in vstavljanje stentov, odstranjevanje tujkov ter interventno bronhoskopijo s predstavitvijo uporabe elektrokavterja in koagulatorja argon plazme. Udeležencem smo pokazali, kako odvzete bronhoskopske vzorce pripravimo za nadaljnje preiskave (citopatološke, bakteriološke, imunološke), vse predstavljene tehnike pa so lahko praktično preizkusili na učnih modelih. Udeleženci so lahko videli tudi najsodobnejšo videoopremo, najnovejšo avtofluorescenčno napravo ter različne bioptične instrumente ter druge pripomočke, ki se uporabljajo na sodobnih endoskopskih oddelkih. Delavnice so z najnovejšimi instrumenti opremili Olympus Slovenija, Aico-med ter Sind.

Nadja Triller

Tečaj citopatologije plevralnega izliva ◆

Četrty tečaj za citopatologe smo tokrat posvetili citopatologiji poprsničnega izliva. Bolezni plevre so relativno manj pogoste bolezni dihal, čeprav je poprsnica pogosto prizadeta pri različnih sistemskih in pljučnih boleznih. Prizadetost se največkrat pokaže s plevralnim izlivom. Izlive pregledujemo zato, da bi ugotovili vzrok njihovega nastanka. V ta namen uporabljamo biokemične analize, mikrobiološke preiskave in citopatološki pregled. S citopatološkim pregledom diagnosticiramo primarne in sekundarne maligne tumorje plevre ter vnetne procese. V diagnostični obravnavi plevralnega izliva je citopatološki pregled ena od osnovnih preiskav.

Izidor Kern



»Zanesljiva in specifična diagnoza je izjemnega pomena za bolnikovo prognozo in načrtovanje zdravljenja«. Četrtega tečaja za citopatologe se je tokrat udeležilo devet poslušalcev.

Predavanja in delavnica iz radiologije ◆

Prvič smo pripravili tudi predavanja in delavnico iz radiologije. Rok Cesar je pripravil pregled sprememb pljučnega intersticija s kratkim uvodom o računalniški tomografiji z visoko ločljivostjo (HRCT). Predavanje je bilo namenjeno spoznavanju izrazoslovja in predstavitvi značilnih bolezenskih sprememb. Igor Požek je predaval o obravnavanju "okroglih lezij" v pljučih in predvajal kratek film, ki nam je nazorno prikazal postopek citološke biopsije pod nadzorom računalniške tomografije (RT).



Najbolj zainteresirani udeleženci so si lahko ogledali punkcijo pod RT tudi v živo

Rok Cesar in Igor Požek sta na kratko predstavila odkrivanje pljučnih tromboembolizmov z računalniško tomografijo, standardne protokole preiskav in nekaj značilnih slik. Sledilo je še predavanje in prikaz ocenjevanja plevralnega izliva z ultrazvokom ter prikaz UZ-vođene punkcije, ki ga je pripravil Robert Marčun.

Na delavnicah smo Rok Cesar, Mojca Juvan Žavbi, Robert Marčun in Igor Požek prikazali nekaj praktičnih primerov. Od značilnih slik smo prešli na začetne spremembe ob poznanih kliničnih podatkih, primerjali smo občutljivost pregledne rentgenske slike in računalniške tomografije in pokazali povezavo med testi pljučne funkcije in HRCT. Tečajniki so lahko preizkusili UZ-vođeno punkcijo na modelih organov. Na koncu smo se v sproščenem razgovoru posvetili še vsakdanji problematiki.

Odmevi na našo prvo delavnico so bili vzpodbudni, zato se bomo potrudili, da jo bomo pripravili tudi v prihodnje ter v praktični del vključili še več zanimivih primerov in morda tudi kratek kviz.

Rok Cesar

Delavnica o preiskavi pljučne funkcije ◆

Na delavnici smo predstavili delo kliničnega fiziologa z zelo malo teoretičnimi osnovami in z veliko praktičnimi prikazi. Imeli smo »živo TV-sliko« iz laboratorija, kjer je bolnik izvajal test evkapnične hiperventilacije in obremenilni test na kolesu (ergospirometrijo), obenem smo lahko prek računalniške mreže upravljali z merilnim računalnikom. Predstavili smo že omenjeni test (Jure Šorli ml.), celoten postopek pridobivanja in interpretacije inducirane sputuma (Aleš Rozman) in ergospirometrijo (Sabina Škrgat Kristan). V konziliarnem delu smo skupaj reševali zanimive primere bolnikov z obremenitveno astmo in disfunkcijo glasilk. Prisotnih je bilo več kakor trideset poslušalcev.

Matjaž Fležar



Kolegi so nas pohvalili: Delavnica je bila zelo dobro ocenjena, saj so nas v anketah in tudi po elektronskih sporočilih, ki so sledila, kolegi pohvalili. Pri ocenjevalni anketi smo zbrali 92 odstotkov možnih točk, na kar smo ponosni. Za sodelovanje pri pripravi in izvedbi delavnic se zahvaljujemo vsem zdravnikom, laboratorijskemu osebju in tehnični podpori, saj ocena pripada vsem.

Diagnostika azbestne bolezni ◆

Tokrat smo se posvetili tudi azbestni bolezni. Ugotovili smo, da smo v Sloveniji v šestdesetih letih, kljub takrat že splošno dobro poznanim škodljivim učinkom azbesta za zdravje, širili azbestcementno proizvodnjo v Anhovem ter prešli z mokrih postopkov proizvodnje na suhe postopke proizvodnje ter tako izpostavili nekaj tisoč tam zaposlenih delavcev vdihovanju azbestnega prahu. Omenjeno kaže, da smo takrat

podcenjevali nevarnost azbestne izpostavljenosti. Šele v devetdesetih letih smo si priznali, da imamo tudi v Sloveniji epidemijo azbestne bolezni z najštevilčnejšim žariščem epidemije v Anhovem. Leta 1996 smo sprejeli azbestni zakon, ki je prepovedal nevarno proizvodnjo in uporabo azbesta ter predvidel izplačevanje odškodnin zbolelim delavcem iz Anhovega, kar je sprožilo najprej val samoodkrivanja bolezni na tem področju, ki je v zadnjih letih prešel v val tožniških postopkov.

Prikazano dinamiko azbestne epidemije v Sloveniji nam je nazorno osvetlila Majda Mandelc Grom, ki je razložila in prikazala sedemletno delo komisije za verifikacijo poklicnih bolezni zaradi azbesta, ki deluje na Inštitutu za medicino dela v Ljubljani. Nato je asist. dr. Metoda Dodič Fikfak analizirala sedanjo in pričakovano jutrišnjo problematiko povečanega zbolevanja za rakom rebrne mreže v Sloveniji, ki naj bi nas osvetlila o skrbi za preprečevanje širšega onesnaževanja bivalnega okolja z azbestom. Aleš Rozman nam je s sodelavci predstavil analizo obravnavanja bolnikov, odpuščenih z diagnozo azbestne bolezni iz naše bolnišnice v zadnjih dveh letih, ki je opozorila na nekatere pomanjkljivosti pri vodenju diagnostičnega postopka in odkrila, da se kaže v zadnjem obdobju, primerjalno glede na osemdeseta leta, težnja prevladovanja lažjih oblik bolezni, ki pa imajo zahtevnejšo diagnostiko. V nadaljevanju nas je Lučka Debevc opozorila na pričakovane klinične spremembe pri azbestni bolezni, doc. dr. Matjaž Fležar na pričakovane funkcijske spremembe in Rok Cesar na pričakovane rentgenske spremembe pri azbestni bolezni ter asist. Izidor Kern na pričakovane citohistološke spremembe pri azbestozii, to je brazgotinskem preoblikovanju pljuč zaradi azbesta. Dopoldne smo zaključili s prikazom smernic, ki jih je predstavila podpisana, po katerih naj bi obravnavali vsakega izpostavljenega azbestnemu prašenju ob sumu na prisotno azbestno bolezen.

Razprava po predavanjih ter tudi poznejši ustni in pisni odmevi kažejo, da smo uspeli celovito pregledati obravnavano problematiko, kar je bil cilj naših prizadevanj in nam je vsem, ki smo azbestno temo pripravljali, v zadoščenje, da smo ga dosegli.

Zlata Remškar

Posvet zdravstvene nege



Skupinsko delo, pogovor in dobri medosebni odnosi se nam zdijo nujen pogoj za izboljšanje kakovosti dela.

V okviru programa zdravstvene nege je bila glavna tema posveta preprečevanje prenosa okužb pri bolniku z MRSA. Medicinske sestre smo na predavanjih in učnih delavnicah spoznale potrebne postopke pri bolniku z MRSA: razkuževanje rok, jemanje brisov in izolacijo bolnikov. Ker mora kronični bolnik za življenje z boleznijo poznati načela

samozdravljenja, je bil na posvetu velik poudarek na zdravstveni vzgoji bolnikov s kroničnimi pljučnimi boleznimi.



»Tuberkuloza ostaja socialna bolezen«: poslušalci so prisluhnili predavanju o tuberkulozi, zgodovinskemu pogledu na stoletni zdravstveni boj proti njej v svetu in na Golniku.

Sobotni del je bil namenjen predstavitvi nadaljevanja zdravstvene oskrbe po odpustu bolnika iz bolnišnice. Svoj vidik so predstavili sodelavci iz patronažne službe in domov za starostnike ter poudarili načine sporazumevanja po odpustu. Predstavljeni so bili načini sporazumevanja med službami zdravstvene nege, možnost elektronskega sporazumevanja in posredovanja podatkov o bolniku, pa tudi novi pristopi v organizaciji celostne obravnave bolnika ter primer izvajanja neakutne obravnave.



Virtuozna skupina Terra Folk je po napornem tednu udeležence popeljala še v »glasbeni teater« in jih ob dobri večerji spremljala z ritmično, poslušljivo, včasih tudi plesno glasbo ...

Srečanje smo želeli izkoristiti tudi za vzpostavitev intenzivnejšega sodelovanja in povezovanja celotnega zdravstvenega osebja, zato smo petkov popoldanski zdravniški posvet združili s posvetom medicinskih sester. V tem delu smo govorili o organizacijskih vidikih in možnostih za izboljšanje kakovosti dela.

Saša Kadivec

Ankete, ki smo jo izvedli med udeleženci, so pokazale, da so bili z načinom dela in pridobivanja znanja na predavanjih in delavnicah zadovoljni in da so pridobili nova znanja, ki jih bodo lahko uporabili pri nadaljnjem delu.

Tovrstna srečanja in izobraževanja so v naši ustanovi tradicija, saj se zavedamo, da se mora sodobni zdravstveni delavec nenehno izobraževati in strokovno izpopolnjevati. Predstavili smo vam nekaj naših dejavnosti. Hvala vsem sodelujočim za prijazno sodelovanje in pomoč pri izvedbi tega pomembnega dogodka.

Debelost pri otrocih – evropske države so zaskrbljene zaradi spremenjene pojavnosti

Danica Rotar Pavlič

Septembrska številka revije Heart Matters je v celoti posvečena naraščajoči zdravstveni težavi – otrokom, ki čezmerno uživajo mastno, preveč sladko in slano hrano, ter tistim, ki so priporočilo o koristih gibanja omejili na najmanjšo možno mero.

Posebno skrb je zadnja leta zbudil podatek, da so vse pomembne klinike, ki delujejo v Evropski uniji, začele beležiti pojav sladkorne bolezni tipa II in to že v otroštvu ter najstniških letih. Predvidevajo, da bodo stanja, kakor so presnovni sindrom, sladkorna bolezen in srčno-žilne bolezni, ponovno povzročila skrajševanje pričakovanih let življenja med evropskimi prebivalci.

V Evropi ima čezmerno telesno težo kar 14 milijonov otrok (to število naraste za 400 tisoč na leto), tri milijone pa je debelih (število naraste za 85 tisoč na leto). Marsikomu so navedeni podatki znani ali pa je prepričan, da je težava debelosti prenapihnjena. Prispevki v omenjeni reviji se zato ne lotevajo navedenega stanja, ampak podrobneje opisujejo dejavnike, ki vplivajo na življenjski slog.

Mednje vsekakor sodijo:

- Politično-ekonomski dejavniki (politika javnega zdravja, zakonodaja in predpisi, cenovna politika),
- marketing (oglaševanje, označevanje živil, preventivna gibanja),
- dostopnost (razširjenost restavracij s hitro prehrano, namestitev avtomatov s sladko pijačo, slanimi in kaloričnimi prigrizki, dostopnost centrov za rekreacijo),
- tehnološki dejavniki (računalništvo, elektronski mediji, transport).

Dejavnosti razvitih držav bodo v prihodnje verjetno spremenile usmeritve tistih, ki vprašanju še ne posvečajo pozornosti. K temu bo gotovo prispevala tudi Evropska komisija, ki je nedavno vzpostavila koordinacijsko središče European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health. Pobudi je sledilo tudi uredništvo revije, ki v septembrski številki opisuje stanje v 20 državah članicah EU in partnericah Evropske mreže za srce.

Zanimivi so podatki belgijske raziskave. En mesec so spremljali reklamna sporočila na osrednjih televizijskih programih med 16.30 in 18. uro. Zabeležili so kar 1016 sporočil, od katerih jih je 27 odstotkov oglaševalo prehrano, kar 72 odstotkov pa se je nanašalo na izdelke, ki presegajo priporočila o vsebnosti sladkorja in maščob.

Danska ustanova za srce je svojo dejavnost usmerila k omejevanju pitja sladkih pijač. Priporočajo, naj bi otroci na teden zaužili največ pol litra sladkih pijač. Dejavnosti je botrovalo dejstvo, da danski otroci danes popijejo 38 odstotkov več sladkih pijač kakor pred desetimi leti (133 ml leta 1995 oziroma 184 ml danes). Danske osnovne šole so zato začele avtomate s sladkimi napitki nadomeščati s takšnimi, ki osnovnošolcem

zastonj ponujajo pitno vodo.

Estonci poročajo, da se pri njih še ne zavedajo težav zaradi debelosti otrok. Izsledki raziskave o pojavnosti debelosti pri otrocih – izvedli so jo nemški raziskovalci – kažejo, da je osem odstotkov otrok v starosti od 13 do 15 let v Estoniji pretežkih. Ta podatek uvršča Estonijo na rep evropske lestvice. Strokovnjake kljub ugodnemu podatku skrbi dejstvo, da osrednji estonski proizvajalec sladkarij Kalev podpira športne dejavnosti in olimpijsko gibanje. Otroci in mladostniki zato povezujejo gibanje s sladko nagrado. Neredko otroka, ki se je rekreativno udeleževal, nagradijo s sladkarijami.

Finsko v slovenski preventivni medicini poznamo v glavnem po prizadevanjih dr. Pekka Puske, ki je tudi pri nas spodbudil številne preventivne dejavnosti. Njegova prizadevanja so bila v zadnjih mesecih povezana s pojavnostjo in preprečevanjem debelosti, saj ima čezmerno težo na Finskem kar 15 do 20 odstotkov otrok in najstnikov. Ocenjujejo, da so vzrok naraščanja debelosti delno tudi avtomati s sladkimi napitki in nezdravo hrano, ki so v šolskih prostorih.

Francija je država, kjer je debelost pri otrocih petkrat pogostejša kakor pred 40 leti. Čeprav je 85 odstotkov otrok med tretjim in 14. letom v okviru šolskega programa vključenih v rekreativne dejavnosti, pa skrbi vzbujajo dejstvo, da kar polovica deklic in četrtina dečkov v zunajšolskem času ni fizično aktivna. Kar 11 odstotkov osnovnošolcev gleda med tednom televizijo vsaj dve uri na dan, ob koncu tedna pa odstotek naraste na 46. Nič čudnega, če so zato v zakonodajo, ki je začela veljati 1. septembra 2005, zapisali, da je vsako televizijsko in radijsko reklamno sporočilo, ki je namenjeno otrokom in ne vsebuje zdravstveno-vzgojnega sporočila, obdavčeno z 1,5-odstotno stopnjo. V Franciji v letu 2005 poteka več akcij, s katerimi želijo zmanjšati količino soli v prehrani in povečati uživanje zelenjave.

V Nemčiji ima 20 odstotkov otrok čezmerno telesno težo in od tega je osem odstotkov debelih. Morda k stanju prispevajo tudi reklamna sporočila, saj so že leta 1999 ob koncih tedna beležili 20 oglasov na uro, ki so vsebovali pretežno sporočila o hrani (sladka, mastna in slana živila). Leta 2003 je vrednost TV-oglaševanja znašala 87 odstotkov vseh oglasov o hrani. Raziskovalni inštitut za prehrano otrok je ugotovil, da postaja vse pomembnejše oglaševanje s pomočjo interneta. Polovica reklamnih sporočil temelji na internetnih igricalih, ki posebej vzbujajo otroško domišljijo. Posebna težava so sponzorstva proizvajalcev sladkih živil, ki podpirajo šolske športne igre ali šolarje nagradujejo z izleti. Z namenom, da bi vlada vplivala na spremembe življenjskega sloga, so v Nemčiji začeli izvajati dejavnost »Kinderleicht« (otroška lahkost), v kateri spodbujajo otroke in njihove starše, naj uživajo čim več sadja in

zelenjave ter se čim več gibljejo.

Iz Grčije poročajo, da v reklamnih sporočilih za hrano prevladuje televizijsko oglaševanje predvsem hrane z veliko vsebnostjo sladkorja, soli in maščob. Zanj naj bi letno porabili dva milijona evrov.

Na Madžarskem so raziskave usmerili k analizi stanja glede prodajnih avtomatov v 630 šolah. Vsaj en avtomat s sladkimi pijačami in prigrizki ima 54 odstotkov večjih šol. Po podatkih raziskovalcev se večina ravnateljev ne zaveda posledic, ki jih ima uživanje nezdrave hrane. Zato je madžarsko zdravstveno ministrstvo avgusta 2005 objavilo priporočila za 18 kategorij, ki se nanašajo na prehranske izdelke. Natančneje so opredelili meje vsebnosti sladkorjev, soli, maščob, konzervansov in biološko aktivnih snovi.

Islandija je imela leta 1938 le en odstotek dečkov in tri odstotke deklic s čezmerno telesno težo. Leta 1998 je ta številka narasla na 17,9 odstotka pri dečkih in 19,7 odstotka pri deklicah. Velike spremembe v težnjah so državo usmerile k številnim dejavnostim, ki so jih že začele posnemati druge države (na primer projekt »Lazy town«).

Raziskovalci z Irske poročajo, da je debelih devet odstotkov pet- do 12-letnih dečkov in 13 odstotkov enako starih deklic. Še večji odstotek beležijo pri tistih s čezmerno telesno težo. Razprave o povečani pojavnosti debelosti se na Irskem odvijajo tudi zaradi sponzoriranja Coca-Cole pri ragbijskih tekmah, Kit-Kata pri šolskih teniških igrah, Kelloggsa pri dnevih rekreacije v osnovnih šolah in McDonalda v gibanju »Go Active«.

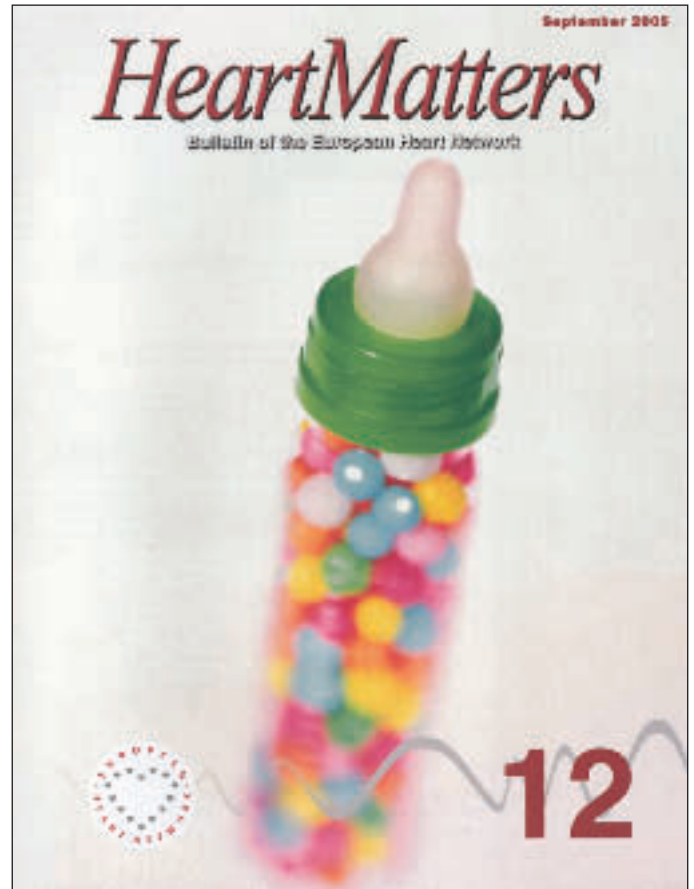
V Italiji ima kar 36 odstotkov otrok čezmerno telesno težo; 10 do 12 odstotkov med njimi je debelih. Italijansko pediatrično združenje poroča, da imajo kar štirje odstotki otrok v starosti od 6 do 11 let zaradi debelosti zvišan krvni tlak. Italijanski zdravstveni sistem naj bi zaradi bolezni, ki so povezane z debelostjo, letno porabil kar 22,8 milijarde evrov (oziroma sedem odstotkov vseh sredstev).

Nizozemska posveča oglaševanju precej pozornosti. Julija 2005 je namreč sprejela »Nederlandse Reclame Code«, ki opredeljuje, da je prepovedano posredno sporočanje, kako uživanje posameznega prehranskega izdelka vodi k večji priljubljenosti otroka. Prav tako v reklamah, ki so namenjene otrokom, ne smejo kot modeli nastopati otroci. V osnovnih šolah je oglaševanje sladkih, slanih in mastnih prehranskih izdelkov prepovedano, medtem ko naj v srednjih šolah prevladujejo zdravstveno-vzgojne dejavnosti. Na žalost predpisi niso obvezujoči, ampak so zapisani kot priporočila za samonadzor.

Norveška prednjači pri zaščiti otrok pred oglaševanjem, saj so reklamna sporočila za sladko, slano in mastno hrano v času, ko televizijo gledajo otroci, prepovedana. Norvežani se zadnja leta bolj ukvarjajo s sporočili, ki jih otroci dobijo prek interneta, saj ga uporablja kar 60 odstotkov otrok, starih od 13 do 15 let. Kar nekaj računalniških igrice vsebuje skrito sporočilo, ki se nanaša na oglaševanje sladkih pijač ter slane, mastne in sladke hrane. Prav tako se jim zdi neprimerno, da lahko otroci spremljajo (na Norveškem omejena reklamna sporočila) prek satelitskih programov.

Na Portugalskem je čezmerno težak vsak tretji otrok, star od sedem do devet let. Svoje dejavnosti so v preteklem letu usmerili v sporočila s pomočjo plakatov, televizije in radia. Zdravstveno-vzgojne informacije so namenjene staršem, vzgojiteljem, učiteljem in otrokom.

Švedska spada med vodilne države pri preventivnih dejavnostih, ki so namenjene otrokom, staršem, vzgojiteljem in splošni populaciji. Čeprav so tudi pri njih z zakonom omejili oglaševanje, ki se predvaja v času, ko televizijo gledajo otroci, jih motijo nekateri novi »pristopi« trgovcev. Tako so se začele v trgovinah pojavljati izložbene omare in hladilne skrinje, pri katerih je ogledovanje izdelkov na policah prilagojeno višini dveletnega otroka (predvsem pri razporejanju živil). Moti jih tudi, da se podjetja, kot sta McDonalds in Grandioza Pizza, pojavljajo kot sponzorji



športnih tekmovanj za otroke. Tudi reklamna sporočila, ki jih najdemo v poštnih nabiralnikih in se nanašajo na mastno, sladko in slano hrano, se jim zdijo neustrezna, saj ji prelistajo tudi otroci.

Angleži že dlje časa razmišljajo o označevanju živil in o nadzoru nad avtomati v šolskih ustanovah. Prav tako bodo morda omejili oglaševanje in promocijo določene vrste izdelkov otrokom. Pričakujejo, da bodo proizvajalci prehranskih izdelkov do leta 2007 sami prilagodili svoje izdelke.

Slovenija ne spada med države, ki se zaradi otroške debelosti uvrščajo v prvo polovico evropske lestvice. Kljub temu pa bi bilo dobrodošlo, da bi z razpisi omogočili tudi raziskovanje področij, kot so oglaševanje otrokom ter nameščanje aparatov s pijačami in živili v šolske in zdravstvene ustanove. Na voljo imamo namreč le nekaj raziskav, ki so večinoma potekale pod okriljem Zveze potrošnikov Slovenije. Gotovo bi morali že pred začetkom epidemije debelosti, ki je v večini evropskih držav, več sredstev namenjati preventivnim dejavnostim za podporo zdravega prehranjevanja in gibanja. Ob tem nas ne smejo ustaviti razprave, ali so bolj nezdravi jedilniki ali posamezni izdelki. Gotovo najdemo na obeh področjih izdelke, ki so škodljivi za zdravje. In nenazadnje se zdi, da takšne razprave spodbujajo prav proizvajalci zelo sladke, slane in mastne hrane ter sladkih pijač.

Slovensko društvo za zdravje srca in ožilja, ki je v reviji Heart Matters objavilo samostojen prispevek, nikakor ne namerava vsiljevati svojih zamisli ali prepričevati prepričanih. Menimo, da je sam pregled stanja in dejavnosti, ki se odvijajo v evropskih državah, vodilo, ki bi moralo vplivati tudi na našo zavest o pomenu krepitev zdravja in preprečevanja bolezni. ■

Zapisniki IO ZZS

Zapisnik 15. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 29. septembra 2005

Prisotni člani izvršilnega odbora: prim. asist. Mateja Bulc, dr. med., Jani DERNIČ, dr. med., prim. Jožef FERK, dr. med., prof. dr. Matija HORVAT, dr. med., prof. dr. Andreja KOCIJANČIČ, dr. med., prof. dr. Vladislav PEGAN, dr. med., Žarko PINTER, dr. med., Rok ŠUŠTERČIČ, dr. dent. med., Franc ŠUTA, dr. med.

Prisotni vabljeni: asist. mag. Marko BITENC, dr. med., Brane DOBNIKAR, univ. dipl. prav., asist. Vojko KANIČ, dr. med., Anica NOVAK, dr. med.

Vladislav Pegan je predlagal spremembo dnevnega reda, in sicer dodatno točko »Sporna vprašanja Zbornice pri aneksu št. 1 k Področnemu dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2005« in dodatno »prošnjo za udeležbo na sestanku PWG«. Omenil je, da bo prof. dr. Nenada FUNDUKA, dr. dent. med., nadomeščal Rok Šušterčič, ki se bo pridružil pozneje, zato se točki, ki se nanašata na zobozdravstvo, prestavita na konec dnevnega reda. Predlagal je sprejem naslednjega dopolnjenega in spremenjenega dnevnega reda:

Sklep št. 207/15/2005:

1. Potrditev zapisnika 14. seje izvršilnega odbora z dne 8. 9. 2005 ter poročilo o izvršitvi sklepov.
2. Poročilo s sestanka zdravniških organizacij na Ministrstvu za zdravje.
3. Opravljanje dodatnega programa zdravstvenih storitev.
4. Poročilo komisije ZZS za potrjevanje sodnih izvedencev medicinske stroke.
5. Ekspertni strokovni nadzor v SB Ptuj v primeru N. S.
6. Ekspertni strokovni nadzor nad delom J. Z., dr. med.
7. Razpis specializacij 04-05 iz dentalne medicine.
8. Mnenje Zbornice k podelitvi koncesije.
9. Razno.

K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 14. seje izvršilnega odbora z dne 8. 9. 2005 ter poročilo o izvršitvi sklepov.

Žarko Pinter je podal pripombo na razpravo o komisiji za izvedništvo v zadnjih dveh zapisnikih ter povedal, da bo na tokratni seji poročal o tem.

Sklep 208/15/2005:

Izvršilni odbor potrdi zapisnik 14. seje izvršilnega odbora z dne 8. 9. 2005.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 2. točki dnevnega reda: Poročilo s sestanka zdravniških organizacij na Ministrstvu za zdravje

Vladislav Pegan je obvestil prisotne o skupnem sestanku zdravniških organizacij o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi. Glede urejanja razpisa specializacij je povedal, da je bila ena od pripomb specializantov, da imajo v času specializacije več delodajalcev, kar otežuje izplačila potnih stroškov, regresov, dopustov, ločenega življenja in

druga, zato se je izoblikoval predlog, da bi Zbornica prevzela vlogo delodajalca v času specializacije. Povedal je, da je to za Zbornico preveliko breme. Dodal je, da je na sestanku predlagal ustanovitev agencije, ki bi prevzela financiranje specializantov v času specializacije, s čimer se je strinjal minister, vprašanje pa še vedno ostaja nerešeno. Zatem je potekala razprava o licencah oz. njihovem obnavljanju, prisotni so se uskladili, da ostane sedemletno obdobje ter 75 kreditnih točk; če nekdo v sedmih letih ne bo zbral 75 točk, mora opraviti preizkus usposobljenosti, ki lahko zajame samo strokovni del zadnjega sedemletnega obdobja. Omenil je težavo, da zaposleni zdravniki ne morejo sklepati podjemnih pogodb v matičnih ustanovah. Glede tega naj bi se Zakon o zdravniški službi spremenil in v osnutku novele je sklepanje podjemnih pogodb dovoljeno. Pri pogojih za pridobitev naziva konzultant so se prisotni v razpravi zavzeli, da bi za pridobitev naziva konzultant obstajali pogoji, kakor jih je sprejela Zbornica, uvedli pa bi dodatni naziv višji specialist ali višji zdravnik, za katerega bi bil pogoj priporočilo, kakor ga predvideva Pravilnik, ki ga je Fides oblikoval za naziv konzultanta. Predsednik je omenil, da so se vsi prisotni strinjali z obveznim članstvom v Zbornici. Govorili so tudi o priročnih lekarnah za zdravnike v odročnih krajih, s čimer se je minister strinjal, vendar je treba ta predlog uskladiti z Lekarniško zbornico. O priznavanju novih specializacij iz preteklega dela je povedal, da so navedene v novem Zakonu o zdravniški službi (za interniste, kirurge, psihiatre, splošne zdravnike). Omenil je, da je bila na ministrstvo poslana tudi pobuda za priznavanje specializacije iz klinične genetike specialistom nevrologom, pediatrom in ginekologom. Omenil je, da je v novem zakonu tudi določilo, ki daje specializantu le enkratno možnost, da zaprosi za drugo specializacijo ter da ne more brez sankcije prehajati iz ene regije v drugo. Omenil je še predlog ministrstva, da bi se članarina upoštevala pri davčni olajšavi. Povedal je, da je bila celotna razprava konstruktivna.

Matija Horvat je glede plačevanja specializantom po ustanovah omenil, da gre za način, kako zavezati specializanta, da ostane v ustanovi. Povedal je, da je težko rešiti te težave enostavno, vsekakor bi imel Zlatko Fras več pripomb.

Jani DERNIČ je o plačevanju specializantom glede na izkušnje povedal, da je maksimalno število menjave delodajalcev dva. Kot težavo je izpostavil vodenje prisotnosti na delu oziroma vprašanje dopusta pri menjavi ustanove.

Jožef FERK je vprašal, zakaj ne bi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije urejal plačila neposredno s specializanti.

Jani DERNIČ je pojasnil, da je problematično vodenje evidenc prisotnosti, lažje je, če je delodajalec opredeljen, saj so v tem primeru kadrovske zadeve pravilno zabeležene.

Marko BITENC je omenil, da bi bilo najprimernejše mesto za vodenje evidence Zbornica, saj razporeja specializante.

Brane DOBNIKAR je odgovoril, da so že razmišljali o tej temi ter da bi bilo težavno vodenje evidenc za nekoga, ki je oddaljen, zaradi mesečnih obračunov plač, šlo bi za dvojno komunikacijo, kar bi povzročilo zelo veliko dela.

Marko BITENC je razložil, da bi Zbornica lahko evidentirala zadeve brez finančnega vidika, kot je vprašanje dopusta, ne pa tudi bolniških odsotnosti. Omenil je, da nobena druga ustanova nima take informacijske podpore kakor Zbornica.

Jožef FERK je opozoril, da so večja težava dodatna finančna sredstva (izobraževanje, regres, in drugo) kakor evidenca dopustov.

Jani DERNIČ je povedal, da je težava, ker kadrovske službe pri delodajalcih niso dejavne, ni pa težav pri samih specializantih.

Jožef FERK je vprašal, ali so na skupnem sestanku govorili o pravilniku za imenovanje klinik oziroma inštitutov.

Vladislav PEGAN je odgovoril, da o tem niso razpravljali, saj so govorili le o pripombah na Zakon o zdravniški službi.

Marko BITENC je predlagal, da bi na naslednji seji sam poročal, kako je s tem področjem, saj je član strokovnega sveta. Postavil je vprašanje glede Fidesovega podajanja ločenih mnenj, kar lahko pusti velike posledice pri sprejemanju zakona, saj bi morale biti zdravniške organizacije enotne.

Vladislav PEGAN je odgovoril, da so bila mnenja na koncu usklajena, kljub temu da v zapisniku ni tako videti.

K 3. točki dnevnega reda: Opravljanje dodatnega programa zdravstvenih storitev

Vladislav PEGAN je razložil Fidesov dopis o dodatnem programu zdravstvenih storitev, ki bo financiran iz presežkov ZZZS ter se bo opravljal v dodatnem delovnem času. Omenil je, da ima Fides resne pomisleke o veljavnih pogodbah, saj daje stran zavodov večinoma le ustne obljube. Povedal je, da je Fides pozval zdravnike, naj do nadaljnjega ne sprejemajo dodatnih obveznosti zaradi dodatnega programa zdravstvenih storitev, prav tako so pozvali vse ustanove, naj iščejo rešitve sklepanja zakonitih pogodb za dodatno delo zdravnikov. Omenil je, da naj bi Zbornica podprla predlog Fidesa o primernem nagrajevanju zdravnikov pri njihovem delu zunaj delovnega časa.

Jani DERNIČ je o zdravniških tarifah razložil, da so bile v preteklosti izdelane za posamezne storitve, za t. i. normalno delo. Glede dodatnega programa je povedal, da je to do neke mere dodatek k rednemu delu. Povedal je, da gre za zelo razpršeno paletu storitev ter da bo težko najti enotno, pravilno porazdelitev in nagrado za posameznega izvajalca. Kot rešitev je omenil podjemne pogodbe ali plačevanje nadur.

Marko BITENC je povedal, da je celotna težava temeljna zakonodaja, ki onemogoča sklepanje podjemnih pogodb (ustanova s svojim zdravnikom). Za nadure je omenil, da te ne morejo biti ovrednotene več kakor navadne ure. Kot možno rešitev je omenil uvedbo svobodnega zdravnika specialista (lažje sklepanje pogodb). Predlagal je, da se stališča Fidesa podprejo ob predlagani rešitvi, da se pospeši dejavnosti za uvedbo svobodnega zdravnika specialista ter omenil, da gre za najhitreje izvedljivo rešitev. Povedal je, da je Zbornica organ, ki lahko praktično čez noč registrira status zdravnika. Predlagal je, da se predlog poda Ministrstvu za zdravje.

Sklep št. 209/15/2005:

Zdravniška zbornica Slovenije podpira stališča Fidesa, ki poziva, da je treba zagotoviti ustrezne pogodbe, s katerimi se bo zagotovilo tudi primerno plačilo zdravnikov za izvajanje dodatnih zdravstvenih programov za skrajševanje čakalnih dob.

Sklep je bil soglasno sprejet.

Sklep št. 210/15/2005:

Zdravniška zbornica Slovenije meni, da je edini delovno pravni položaj, ki omogoča zdravnikom večje obremenitve, kakor veljajo za javne uslužbenke in hkrati omogoča ustrezno plačilo za opravljeno delo, status svobodnega zdravnika specialista. Zdravniška zbornica Slovenije predlaga ustanovitev posebne delovne skupine, sestavljene iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije in direktorjev javnih bolnišnic, da v kratkem času pripravi pogoje za varno uvedbo svobodnih zdravnikov specialistov (zadruge) na področju dejavnosti, kjer bodo izvajali ukrepe za skrajševanje

čakalnih dob.

Sklep je bil soglasno sprejet.

Sklep št. 209/15/2005 in sklep št. 210/15/2005 sta bila sprejeta korendenčno 3. 10. 2005.

K 4. točki dnevnega reda Poročilo komisije ZZS za potrjevanje sodnih izvedencev medicinske stroke

Žarko PINTER je povedal, da se je komisija za izvedeništvo sestala 27. 9. 2005 ter ponovno pregledala Zakon o sodiščih in Pravilnik o sodnih izvedencih in sodnih tolmačih. Povedal je, da je postopek imenovanja sodnih izvedencev popolnoma v pristojnosti Ministrstva za pravosodje; če bo ministrstvo ugotovilo, da predložena dokazila ne zadoščajo za oceno strokovnega znanja ter praktičnih sposobnosti, bo predlagana komisija ZZS oblikovala mnenje z obrazloženo oceno o kandidaturi strokovnosti in sposobnosti.

Za delovanje komisije je poudaril, da je treba najprej razrešiti komisijo, ki je bila imenovana na 4. seji izvršilnega odbora 6. 11. 1997, sprejeti sklep, da prenehajo veljati merila za kvalifikacijo izvedencev medicinske stroke, ki so bila sprejeta leta 1998, nato je treba določiti način imenovanja nove komisije ter določiti njene pristojnosti.

Sklep št. 211/15/2005:

Člani komisije za izvedenstva, ki so bili imenovani na 4. seji izvršilnega odbora 6. 11. 1997, se razrešijo.

Sklep je bil soglasno sprejet.

Sklep št. 212/15/2005:

Merila za kvalifikacijo izvedencev medicinske stroke, ki so bila sprejeta 11. 6. 1998 na skupni seji skupščinskega sveta in izvršilnega odbora, prenehajo veljati.

Sklep je bil soglasno sprejet.

Sklep št. 213/15/2005:

Če ministrstvu za pravosodje kandidatura dokazila ne zadoščajo za oceno strokovnega znanja ter praktičnih sposobnosti in izkušenj, poda mnenje ZZS z obrazloženo oceno o kandidaturi strokovnosti in sposobnosti.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 5. točki dnevnega reda: Ekspertni strokovni nadzor v SB Ptuj v primeru N. S.

Andreja KOCIJANČIČ je povedala, da je odbor za strokovno-medicinska vprašanja obravnaval pritožbo N. S. ter sprejel sklep, da se izvede ekspertni strokovni nadzor. Predlagala je potrditev komisije za izvedbo nadzora.

Sklep št. 214/15/2005:

Zaradi razjasnitve primera N. S. se izvede ekspertni nadzor v SB Ptuj na ginekološkem oddelku. Ekspertni nadzor opravi komisija v sestavi:

Predsednik – prim. dr. Vasilij Matko Cerar, dr. med., spec. ginekologije in porodništva

Član – doc. dr. Iztok Takač, dr. med., spec. ginekologije in porodništva.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 6. točki dnevnega reda: Ekspertni strokovni nadzor nad delom J. Z., dr. med..

Andreja KOCIJANČIČ je razložila, da je odbor za strokovno-medicinska vprašanja obravnaval pritožbo na delo omenjenega zdravnika zaradi

oblike zdravljenja krčnih žil ter odločil, da se pri omenjenem zdravniku opravi ekspertni strokovni nadzor, saj ima navedeni zdravnik licenco iz splošne medicine in nima specializacije.

Sklep št. 215/15/2005:

Pri J. Z., dr. med., se izvede ekspertni nadzor za razjasnitev primera zdravljenja krčnih žil pri M. D. Ekspertni nadzor izvede komisija v sestavi:

Predsednik – prim. mag. Anton Gradišek, dr. med., spec. splošne medicine,

Član – Vojko Flis, dr. med., spec. splošne kirurgije.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 7. točki dnevnega reda: Razpis specializacij 04-05 iz dentalne medicine

Rok Šušterčič je razložil, da se v skladu s Pravilnikom o vrstah, vsebini in poteku specializacij pripravlja četrti nacionalni razpis zobozdravniških specializacij v letu 2005, ki bodo financirane po novem načinu, kakor ga uzakonja Zakon o zdravniški službi. Prikazal je razpisno besedilo s tabelo podatkov za razpis, s skupnim številom štirih specializacij za slovensko javno zdravstveno mrežo in ene specializacije iz stomatološke protetike z znanim plačnikom, ki bo predvidoma objavljen 1. 11. 2005. Povedal je, da je razpisno besedilo s predlogom za razpis specializacij potrdil Odbor za zobozdravstvo na svoji 9. seji, dne 14. 9. 2005.

Sklep št. 216/15/2005:

Izvršilni odbor potrjuje predlog besedila (s tabelo) za javni razpis specializacij 04-05 za specialistična področja dentalne medicine, ki je priložen. Razpis se objavi 1. 11. 2005 v Izidi, najava razpisa pa v dnevnem časopisu.

Sklep je bil soglasno sprejet.

Rok Šušterčič je povedal, da je odbor za zobozdravstvo zaradi žgoče težave manjkajočega specialista iz področja čeljustne in zobne ortopedije v pomurski regiji, dne 14. 9. 2005 na svoji 9. seji, obravnaval predlog prim. mag. Metode Rejc Novak, dr. dent. med., da se razpiše eno specializacijo za pomursko regijo. Vseh pet specializantov, ki čakajo na začetek specializacije iz čeljustne in zobne ortopedije, je zavrnilo ponudbo, da bi specializirali za pomursko regijo. Zato odbor predlaga, da se razpiše v dodatnem razpisu mesto za pomursko regijo.

Sklep št. 217/15/2005:

Člani izvršilnega odbora podpirajo razpis ene specializacije iz področja čeljustne in zobne ortopedije za pomursko regijo.

Sklep je bil sprejet z enim vzdržanim glasom.

K 8. točki dnevnega reda: Mnenje Zbornice k podelitvi koncesije

Rok Šušterčič je razložil vlogo za pridobitev koncesije na področju zobne in čeljustne ortopedije v občini Piran. Povedal je, da je imenovana zasebna zobozdravnica brez koncesije in opravlja zasebno zdravniško službo na področju dentalne medicine od 25. 11. 1998 dalje in na področju zobne in čeljustne ortopedije od 1. 1. 2003 dalje, imenovana ima veljavno licenco za opravljanje zdravniške službe na področju dentalne medicine in na področju zobne in čeljustne ortopedije. Povedal je, da regijski odbor zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov meni, da se imenovani zobozdravnici izda pozitivno mnenje k podelitvi koncesije, Obalno-kraški regijski odbor pa meni, da se izda negativno mnenje.

Franc Šuta je povedal, da mreže na območju Pirana ne pozna, saj je Ministrstvo za zdravje do sedaj še ni izdelalo, zato ni pravilno, da bi se na-

njo sklicevali. Gre le za stanje na terenu, zato je predlagal odobritev.

Marko Bitenc je omenil, da mreža ni jasno opredeljena, vendar se program lahko pridobi le na ta način, da se ga nekemu vzame. Povedal je, da zadeva ne bi bila problematična, če bi šlo za širitev programa. Predlagal je pozitivno mnenje pod pogojem, da je še dovolj progama na tem območju za podelitev še ene koncesije.

Ker so bila mnenja zelo deljena, je Vladislav Pegan predlagal, da se o sklepu glasuje na eni od naslednjih sej, ko bodo člani izvršilnega odbora razpolagali z nekaj več podatki.

Prisotni so se strinjali s predlogom.

K 9. točki dnevnega reda: Razno

- Sporna vprašanja Zbornice pri aneksu št. 1 k PD za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2005.

Franc Šuta je razložil sporna vprašanja.

Sklep št. 220/15/2005:

Izvršilni odbor se strinja, da Zdravniška zbornica Slovenije predloži partnerjem »Predlog spornih vprašanj za arbitražo za Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2005«

Sklep je bil soglasno sprejet.

- Jani Dernič je povedal, da so se uradno začela pogajanja za Splošni dogovor 2006, kar pomeni, da je treba imenovati pogajalsko skupino. Izvršilni odbor naj bi pozval prisotne, da podajo predloge za SD 2006 do 20. 10. 2005.

Žarko Pinter je povedal, da je odbor za pravno-etična vprašanja obravnaval prošnjo za finančno podporo prim. Dušice Pleterski Rigler, dr. med., podpredsednice Foruma zoper telesno kaznovanje otroka v družini, da bi Zdravniška zbornica Slovenije vsem zasebnim zdravnikom ter zasebnim pravnim osebam, ki opravljajo zdravniško dejavnost v Sloveniji, posredovala plakat Foruma zoper telesno kaznovanje otroka v družini, ki naj bi ga izobesili v svojih ordinacijah. Predlagal je, da izvršilni odbor odobri plačilo poštnine in ovojnine za omenjene plakate, ustrezni službi Zbornice pa naloži posredovanje plakatov na zgoraj omenjene naslovnike.

Prisotni so se strinjali s predlogom. ■

Zapisala: Katja Martinc

Zapisnik 16. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 13. oktobra 2005

Prisotni člani izvršilnega odbora: Jani Dernič, dr. med., prof. dr. Nenad Funduk, dr. dent. med., prof. dr. Matija Horvat, dr. med., prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med., prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., Tatjana Puc Kous, dr. med.

Prisotni vabljeni: Elizabeta Bobnar Najžer, prof., Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., mag. Zlatko Fras, dr. med., prim. Martin Možina, dr. med., Anica Novak, dr. med.

Vladislav Pegan je predlagal razširitev dnevnega reda pod točko razno. Predlagal je sprejem naslednjega dopolnjenega dnevnega reda:

Sklep št. 223/16/2005:

1. Potrditev zapisnika 15. seje izvršilnega odbora z dne 29. 9. 2005 ter poročilo o izvršitvi sklepov.

2. Poročilo o dejavnostih na področju zdravil v zadnjih mesecih.
3. Zaključki strokovnega posveta svetovnega dneva brez tobaka 2005.
4. Poročilo s Foruma – Bad Gastein.
5. Mnenje Zbornice k podelitvi koncesije.
6. Izvedba seminarja za mentorje družinske medicine.
7. Razno.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 1. točki dnevnega reda: Potrditev zapisnika 15. seje izvršilnega odbora z dne 29. 9. 2005 ter poročilo o izvršitvi sklepov.

Sklep 224/16/2005:

Izvršilni odbor potrди zapisnik 15. seje izvršilnega odbora z dne 29. 9. 2005.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 2. točki dnevnega reda: Poročilo o dejavnostih na področju zdravil v zadnjih mesecih

Martin Možina je prisotne seznanil o dogajanju v zadnjih štirih mesecih na področju zdravil. Potekale so številne dejavnosti, v katerih so bili dejavno udeleženi tudi predstavniki ZZS.

Povedal je, da so analizirali porabo zdravil v letu 2004. Rezultati so ugodni, saj gre za najnižjo rast izdatkov v zadnjih letih. K temu so pomembno prispevali tudi zdravniki, zlasti s konstruktivnim pristopom pri uvajanju medsebojno zamenljivih zdravil. Predlagal je, da bi ZZS v okviru svojih možnosti lahko finančno podprl nekatere že večkrat predlagane ukrepe za izboljšanje in olajšanje predpisovanja zdravil: elektronski ambulantni karton, ekspertni sistem za predpisovanje zdravil (ne samo elektronski recept), računalniški program medsebojnih vplivov zdravil in drugo.

V pripravi je farmakoterapevtski priročnik. Smiselno je, da ga pripravijo neodvisna skupina strokovnjakov, ZZS pa naj bo eden od sofinancerjev projekta. Predlaga, naj ZZS spodbudi Zavod k sodelovanju.

Kodeks (zbirka etičnih načel sodelovanja zdravnikov s farmacevtsko industrijo), ki ga je izdal Forum, predstavlja pomemben napredek k večji preglednosti sodelovanja. Na žalost ne zavezuje vseh tujih proizvajalcev zdravil niti domačih.

Nova priporočila za izvajanje neintervencijskih raziskav prav tako prinašajo večjo preglednost na tem občutljivem področju. V njih so zajeta mnoga sodobna priporočila, ne pa vsa. Nedodelana je zlasti zamenjava starega zdravila z novim. Dopolnjena navodila naj bi pripravil usposobljen urejevalni organ, v sodelovanju s Komisijo za medicinsko etiko in morda s strokovnjaki ZZS. Predlog: ZZS naj spodbudi Agencijo za zdravila k pripravi dopolnjenega predpisa, ki bo veljaven za vse predstavnike farmacevtske industrije. Predlagani Kodeks in SOP sta kakovostni osnovi za pripravo takega dokumenta.

Kartica zdravstvenega zavarovanja z zapisom zadnjih 42 izdanih receptov v breme ZZS je bila na terenu menda dobro sprejeta. Pilotski preskus že poteka na Primorskem. Bolniki naj bi dobili izpis izdanih zdravil v lekarni. Projekt podatkov o preobčutljivosti na zdravila pa je zastal. O vzrokih bo poročal Martin Možina na eni od naslednjih sej.

Interakcije zdravil (program naj bi bil prvotno izdelan konec leta 2004, vendar še vedno ni končan). Program mora biti pred splošno uporabo temeljito preizkušen, na voljo pa bi moral biti v ambulantah in lekarnah sočasno. Preverjanje interakcij je zelo pomemben postopek. Potrebno je doreči natančen postopek in način sodelovanja zdravnika in farmacevta v lekarni. Predlog: ZZS zaprosi Mariborske lekarne (mag. Pukšič) za informacijo o stopnji razvoja tega programa, mestu testiranja, ceni in predvidenem času splošne uporabe.

Elektronski recept (ZZS načrtuje, da v prihodnosti preide na elektronski recept). Smiselnost elektronskega recepta je samo v kombinaciji ekspertnega sistema za predpisovanje, baze podatkov o zdravilih in interakcijah. Ostaja tudi vprašanje elektronskega podpisa.

Za medsebojno zamenljiva zdravila je povedal, da je pripravljen razširjen seznam teh zdravil. V pripravi je tudi sistem uvedbe referenčne cene znotraj terapevtskih skupin zdravil. Zamenjava predpisanih skupin znotraj samih skupin ni predvidena in strokovno ni sprejemljiva.

Matija Horvat je glede zmanjšanja stroškov zdravil zaradi medsebojno zamenljivih zdravil postavil vprašanje, kateri forum primerja kakovost generičnih z originalnimi zdravili, saj gre za izjemno obsežno zadevo. Kot drugo je o priročnikih povedal, da že obstaja register zdravil (IVZ), obstaja tudi v obliki dlančnika, kar pomeni, da ga ima zdravnik lahko ves čas pri sebi in je uporaben le na ta način. Glede kodeksa (pripombe na pomarketiške raziskave, ki so bile večinoma negativne) je omenil, da se ne strinja s tem stališčem, saj je potrebnih veliko let za izkaz nekega zdravila. Omenil je, da je vsaka akcija, ki obravnava resen pristop k spoznanju zdravil, pozitivna. Glede interakcije zdravil je povedal, da obstaja program e-pokrates na dlančniku, kjer lahko uporabnik za vsako zdravilo (30 zdravil) pregleda medsebojne vplive, zato ni smiselno, da bi posebna skupina ponovno pripravljala posebne sezname interakcij. Omenil je, da je najenostavnejša različica brezplačna, drugače pa je plačljiva.

Martin Možina je o medsebojno zamenljivih zdravilih odgovoril, da tako v EU kakor v ZDA ni nobenega dvoma več glede enakovrednosti zdravil, ki so po natančno določenem postopku ocenjena kot zamenljiva. O registru zdravil je povedal, da gre za podatkovno bazo; register v tiskani obliki ni sprotin in ne izhaja redno. Bolj natančna je različica, dostopna preko interneta. Glede interakcij je omenil, da je šlo pri projektu za obsežno delo. Omenil je, da mora biti program primeren tudi za dlančnik. Povedal je, da obstaja več e-pokratesu podobnih komercialno dostopnih programov, nobeden pa ni prilagojen zdravilom, ki so na slovenskem trgu.

Kar se tiče kodeksa pomarketiških raziskav je povedal, da je bilo stališče Zbornice jasno predstavljeno na IO in objavljeno tudi v medijih.

Martin Možina je kot sklep predlagal, da Zdravniška zbornica Slovenije spodbudi Zavod za zdravstveno zavarovanje k sodelovanju na področju boljše informiranosti o zdravilih in k pripravi ekspertnih sistemov za predpisovanje zdravil, ki so predpogoj za smiselno uvedbo elektronskega recepta. ZZS naj podpre tudi pripravo farmakoterapevtskega priročnika.

Predlagal je, da Ministrstvo za zdravje pripravi predpis o izvajanju neintervencijskih pomarketiških raziskav. Kot osnova lahko služi predlagani SOP Foruma. Mariborske lekarne se zaprosi, v kakšni fazi razvoja je program interakcij zdravil, kdo ga bo preskusil in odobril in kakšna bo cena. ZZS in Lekarniška zbornica naj pripravita sestanek o sodelovanju zdravnikov in farmacevtov pri oceni medsebojnih vplivov.

Sklep 225/16/2005:

Izvršilni odbor se strinja, da Zdravniška zbornica Slovenije spodbudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije k sodelovanju na področju boljše informiranosti o zdravilih.

Sklep je bil soglasno sprejet.

Sklep 226/16/2005:

Izvršilni odbor podpira Kodeks, katerega je treba dopolniti z vključitvijo drugih farmacevtskih podjetij. Zdravniška zbornica Slovenije bo predlagala sprejetje nacionalnega dokumenta.

Sklep je bil soglasno sprejet

Martin Možina je obvestil prisotne, da se pripravlja sprememba

Zakona o zdravilih, namera je bila objavljena julija 2005, nobena od organizacij pa ni bila obveščena ali povabljena k sodelovanju. Omenil je, da je v zakonu nekaj manjših podrobnosti, ki bi bile lahko predmet razprave, kot so homeopatska zdravila, za katera zahteva evropska smernica, da so opredeljena, vendar bi bila lahko opredeljena v drugem zakonu in ne v tem. Predlagal je, da bi člene zakona pregledal še kdo drug. Osnutek zakona je bil objavljen na spletni strani Ministrstva za zdravje, čistopis pa je že pripravljen za Državni zbor.

Vladislav Pegan je povedal, da osnutka zakona člani izvršilnega odbora ne poznajo, predlagal je, da bi Martin Možina pridobil zadnjo različico zakona ter podal svoje mnenje.

Martin Možina je predlagal, da bi Zbornica, po uradni poti, sama zaprosila za osnutek zakona.

K 3. točki dnevnega reda: Zaključki strokovnega posveta svetovnega dneva brez tobaka 2005

Vladislav Pegan je povedal, da je asist. mag. Tomaž Čakš, dr. med., posredoval zaključke strokovnega posveta, ki jih bodo podpisale vse organizacije, katerih predstavniki so sodelovali na posvetu. Na posvetu so sodelovali predstavniki zdravniških, farmacevtskih in sestrskih organizacij. Povedal je, da naj bi izvršilni odbor podprl dokument, kot sporno pa je omenil 10. točko, ki omenja vnaprej povišano prispevno stopnjo za zdravstveno zavarovanje kadilcev zaradi večje zbolevnosti in pogostejših odsotnosti z dela zaradi bolezni, povezanih s kajenjem.

Matija Horvat je poudaril, da je na splošno proti različnim povišanim prispevkom za »rizične« skupine.

Elizabeta Bobnar Najžer je povedala, da so o kajenju razpravljali tudi

na Forumu Bad Gastein, kjer so razpravljali govorili, da bo kajenje preganjano na vseh področjih. Omenila je, da skupina za tobak deluje s poznavanjem vseh teh dokumentov, kar pomeni, da bodo zaključki strokovnega posveta sprejeti ne glede na mnenje izvršilnega odbora.

Vladislav Pegan je predlagal, da se sprejme ali ne sprejme predlagani zaključek, saj Zbornica nima pooblastil za spreminjanje dokumenta.

Sklep 227/16/2005:

Izvršilni odbor podpira zaključke strokovnega posveta svetovnega dneva brez tobaka 2005.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 4. točki dnevnega reda Poročilo iz Forumu – Bad Gastein

Elizabeta Bobnar Najžer je poročala o forumu. Omenila je, da se je kongresa udeležilo tudi dvajset ministrov za zdravje. Glavni cilj so zdravi prebivalci s čim daljšo življenjsko dobo – nižji stroški za zdravljenje in višji dobiček iz zdrave delovne sile. Omenila je programe za javno zdravje, varnost zdravil, motivacijo državljanov, prehrano, sodelovanje s farmacijo, raziskave v medicini, ekonomiko v zdravstvu. Izpostavila je sedanja sredstva, ki so namenjena posameznim državam za črpanje iz evropskih virov.

Podrobno poročilo bo objavljeno v reviji Isis.

Vladislav Pegan je predlagal, da bi Zbornica predlagala Ministrstvu za zdravje, da vladi priporoči, naj v svojem nacionalnem programu, ki ga mora do konca letošnjega leta poslati EU, kot prednostno nalogo za Slovenijo doda tudi zdravstvo.

Brane Dobnikar je predlagal, da bi se pri Ministrstvu za zdravje po-

zanimali, kakšen je projekt, ki ga prijavljajo na forum, kjer bi se lahko vključila tudi Zbornica.

Tatjana Puc Kous je predlagala, da se v tem smislu sprejme sklep.
Sklep 228/16/2005:

Izvršilni odbor se strinja, da Zdravniška zbornica Slovenije poda pobudo Ministrstvu za zdravje, naj predlaga vladi, da se zdravstvo uvrsti med nacionalne prednostne naloge.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 5. točki dnevnega reda: Mnenje Zbornice k podelitvi koncesije

Vladislav Pegan je predstavil stanje preskrbljenosti z ortodonti v piranski regiji.

Nenad Funduk je prikazal stališče odbora za zobozdravstvo ter povedal, da se pridružuje mnenju Obalno-kraškega regijskega odbora ter predlaga negativno rešitev. Omenil je, da glede na to, da programa ni, ni razlogov, da bi izvršilni odbor sprejel drugačno mnenje.

Tatjana Puc Kous je povedala, da se bo program sprostil zaradi kolegice, ki se bo upokojila naslednje leto. Omenila je, da gre le za pozitivno mnenje Zbornice ter da ima imenovana vse pogoje, ki jih Zbornica zahteva za podelitev pozitivnega mnenja. Omenila je primer podelitve koncesije G. Č., dr. dent. med. Povedala je, da bo podobnih primerov vedno več, zato bi morala Zbornica zavzeti določeno stališče.

Nenad Funduk je povedal, da prosilka trdno vztraja in želi ostati zunaj zdravstvenega doma kot zasebnica za razliko od G. Č., ki je ostal v zdravstvenem domu. Povedal je, da se je prav tako sam posvetoval s kolegico, ki ostaja pri svojem mnenju.

Jani DERNIČ je opozoril, da se ne da primerjati teh dveh primerov. Prav tako H. B., dr. dent. med., ne živi v piranski občini in prav tako dodatnega programa na Obali ni na razpolago. Razložil je, da se kolegica lahko prijavi na razpis za koncesijo, ko se bo druga zdravnica upokojila.

Vladislav Pegan je povedal, da je pri odločanju bistveno, ali bo Zbornica podala načelno mnenje ali sledila mnenju regijskega odbora, ki najbolj pozna stanje v regiji. Rok za sklepanje pogodb za leto 2005 je bil že zaključen.

Nenad Funduk je opozoril, da obstaja možnost, da H. B., dr. dent. med., ob upokojitvi kolegice ne bo prejela koncesije, saj ob razpisu lahko kandidira kdorkoli, se pravi, da kolegica brez pozitivnega mnenja Zbornice ne bo mogla kandidirati.

Tatjana Puc Kous je se je strinjala ter povedala, da ta nevarnost obstaja, saj se bo mreža zapirala vedno bolj.

Sklep št. 229/16/2005:

Izvršilni odbor meni, da Zdravniška zbornica Slovenije H. B., dr. dent. med., izda pozitivno mnenje k podelitvi koncesije na področju zobne in čeljustne ortopedije v občini Piran.

Sklep je bil sprejet.

K 6. točki dnevnega reda: Izvedba seminarja za mentorje družinske medicine

Brane Dobnikar je razložil, za kakšen seminar gre ter kakšni so pričakovani stroški. Povedal je, da je izvedba takšnega seminarja v preteklosti že potekala s približno istimi stroški.

Sklep št. 230/16/2005:

Izvršilni odbor se strinja z izvedbo seminarja za mentorje družinske medicine.

Sklep je bil soglasno sprejet.

K 7. točki dnevnega reda: Razno

- Pobuda zobozdravnic in zobozdravnikov ZD Ljubljana

Vladislav Pegan je predstavil prošnjo za podporo Zbornice, ki jo je prejel od 83 zobozdravnikov Zdravstvenega doma Ljubljana, za prehod v zasebnost.

Vsi prisotni so se strinjali, da je pobuda zobozdravnikov legitimna.

Sklep št. 231/16/2005:

Izvršilni odbor podpira pobudo zobozdravnikov ZD Ljubljana za opravljanje zasebne koncesijske dejavnosti na področju zobozdravstva.

Sklep je bil soglasno sprejet.

- Andreja Kocijančič je povedala, da je bila za razrešitev primera smrti na seji odbora za strokovno-medicinska vprašanja dne 17. 5. 2005, imenovana nadzorna komisija v sestavi prof. dr. Anton Grad, dr. med., prim. doc. dr. Gorazd Voga, dr. med., in prof. dr. Vinko Dolenc, dr. med., katero je potrdil tudi izvršilni odbor na svoji 10. seji. Povedla je, da eden od članov komisije do danes ni podal svojega mnenja ter predlagala razrešitev prof. dr. Antona Grada, dr. med., iz nadzorne komisije.

Sklep št. 233/16/2005:

Izvršilni odbor se strinja, da se iz nadzorne komisije, ki je bila imenovana 17. 5. 2005 razreši prof. dr. Anton Grad, dr. med.

Sklep je bil soglasno sprejet.

- Tatjana Puc Kous je omenila, da ni bila obveščena o korespondenčni seji, ki je potekala 30. 9. 2005, ter da prav tako ni imel mogel glasovati njen pooblaščen namestnik Franc Šuta.

Vladislav Pegan je povedal, da sta bila sklepa na sami seji sprejeta, vendar formalno niso glasovali, zato je naknadno potekala korespondenčna seja samo med tistimi, ki so se udeležili seje izvršilnega odbora ter prisostvovali razpravi te točke.

- Vladislav Pegan je prisotne obvestil, da pridejo 21. oktobra na obisk predstavniki Hrvaške zbornice ter predlagal, da se člani izvršilnega odbora udeležijo sestanka. ■

Zapisala: Katja Martinc



Nov pristop k zdravljenju visokega krvnega tlaka

Aleš Žemva

Ciljne vrednosti krvnega tlaka je z monoterapijo težko doseči, zato večino hipertonikov zdravimo s kombinacijo več zdravil. Ni jasno, katera kombinacija zdravil je bolj učinkovita. Na to vprašanje so poskusili odgovoriti raziskovalci študije ASCOT BPLA, ki je bila predstavljena na zadnjem kongresu Evropskega kardiološkega društva (ESC) v Stockholmu in objavljena v reviji Lancet 2005; 366: 895 – 906. Primerjali so kombinacijo, ki je temeljila na zaviralcu kalcijevih kanalčkov amlodipinu, po potrebi so dodali zaviralec angiotenzinske konvertaze perindopril, in kombinacijo, ki je temeljila na atenololu (zaviralcu adrenergičnih receptorjev beta), kateremu so po potrebi dodali bendroflumetazid (tiazidni diuretik).

V raziskavo so vključili 19.257 bolnikov, ki so bili stari od 40 do 79 let. Bolniki so poleg hipertenzije imeli še tri dodatne dejavnike tveganja. V amlodipinski skupini je bilo 9639 bolnikov, ki so prejeli od 5 do 10 mg amlodipina, po potrebi so dodali še 4 do 8 mg perindopriila. V atenololski skupini je bilo 9618 bolnikov, ki so jih zdravili s 50 do 100 mg atenolola, po potrebi so dodali 1,25 do 2,5 mg bendroflumetazida skupaj z nadomestkom kalija. Doksazosin GITS 4 do 8 mg na dan so dodali obema skupinama, če je krvni tlak še naprej ostal previsok. V raziskavo so vključili nezdravljene hipertonike s krvnim tlakom nad 160/100 ter že zdravljene hipertonike s krvnim tlakom nad 140/90. Poleg hipertenzije so imeli bolniki najmanj tri dodatne izmed naslednjih dejavnikov tveganja: hipertrofijo levega prekata (ugotovljena z EKG ali ultrazvokom srca), sladkorno bolezen tipa II, periferno žilno bolezen, prebolelo možgansko kap ali tranzitorni ishemični napad, moški spol, starost nad 55 let, mikroalbuminurijo ali proteinurijo, kajenje, razmerje celotni holesterol/HDL več kakor 6 in družinsko anamnezo o prezgodnji aterosklerozi. Izključitveno merilo je bila znana koronarna bolezen, zato niso vključili bolnikov, ki so preboleli srčni infarkt ali so se zdravili zaradi angine pektoris.

Raziskovalce je predvsem zanimalo (primarni – osnovni izid bolezni), kako omenjeni

kombinaciji antihipertenzivov vplivata na zmanjšanje števila vseh srčnih infarktov, to je s smrtnim izidom ali brez njega ter »nemih« srčnih infarktov. Kot sekundarni (drugotni) izid bolezni so upoštevali število vseh smrti, vseh možganskih kapi, osnovni izid bolezni brez nemih srčnih infarktov, vse koronarne dogodke, vse srčno-žilne dogodke in posege, srčno-žilne smrti ter srčno popuščanje s smrtnim izidom ali brez njega. V tretji skupini (terciarni) so bili nemi srčni infarkti, nestabilna angina pektoris, kronična stabilna angina pektoris, periferna žilna bolezen, življenjsko nevarne aritmije, nova sladkorna bolezen in okvara ledvic. V podskupinah so ugotavljali učinek zdravljenja na osnovni izid bolezni ter na vse srčno-žilne dogodke in posege. Raziskava je bila načrtovana z 80-odstotno statistično močjo ob 5-odstotni pomembnosti. Raziskava je trajala 5,5 let in je bila predčasno končana zaradi etičnih razlogov, potem ko se je pokazalo, da je kombinacija, ki temelji na amlodipinu učinkovitejša od kombinacije, ki temelji na atenololu. Večina bolnikov (80 odstotkov), ki so jih vključili v raziskavo, je bila že zdravljena zaradi hipertenzije. Vključeni bolniki so bili v povprečju stari 63 let, bili so prekomerno prehranjeni, saj je bil indeks telesne mase 29 kg/m², povprečni holesterol je bil 5,9 mmol/l, povprečni krvni tlak je bil 164/95 mm Hg.

Krvni tlak je bil ob koncu raziskave pomembno nižji (136,9/78,3 mm Hg). Res pa je, da so v amlodipinski skupini bolj znižali krvni tlak (na 136,1/77,4 mm Hg) kakor v atenololski skupini (na 137,7/79,2 mm Hg). Razlika med skupinama je 2,7 mm Hg pri sistoličnem in 1,9 mm Hg pri diastoličnem krvnem tlaku. Obe razliki sta pomembni ($p < 0,0001$). Na koncu raziskave je 78 odstotkov bolnikov jemalo kombinacijo najmanj dveh zdravil za znižanje krvnega tlaka. Bolniki v amlodipinski skupini so imeli ob koncu raziskave znatno višji holesterol HDL, pomembno nižji indeks telesne mase, trigliceride, kreatinin in krvni sladkor.

In kaj je raziskava pokazala? V amlodipinski skupini je bilo 10 odstotkov manj osnovnih izidov bolezni (vsi infarkti), kar statistično ni

pomembno. V tej skupini je bilo v primerjavi z atenololsko skupino pomembno manj vseh drugotnih izidov bolezni: za 11 odstotkov manj vseh smrti ($p = 0,0247$), za 24 odstotkov je bilo manj srčno-žilnih smrti ($p = 0,0010$), za 16 odstotkov manj srčno-žilnih dogodkov in postopkov ($p < 0,0001$), za 13 odstotkov manj srčnih infarktov brez nemih infarktov ($p < 0,0458$), za 24 odstotkov manj srčno-žilnih smrti ($p < 0,001$) in za 23 odstotkov manj možganskih kapi ($p < 0,0003$). Glede terciarnih izidov bolezni je bilo v amlodipinski skupini za 32 odstotkov manj nestabilne angine pektoris ($p < 0,0115$), za 35 odstotkov manj periferne žilne bolezni ($p < 0,001$), za 30 odstotkov manj sladkorne bolezni ($p < 0,0001$) in za 15 odstotkov manj okvare ledvic ($p < 0,0187$). Naknadna analiza je pokazala, da je bilo v amlodipinski skupini za 16 odstotkov sestavljenih izidov bolezni, ki so vključevali število srčno-žilnih smrti, srčnih infarktov in možganskih kapi ($p < 0,0003$) ter za 14 odstotkov manj sestavljenega izida bolezni, ki je vključeval vse srčne infarkte in koronarne revaskularizacije skupaj ($p < 0,0058$).

Raziskava ASCOT BPLA je pokazala, da je bolje, če hipertenzijo zdravimo s kombinacijo amlodipina s perindoprilom v primerjavi s kombinacijo atenolola z bendroflumetazinom. Prva kombinacija je ugodnejša pri vseh srčno-žilnih dogodkih, umrljivosti in novi sladkorni bolezni. Števila vseh srčnih infarktov omenjena kombinacija ne zmanjša znatno. Pri tem je treba opozoriti, da je bila raziskava predčasno končana. Načrtovano je bilo, da bo do konca raziskave 1150 bolnikov doživelo enega od opazovanih dogodkov. Zaradi predčasnega zaključka so le 903 bolniki doživeli enega od opazovanih dogodkov. Zato je imela študija premajhno statistično moč o primarnem izidu bolezni (število vseh infarktov). Za sekundarne izide bolezni je bilo zdravljenje s kombinacijo, ki je temeljila na amlodipinu, uspešnejše. Od začetka raziskave do njenega zaključka je zdravljenje koronarne bolezni postalo bolj agresivno, saj je število koronarnih intervencij naraslo. Zato naknadno opredeljeni skupni izid bolezni, ki vključuje vse srčne infarkte in koronarne revaskularizacije skupaj, bolj verodostojno odraža sedanjo klinično prakso.

Raziskovalci menijo, da lahko ugodne učinke amlodipinske kombinacije deloma razložimo tako, da je ta kombinacija bolj znižala krvni tlak. Ker so v amlodipinski skupini za 2,7 mm Hg bolj znižali sistolični krvni tlak, je možno pojasniti zmanjšanje koronarnih dogodkov za štiri do osem odstotkov in zmanjšanje možganski kapi za 11 do 14 odstotkov. Drugo prednost zdravljenja z amlodipinsko kombinacijo v primerjavi z atenololsko kombinacijo pa raziskovalci razlagajo z ugodnimi presnovnimi učinki amlodipinske kombinacije.

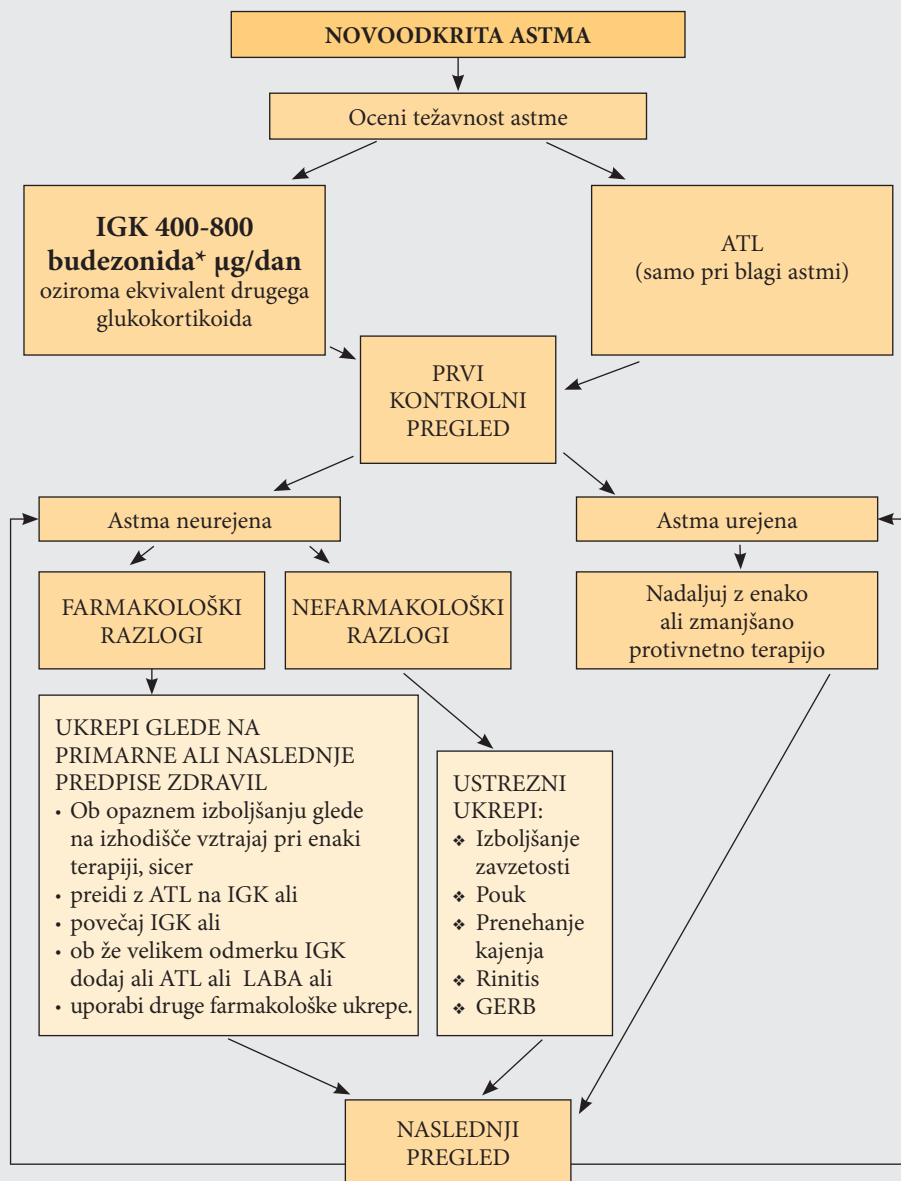
Rezultati raziskave ASCOT BLA se ujemajo z izsledki raziskav ALLHAT, VALUE in CAMELOT, ki so pokazale, da so kombinacije zdravil, ki vključujejo amlodipin učinkovitejše od drugih kombinacij za zdravljenje hipertenzije. Še bolj pa lahko zmanjšamo srčno-žilno tveganje, če amlodipin kombiniramo z atorvastatinom, ki ima močan hipolipemični učinek, kar je pokazala vzporedna raziskava ASCOT LLA, ki je bila objavljena v Lancetu 2003; 361: 1149 – 1158. ■



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

Errate corrige

V članku z naslovom "Stališča bolnišnice Golnik – KOPA za obravnavo persistentne astme pri odraslem", ki je bil objavljen v Isis 11/2005, je bil na sliki, ki je bila objavljena na strani 77, zamenjano besedilo, zato sliko ponovno objavljamo. Avtorji se bralcem revije Isis opravičujejo.



Algoritem zdravljenja persistentne astme. Poudarek je na odkrivanju farmakoloških in nefarmakoloških vzrokov za neurejenost persistentne astme, kar naredimo z upoštevanjem podatkov v tabeli 2.

* Budezonid v pršilu je tradicionalna merska enota za inhalacijski glukokortikoid. Enakovredne odmerke glukokortikoidov se da razbrati iz table 3.



Srečno 2006!
Veliko osebne sreče,
zdravja in strokovnega zadovoljstva
v novem letu 2006.

Vodstvo Zdravniške zbornice Slovenije

Namesto novoletnih voščilnic smo denar nakazali v humanitarne namene.

PRIJAVNICA

ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI (velja tudi fotokopirana prijavnica)



prijavljam se za udeležbo **prosim, pošljite informacije** **drugo** _____
(ustrezno obkrožite oziroma dopišite)

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 _____

DECEMBER 2005

TEMA

VSEBINA

2. ob 19.00		št. kandidatov		
LJUBLJANA Velika dvorana Slovenske filharmonije, Kongresni trg 10	36. KONCERT ZDRAVNIKOV OB XXXVI. SPOMINSKEM SESTANKU PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA podroben program • Isis 11/2005	***	36. Plečnikov koncert	
2. – 3. ob 15.00				
BLED hotel Golf	JESENSKI SESTANEK ZDRUŽENJA PNEVMOLOGOV SLOVENIJE podroben program • Isis 12/2005	100	strokovni posvet za interniste in pnevmologe	
2. – 3. ob 16.00				
KRANJSKA GORA hotel Lek	KONTINUIRANO MERJENJE KRVNEGA SLADKORJA V POVEZAVI Z MDI IN CSII podroben program • Isis 12/2005	***	strokovno izobraževanje	
2. – 3. ob 16.30				
KRANJSKA GORA hotel Lek	REDNI SESTANEK SZD – SLOVENSKEGA NEFROLOŠKEGA DRUŠTVA podroben program • Isis 12/2005	ni omejeno	strokovni posvet za nefrologe in interniste	
3. ob 9.00				
LJUBLJANA Dermatovenerološka klinika, KC Ljubljana, Zaloška c. 2	FLEBOLOŠKA ŠOLA – 2. STOPNJA podroben program • Isis 11/2005	***	predhodni program za zdravnike splošne in družinske medicine, dermatovenerologe ter druge specialiste, ki pri svojem delu srečujejo flebologijo	
3. ob 9.00				
LJUBLJANA športna dvorana Študentsko naselje, Rožna dolina, cesta 27. aprila	25. MEMORIAL DR. TOMA KRASNOVA, DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV V KOŠARKI podroben program • Isis 12/2005	ni omejeno	turnir v košarki	
3. – 4.				
BLED hotel Jelovica	PREPREČEVANJE IN REHABILITACIJA ŠPORTNIH POŠKODB podroben program • Isis 8-9/2005	***	kongres z mednarodno udeležbo	
9. – 10. ob 8.00				
MARIBOR velika predavalnica, 16. etaža, SB Maribor	MIKROKIRURGIJA V OFTALMOLOGIJI – OSNOVNE MIKROKIRURŠKE TEHNIKE IN PRAKTIČNO DELO	do 25	učna delavnica mikrokirurške tehnike v oftalmologiji za specializante in mlajše specialiste oftalmologe	
9. – 10. ob 9.30				
MARIBOR Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Slomškov trg 5	MOŽGANI, RANJENI V ZGODNJEM RAZVOJU OTROKA podroben program • Isis 12/2005	130	znanstvena konferenca in učna delavnica diagnostike UZ za pediatrie, perinatologe, nevrologe	

ORGANIZATOR	NASLOV	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	K. TOČKE
Kulturno umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher, Inštitut za anatomijo, Inštitut za histologijo in embriologijo, Inštitut za patologijo, Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani	***	***	***	
Združenje pnevmologov Slovenije, prim. mag. Stanislav Kajba	ga. Dragica Sukič, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36, 4204 Golnik, T: 04 256 93 91	25.000,00 SIT TRR: 07000-0000099709	***	
KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, SPS Pediatrična klinika – KC Ljubljana	ga. Mihela Jurčec, tajništvo Pediatrične klinike, Vrazov trg 1, 1000 Ljubljana, T: 01 522 92 24, E: mihaela.jurcec@kclj.si	kotizacije ni	***	
SZD – Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med.	Jakob Gubensek, dr. med., KC Ljubljana, T: 01 522 33 28, F: 01 522 22 92, E: jakob.gubensek@kclj.si	kotizacije ni	v postopku	
Dermatovenerološka klinika, KC Ljubljana	ga. Verica Petrovič, tajništvo, Dermatovenerološka klinika, Zaloška cesta 2, Ljubljana, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33, E: verica.petrovic@kclj.si	15.000,00 SIT	7	
Ekipa "Zdravniki – Prijatelji"	prijave in informacije: asist. dr. Bine Stritar, dr. med., T: 01 522 33 16, 041 735 639, E: albin.stritar@amis.net	15.000,00 SIT za ekipo	***	
Fakulteta za šport – Katedra za medicino športa	asist. Vedran Hadžić, dr. med., T: 01 520 77 79, E: vedran.hadzic@sp.uni-lj.si, ga. Eva Lomšek, T: 01 520 77 88, E: eva.lomsek@sp.uni-lj.si Fakulteta za šport, Katedra za medicino športa, Gortanova 22, 1000 Ljubljana	glej rumene strani	***	
Oddelek za očne bolezni SB Maribor, Katedra za oftalmologijo MF Univerze v Mariboru, doc. dr. Dušica Pahor, dr. med.	ga. Majda Jurkovič, tajništvo, Oddelek za očne bolezni, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 16 30, F: 02 331 23 93, W: www.dsms.net/oft-krj-sbm	30.000,00 SIT	***	
SB Maribor, prim. dr. Silva Burja	informacije: ga. Nevenka Hižak, Odd. za perinatologijo, SB Maribor, T: 02 321 24 61, ga. Tatjana Mauko, Zdravniško društvo Maribor (po 14. uri), T: 02 22 86 356, F: 02 22 86 581, prijave: Zdravniško društvo Maribor, Aškerčeva ul. 1, 2000 Maribor	20.000,00 SIT	13	

DECEMBER 2005

TEMA

VSEBINA

9. – 10.		št. kandidatov		
PORTOROŽ Grand hotel Bernardin	7. PODIPLOMSKI SEMINAR – ZDRAVLJENJE S KRVJO V GASTROENTEROLOGIJI IN HEPATOLOGIJI podroben program • Isis 10/2005	***	strokovni seminar za interniste, kirurge, zdravnike splošne prakse, hematologe, anesteziologe, transfuziologe in medicinske sestre	
10. ob 9.00				
PORTOROŽ Hotel Metropol	REDNO LETNO SREČANJE SEKCIJE ZA PREVENTIVNO MEDICINO	ni omejeno	aktualne teme na področju javnega zdravja, letno srečanje cepiteljev za vse zdravnike in zdravstvene delavce	
15. – 17. ob 14.30				
STRUNJAN hotel Krka – Zdravilišče Strunjan	22. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: OBRAVNAVA SOČASNIH BOLEZNI IN STANJ – IZZIV ZA ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE podroben program • Isis 12/2005	35	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine	
JANUAR 2006				
27. ob 9.00				
LJUBLJANA predavalnica KO za mentalno zdravje, Zaloška 29	DVOMI PRI OBRAVNAVI BOLNIKA V KRIZI	50	strokovni posvet za zdravnike v osnovnem zdravstvu in psihiatre	
27. – 28. ob 9.00				
ŠMARJEŠKE TOPLICE	ŠOLA EHOKARDIOGRAFIJE (TTE) podroben program • Isis 12/2005	je omejeno	šola za specializante interne medicine zadnjih dveh let in specialiste kardiologe, anesteziologe ter pediatre	
FEBRUAR 2006				
2. – 3. ob 15.30				
KRANJSKA GORA	28. IATROSSKI podroben program • Isis 12/2005	***	posvet in smučarsko tekmovanje za vse zdravnike in zobozdravnike	
10. ob 8.00				
CELJE nova predavalnica SB Celje	POSVET O POSTERIORNI DINAMIČNI UTRDITVI LEDVENE HRBTENICE	ni omejeno	strokovni sestanek za specialiste in specializante ortopedije, travmatologije, nevrokirurgije in fizioterije	
10. – 11. ob 8.00				
LJUBLJANA Klinični center Ljubljana, predavalnica 1	41. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ KIRURGIJE "KIRURŠKI DNEVI" podroben program • Isis 12/2005	***	strokovno srečanje za zdravnike splošne in družinske medicine, zdravnike specializante in specialiste kirurgije, sekundarije	

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

		za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
KC Ljubljana, SB Maribor, Zavod RS za transfuzijsko medicino	ga. Natalija Lampreht, T: 01 543 82 45, E: natalija.lampreht@ztrm.si, ga. Tea Tolazzi, T: 01 543 82 70, E: tea.tollazzi@ztrm.si, Zavod RS za transfuzijsko medicino, Šlajmerjeva ul. 6, 1000 Ljubljana	52.000,00 SIT (DDV je vključen)	11	
Sekcija za preventivno medicino, prim. dr. Metka Macarol Hiti	Valerija Marenče, T: 01 244 14 10, IVZ RS Sekcija za preventivno medicino, Trubarjeva ul. 2, 1000 Ljubljana	***	***	
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, doc. dr. Janko Kersnik	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, MF Ljubljana, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	***	
Enota za krizne intervencije, KO za mentalno zdravje – Psihiatrična klinika Ljubljana, Jana Borštnar, dr. med.	ga. Branka Markelj, KO za mentalno zdravje, Psihiatrična klinika Ljubljana, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, T: 01 587 49 44, E: branka.markelj@psih-klinika.si	***	***	
Združenje kardiologov Slovenije – Delovna skupina za ehokardiografijo	ga. Saša Radelj, Združenje kardiologov Slovenije, Ulica Stare Pravde 6, 1000 Ljubljana, T: 01 522 29 34, F: 01 522 45 99, E: sasa.radelj@kclj.si	60.000,00 SIT	***	
Organizacijski odbor latrosski: Franci Koglot, Nova Gorica, Andrej Bručan, Ljubljana, Tone Lah, Jesenice, Tatjana Pintar, Ljubljana	Franci Koglot, dr. med., Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica, Ul. padlih borcev 13, 5290 Šempeter pri Gorici, T: 05 330 10 00	tek: 3.500,00 SIT, VSL: 10.000,00 SIT, skupna: 12.000,00 SIT TRR: 04750-0000753838	***	
Vertebrološko združenje Slovenije, prof. dr. Radko Komadina	V. Vengust, R. Komadina, T: 02 423 38 99, E: sbcrdi@guest.arnes.si	kotizacije ni	***	
Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, KC Ljubljana, prof. dr. Stane Repše	ga. Saša Rus, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, KC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 47 88, F: 01 522 22 09, E: sasa.rus@kclj.si	10.000,00 SIT (DDV je vključen) za sekundarije in specializante, 50.000,00 (DDV je vključen) za druge udeležence	***	

FEBRUAR 2006		TEMA	VSEBINA	
10. – 11. ob 16.30		št. kandidatov		
KRANJSKA GORA hotel Lek	REDNI SESTANEK SZD – SLOVENSKEGA NEFROLOŠKEGA DRUŠTVA	ni omejeno	strokovni posvet za nefrologe in interniste	
MAREC 2006				
9. – 11.				
LJUBLJANA 1. predavalnica Kliničnega centra	BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA	ni omejeno	podiplomska šola za specializante interne medicine, zdravnike v osnovnem zdravstvu, specialiste interne medicine	
15. – 16.				
BLED Višja šola za gostinstvo in turizem	14. AŽMANOVI DNEVI	***	strokovno srečanje za zdravnike GRS, splošne zdravnike in zdravnike, ki delajo v urgentni medicini	
17. – 18. ob 8.00				
LJUBLJANA Inštitut RS za rehabilitacijo	17. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: BOLEČINA V REHABILITACIJSKI MEDICINI podroben program • Isis 12/2005	ni omejeno	posvet za vse zdravnike in druge zdravstvene delavce	
17. – 18. ob 9.00				
LJUBLJANA Cankarjev dom	9. SCHROTTTOVI DNEVI – NOVOSTI V ZDRAVLJENJU	250	strokovno izobraževanje za zdravnike	
24. – 25. ob 9.15				
LJUBLJANA 1. predavalnica Kliničnega centra	INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2006: STOPENJSKA OBRAVNAVA NAJPOGOSTEJŠIH OKUŽB podroben program • Isis 12/2005	ni omejeno	posvet za vse zdravnike	
APRIL 2006				
6. – 8. ob 14.00				
KRANJSKA GORA hotel Kompas	6. KOKALJEVI DNEVI	150	strokovno izobraževanje za zdravnike	
20. – 22.				
BLED Festivalna dvorana	6TH INTERNATIONAL CONGRESS ON CEREBRAL PALSY – NEW ADVANCES IN TREATMENT OF CEREBRAL PALSY W: http://animus.mf.uni-lj.si/~icna/bled/	ni omejeno	podiplomsko izobraževanje za pediatre, otroške nevrologe, ortopede, fiziatre, terapevte in druge	

ORGANIZATOR

NASLOV

za prijave, kontaktne osebe, tel., faks

kotizacija

ORGANIZATOR	NASLOV	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
SZD – Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Rafael Ponikvar	Jakob Gubenšek, KC Ljubljana, T: 01 522 33 28, F: 01 522 22 92, E: jakob.gubensek@kclj.si		kotizacije ni	***
Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Staša Kaplan Pavlovčič	ga. Danica Berlec, KO za nefrologijo, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 31 10, F: 01 522 24 08		40.000,00 SIT	***
Podkomisija za medicino – GRS Slovenije	Peter Najdenov, dr. med., Eva Pogačar, dr. med., SB Jesenice, T: 04 586 80 00		10.000,00 SIT – en dan, 15.000,00 SIT – dva dneva	***
Inštitut RS za rehabilitacijo, prof. dr. Črt Marinček	ga. Ela Loparič, Inštitut za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41, F: 01 437 65 89, E: ela.loparic@mail.ir-rs.si		41.000,00 SIT, 20.000,00 SIT za specializante in sekundarije, 22.000,00 SIT za en dan (DDV je vključen)	***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, asist. Tonka Poplas Susič	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, MF Ljubljana, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, W: http://www.drmed.org/novica.php?id=8244		45.000,00 SIT	***
Sekcija za kemoterapijo SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja KC, Katedra za infekcijske bolezni z epidemiologijo MF, doc. dr. Bojana Beović	ga. Simona Rojs, Ga Andreja Sorman, T: 01 522 42 20, 522 21 10, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si, andreja.sorman@kclj.si		24.000,00 SIT (DDV je vključen)	v postopku
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, doc. dr. Janko Kersnik	informacije: doc. dr. Janko Kersnik, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, T: 04 588 46 01, F: 04 588 46 10, E: janko.kersnik@s5.net, W: http://www.drmed.org/novica.php?id=8243 , prijave: ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, T: 04 208 25 23, F: 04 202 67 18, E: jozica.krevh@ozg-kranj.si		35.000,00 SIT	***
prof. dr. Milivoj Veličković Perat	prof. dr. Milivoj Veličković Perat, GSM: 031 318 161, F: 04 236 14 00, E: mvelickovicp@guest.arnes.si, W: www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm		do 15. 3. 2006 225 EUR, nato 300 EUR	***

MAJ 2006		TEMA	VSEBINA	
14. – 17.		št. kandidatov		
LJUBLJANA Cankarjev dom	VII. KONGRES EVROPSKEGA TRAVMATOLOŠKEGA ZDRUŽENJA – EUROTRAUMA 2006	***	kongres	
16. ob 9.00				
LJUBLJANA Cankarjev dom	NEZGODNO ZAVAROVANJE	ni omejeno	posvet za zdravnike izvedence	
18. – 20. ob 16.30				
BLED hotel Toplice	ADVANCED COURSE ON ETHICS IN ONCOLOGY podroben program • Isis 12/2005	ni omejeno	mednarodni tečaj za vse zdravnike in medicinske sestre, ki pogosto srečajo onkološkega bolnika	
26. – 27. ob 8.00				
LJUBLJANA Poslovna stavba GIVO (bivši Smelt)	32. SREČANJE DELOVNIH SKUPIN V OSNOVNEM ZDRAVSTVU	200	strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, patronažne sestre in fizioterapevte	
27.				
BRDO PRI KRANJU	BRDO 2006 – STROKOVNI POSVET S ŠPORTNIMI TEMAMI	ni omejeno	strokovno srečanje za zdravnike, farmacevte in veterinarje, združeno z rekreativnim tekmovanjem	
27. ob 10.00				
BRDO PRI KRANJU	XII. MEDICINSKI DUATLON IN IV. POLETNI MEDICINSKI TEK (10 KM) TER MEDNARODNI STROKOVNI POSVET	ni omejeno	udeleženci v konkurenci: zdravniki, veterinarji in farmacevti, zunaj konkurence: študenti navedenih poklicev in prijatelji	
OKTOBER 2006				
20. – 21. ob 8.00				
KRANJSKA GORA hotel Kompas	8. FAJDIGOVI DNEVI	150	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine	

ORGANIZATOR

NASLOV

za prijave, kontaktne osebe, tel., faks

kotizacija

***	prof. dr. Vladimir Smrkolj, T: 01 524 73 84, E: kirurg@mf.uni-lj.si, W: www.eurotrauma2006.org;	***	***
Društvo travmatologov Slovenije, prof. dr. Vladimir Smrkolj	ga. Natalija Bah Čad, Cankarjev dom, T: 01 24 17 132, 24 17 132	180 EUR (predčasno 120, 150 EUR), za študente kotizacije ni	***
Onkološki inštitut Ljubljana, European School of Oncology Milano	Rita de Martini, European School of Oncology, Via del Bollo 4, 20123 Milan, Italy, T: +39 02 854 645 27, F: +39 02 854 645 45, E: rdemartini@esoncology.org	150 EUR	***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, asist. Nena Kopčavar Guček, Davorina Petek, dr. med.	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, MF Ljubljana, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, W: http://www.drmed.org/novica.php?id=8244	40.000,00 SIT	***
prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat	prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat, Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 01 522 92 19, F: 01 522 93 58, E: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, W: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***
prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat	prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat, Pediatrična klinika, KC Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, T: 01 522 92 19, F: 01 522 93 58, E: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, W: http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, doc. dr. Janko Kersnik	ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, T: 04 208 25 23, F: 04 202 67 18, E: jozica.krevh@ozg-kranj.si, janko.kersnik@s5.net, W: http://www.drmed.org/novica.php?id=8241	35.000,00 SIT	***

OBRAZEC

UREDNIŠTVU REVije ISIS
 Dalmatinova 10
 p.p. 1630
 1001 Ljubljana

fax: 01/30 72 109

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

Začetek, ura

Kraj

Prostor, kjer bo prireditev

Naslov strokovnega srečanja

Število poslušalcev

(če je določeno)

(neomejeno)

Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, posvet, učna delavnica ...)

Komu je namenjena (vsem zdravnikom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, kirurgom, internistom ...)

Organizator (Medicinska fakulteta, klinika, sekcija Zdravniškega društva ...)

Predstavnik ali strokovni vodja

Naslov za pošiljanje prijav

Informacije, kontaktne osebe

Njihove tel. številke in št. faksa

Višina kotizacije

Brezplačna kotizacija

DA

NE

za upokojene zdravnike, študente, _____

PROGRAMI

TEDEN UNIVERZE V LJUBLJANI 36. KONCERT ZDRAVNIKOV OB XXXVI. SPOMINSKEM SESTANKU PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

s podelitvijo diplome profesorja
Janeza Plečnika študentom
medicine MF in priznanja
profesorja Franceta Hribarja

organizatorji •

Kulturno-umetniško društvo
Kliničnega centra in Medicinske
fakultete dr. Lojz Kraigher,
Inštitut za anatomijo, Inštitut
za histologijo in embriologijo,
Inštitut za patologijo, Inštitut za
sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani



LJUBLJANA,
velika dvorana Slovenske filharmonije,
Kongresni trg 10

petek 2. december 2005 ob 19. uri

Spored

L. van Beethoven: Oda radosti iz IX. simfonije
Zapeli bodo združeni zbori KUD-a KC in MF dr.
Lojz Kraigher:

Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč,
Zbor študentov medicine COR in
Vokalna skupina Kliničnega centra Vox
medicorum

Zborovodja *Venčeslav Zdravec*

Diplomo profesorja Janeza Plečnika za najboljši
študijski uspeh na Medicinski fakulteti v
Ljubljani pri predmetih anatomija, histologija z
embriologijo in patologija prejmejo študentke
in študenti *Marta Cvijič, Mirjam Horvat, Ines*
Hribernik, Klemen Šteblovnik, Andraž Stožer
in *Jasmina Staroveški*.

**Priznanje profesorja Franceta Hribarja za
pomemben prispevek k razvoju in ugledu
patologije z vrhunskimi dosežki v stroki in
znanosti prejmeta *Andreja Zidar, dr. med.,*
in prof. dr. *Nina Zidar, dr. med.***

Diplome in priznanja bosta podelila dekan
Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani
prof. dr. *Dušan Šuput* ter častni predsednik
Spominskega sestanka akademik prof. dr.
Dušan Ferluga.

Venček narodnih pesmi (v priredbi Tomaža
Plahutnika)

Maja Frangež, citre
Vlasta Rožman, sopran
Andrej Gubenšek, violina
Jure Volk, oboa
D. Milhaud: Scaramouche – suita za dva klavirja
Vif
Modéré
Brasileira
Polona Maver, klavir
Andraž Cerar, klavir

Narodna: Škrjanček (v priredbi M. Hubada)
V. in S. Avsenik: Jadraj z menoj (v priredbi M.
Vidica)

Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč
Pevovodja *Venčeslav Zdravec*

M. Glinka: Veliki sekstet
1. stavek Allegro
Marko Zupan, 1. violina
Andrej Gubenšek, 2. violina
Vilim Demšar, viola
Zvonimir Rudolf, violončelo
Tomo Havliček, kontrabas
Pavle Kornhauser, klavir

G. Krek: Tam na vrtni gredi
B. Ipavec: Ej, tedaj
Vokalna skupina Kliničnega centra Vox
medicorum
Umetniški vodja *Tomaž Faganel*

A. L. Webber: Fantom iz opere – odlomek iz
mjuzikla
A. Boubllil in C. M. Schönberg: Nesrečniki
– odlomki iz mjuzikla
Vlasta Rožman, sopran
Jernej Strah, tenor
Boris Klun, bas
Mešani mladinski pevski zbor Glasbene
mladine Ljubljana "Veter"
Zdravniški orkester Pro medico
Dirigentka *Urša Lah*
Partituro je za skupino priredil *Rok Golob*.

Umetniški spored bo vodila *Zvonka Zupanič*
Slavec.

Spored je oblikoval *Pavle Kornhauser*.

Vstop prost

Po koncertu dekan Medicinske fakultete v
Ljubljani prof. dr. *Dušan Šuput* pristrčno vabi
na družabno srečanje v prostorih Slovenske
filharmonije.

Izvedbo koncerta je omogočila Medicinska
fakulteta Univerze v Ljubljani.

Organizatorji se za sodelovanje zahvaljujejo
Slovenski filharmoniji ter sponzorjem:
Javnemu skladu za kulturne dejavnosti RS,
Pfizerju, Amgenu in Thomyju F. E.

JESENSKI SESTANEK ZDRUŽENJA PNEVMOLOGOV SLOVENIJE

organizator •
Združenje pnevmologov Slovenije

BLED,
hotel Golf
2. – 3. december 2005

PROGRAM:

Petek, 2. decembra 2005

15.00	Preiskava pljučne funkcije
15.00	M. Fležar: Krivulja pretok – volumen; inspiratorni in ekspiratorni del
15.25	M. Fležar: ERS/ATS-standardi spirometrije 2005 – kaj da in česa ne?
15.50	S. Škrjat: Referenčne vrednosti za odrasle – pomen pri klasifikaciji stopnje KOPB
16.15	Ž. Perdija: Ali lahko izboljšamo in poenotimo obravnavo bolnikov s KOPB v Sloveniji?
16.40 – 17.00	Odmor
17.00	Satelitski posvet AstraZeneca
18.00	Satelitski posvet Glaxo Smith Kline
19.00	Letna konferenca ZPS

Sobota, 3. decembra 2005

9.00	Učne delavnice
9.00	E. Mušič, K. Osolnik, R. Cesar, I. Kern: Intersticijske bolezni pljuč
10.00	S. Škrjat, J. Gabrijelčič: Obravnava bolnika z obstrukcijo na dihalih
10.55	Odmor
11.20	M. Fležar, J. Gabrijelčič: Sindrom hipoventilacije in prekrivanje z obstruktivnimi boleznimi pljuč

Kotizacija za sestanek je 25.000,00 SIT, za
sekundarije in specializante 10.000,00 SIT,
ki jih lahko nakažete na transakcijski račun
Gorenjske banke: 07000-000099709 ali
plačate neposredno na sestanku.

Informacije: prim. mag. Stanislav Kajba,
Zdravstveni dom Celje, Gregorčičeva 5, 3000
Celje, T: 03 543 44 58, E: stanislav.kajba@zd-
celje.si.

Prijave: ga. Dragica Sukič, Bolnišnica Golnik
– KO za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36,
4202 Golnik, T: 04 256 93 91.

KONTINUIRANO MERJENJE KRVNEGA SLADKORJA V POVEZAVI Z MDI IN CSII

organizator •
KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne
bolezni, SPS Pediatrična klinika – KC Ljubljana

KRANJSKA GORA,
hotel Lek
2. – 3. december 2005

PROGRAM:

Petek, 2. decembra 2005

Voditelj: doc. dr. Marko Medvešček

- 16.00 Uvodni pozdrav (prof. dr. Tadej Battelino)
- 16.20 Continuous glucose monitoring and the Guard control trial (prof. dr. Jan Bolinder – Karolinska Institutet Stockholm)
- 17.00 Delavnica – Guardian®RT (vstavek) (asist. mag. Nataša Uršič Bratina)
- 18.00 – 18.15 Odmor
- 18.15 Pomen pogostega in kontinuiranega merjenja GK za urejenost SB
- 19.30 Večerja

Sobota, 3. decembra 2005

- 9.00 Guardian®RT – izkušnja (dr. Marjeta Tomažič)
- 9.30 Odčitavanje guardianov, udeleženci in bolniki ter možnosti uporabe (dr. Marjeta Tomažič, asist. mag. Nataša Uršič Bratina)
- 11.00 – 11.15 Odmor
- 11.15 CSII v primerjavi z dolgo delujočimi analogi (asist. mag. Nataša Uršič Bratina)
- 11.45 Pot k zaprti zanki "Združitev inzulinske črpalke in guardian" (prof. dr. Tadej Battelino)
- 12.45 Zaključek – Analiza kakovosti in podelitev diplom
- 13.00 Kosilo

Kotizacije ni.

Informacije:

ga. Mihela Jurčec,
tajništvo Pediatrične klinike, Vrazov trg 1, 1000
Ljubljana,
T: 01 522 92 24, E: mihaela.jurcec@kclj.si

XVI. STROKOVNI SESTANEK SLOVENSKEGA NEFROLOŠKEGA DRUŠTVA, Počastitev 35. obletnice začetka kronične hemodialize in transplantacije v Republiki Sloveniji

organizator •
SZD – Slovensko nefrološko društvo

KRANJSKA GORA,
hotel Lek
2. – 3. december 2005

PROGRAM:

Petek, 2. decembra 2005

Tematski sklop: Uremična osteodistrofija

- Predsedujoča: mag. Miha Benedik, dr. med.,
doc. dr. Breda Pečovnik Balon, dr. med.
- 16.15 Mag. Tomaž Milanez, dr. med.:
Etiopatogeneza drugotnega
hiperparatiroidizma
- 16.45 Doc. dr. Breda Pečovnik Balon,
dr. med.: Klinična slika uremične
osteopatije
- 17.15 Dr. Alenka Urbančič, dr. med.:
Dializna amiloidoza
- 17.45 – 18.15 Odmor
- 18.15 Mag. Miha Benedik, dr. med.:
Pristop k zdravljenju uremične
osteopatije
- 18.45 Doc. dr. Damjan Kovač, dr. med.:
Kostna bolezen pri presajeni
ledvici
- 19.15 Skupščina
- 20.00 Večerja

Sobota, 3. decembra 2005

- Predsedujoča: mag. Miha Benedik, dr. med.,
doc. dr. Breda Pečovnik Balon, dr. med.
- 9.00 Doc. dr. Gregor Novljan, dr. med.:
Kostne spremembe pri otrocih z
ledvično okvaro
- 9.30 Doc. dr. Radoslav Kveder, dr.
med.: Kalcifikacija
- 10.00 Doc. dr. Breda Pečovnik Balon,
dr. med.: Kalcinacija pri bolnikih
z ledvično odpovedjo
- 10.30 Mag. Miha Benedik, dr. med.:
Nove smernice DOQI za
obravnavo kostnih sprememb pri
bolnikih z ledvično okvaro
- 11.00 – 11.30 Odmor

- Predsedujoči: prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med.
- 11.30 Prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med.:
Klinična genetika v pediatrični
nefrologiji
- 12.00 Asist. mag. Nataša Marčun
Varda, dr. med.: Nekateri
genetski dejavniki pri arterijski
hipertenziji v otroški dobi
- 12.30 Doc. dr. Bojan Knap, dr. med.:
Kardiorenalna anemija

Kotizacije ni.

Informacije:

Jakob Gubensek, dr. med.,
T: 01 522 33 28, F: 01 522 22 92,
E: jakob.gubensek@kclj.si

Rezervacija sob:

hotel Lek Kranjska Gora,
T: 04 585 15 20, GSM: 051 352 917,
F: 04 588 13 43, E: recepcija@hotel-lek.si

25. SPOMINSKO TEKMOVANJE DR. TOMA KRASNOVA, Državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v košarki 30 let Študentskega športnega društva MF v Ljubljani

organizator •
Ekipa "Zdravniki – Prijatelji", Sekcija za košarko,
Slovensko zdravniško športno društvo Medicus

LJUBLJANA, športna dvorana Študentsko
naselje Rožna dolina, Cesta 27. aprila
3. december 2005

PROGRAM:

Sobota,
3. decembra 2005



- 9.00 Odprtje jubilejnega tekmovanja
- 9.30 Tekmovalni del
- 13.00 Odmor in malica
- 14.00 Polfinalne in finalne tekme
- 18.00 Razglasitev rezultatov in svečana večerja

Kotizacija: 15.000,00 SIT za ekipo

Prijave in informacije: asist. dr. Bine Stritar,
GSM: 041 735 639, E: albin.stritar@amis.net

MOŽGANI, RANJENI V ZGODNJEM RAZVOJU OTROKA

Strokovno srečanje z mednarodno udeležbo in učno delavnico s področja slikovne diagnostike z ultrazvokom

organizatorji • SB Maribor – Služba za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za perinatologijo, Nonatologija, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Visoka zdravstvena šola Univerze v Mariboru, Združenje za pediatrijo pri SZD, Javna agencija za raziskovalno dejavnost RS, Zdravniška zbornica Slovenije, Zdravniško društvo Maribor

MARIBOR, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, Slomškov trg 5

9. – 10. december 2005

PROGRAM:

Petek, 9. decembra 2005

9.00 Prijava udeležencev
10.15 Odprtje srečanja

10.30 Novejši rezultati raziskav s področja nevroznanosti

Voditelji: Mateja de Leoni Stanonik, MD, PhD, (USA), prof. Ivica Kostović, MD, PhD (Zagreb), prof. Meta Derganc, MD, PhD (Ljubljana)

- 10.30 Uvodno predavanje
Novejši napredek na področju slikovne diagnostike ČŽS ter njegov prispevek k razumevanju normalnega razvoja možganov novorojenčka, kakor tudi njihove poškodovanosti, Mateja de Leoni Stanonik, MD, PhD (USA)
- 11.30 Prostorska in časovna kazalniki selektivne ranljivosti možganov pri nedonošenčku: MRI – histološka korelacija, prof. Ivica Kostović, MD, PhD (Zagreb)

13.00 – 14.30 Kosilo

14.30 – 16.00 Mehanizmi razvoja zgodnje možganske poškodovanosti

Voditelji: prof. Meta Derganc, MD, PhD (Ljubljana), prof. Vlatka Mejaški Bošnjak, MD, PhD (Zagreb), prim. Ksenija Ogrizek Pelkič, MD, MSc (Maribor)

- 14.30 Etiopatogeneza in klinična slika HIE – kot vodilo za zdravljenje, prof. Meta Derganc, MD, PhD (Ljubljana)
- 14.50 Obrojsvena okužba možganov s citomegalovirusom. Diagnostika z ultrazvokom, magnetno resonanco

- ter klinično in nevrofiziološko sledenje, prof. Vlatka Mejaški Bošnjak, MD, PhD
- 15.20 Epilepsija pri nedonošenih otrocih. Ali je pomemben čas nastanka obrojsvene poškodovanosti možganov? Peter Gradišnik, MD, MSc (Maribor)
- 15.40 Patologija placente in možganska poškodovanost, prim. Ksenija Ogrizek Pelkič, MD, MSc (Maribor)

16.00 – 16.30 Odmor

16.30 Diagnostične možnosti

Voditelji: prim. Silva Burja, MD, PhD (Maribor), Darja Paro Panjan, MD, PhD (Ljubljana), prim. Brigita Lobnik Krunic, MD (Maribor)

- 16.30 Možganska električna dejavnost v diagnostiki zgodnje možganske okvare, prof. David Neubauer, MD, PhD (Ljubljana), Damjan Osredkar, MD (Ljubljana)
- 16.50 Ultrazvok v diagnostiki zgodnje možganske okvare, prim. Silva Burja, MD, PhD (Maribor)
- 17.10 Nevrološki pregled novorojenčka po Amiel-Tisonovi – diagnostična in prognostična vrednost, Darja Paro Panjan, MD, PhD (Ljubljana)
- 17.30 Metoda ocenjevanja celostnih gibov – novejši pristop k nevrološkemu pregledu otrok, Polona Seme Ciglencečki, MD, PhD (Maribor)
- 19.00 SNG Maribor, J. Offenbach, Hoffmannove pripovedke, sprejem za vse udeležence

Sobota, 10. decembra 2005

Program ultrazvočne šole

- 8.30 Teoretične osnove ultrazvočnega pregledovanja možganov
- 8.30 Fizikalne omejitve današnje UZ-diagnostike, prof. Branko Breyer, DSc
- 9.00 Normalna UZ-anatomija možganov, Milena Treiber, MD
- 9.15 3D-pregled možganov pri plodu, prim. Igor Japelj, MD
- 9.30 Prednosti 3D-pregledovanja možganov pri novorojencu, prim. Silva Burja, MD, PhD
- 9.45 Dopplerska preiskava možganskega ožilja novorojenca, Andreja Tekauc Golob, MD 10.00 UZ-pregled možganov skozi malo mečavo, Zdravko Roškar, MD, MSc
- 10.15 UZ-značilnosti posthipoksične poškodovanosti možganovine, Mirjana Todorovič Guid, MD, MSc
- 10.30 Obravnava hidrocefalusa, Zdravko Roškar, MD, MSc
- 10.45 Razprava

11.00 – 11.30 Odmor

11.30 Praktične vaje

13.00 – 15.00 Kosilo

15.00 Video projekcije zanimivih primerov
Razprava ob plakatih s slikovno diagnostiko

17.00 Zaključek srečanja

Častna pokroviteljica: častna konzulka RS v ZDA Mateja de Leoni Stanonik, MD, PhD

Programski odbor: prim. dr. Silva Burja, dr. med., predsednica, prim. Igor Japelj, dr. med., podpredsednik, prof. dr. Veljko Vlaisavljevič, dr. med., prof. dr. Dušanka Mičetič Turk, dr. med., prof. dr. Iztok Takač, dr. med., prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med., doc. dr. Zlatka Rakovec Felser, klin. psih., prof. dr. Erih Tetičkovič, dr. med., prim. prof. dr. Elko Borko, dr. med., prof. dr. Ivan Krjanc, dr. med., asist. mag. Marijan Lužnik, dr. med.

Organizacijski odbor: asist. Andreja Tekauc Golob, dr. med., predsednica, Milena Treiber, dr. med., podpredsednica, prim. Gregor Pivec, dr. med., doc. dr. Anton Crnjac, dr. med., doc. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med., Elvira Žibrat, Jože Žolger, dr. med., Bojan Korpar, dr. med., prim. Brigita Lobnik Krunic, dr. med., mag. Peter Gradišnik, dr. med., mag. Mirjana Todorovič Guid, dr. med., asist. mag. Zdravko Roškar, dr. med.

Kotizacija znaša 20.000,00 SIT. Nakažete jo na transakcijski račun: 04515-0000124280, pri NKBM d. d., sklic na številko 1038. Zdravniško društvo Maribor, Vošnjakova 4, 2000 Maribor.

Prijave:

ga. Nevenka Hižak, SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo, Odd. za perinatologijo, Neonatologija, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 24 61, F: 02 331 23 93, E: silva.burja@sb-mb.si

Rezervacija prenočišč:

ga. Gospa Sonja Cehtelj, TA VENETUS Ltd., Tyrševa 3, 2000 Maribor, T: 0 235 26 23, F: 0 235 26 24, E: sonja@venetus.si

22. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: OBRAVNAVA SOČASNIH BOLEZNI IN STANJ – IZZIV ZA ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE

organizatorji • Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana, Katedra za družinsko medicino MF Maribor, Zavod za razvoj družinske medicine

STRUNJAN, hotel Krka – Zdravilišče Strunjan, 15. – 17. december 2005



PROGRAM:

Četrtek, 15. decembra 2005

- 13.30 Prijava udeležencev
- 14.30 Mateja Bulc (plenarno): Pozdrav in predstavitev udeležencev
- 15.00 Mateja Bulc (plenarno): Uvod v sočasne bolezni
Danica Rotar Pavlič (plenarno): Celostni pristop
Razprava
- 16.00 – 16.30 Odmor
- 16.30 Mateja Bulc, Danica Rotar Pavlič, Marko Kocijan (delo v skupinah): Domača naloga. Izkušnje iz prakse, predstavitev težav pri praktičnem delu, obravnava pripravljenih primerov udeležencev
- 19.00 Mateja Bulc, Igor Švab (srečanje mentorjev): Kako se pogovarjati z učencem – študentom ali specializantom?
- Družabno srečanje

Petek, 16. decembra 2005

- 8.00 Marko Kocijan (plenarno): Metode in načini ocenjevanja
- 9.00 Mateja Bulc, Danica Rotar Pavlič, Marko Kocijan (delo v skupinah): Obravnava primera bolnika s sočasnimi boleznimi v luči smernic oziroma z dokazi podprte medicine. Ob primeru razprava o uporabi znanstvenih dokazov in smernic pri ambulantnem delu.
- 10.00 – 10.30 Odmor

- 10.30 Mateja Bulc, Danica Rotar Pavlič, Marko Kocijan (delo v skupinah): Zakaj učiti o sočasnih boleznih. Priprava končnega izdelka
- 12.00 Danica Rotar Pavlič (plenarno): Vodenje bolnikov s sočasnimi boleznimi. Navodila za delo na terenu
- 13.00 – 14.30 Kosilo
- 14.30 Ljubica Kolander (teren): Hišni obiski
- 19.00 Poročilo o terenskem delu
- 19.30 Družabno srečanje

Sobota, 17. decembra 2005

- 8.30 Mateja Bulc (plenarno): Etični dvomi pri multimorbidnosti
- 9.00 Posvet Krka (plenarno): Kako izbrati najprimernejši antihipertenziv pri bolnikih s pridruženimi boleznimi
- 10.30 Mateja Bulc, Danica Rotar Pavlič, Marko Kocijan (delo v skupinah): Priprava izpitnih vprašanj (MEQ, MCQ)
- Odmor (vmes)
- 12.30 Mateja Bulc, Danica Rotar Pavlič, Marko Kocijan (plenarno): Predstavitev delovnih skupin
- 14.30 Mateja Bulc (plenarno): Zaključek učne delavnice
- 15.30 Kosilo

Srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, mentorjem družinske medicine sekundarijem, mladim zdravnikom, specializantom, novim specialistom družinske medicine.

Namen: učenje različnih vidikov obravnave bolnikov s sočasnimi boleznimi in stanji.

Cilji:

Udeleženci se bodo naučili:

- Pomena in epidemiologije sočasnih boleznih in stanj.
- Kliničnega in organizacijskega pristopa k bolniku s sočasnimi boleznimi in stanji.
- Razumevanja posledic sočasnih boleznih in stanj glede na medsebojno vplivanje različnih boleznih in zdravil.
- Upoštevanja pomena sodelovanja zdravstvenih delavcev na različnih ravneh in sodelovanja med zdravnikom, bolnikom in družino.
- Značilnosti sporazumevanja in vloge timskega pristopa pri obravnavi bolnika s sočasnimi boleznimi in stanji.

Navodilo – domača naloga:

1. Pripravite vsaj en prikaz primera bolnika s sočasnimi boleznimi in stanji. Sestavite listo diagnoz, zdravil in predstavite pomen vseh zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo v obravnavi. Na prikazanem primeru predstavite težave pri obravnavi ali sporazumevanju z bolnikom.
2. Pripravite svoj osebni načrt izobraževanja

Generalni sponzor: Krka d. o. o.

Vodja delavnice: prim. asist. Mateja Bulc, dr. med.

Vodji skupin: asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Marko Kocijan, dr. med.

Lokalni organizator • Ljubica Kolander Bizjak, dr. med.

Kotizacije ni.

Udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme.

Prijavnico

pošljite na naslov ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si

ŠOLA EHOKARDIOGRAFIJE (TTE)

organizator • Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za ehokardiografijo

ŠMARJEŠKE TOPLICE 27. – 28. januar 2006

PROGRAM:

1. tečaj
Petek, 27. januarja 2006

- 9.00 T. Blinc: Fizikalne osnove ehokardiografije
T. Jamnik: Tehnične osnove aparature
- 11.00 H. Bernhardt: Praktični del – vaje
- 15.00 T. Gulič: Osnove ehokardiografskih metod
N. Ružič Medvešček: Osnove doplerske ehokardiografije
- 17.00 T. Gulič/N. Ružič Medvešček: Praktični del

Sobota, 28. januarja 2006

- 9.00 M. Koželj: Ehokardiografska anatomija
 11.00 M. Koželj: Praktični del
 15.00 I. Gradecki: Standardne metode in meritve. Normalne vrednosti
 17.00 I. Gradecki: Praktični del

Kolokvij

2. tečaj (konec tedna v maju)

Program:

- Pridobljene srčne napake:
- Aortna stenoza
- Aortna nezadostnost
- Mitralna stenoza
- Mitralna regurgitacija
- Trikuspidalna regurgitacija in stenoza
- Pulmonalna regurgitacija in stenoza
- Ehokariografija pri odraslem s prirojeno srčno napako.

Kolokvij

3. tečaj (konec tedna v oktobru)

Program:

- Ehokardiografija pri boleznih perikarda
- Ehokardiografska ocena funkcije levega in desnega prekata
- Tkivna doplerska ehokardiografija
- Ehokardiografija pri ishemični bolezni srca
- Smernice za ehokardiografijo
- Celotna ocena ehokardiografske preiskave
- Nove metode in 3D ...

Kolokvij

Izpit iz ehokardiografije:

pogoj za pristop k izpitu so opravljeni vsi trije kolokvij in določeno število preiskav ob mentorju in predstavitev lastnih preiskav. Izpit se opravlja pred komisijo, kakor določajo smernice za učenje ehokardiografije.

Šola ehokardiografije (TTE) je namenjena specializantom interne medicine zadnjih dveh let in specialistom kardiologom, anesteziologom in pediatrom. Ko bo sprejeta specializacija iz kardiologije, bo to že sestavni del specializacije.
 Šola bo potekala v treh delih oziroma tečajih, ki bodo sestavljeni iz predavanj in praktičnih vaj, v času med tečaji pa bo potekalo usposabljanje ob mentorju. Vsak tečaj se bo končal s kolokvijem, šola pa z izpitom, ki bo osnova za pridobitev licence kot dodatnega znanja iz ehokardiografije. Šola bo praviloma potekala v Šmarjeških Toplicah.

Kotizacija za posamezni tečaj znaša 60.000,00 SIT. Prijave sprejemamo do zapolnitve mest oziroma do **10. januarja 2006**.

Število udeležencev je omejeno.

Prijave za prvi tečaj pošljite na naslov: ga. Saša Radelj, Združenje kardiologov Slovenije, Ulica stare pravde 6, 1000 Ljubljana, T: 01 522 29 34, F: 01 522 45 99, E: sasa.radelj@kclj.si.

Dodatne informacije:

prim. Janez Tasič, dr. med.,
 JZ ZD Celje, Kardiološki dispanzer,
 Gregorčičeva 5, 3000 Celje,
 T: 03 543 44 21, E: janez.tasic@zd-celje.si

28. IATROSSKI Posvetovanje športne medicine, združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel Alpe – Jadran

organizator • **Organizacijski odbor Iatrosski: Franci Koglot, Nova Gorica, Andrej Bručan, Ljubljana, Tone Lah, Jesenice, Tatjana Pintar, Ljubljana**

KRANJSKA GORA 2. – 3. februar 2006

PROGRAM:**Četrtek, 2. februarja 2006**

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

Ženske tečejo 3 km, moški 5 km.

- 19.00 Gostilna Martin (pivnica), Kranjska Gora: odprtje 28. Iatrosski, razglasitev rezultatov teka, zakuska

Petek, 3. februarja 2006

- 11.00 Veleslalom (smučišče Kranjska Gora – sedežnica Podles). Kategorija za ženske in moške:
 A – rojeni 1975 in mlajši
 B – 1974 – 1965
 C – 1964 – 1955
 D – 1954 – 1945
 E – 1944 – 1935
 F – 1934 in starejši
 12.00 Drugi tek za najboljših pet iz vsake kategorije
 15.00 Koktajl (hotel Lek)
 16.00 Posvetovanje športne medicine, slavnostna razglasitev rezultatov, večerja

Organizacijski odbor Iatrosski: Franci Koglot, Nova Gorica, Andrej Bručan, Ljubljana, Tone Lah, Jesenice, Tatjana Pintar, Ljubljana

Kotizacija:

- tek 3.500,00 SIT
- VSL 10.000,00 SIT
- Skupna kotizacija (tek in VSL) 12.000,00 SIT

Kotizacijo nakažite na transakcijski račun Goriškega zdravniškega društva: 04750-0000753838, kontaktna oseba ga. Melita Vogrič, T: 05 330 14 50.

Prijave:

prijavo skupaj z odrezkom o plačani kotizaciji pošljite do **27. 1. 2006** na naslov: Franci Koglot, dr. med., Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica, Ul. padlih borcev 13 a, 5290 Šempeter pri Gorici.

Poznejših prijav ne sprejemamo. V prijavi navedite: spol, letnico rojstva, delovno mesto, ustanovo oz. društvo, za katerega nastopate.

Za ekipo štejejo trije najbolje točkovani moški in dve ženski ali tri najboljše točkovane ženske in dva moška.

Udeleženci tekmujejo na svojo odgovornost. Posebna priznanja za kombinacijo veleslalom in teka.

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

Startne številke in vozovnice s popustom dobite od 9. ure dalje na blagajni žičnice.

41. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ KIRURGIJE "KIRURŠKI DNEVI"

organizator •
SPS Kirurška klinika - KC Ljubljana

LJUBLJANA,
1. predavalnica Kliničnega centra Ljubljana
10. – 11. februar 2006

PROGRAM:

Petek, 10. februarja 2006

8.00 Prihod udeležencev, prijava
9.00 Odprtje 41. kirurških dnevov

Torakalna kirurgija – Bolezni požiralnika (voditelj: M. Sok)

9.15 Sok, M.: Sodelovanje splošnega zdravnika in torakalnega kirurga v pooperativni oskrbi bolnikov
9.30 Eržen, J., Štupnik, T., Jerman, J.: Rehabilitacija bolnikov po operaciji na požiralniku
9.45 Štupnik, T., Vidmar, S., Eržen, J.: Rehabilitacija bolnikov po antirefluksnih posegih
10.00 Srpčič, M., Jerman, J., Sok, M.: Nega gastrostome, jejunostome
10.15 Razprava

10.30 – 11.00 Odmor

Abdominalna kirurgija – Bolezni želodca in dvanajstnika (voditelj: F. Jelenc)

11.00 Kocijančič, B.: Diagnostika, zdravljenje ulkusa, želodca in dvanajstnika z zdravili in endoskopsko.
11.15 Jelenc, F.: Operativno zdravljenje ulkusa želodca in dvanajstnika
11.30 Sever, M.: Gastrointestinalni stromalni tumorji
11.45 Rotovnik Kozjek, N.: Prehrana bolnikov po operacijah na želodcu in dvanajstniku
12.00 Kopčavar Guček, N.: Družinski zdravnik in bolnik po operaciji na želodcu
12.15 Razprava

12.30 – 13.00 Odmor

Abdominalna kirurgija – Bolezni želodca in dvanajstnika (voditelj: M. Omejc)

13.00 Zadnik, V.: Epidemiologija raka želodca

13.15 Mlinarič, V.: Diagnostika raka želodca in endoskopsko zdravljenje
13.30 Omejc, M.: Kirurgija malignih tumorjev želodca
13.45 Oblak, I.: Sistemsko zdravljenje raka želodca
14.00 Pintar, T.: Pooperativni zapleti in rehabilitacija bolnikov po resekciji želodca
14.15 Razprava

14.30 – 16.00 Kosilo

Travmatologija – konzervativno zdravljenje zlomov (voditelj: A. Kristan)

16.00 Kristan, A.: Zdravljenje zlomov: splošno (konzervativno, operativno)
16.15 Kastelec, M.: Konzervativno zdravljenje tipičnih zlomov
16.30 Haviček, T.: Sledenje konzervativno zdravljenih zlomov (kdaj, zakaj, kaj)
16.45 Hoferle, A.: Rehabilitacija po konzervativno zdravljenih zlomih
17.00 Tušek Bunc, K.: Družinski zdravnik in konzervativno zdravljenje zlomov
17.40 Razprava

Sobota, 11. februarja 2006

Maksilofacialna kirurgija (voditelj: A. Kansky)

8.00 Dovšak, D.: Algoritem ukrepov pri ustnoobrazni bolečini
8.15 Vesnaver, A.: Preprečevanje in zdravljenje bolečine po posegih v ustni votlini
8.25 Eberlinc, A.: Mialgija in fibromialgija obraznega področja
8.35 Gorjanc, M.: Bolečina v čeljustnem sklepu
8.45 Ihan Hren, N.: Maksilarni sinusitis
9.00 Kansky, A.: Otekline glave in vratu
9.15 Razprava

9.30 – 10.00 Odmor

Delavnica: Travmatologija – imobilizacija

10.00 Mavčenje
Začasna imobilizacija
Transportna imobilizacija

11.30 – 12.00 Prigrizek

Novosti v kirurgiji (voditelj: L. Pleskovič)

12.00 Pleskovič, L.: Kirurgija debelosti
12.15 Bošnjak, R., Podboj, J.: Razširjen transnazalni pristop do hipofiznih tumorjev
12.15 Janežič, T.: Kožni melanom in biopsija varovalne bezgavke
12.30 Vesel, M.: Kifoplastika

12.45 Kristan, A.: Program za računalniško načrtovanje poškodb kolčne ponvice

13.00 Zaključek 41. kirurških dnevov

Kirurški dnevi so namenjeni zdravnikom splošne in družinske medicine, specializantom in specialistom kirurgije in sekundarijem.

Organizator prof. dr. Stane Repše, dr. med., višji svetnik, KO za abdominalno kirurgijo, Klinični center, Zaloška cesta 7, 1525 Ljubljana

Kotizacija:
50.000,00 SIT (vključen DDV), sekundariji in specializanti 10.000,00 SIT.

Prijave:
ga. Saša Rus, KO za abdominalno kirurgijo, Klinični center, Zaloška cesta 7, 1525 Ljubljana, T: 522 47 88, F: 522 22 09, E: sasa.rus@kclj.si

INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2006 Stopenjska obravnava najpogostejših okužb

organizatorji •
Sekcija za kemoterapijo SZD,
Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja,
Katedra za infekcijske bolezni z epidemiologijo
MF Ljubljana

LJUBLJANA,
1. predavalnica Kliničnega centra
24. – 25. marec 2006

PROGRAM:

Petek, 24. marca 2006

1. Novosti v infektologiji (sporočeno naknadno)
2. Novosti v protimikrobnem zdravljenju (sporočeno naknadno)

3. Pomen akutnih reaktantov vnetja pri stopenjski obravnavi pogostih okužb (Jereb M., Čižman, M., Gradišek, A.)

Odmor

4. Breme akutnih okužb dihal v Sloveniji (Sočan, M., Šešok, J.)
5. Občutljivost povzročiteljev okužb dihal za antibiotike v Sloveniji (Seme, K. in sod.)
6. Slikovna diagnostika okužb dihal (Mali, S., Bavčar, T., Dolenšek, M., Šurlan, K., Kocijančič, K., Zupančič, Ž.)
7. Sodobna obravnava streptokoknega vnetja žrela (Rakuš, J., Čižman, M.)

Kosilo

8. Akutno vnetje obnosnih votlin (Podboj, J., Ihan, N., Čižman, M., Beović, B.)
9. Dokazovanje bakterijskih povzročiteljev pljučnic (Keše, D., Jurca, T., bakteriolog)
10. Virusne okužbe dihal (Arnež, M., Marin, J., Videčnik, J.)

Odmor

11. Zdravljenje pljučnice (Lejko T., Mušič E., Beović B.)
12. Obravnava bolnika s febrilnim stanjem nejasnega izvora v ambulanti (Cerar D., Pokorn M., Tomažič J.)
13. Stopenjska obravnava bolnika z drisko (Bogovič P., Lejko T., Bufo T., Gorišek J., Šibanc, B., Lešničar, G.)

Sobota, 25. marca 2006

14. Stopenjska obravnava bolnika s sumom na hepatitis (Matičič, M., Lešničar, G., Baklan, Z., Poljak, M., Meglič, J., Remec, T., Rajter, M., Brinovec, V.)
15. Stopenjska obravnava okužb kože (Lotrič, S., Kotar, T.)
16. Odpornost povzročiteljev okužb sečil proti antibiotikom v Sloveniji (Ribič, H. in sod., Zakotnik, B.)

Odmor

17. Asimptomatična bakteriurija (Lindič, J., Logar, M.)
18. Urološka obravnava bolnika z okužbo sečil (Žumer Pregelj, M.)
19. Okužbe sečil pri otrocih (Zakotnik, B. in sod.)

Kotizacija: 24.000,00 SIT (DDV je vključen).

Informacije:

ga. Simona Rojs, Ga Andreja Sorman,
T: 01 522 42 20, 522 21 10, F: 01 522 24 56,
E: simona.rojs@kclj.si, andreja.sorman@kclj.si

17. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: BOLEČINA V REHABILITACIJSKI MEDICINI

organizatorja • **Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, MF Ljubljana**

**LJUBLJANA, predavalnica v 4. nadstropju
Inštituta RS za rehabilitacijo, Linhartova 51
17. – 18. marec 2006**



Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo



PROGRAM:

Petek, 17. marca 2006

- 9.00 Prijava
- 9.30 Slavnostni nagovori
- 9.45 Organizacija zdravljenja bolnikov s kronično bolečino
- 9.45 Potrebe po interdisciplinarni rehabilitaciji oseb s kronično bolečino v Sloveniji (D. Marn Vukadinovič, Ljubljana)
- 10.05 Socioeconomic aspects of pain management (B. Sjölund, Umea, Švedska)
- 10.25 Mreža in vsebina dela v bolečinskih ambulantah (N. Krčevski Skvarč, Maribor)
- 10.45 Razprava
- 11.10 – 11.40 Odmor

- 11.40 Mehanizmi nastanka kronične bolečine in osnove diagnostike
- 11.40 Patofiziološki mehanizmi kronične bolečine (T. Prevec, Ljubljana)
- 12.00 Psychodynamics and psychological evaluation in patients with chronic pain (L. McCracken, Birmingham, Velika Britanija)
- 12.20 Ocenjevanje in spremljanje občutka za bolečino (D. Meh, Ljubljana)
- 12.40 Use of Doppler Ultrasound in Musculoskeletal Pain and Tendinopathies (G. Vanderstraeten, Gent, Belgija)
- 13.00 Razprava

13.15 – 14.15 Kosilo

- 14.15 Interdisciplinarna obravnava oseb s kronično bolečino – rehabilitacijski tim
- 14.15 Interdisciplinary rehabilitation in chronic pain (B. Sjölund, Umea,

- Švedska)
- 14.35 Use of physical modalities in musculoskeletal disorders (G.Vanderstraeten, Gent, Belgija)
- 14.55 Kineziterapija pri premagovanju kronične bolečine (N. Kljajič, Ljubljana)
- 15.10 Program delovne terapije za bolnike s kronično bolečino (Z. Pihlar, Ljubljana)
- 15.25 Principles of psychological treatment in patients with chronic pain (L. McCracken, Birmingham, Velika Britanija)
- 15.40 Delo socialne delavke z bolnikom s kronično bolečino (B. Pivk, Ljubljana)
- 15.55 Upoštevanje bolečine pri odločanju o bolnikovi vrnitvi na delo (A. Fatur Videtič, Ljubljana)
- 16.15 Razprava

16.25 – 16.45 Odmor

- 16.45 Interdisciplinarna obravnava oseb s kronično bolečino – sodelavci tima
- 16.45 Farmakološko zdravljenje kronične bolečine (S. Lahajnar, Ljubljana)
- 17.05 Psihiatrov pogled na zdravljenje bolnika s kronično bolečino (D. Terzič, Ljubljana)
- 17.25 Interventne metode v zdravljenju bolečine (P. Marchettini, Milano, Italija)
- 17.45 Uporaba toksina botulina pri zdravljenju kronične bolečine (M. Gregorič, Ljubljana)
- 18.00 Uporaba dopolnilnih metod pri zdravljenju kronične bolečine (P. Papuga, Ljubljana)
- 18.20 Namesto zaključka dneva: Predlog organizacije rehabilitacije bolnikov s kronično bolečino na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo (A. Pražnikar, D. Marn Vukadinovič)

Sobota, 18. marca 2006

- 9.00 Pogostejše vrste bolečine v rehabilitacijski praksi
- 9.00 Miofascialna bolečina (M. Štefančič, Ljubljana)
- 9.15 Kronična kooperativna bolečina v križu (S. Tomažič, Maribor)
- 9.30 Sklepna bolečina (B. Matoič, Ljubljana)
- 9.45 Nevropatska bolečina (A. Pražnikar, Ljubljana)
- 10.00 Fantomska bolečina (M. Prešern Štrukelj, Ljubljana)
- 10.15 azprava
- 10.25 – 10.45 Odmor
- 10.45 Bolečina pri otroku
- 10.45 Prepoznavna, obravnava in preprečevanje bolečine pri novorojenčku (D. Neubauer, Ljubljana)
- 11.00 Nevropatska bolečina pri otroku in

- mladostniku (N. Zupančič, Ljubljana)
- 11.15 Prepoznavanje in zdravljenje bolečine pri otroku z maligno boleznijo (J. Anžič, Ljubljana)
- 11.30 Uporaba metod fizikalne terapije pri otroku in mladostniku (H. Damjan, Ljubljana)
- 11.40 Razprava
- 11.50 – 12.00 Odmor
- 12.00 Video delavnica – primeri obravnave bolnikov z bolečino v rehabilitacijski praksi
- 12.00 TENS pri distalni simetrični presnovni polinevropatiji (D. Meh, M. Moharič, Ljubljana)
- 12.10 Bolečina pri bolniku z vnetnim revmatizmom (P. Novak, Ljubljana)
- 12.20 Vertebrogena bolečina (M. Klopčič Spevak, Ljubljana)
- 12.30 Okvara hrbtenjače in kronični bolečinski sindrom (A. Pražnikar, Ljubljana)
- 12.40 Razprava in zaključki srečanja

Seminar je namenjen anesteziologom, algologom, pediatrom, stalnim članom rehabilitacijskih timov in ostalim zainteresiranim zdravstvenim delavcem.

Strokovni vodja seminarja: prim. asist. Hermina Damjan, dr. med., Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Ljubljana

Strokovni odbor: prof. dr. Črt Marinček, dr. med., prim. asist. Hermina Damjan, dr. med., mag. Duša Marn Vukadinovič, dr. med., asist. mag. Aleš Pražnikar, dr. med.

Kotizacija: 38.000,00 SIT za oba dneva, 20.000,00 SIT za en dan, 20.000,00 SIT za specializante in sekundarije (DDV je vključen). Kotizacijo nakažite na transakcijski račun št.: 01100-6030278088, tri dni pred začetkom seminarja. Ob prijavi predložite potrdilo o plačilu kotizacije. V osmih dneh po končanem seminarju vam bomo po pošti poslali račun. Kotizacija vključuje tiskano gradivo, predavanja, kosilo ter prigrizke in napitke v odmorih ter potrdilo o udeležbi.

Prijave in informacije:

prijave pošljite najpozneje do **15. marca 2006** na naslov: ga. Ela Loparič, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41, F: 01 437 65 89, E: ela.loparic@ir-rs.si

XXI. OBMORSKI TEK ZDRAVNIKOV

organizator •
Zdravniško društvo slovenske Istre in Krasa Koper

LUCIJA PRI PORTOROŽU,
ob prostorih ZD Lucija
3. december 2005



PROGRAM:

Sobota, 3. decembra 2005

- 10.30 Prijave nastopajočih
11.00 Start teka
13.00 Družabno srečanje s piknikom udeležencev

Proga: dolžina 7 in 14 km

Kategorije tekmovalk in tekmovalcev:

Ženske:

- SKUPINA - A: letnik 1966 in mlajše
SKUPINA - B: letnik 1956 - 1965
SKUPINA - C: letnik 1956 in starejše

Moški:

- SKUPINA - A: letnik 1966 in mlajši
SKUPINA - B: letnik 1956 - 1965
SKUPINA - C: letnik 1946 - 1955
SKUPINA - D: letnik 1945 in starejši

Prijavnina: 2.500,00 SIT

Pravico nastopa na teku imajo vsi, ki plačajo prijavnino, razvrščeni in nagrajeni bodo le zdravniki in zdravnice, drugi nastopajo zunaj konkurence. Za zdravstveno varstvo bo poskrbljeno. Vsi nastopajoči tekmujejo na lastno odgovornost. Prireditev bo ob vsakem vremenu.

Dodatne informacije dobite na sedežu Zdravniškega društva Slovenske Istre in Krasa, Jani Dernič, dr. med., T: 05 66 06 508.

ETIČNA RAZPOTJA V ONKOLOGIJI

organizatorja •
Evropska šola onkologije in Onkološki inštitut Ljubljana

BLED
18. – 20. maj 2006

PROGRAM:

Četrtek, 18. maja 2006

- 16.30 Prijava udeležencev
17.00 Odprtje

Predsedujoča:

- Antonella Surbone in Matjaž Zwitter
17.15 T. Nilstun: Uvod v bioetiko
18.00 B. Telban: Človekove vrednote: antropološki pogled

Petek, 19. maja 2006

Klinične raziskave in medicinska etika

Predsedujoča: Steven Joffe in Matjaž Zwitter

- 8.30 T. Nilstun: Etika v kliničnem raziskovanju
9.15 M. Zwitter: Etična vprašanja v študijah z naključno izbiro zdravljenja
10.00 S. Joffe: Bolnikovo soglasje – teorija in praksa
10.45 Razprava in predstavitev primerov
11.15 – 11.30 Odmor

Pogovor kot bistvo terapevtskega odnosa – Prvi del

Predsedujoča: Lidia Schapira in Darius Razavi

- 11.30 D. Razavi: Priprava programov za usposabljanje v spretnostih sporazumevanja
12.15 J. Foubert: Vloga medicinske sestre pri obvladovanju težavnega sporazumevanja
13.00 Razprava in predstavitev primerov
13.30 – 14.30 Kosilo

Pogovor kot bistvo terapevtskega odnosa – Drugi del

- 14.30 Schapira: Sporazumevanje: spretnost, ki se jo je mogoče naučiti
15.30 Razprava in predstavitev primerov
16.30 Odmor
17.00 Okrogla miza – Sporočanje resnice bolniku z rakom

Sobota, 20. maja 2006**Raziskovanje in genetika**

Predsedujoča: Antonella Surbone in Kirsi Vahakangas

- 8.30 K. Vahakangas: Etična vprašanja pri molekularni epidemiologiji raka
- 9.15 A. Surbone: Etična in socialna plat genetskih raziskav
- 10.00 J. Trontelj: Embrionalne raziskave v onkologiji
- 10.30 Razprava in predstavitev primerov
- 11.15 Odmor za kavo

Osební pogledi

- 11.30. Baider: Razlike med spoloma in vloga negovalca v onkologiji
- 12.15 A. Surbone: Prispevek žensk k bioetiki
- 13.00 Razprava
- 13.15 Odmor za kosilo

Skrb za bolnika v zadnjem obdobju življenja

Predsedujoči: Lea Baider in Lidia Schapira

- 14.15 C. J. Fürst: Zdravnikove dolžnosti v času paliativne oskrbe bolnika
- 14.45 D. Razavi: Pogovor z bolnikom ob sprejemu v paliativno nego
- 15.15. Baider: Družina in bolnik v zadnjem obdobju življenja
- 15.45 Razprava in predstavitev primerov
- 16.15 Odmor
- 16.30 Okrogla miza – Razpota o negi bolnika ob iztekanju njegove življenjske poti
- 17.15 Zaključne besede: A. Surbone, M. Zwitter

Etika v onkologiji

V onkologiji zdravniki in medicinske sestre v svoji praksi izrazito doživljajo etične dvome. V klinični onkologiji so še posebej zapletena stanja, ki vzniknejo iz spoznanja o resnosti bolezni, iz bolnikove negotovosti in iz njegovega fizičnega in psihičnega trpljenja. Notranjo napetost in zapletenost odnosov razumemo tudi preko spoznanja, da rak ni le bolezen bolnika, temveč cele bolnikove družine. Etične dileme se porajajo iz družbenih in kulturnih različnosti v razumevanju vprašanj, kot so diagnoza, zdravljenje s pričakovanimi sopojavi in prognoza ter odločitve, povezane z zadnjim obdobjem življenja. Nove etične dileme se porajajo pri kliničnih študijah in pri raziskavah v genetiki. Tečaj o etiki v onkologiji bo udeležence seznanil s teoretičnimi in praktičnimi izhodišči za reševanje etičnih vprašanj v onkologiji. V interaktivnem sodelovanju bodo udeleženci in predavatelji lahko posvetili veliko časa splošnim razpravam in tudi neposrednim osebnim pogovorom.

Tečaju predsedujeta: Antonella Surbone in Matjaž Zwitter

Koordinator: Antonella Surbone

Predavatelji:

Lea Baider, Sharett Institute of Oncology, Hadassah University Hospital, Jeruzalem, IL, Jan Foubert, Institute Jules Bordet, Bruselj, BE, Carl J. Fürst, Palliative Care Unit, Stockholms Sjukhem, Stockholm, SE, Steven Joffe, Dana-Farber Cancer Institute, Boston, US, Tore Nilstun, Medicinsk Etik, Lund, SE, Darius Razavi, Université Libre de Bruxelles, Bruselj, BE, Lidia Schapira, Massachusetts General Hospital, Boston, US, Antonella Surbone, European School of Oncology, Milano, IT, Borut Telban, Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Ljubljana, SI, Jože Trontelj, Komisija za medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravje, Ljubljana, SI, Kirsi Vähäkangas, University of Kuopio, FI, Matjaž Zwitter, Onkološki inštitut, Ljubljana, SI

Prijavnica

za tečaj je objavljena na spletni strani Onkološkega inštituta Ljubljana
W: www.onko-i.si
(pot: Raziskovanje in izobraževanje/Strokovne prireditve/Strokovne prireditve za zdravnike)

DELOVNA MESTA

Javni zavod Zdravstveni dom Slovenska Bistrica

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista splošne/družinske medicine oziroma zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s polnim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne/družinske medicine,
- usposobljenost za delo na urgenci,
- znanje slovenskega jezika.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov: JZ Zdravstveni dom Slovenska Bistrica, Partizanska ulica 30, 2310 Slovenska Bistrica v roku 15 dni od dneva objave tega razpisa.

Zasebna zobna ordinacija s koncesijo Mojca Šmigoc, dr. dent. med.,

zaposli

doktorja dentalne medicine

za delo v zasebni ordinaciji.

Zaposlitev je za določen čas – tri mesece (januar – april 2006), s polnim ali delnim delovnim časom.

Informacije: Mojca Šmigoc, dr. dent. med.,

Gregorčičeva 5, 3000 Celje, GSM: 041 353 069.

Zdravstveni dom Bohinj

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista pediatra (m/ž)

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete in opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije ali dovoljenje za delo v RS,
- vozniški izpit B-kategorije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo tri mesece.

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

Rok prijave: 30 dni

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov: Osnovno zdravstvo Gorenjske, Zdravstveni dom Bohinj, Triglavska cesta 15, 4264 Bohinjska Bistrica.

O izbiri bomo kandidate obvestili v 30 dneh po zaključku objave.

Splošna bolnišnica Maribor

želi zaposliti

zdravnika specialista patologa (m/ž)

Pogoji:

- zdravnik specialist navedene dejavnosti,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas, s štirimesečnim poskusnim delom. Prednost pri izbiri bo imel kandidat z delovnimi izkušnjami.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v osmih dneh po objavi na naslov: Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor.

Zdravstveni zavod doktor Lovše iz Maribora

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika (m/ž)

za delo v ambulanti splošne medicine in medicine dela.
Delo je za polni delovni čas, za določen čas – eno leto, z možnostjo zaposlitve za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta in opravljena specializacija splošne medicine ali končana medicinska fakulteta ter opravljen sekundarijat,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije,
- poskusno delo štiri mesece.

Prijave pošljite na naslov: Zdravstveni zavod doktor Lovše, Kopitarjeva 2, 2000 Maribor.

Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica

objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika (m/ž)

v Zdravstveni postaji Loški Potok za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta dentalne smeri,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- eno leto delovnih izkušenj,
- znanje slovenskega jezika.

Poskusno delo traja štiri mesece.

Kandidati naj prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov: Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica, Tajništvo, Majnikova 1, 1310 Ribnica, v roku 15 dni po objavi.

Zdravstveni dom Litija

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika splošne medicine (m/ž)

v splošni ambulanti in ambulanti za nujno medicinsko pomoč.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom. Nastop dela januarja 2006 oziroma po dogovoru.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta, oddelek splošne medicine,
- opravljen strokovni izpit ali sekundarijat,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije.

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Litija, Partizanska pot 8 a, 1270 Litija.

Zdravstveni dom Ljutomer

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista splošne medicine ali zdravnika oziroma zdravnika po opravljenem sekundarijatu v dejavnosti splošne medicine (m/ž)

za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- specialistični izpit iz splošne medicine ali strokovni izpit in opravljen sekundarijat s preizkusom usposobljenosti,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za delo na področju splošne medicine,
- državljanstvo Republike Slovenije in znanje slovenskega jezika.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Ljutomer, I. slov. tabora 2, 9240 Ljutomer.

Obvestila o opravljeni izbiri bomo prijavljenim kandidatom poslali v 30 dneh po končanem zbiranju prijav.

Javni zavod Zdravstveni dom Radeče

objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika (m/ž)

v ambulanti za odrasle.

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas (za 18 mesecev). Poskusno delo v skladu z določili Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno delovne izkušnje – eno leto.

Rok za oddajo vlog je 15 dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis pošljejo na naslov: Javni zavod, Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče. Za vse dodatne informacije pokličite na T: 03 568 02 00 (v. d. direktorice Ingrid Kus Sotošek, dr. med.).

Zdravstveni dom Logatec

razpisuje prosto delovno mesto

zdravnika splošne medicine (m/ž)

za delo v splošni ambulanti, urgentni službi in Centru za zdravljenje odvisnosti.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne/družinske medicine,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije.

Delovno razmerje bomo sklenili za določen čas (eno leto), s polnim delovnim časom z možnostjo podaljšanja za nedoločen čas. Pričetek dela 1. 1. 2006.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev v 15 dneh na naslov: Zdravstveni dom Logatec, Notranjska 2, 1370 Logatec.
Dodatne informacije: 01 745 12 17.

Center za vojne veterane, SPS Interna klinika – KC Ljubljana, Bolnica dr. Petra Držaja

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika splošne medicine (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta in opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Prijave pošljite na naslov:
Tajništvo, Center za vojne veterane, SPS Interna klinika, KC Ljubljana, Bolnica dr. Petra Držaja, Vodnikova 62, 1000 Ljubljana.

Informacije lahko dobite v tajništvu CVV, T: 01 583 81 10, 522 55 65 ali osebno.

Zdravstveni dom Ivančna Gorica

zaposli

zdravnika specialista pediatrije ali zdravnika splošne medicine.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta s strokovnim izpitom, specialistični izpit iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

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

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov: Zdravstveni dom Ivančna Gorica, Cesta II. grupe odredov 16, 1295 Ivančna Gorica.

Za dodatne informacije pokličite na T: 01 781 90 20.

Zaradi širitve programa s strani zavarovalnice

bi želeli zaposliti

zdravnika (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit oziroma sekundarijat s preizkusom usposobljenosti,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne medicine,
- znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije oziroma dovoljenje za delo,
- vozniški izpit B-kategorije,
- usposobljenost za delo na urgenci.

Delo se bo opravljalo v ambulanti družinske medicine, za nedoločen čas, poizkusno delo štiri do šest mesecev.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov:
RPH – družinska medicina d. o. o., Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka.

Gib sistem d.o.o.

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista fizikalne in rehabilitacijske medicine (m/ž)

Pogoji:

- opravljena specializacija iz fizikalne in rehabilitacijske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

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

Pisne prijave pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: mag. Dušan Kaloper, dr. med., Gib sistem d.o.o., Gasparjeva ulica 1, 1000 Ljubljana.

Pred sklepanjem o izboru se bomo z vsemi kandidati pogovorili osebno. O izbiri bomo kandidate obvestili v 30 dneh po objavi razpisa.

Zasebna zobozdravstvena ordinacija s koncesijo v Ljubljani

honorarno zaposli

zobozdravnico ali zobozdravnika

Pozneje možnost redne zaposlitve.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,

Informacije na GSM: 040 266 375.

OGLASI

DIAGNOSTIČNI CENTER BLEĐ

UGODNO PRODAMO RABLJEN

APARAT ZA RENTGENSKE PREISKAVE

GE PRESTILIX 1600

- diagnostični sistem za rentgensko slikanje
- primeren za vse običajne rentgenske preiskave
- 380 V, 50 Hz
- standard IEC, UL in CSA
- diaskopsko slikanje
- nova rentgenska cev

Informacije na telefon: (04) 5798 293

e-pošta: anita.bogataj@dc-bleđ.si

Ugodno prodam rabljeni:

1. Kolposkop – optični – Zeiss/Jena
2. Ginekološko mizo

Informacije na GSM: 041 735 557.

Smo podjetje z bogatimi izkušnjami na področju računovodstva in davčnega svetovanja za pravne osebe in zasebnike odvetnike, notarje in predvsem za zdravstvo.

Vodilo pri našem delu je: DOBER NASVET PRIHARNEK DENARJA. Računovodske in davčne storitve opravljamo strokovno in ažurno po konkurenčnih cenah. Možnost sodelovanja na elektronski način. Za več informacij si oglejte spletno stran: www.ds-karba.si. ali pa nas pokličite na številko: 02 234 66 50, Nevenka Karba, s.p., 2000 Maribor.

Pripravljamo novo knjigo **Spoznajmo in preprečimo možgansko kap**

Anatomija in fiziologija živčevja • Razvrstitev možgansko-žilnih bolezni • Mehanizmi možgansko-žilnih bolezni • Genetske osnove možgansko-žilnih bolezni • Epidemiologija možgansko-žilnih bolezni v svetu in Sloveniji • Dejavniki tveganja za možgansko-žilne bolezni • Zvišan krvni tlak kot najpomembnejši dejavnik tveganja za možgansko-žilne bolezni • Znaki možganske kapi • Demenca zaradi možgansko-žilne bolezni • Znotrajlobanjske krvavitve • Diagnostika možgansko-žilnih bolezni • Zaznavanje mikroembolov s transkranialno doplersko sonografijo • Slikovna radiološka diagnostika možgansko-žilnih bolezni • Ultrazvočne preiskave karotidnih in znotrajlobanjskih arterij • Tridimenzionalna ultrazvočna preiskava karotidnega debla • Motnje vida pri bolnikih z možgansko-žilnimi boleznimi • Zdravljenje sveže ishemične možganske kapi s trombolizo • Primarna in sekundarna preventiva ishemičnega možgansko-žilnega dogodka • Antikoagulantna zaščita v primarni in sekundarni preventivi ishemičnega možgansko-žilnega dogodka • Odprto ovalno okno • Karotidna angioplastika – nova metoda preprečevanja možganske kapi • Kirurški poseg na vratnih arterijah zaradi aterosklerotičnih zožitev • Ultrazvočno spremljanje možganskega krvnega pretoka med kirurškim zdravljenjem karotidne zožitve • Endovaskularno zdravljenje možganskih anevrizem in arteriovenski malformacij • Kirurško zdravljenje spontanih možganskih krvavitvev • Zgodnja kompleksna rehabilitacija bolnikov z možgansko-žilnimi boleznimi • Nevropsihološka rehabilitacija v bolnišnici • Motnje požiranja pri bolnikih po možganski kapi • Rehabilitacija bolnikov z možgansko-žilnimi boleznimi v specializirani rehabilitacijski ustanovi • Poti do izgubljenega govora za bolnike z afazijo in njihove sivoce v času rehabilitacije • Govorno-jezikovne motnje po možganski kapi • Psihološka rehabilitacija po možganski kapi – ali kako iz žrtve postati zmagovalec življenja vključno s prikazi primerov • Delovna zmožnost in poklicna rehabilitacija • Ni tako, kot je bilo, tudi ni bilo in sedaj ni lahko, pa vendar gre na bolje zgodbi • Pravica do rehabilitacije v naravnem zdravilišču in medicinsko-tehničnih pripomočkov po možganski kapi • Kakovost življenja bolnika po možganski kapi • Prehrana in hranjenje • Obravnava bolnikov z možgansko-žilnimi boleznimi v ambulanti družinskega zdravnika • Psihiatrične bolezni pri bolnikih z možgansko-žilnimi boleznimi • Nega bolnika po možganski kapi • Obravnava in rehabilitacija bolnikov po možganski kapi v domu zastarejše občane • Kako do boljše kakovosti življenja po možganski kapi • Možganska kap po tradicionalni kitajski medicini • Joga – ajurveda po kapi • Telesna dejavnost in možganska kap • Življenje bolnikov z možganskimi boleznimi v okviru združenja bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo Slovenije • Lajšanje bolečine bolnikom z možgansko-žilnimi boleznimi • Motnje spolnosti pri bolnikih z možgansko-žilnimi boleznimi • Motnje sfinktrov pri bolnikih z možgansko-žilnimi boleznimi • Ocenjevanje invalidnosti, telesne okvare in potrebe po pomoči in postrežbi drugega v invalidskih komisijah



NAROČILNICA

FIZIČNA OSEBA

Ime in priimek

Naslov

Poštna številka in pošta

Zavezanec za DDV (obkroži) DA NE Davčna številka

• za člane Društva za zdravje srca in ožila Slovenije in naročnike revije "Za srce" 2900 SIT

• za vse ostale kupce pa 3900 SIT

Kupnino bomo poravnali v 15-ih dneh po prejemu računa. V ceno je vračunan 8,5% DDV. Kraj in datum

Naročilnico pošljite na naslov: **Društvo za zdravje srca in ožila Slovenije, Dunajska 65, 1000 Ljubljana ali po faksu: 01/436-12-66. Knjigo lahko naročite tudi po e-pošti: društvo.zasrce@siol.net**

PРАВNA OSEBA

Podjetje, ustanova ali podobno

Naslov

Poštna številka in pošta

Nepreklicno naročam-o izvodov knjige "Možganska kap" po ceni

Žig Podpis



Protetična oskrba pacientov s prizadetimi obzobnimi tkivi

Dušan Šušterčič

Sekcija za Stomatološko protetiko pri SZD vsako drugo leto organizira dvodnevni strokovni posvet na Bledu, kjer obravnavamo izbrano tematiko s področja stomatološke protetike, pogosto pa je vsebina na srečanjih tudi interdisciplinarna. Tema letošnjega posveta, 16. po vrsti, ki je potekal od 7. do 8. oktobra, je bila »Protetična oskrba pacientov s prizadetimi obzobnimi tkivi«.

Že v pozdravnem nagovoru je predsednik sekcije doc. dr. Igor Kopač poudaril, da je za estetsko in funkcionalno uspešnost našega dela poleg natančne izvedbe protetične oskrbe pomembna diagnostika prizadetih obzobnih tkiv in nato določitev vseh pripravljanih postopkov pred dokončno protetično oskrbo. Pri pacientih s prizadetimi obzobnimi tkivi načrtujemo protetično rehabilitacijo v sodelovanju s parodontologom. Glede na razširjenost boleznih obzobnih tkiv, tej problematiki pri vsakdanjem kliničnem delu posvečamo premalo pozornosti, zato je bilo osnovno vodilo pri izbiri glavne teme letošnjega strokovnega srečanja.

Običaj je, da namenimo en dan strokovnega programa tujim predavateljem, drugi dan pa prispevkom domačih avtorjev. Za tako programsko shemo smo se odločili tudi letos. V Slovenijo smo ponovno povabili profesorja dr. Michaela Henersa, protetika, ki vodi Akademijo za podiplomsko izobraževanje v Karlsruhe v Nemčiji. Kot vabljeni predavatelj se je pred leti že udeležil podobnega srečanja.

Takrat je poglobljeno predstavil sistem konusnih prevlek kot enega od zelo uporabnih, a hkrati zahtevnih retencijskih in stabilizacijskih sistemov za parcialno protezo. Od takrat dalje se tudi pri nas ta metoda vse bolj uporablja pri bolnikih, ki imajo ohranjeno manjše število zob ali pa so ti kot nosilci delne proteze manj primerni. Čeprav je postopek tehnološko zahteven, pa je omogočil marsikateremu pacientu funkcionalno boljšo protetično oskrbo v primerjavi s klasično pripravo za parcialno protezo z namenskimi prevlekami.

Letos sta prof. Heners in njegov sodelavec dr. Tröger v celodnevem sklopu predavanj

z naslovom »Kompleksni klinični primeri pacientov s parodontitisom – integracija parodontoloških, implantoloških in protetičnih ukrepov« našim udeležencem posveta prikazala svoje poglede in izkušnje pri načrtovanju zdravljenja in protetične oskrbe pacientov s prizadetimi obzobnimi tkivi. V uvodnem delu je prof. Heners najprej poglobljeno razpravljal o načelih protetične oskrbe pri pacientih s parodontalno boleznijo. Med drugim je poudaril, da vnetje obzobnih tkiv lahko poteka nepredvidljivo in da je priporočljivo do faze stabilizacije boleznih protetične paciente oskrbeti z dolgotrajnimi provizoriji, kar je dokumentiral tudi s kliničnimi primeri. Dokončna oskrba je pri pacientih z zadostnim številom zob nosilcev največkrat fiksna konstrukcija, pri zmanjšanem številu zob nosilcev ali pri njihovi neustrezni porazdelitvi pa svetuje uporabo

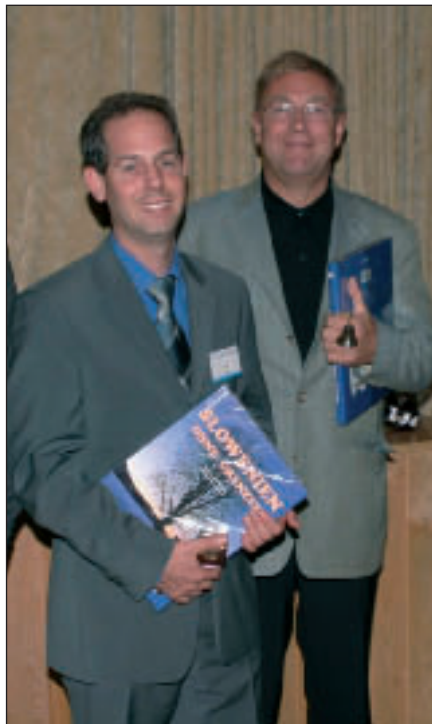
konusnih konstrukcij. Iz estetskega vidika so sicer včasih sporne, omogočajo pa pacientom izvajanje ustrezne ustne higijene, kar bistveno prispeva k trajnejši ohranitvi zob nosilcev z reducirano podporno površino.

Dr. Tröger, implantolog z Akademije za podiplomsko izobraževanje v Karlsruhe, je predstavil sodelovanje med protetikom in implantologom pri oskrbi pacientov s prizadetimi obzobnimi tkivi. Pojasnil je doktrino njihove ustanove glede uporabe implantatov pri parodontalno ogroženih pacientih. Podrobno je opisal smernice načrtovanja, dela in dejavnike tveganja, ki so po njegovih izkušnjah pogoj za uspešno implantološko oskrbo tovrstnih pacientov. Navedel je tudi že znane razlike med protetično-implantološkim načrtom pri snemni in fiksni stomatoprotetični rehabilitaciji v zgornji in spodnji čeljusti.

Oba avtorja sta svoj celodnevni prispevek popestrila z novostjo na naših strokovnih srečanjih. Med poslušalce sta razdelila različne delovne modele in diagnostične liste in vse udeležence posveta tako vzpodbudila k dejavni udeležbi. Po nekaj poslušalcev skupaj je na osnovi anamnestičnih podatkov, ki so jih dobili od predavatelja, načrtovalo protetično oskrbo pri stanju zob in obzobnih tkiv, ki so jih simulirali delovni modeli.

V zaključnih mislih je prof. Heners ponovno poudaril pomen pripravljanih postopkov pred protetično oskrbo, dovolj dolgo obdobje opazovanja in spremljanja poteka odziva obzobnih tkiv na posege parodontologa in še zlasti določitev časovnega in izvedbenega delovnega načrta od diagnoze do vstavitve končnega protetičnega izdelka.

Naslednji dan so bili na vrsti prispevki domačih avtorjev, ki so obravnavali tri ločene tematske sklope. V prvem prispevku je avtor razpravljal o pomenu bioloških dejavnikov za postavitve roba protetičnega siddra s stališča parodontologa. Prof. dr. Milan Petelin s Centra za ustne bolezni in parodontologijo je natančno opisal, do kod naj sega rob protetičnega siddra, da bi bil čim bolj prijazen obzobnim tkivom. Pomen biološke širine s protetičnega vidika je predstavil doc. dr. Igor Kopač s



Zadovoljna predavatelja po končanem srečanju (levo dr. Tröger, desno prof. dr. Heners)



Polno zasedena festivalna dvorana na Bledu.

Centra za fiksno protetiko. Predstavil je vpliv tehnoloških dejavnikov na velikost gingivalne špranje protetičnih sider in na kliničnih primerih prikazal, kako globina dlesninega žleba ali dimenzija dentogingivalnega kompleksa pomembno vplivata na določitev meje preparacije za fiksno-protetično sidro v odnosu do obzobnih tkiv.

Sistematičen pregled parodontalnokirurških pripravljalnih postopkov pred fiksno-protetično oskrbo je natančno in pregledno podal doc. dr. Dušan Grošelj s Centra za ustne bolezni in parodontologijo.

Sledil je sklop o sodobnih tehničnih in kliničnih postopkih v stomatološki protetiki. Pregled razvoja, laboratorijskega in kliničnega testiranja cirkonijevih zatičev, ki so rezultat domačega znanja in raziskav, je predstavil prof. dr. Ljubo Marion s Centra za fiksno protetiko.

Zatički so namenjeni dograditvi zobnih kron poškodovanih ali močno zabarvanih zob interkaninega področja, čemur sledi protetična oskrba s polnokeramičnimi prevlekami.

Računalniško podprto načrtovanje in izdelavo protetičnih konstrukcij s tehniko CAD/CAM je predstavil Slavko Brkič. Načelo tehnologije CAD/CAM je iz osnovnega mavčnega modela pridobiti digitalni virtualni model. Na njem računalniško načrtujemo in preko njega krmilimo napravo, ki nam izdela brezkovinsko polnokeramično ogrodje za fiksno-protetični izdelek.

Asist. mag. Čedomir Oblak s Centra za fiksno protetiko je predstavil novosti za izboljšanje trajnosti in zmanjšanje preobčutljivosti pri adhezijemskem cementiranju polnokeramičnih fiksno-protetičnih sider.

V zadnjem tematskem sklopu sta avtorja

obravnava implantološko-protetično oskrbo brezobne čeljusti vsak s svojega področja. Uspešnost osteointegracije sodobnih titanovih vsadkov – implantatov v zgornji in spodnji čeljusti je opisala doc. dr. Nataša Ihan s Kliničnega oddelka za maksilofacialno in oralno kirurgijo v Ljubljani. Uspešnost funkcionalne in estetske rehabilitacije brezobnega pacienta – »oralnega invalida« z implantatno podprto protezo je prikazal prof. dr. Nenad Funduk s Centra za snemno protetiko. Klasična metoda reševanja brezobne spodnje čeljusti s totalno protezo zlasti pri resorbiranih čeljustnih grebenih kaže funkcionalne pomanjkljivosti. Povsem drugače je pri izdelavi z vsadki podprte proteze, kjer je rehabilitacija brezobnega pacienta funkcionalno in estetsko uspešna.

Kot zadnji je nastopil asistent dr. Milan Kuhar s Centra za snemno protetiko z zanimivim prispevkom o klinični problematiki, ki ji v vsakodnevni praksi pogosto posvečamo premalo pozornosti in natančnosti. Predstavil je postopke in instrumentarij za poliranje sklenine in akrilatov v zobni ordinaciji. Poudaril je, da je poliranje sicer zadnji klinični postopek, vendar izredno pomemben, saj je akumulacija plaka na gladkih površinah zob in protetičnih izdelkih bistveno manjša kakor na nepoliranih površinah.

Posvet je bil namenjen zobozdravnikom, specialistom vseh strok dentalne medicine, specialistom in zobotehnikom. Zaradi aktualne problematike je bilo zanimanje za posvet veliko, saj se ga je udeležilo skoraj 500 zobozdravnikov in zobotehnikov. Upamo, da smo z izbiro glavne teme izpolnili pričakovanja udeležencev in tako prispevali k strokovni rasti kolegic in kolegov. ■



Srečanje učiteljev družinske medicine

Suzana Židanik

EURACT (European Academy of Teachers in General Practice), organizacija, ki se poglobljeno ukvarja s področjem izobraževanja znotraj evropske Wonce, je bila letos že drugo leto zapored pokroviteljica dvodnevnega seminarja učiteljev družinske medicine v Kranjski Gori.

Seminar oziroma izobraževanje je potekalo od 23. do 24. septembra 2005, kot nadaljevanje 15. mednarodne učne delavnice, ki je dobro znana najširšemu krogu slovenskih zdravnikov družinske medicine. Med lokalnimi organizatorji so bili dejavni zlasti predstavniki Združenja zdravnikov družinske medicine (ZZDM) in Katedre za družinsko medicino iz Ljubljane, veliko večino organizacijskega dela pa je opravil neumorni predsednik ZZDM, domačin iz Kranjske Gore, doc. dr. Janko Kernik, specialist splošne medicine. Seminarja se je udeležilo okoli 30 kolegov zdravnikov družinske medicine, tako iz Slovenije kakor tudi iz drugih večinoma evropskih držav (Avstrija, Hrvaška, Italija, Velika Britanija, Portugalska, Srbija in Črna gora, Izrael). Gostili smo tudi nekaj uglednih profesorjev iz tujine, kar je dalo srečanju poseben pečat.

Srečanje je bilo posvečeno pomembni strokovni temi na področju dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja študentov medicine, in sicer ocenjevanju v procesu poučevanja. Ta tema, ki je bila rdeča nit različnih predavanj, je bila predstavljena v treh vsebinskih sklopih. Kot uvod v vsak sklop smo poslušali plenarna predavanja učiteljev družinske medicine, ki so predstavili nacionalne in tudi bolj regionalne modele ocenjevanja znanja študentov in specializantov. Tako smo si ustvarili sliko, kako se ocenjuje znanje v Avstriji, Veliki Britaniji, na Hrvaškem in v Izraelu. Plenarnim predavanjem so sledile krajše predstavitve raziskav in strokovnih tem, povezanih z vsebino plenarnih predavanj. Med predavatelji je bilo več naših kolegov, ki so predstavili zelo raznolika področja (delo s specializanti, ocenjevanje zrelosti ambulantne, proces specializacije, vpeljevanje informacijske tehnologije). Poleg osebne strokovne rasti

domačih kolegov, ki se »brusijo« na takih predavanjih, sem opazila tudi primerljivost naših izobraževalnih programov s tujimi.

Tak seminar je hkrati tudi odlična priložnost za spoznavanje in uvajanje novih modelov poučevanja. Današnje metode ocenjevanja znanja so bolj večplastne in vsebinsko izpopolnjene od tistih, ki sem jih sama izkusila v času študija na fakulteti. Še vedno je »zlato standard« pisno in ustno preverjanje znanja, vendar se danes uporabljajo različne dodatne ocenjevalne metode, kakor npr. MCQ (multiple choice questions) – izbira pravilnega izmed več možnih odgovorov; pisanje eseja, MEQ (modified essay questions) – povsem odprta vprašanja; EMI (extended matching items) – iskanje povezav med postavljenimi vprašanji in pravilnimi odgovori, PMP (patient management problem) – stopenjska obravnava bolnika preko postopnega pridobivanja novih podatkov o zdravstvenem stanju bolnika, OSCE (objective structured clinical examination) – preverjanje praktičnih veščin, SP (standardised patient) – predstavitev značilnega bolnika, Triple Jump Exam – odgovarjanje na neko vprašanje s postopnim študijem in širjenjem znanja. S temi metodami dobi ocenjevalec podatke tako o podatkovem znanju posameznika kakor tudi o sposobnostih vrednotenja podatkov, obvladovanju praktičnih veščin, etičnosti ravnanja, ustreznosti čustvenih odzivov in sposobnostih sporazumevanja. Vsakega od naštetih dejavnikov ne moremo enakovredno ocenjevati z enakimi metodami, pač pa nam da ustrežnejšo oceno uporaba različnih naštetih ocenjevalnih metod. Uporaba več metod ocenjevanja je bolj objektivna, kakor če uporabljamo le eno. Omenim naj še posebej teoretični model ocenjevanja – t. i. Millerjevo piramido, ki pri ocenjevanju vključuje štiri ravni: vedeti, vedeti kako (nivoja znanja), pokazati kako in izvajati

(ravni veščine oz. klinične prakse). Vsak ocenjevalec bi se moral zavedati, da ima dobro ocenjevanje določena načela: 1. Vedno povej nekaj dobrega in nekaj slabega. 2. Spodbujaj in ne kritiziraj. 3. Bodi vzor za druge.

Predavanja in razprava so potekali v zelo sproščenem vzdušju, profesorje je bilo dovoljeno vprašati karkoli in na naša vprašanja so odgovarjali z velikim veseljem. Ta občutek sem pogrešala marsikdaj v študentskih klopeh, zlasti tedaj, ko je predavatelj zaključil svoje izvajanje z vprašanjem: »Če kdo ni česa razumel, naj sedaj vpraša!« Če primerjam predstavljene ocenjevalne modele z našimi, ki jih izvajamo na Katedri za družinsko medicino v Ljubljani, smo lahko kar ponosni. Na izpitih uporabljamo MCQ (multiple choice questions), OSCE (objective structured clinical examination) in MEQ (modified essay questions). Na seminarju predstavljene vsebine pa so izhodišče za uvajanje novih metod in izboljšanje starih. Zame je bilo pravo odkritje, da obstajajo računalniški programi, ki izračunavajo ustreznost zastavljenih izpitnih vprašanj glede na zahtevnost in sposobnost izločanja med kandidati z boljšim in slabšim znanjem.

Nenazadnje naj omenim še potrebo po izobraževanju ocenjevalcev – izpraševalcev. Nenehno se mora, da imajo strokovno medicinsko znanje, ampak se morajo naučiti ustreznega ocenjevanja in to znanje tudi obnavljati in nadgrajevati.

Kot vedno ob takih priložnostih, je prav, da zapišem in se v imenu slovenskih udeležencev zahvalim pokroviteljem seminarja, ki so s svojo finančno podporo krili stroške naših kotizacij: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, farmacevtsko podjetje Krka in Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport. ■

Najnovejša spoznanja na področju intenzivne medicine

Štefek Grmec

Svetovni kongres intenzivne medicine, ki je organiziran vsako četrto leto, zgoščeno predstavlja najnovejša spoznanja in pomeni veliko organizacijsko delo.

S očasno je od 27. do 31. avgusta 2005 v Buenos Airesu potekalo tudi svetovno srečanje zdravnikov intenzivne nege – pediatrov ter medicinskih sester, zaposlenih na intenzivnih enotah. Na kongresu je sodelovalo več kakor 130 vabljenih profesorjev, poleg tega je bilo sprejetih več kakor 600 prispevkov za ustno ali plakatno predstavitev. Naš prispevek »Grmec, Š., Mally, Š.: Does the vasopressin improve outcome in out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation of ventricular fibrillation and pulseless ventricular tachycardia« je bil sprejet za ustno predstavitev in izbran med 20 najboljših prispevkov, ki so kandidirali za nagrado v mednarodni kategoriji. Takšna ocena prispevka je pomenila veliko priznanje za našo službo. V ponedeljek, 29. avgusta, je v sklopu kongresa potekal posvet s področja travme, urgentne in kardiovaskularne medicine, ki sta ga vodila svetovno znani travmatolog, prof. David B. Hoyt iz San Diega, in prof. Gomez. Po končani predstavitvi sem z velikim zadovoljstvom sodeloval v zelo razgibani in pestri razpravi, kjer je prof. Hoyt še enkrat izpostavil pomen našega prispevka in nas povabil, da rezultate predstavimo v obliki celotnega prispevka. Prav tako je izrazil navdušenje nad konceptom urgentne medicine v Sloveniji in obljubil, da se bo z veseljem odzval na vabilo za predavatelja na naših kongresih.

Obsežnost srečanja morda lahko ponazorim s podatkom, da je celoten program srečanja predstavljen v posebni knjigi, ki zajema več kakor 200 strani. Kongres je potekal v obliki tečajev, vabljenih predavanj, srečanj s profesorji, plenarnih srečanj, razprav *pro et contra*, delavnic, posvetov in predstavitev plakatov. Tematsko je bil razdeljen na več enot: kardiovaskularna medicina (prsna bolečina, definicija akutnega miokardnega infarkta, akutni koronarni sindrom, hipertenzivna nujna stanja, pljučna embolija); etika (bioetična priporočila in smernice, odločanje o zdravljenju terminalnega bolnika); organizacija

intenzivnega oddelka in uporaba točkovnih lestvic; okužbe; jetrno popuščanje in presaditev; poškodba glave (smernice, poškodbeni subarahnoidalna krvavitev, terapevtska hipotermija, zvišan znotrajlobanjski tlak); pediatrija; ledvično popuščanje, elektroliti in acidobazno ravnotežje; respiratorna medicina (neinvazivno predihavanje, KOPB, masivna tromboembolija, ARDS, traheostomija); šok in sepsa (smernice, hemodinamsko opazovanje, opazovanje etCO₂ in tkivnega CO₂, nadomeščanje tekočin); travma in urgencia (katastrofna medicina, uporaba hipertonične raztopine NaCl). Od predkongresnih tečajev sem se imel priložnost udeležiti srečanj s področja akutne kardiologije in nevrologije. Na akutni kardiologiji smo obravnavali urgentno ehokardiografijo, aritmije, srčno popuščanje (uporabo levosimendana), akutni miokardni infarkt ter mehanične zaplete in kardiogeni šok, kardiogeno sinkopo, hipertenzivna nujna stanja, anevrizmo aorte, akutni koronarni sindrom, pljučno embolijo. Tečaj nevrologije je zajemal diagnostiko in oskrbo hude poškodbe glave, ishemične možganske kapi ter oskrbo epileptičnega statusa.

Predavanje prof. Chesnuta iz ZDA o hitri sekvenčni intubaciji (RSI) in na splošno o sedaciji in relaksaciji pri hudi poškodbi glavi je ponovno potrdilo, da je pristop z RSI nujen že

na predbolnišnični ravni, ter hkrati poudarilo pomen pravilnega opazovanja pri tovrstnih posegih. V istem tematskem sklopu je bilo nadvse zanimivo predavanje prof. Kissoona iz Kanade o pomenu skupinskega dela in dobre organiziranosti predbolnišnične oskrbe poškodb, posebej politravme.

Sklop predavanj pod naslovom Kardio-pulmonalno oživljanje je spodbudil zanimivo razpravo o že obstoječih vprašanjih. Ponovno je bil poudarjen pomen zunanje masaže srca, ki ima pri VT/VF-obliki srčnega zastoja prednost pred defibrilacijo, če zastoj traja več kakor pet minut. Inducirana hipotermija naj bi predstavljala del algoritma oživljanja, ker bistveno izboljša nevrološki izid po oživljanju. Razpravljali smo tudi o indikacijah za trombolizo pri oživljanju, ki se odporno na celotno terapijo in kjer se predvideva, da bi lahko bil vzrok zastoja akutni miokardni infarkt ali pljučna embolija.

Argentina in Buenos Aires sta se kljub lastnim težavam socialne nestabilnosti pokazala kot izjemno prijazna in organizirana gostitelja. Šarm, evropski pridih z južnoameriškim temperamentom in živahne ulice velemesta s pestro zgodovino so se impresivno vselile v spomin ter zelo hitro povzročile nostalgično vzdušje.

Naslednji kongres bo čez štiri leta v Italiji.



SPLETNA STRAN ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE <http://www.zzs-mcs.si>

Motnje prehranjevanja

Katja Šoštarič Likar

Tradicionalno se pediatri srečujemo na strokovnih sekcijah štirikrat v enem letu.

Tretja se zgodi jeseni nekje zunaj Ljubljane. Letos smo bili za organizacijo zadolženi goriški pediatri. 7. oktobra smo se srečali v hotelu Perla v Novi Gorici.

Srečanje se je pričelo z lepim in izraznim plesom skupine Vrtiljak, varovancev Zavoda za invalidne otroke iz Vipave. Marsikdo je dobil solzne oči, ki so jih izvabili iz nas pogledi otrok, ko so na vozičkih v ritmu valčka, džajfa in tanga spremljali svoje spremljevalce.

Pozdravne nagovore so imeli Mirko Brulc, župan občine, občutljiv za otroške tegobe, ker je bil sam šolnik, Darko Žiberna, direktor Bolnišnice F. D. v Šempetru pri Gorici in Ruben Bizjak, ki je vodil organizacijski odbor srečanja.

V petkovem dopoldnevu smo obravnavali Motnje prehranjevanja.

Na Goriškem je bila pred petimi leti opravljena raziskava o kakovosti prehrane in prehranjevalnih navad srednješolcev. Sonja Valič je potrdila naše domneve o nezdravem prehranjevanju pri več kakor tretjini dijakov. Dijaki uživajo premalo zelenjave in sadja ter mleka in mlečnih izdelkov. Pri polovici kosilo po sestavi ne ustreza načelom zdravega obroka. Dekleta imajo bolj nezdravo prehrano, uživajo manj jajc in mesa, imajo manj obrokov in se telesno manj gibljejo. Večji delež deklet je nezadovoljen s telesno težo. Mladi se želijo zdravo prehranjevati, vendar nimajo dovolj znanja, zato je treba izobraževati mlade in odrasle, ki ponujajo prehrano mladim – starše, šolo in lokalno skupnost.

Nevenka Bratanič nam je klinično pojasnila zgodnje prepoznavanje telesnih znakov motenj hranjenja. Anoreksija nervoza in bulimija sta najpogostejši motnji prehranjevanja, ki sta prisotni pri od 0,1 do enim odstotku vseh deklic in mladih žensk. Pri dečkih se pojavlja redkeje, le 10 odstotkov vseh primerov predstavljajo fantje. Zgodnja oblika, ki se pojavlja pred puberteto, je tudi pri dečkih visoka, do 30 odstotkov vseh primerov. V našem okolju opazujemo vedno več takih motenj, ki se vodijo multidisciplinarno: v ambulanti za motnje v razvoju, specialistično s pediatrično pomočjo na sekundarni ravni in pri izbranem otroškem

zdravniku. Anoreksija nervoza je takoj za astmo in debelostjo tudi ena najbolj pogostih kroničnih bolezni v otroški dobi.

Maja Klemenc in Dimitrij Klančič sta prikazala primer bolnice s hipokaliemijo. Bolnica se je zdravila že kot deklica na pediatričnem oddelku zaradi splošne slabosti, ker je iz debelosti načrtno shujšala več kot 40 kg. Nato je bil zaradi hipokaliemije ugotovljen tumor nadledvične žleze. Bila je operirana v KC v Ljubljani. Pozneje so še ugotavljali hipokaliemijo in prejemale je kalij v obliki tablet. Pred dvema letoma, po smrti očeta, je imela zopet več težav. Ponovno je bila na diagnostičnih preiskavah, kjer so izključili primarni aldosteronizem. Pri bolnici je prišlo tudi do porasta dušikovih retentov, tako da je potrebovala prehodno dializo. Premeščena je bila na endokrinološko kliniko v Ljubljani za nadaljnjo diagnostiko. V bolnišnici so sestre opazile, da bolnica skrivaj bruha po vsakem obroku. Po temeljitem pogovoru s kliničnim psihologom je priznala, da ima že več kakor 10 let bulimijo. Poučen primer za vse nas.

Kako se spopadajo s to težavo psihologi, nam je zelo nazorno orisala klinična psihologinja gospa Prezelj. Med vzroki je pogosto v ospredju družina, ki je nesposobna krepitve odraščanja in osamosvajanja. Psihološke značilnosti, kot so perfekcionizem, občutljivost za pripombe, velika želja

po uspešnosti ter prilagajanje potrebam drugih pri mladoletnih deklicah in tudi mlajših, so pogosto prvi korak k odločitvi za zavestno omejevanje hrane. Vedeti moramo, da preteče nekaj mesecev ali celo let, preden se tudi navzven pokažejo znaki, ker dekleta odlično manipulirajo s starši in okolico, zato seveda posledično tudi zdravljenje in vodenje traja več let. Potrebna je vztrajnost in potrpežljivost na vseh ravneh.

Motnje prehranjevanja se pojavijo tudi pri kroničnih boleznih v otroškem obdobju, ki jih je v celoto strnil strokovni vodja srečanja dr. Tadej Battelino.

Srečanje so omogočili: HIT Nova Gorica, Kolinska - Milupa, Fructal, Vipavska klet, Medis, Galex, Novartis, Glaxo in Pliva. ■

Diabetes v otroški dobi

Breda Prunk Franetič

Verjeli ali ne, le še dobrega pol leta nas loči od pete obletnice rtiških srečanj. 28. maja 2005 je namreč potekalo četrto srečanje pediatrov in šolskih zdravnikov v Mladinskem zdravilišču in letovišču Debeli rtič. Izbrali smo nadvse zanimivo in aktualno temo »Diabetes v otroški dobi.« Udeležba je bila še številčnejša kakor prejšnja leta. Zbralo se nas je kar 80 pediatrov in šolskih zdravnikov iz vse Slovenije. Število udeležencev je bilo nedvomno pogojeno z bogatim strokovnim programom, ki so ga skrbno pripravili kolegi z endokrinološkega oddelka Pediatrične klinike v Ljubljani.

Po kratkem kulturnem programu otrok z zdraviliškega oddelka in pozdravnemu nagovoru je vodenje strokovnega dela prevzela voditeljica asist. mag. Nataša Uršič Bratina z endokrinološkega oddelka pediatrične klinike v Ljubljani. Že vrsto let vodi obnovitveno rehabilitacijo otrok s sladkorno boleznijo v Mladinskem zdravilišču Debeli rtič. V svojem prispevku »Diabetes od nekoč do danes« nas je popeljala v davno leto 1922, ko je bil prvič uporabljen inzulin pri otroku, pa vse do danes, ko ima inzulinsko črpalko v Sloveniji že 350 otrok s sladkorno boleznijo, 192 pa jih na to možnost zdravljenja še čaka. Če se so v začetku 20. stoletja ukvarjali z vprašanjem preživetja sladkornega bolnika, se danes pogovarjamo o kakovosti življenja, doseganju meja in izpolnjevanju lastnih ciljev. Uspešnost zdravljenja je odvisna tudi od izobraževanja in samodiscipline bolnikov. Sodobni pripomočki z računalniško podporo omogočajo natančno odmerjanje inzulina in tako manjša nihanja krvnega sladkorja, kar zmanjšuje pozne zaplete sladkorne bolezni. Uspešnost okrepljenega zdravljenja temelji na skupinskem delu. Sladkorna bolezen narašča, v Sloveniji vsako leto zbolijo od 45 do 50 otrok. Severovzhodni predeli imajo nižjo pogostnost, višja pa je v gosto naseljenih predelih zahodne in osrednje Slovenije. »V zadnjem desetletju smo uvedli veliko novosti, ki so otrokom in mladostnikom s sladkorno boleznijo olajšale vsakdan in izboljšale presnovno urejenost,« je zaključila dr. Bratina.

Asist. Nina Bratanič je opozorila na povečano pogostnost pojavljanja nekaterih



Zasedli smo tudi vse dodatne stole.

avtoimunskih bolezni, na primer celiakije in Hashimotovega vnetja ščitnice pri otrocih s sladkorno boleznijo. Prav tako so pogostejše motnje hranjenja, predvsem pri dekletih. V njihovo obravnavo sodijo redni kontrolni pregledi, posveti po telefonu in elektronski pošti, štetje ogljikovih hidratov, telesna dejavnost, psihoterapevtska obravnava in seveda zdravljenje z zdravili.

O praktičnih nasvetih bolniku pri nenadnih zapletih sladkorne bolezni je spregovorila Ivica Zupančič, dipl. med. sestra. Najpogostejši zaplet je hipoglikemija, to je klinično stanje, ko pade sladkor pod 3,5 mmol/l. Občutek hipoglikemije lahko nastopi tudi pri višjih vrednostih, kadar krvni sladkor hitro pade. Najpogosteje je posledica opuščene, premajhne ali prepozno zaužitega obroka, prevelike ali nenačrtovane telesne dejavnosti, prevelikega odmerka ali prehitrega vsrkavanja inzulina. Opozorila je na posebnosti ukrepanja pri hipoglikemiji bolnikov z inzulinsko črpalko. Vsekakor otroka s hipoglikemijo ne smemo pustiti samega in še 15 minut potem mora počivati. Poudarila

je pomen športne dejavnosti pri sladkornem bolniku, saj pomaga pri vzdrževanju primerne telesne teže, poveča porabo sladkorja, izboljša presnovno urejenost, izboljša se občutljivost telesa na inzulin, poveča se raven zaščitnega holesterola HDL in zmanjšuje se nevarnost srčno-žilnih bolezni. Pomembno je, da bolnik izbere športno dejavnost, ki je primerna njegovi telesni zmogljivosti in najbolje je, da poteka trening eno do dve uri po obroku. Odvisno od vrste športa je moč inzulinsko črpalko odklopiti med vadbo. V zaključku je poudarila, da z dobrim vodenjem bolezni lahko preprečimo veliko hipoglikemij, da pravilno ukrepanje ob hipoglikemiji zmanjša nevarnost trajnih posledic in da s športno dejavnostjo sicer ne moremo nadomestiti inzulina, lahko pa pripomoremo k boljši presnovni urejenosti. Šoloobvezni otroci s sladkorno boleznijo lahko enkrat na leto koristijo 14-dnevno obnovitveno rehabilitacijo, ki jo izvajajo zdravniki in medicinske sestre endokrinološkega oddelka pediatrične klinike v Mladinskem zdravilišču Debeli rtič. Otroci v tem času obiskujejo šolo za vodenje in samonadzor bolezni.

O prehrani otroka s sladkorno boleznijo z obveznim štetjem ogljikovih hidratov v obroku in prilagajanja odmerkov insulina, je spregovorila Andreja Širca Čampa, dipl. inž. živ. teh.

V nadaljevanju sem predstavila program zdraviliškega zdravljenja otrok in mladostnikov do 18. leta starosti v Mladinskem zdravilišču Debeli rtič. Namenjen je otrokom s kronično boleznijo dihal in kože ter po poškodbah in operacijah na gibalnem aparatu. Čeprav pogostnost astme in drugih alergijskih bolezni narašča, prav tako strmo narašča tudi število poškodb v otroški dobi, pa opažamo upad napotitev otrok na zdraviliško zdravljenje (graf 1).

znanimi 20.064 nemedicinskimi oskrbnimi dnevi s strani ZZZS (pogodba) se od leta 2001 znižuje, največji padec smo zaznali v letu 2005.

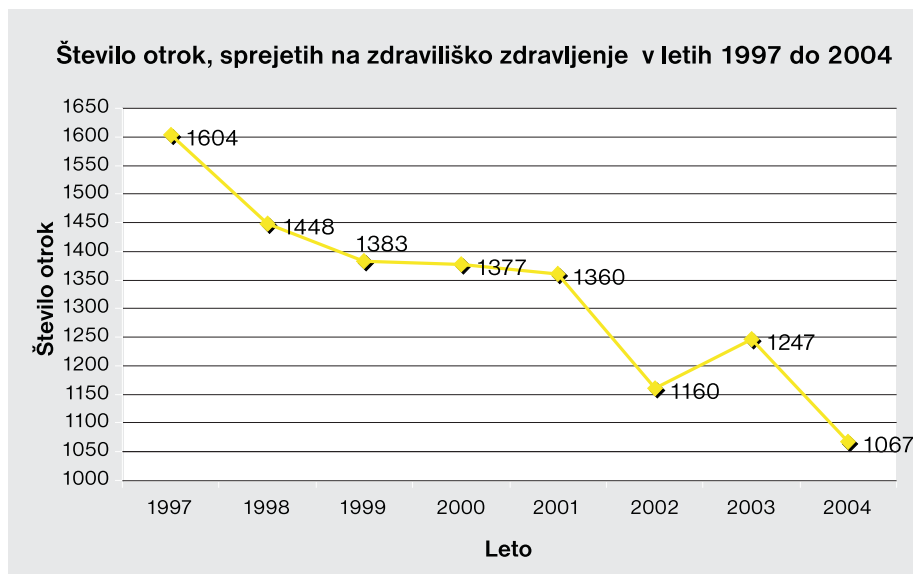
Do **maja** 2005 je bila uresničitev števila nemedicinskih oskrbnih dni v primerjavi z letom 2004 celo nekoliko višja (za 110 dni), v **juniju** pa je izpad nemedicinskih oskrbnih dni v primerjavi z letom 2004 za 618 (ind. 74,6), v **juliju** je bilo 1974 NOD manj (ind. 70,6) in v **avgustu** 1628 NOD manj (ind. 60,8) v primerjavi z letom 2004. Največji izpad poslanih odločb – napotnic je v območni enoti ZZZS Ljubljana (za **junij** je ind. 42, v **juliju** ind. 38, v **avgustu** ind. 29). Pediatri in šolski zdravniki

v skladu z zahtevami standarda napotitve. Sočasno poteka tudi ustrezno izobraževanje staršev in otrok o vodenju kronične bolezni in številne zdravstveno-vzgojne delavnice. S skupinskim delom poskušamo doseči cilj zdraviliškega zdravljenja:

- preprečevati poslabšanje kroničnih bolezni,
- preprečevati neobrnljive spremembe ter normalizirati pljučne in druge funkcije,
- izboljšati telesni in psihosocialni položaj ter vzpostavljati pogoje za dolgoročno ugoden izid bolezni ali motnje,
- krepi osebno in spoznati, da je ob dobro vodeni kronični pljučni bolezni kakovost življenja bolnega otroka primerljiva s kakovostjo njihovih zdravih vrstnikov,
- spoznati, da kronična bolezen ne ovira športne dejavnosti.

Hvala voditeljici, vsem predavateljem, udeležencem, nastopajočim in vsem, ki ste kakorkoli pripomogli k izvedbi strokovnega srečanja. Srečanje so omogočili: Zaloker-Zaloker d. o. o., Medis d. o. o., Novo nordisk, Roche diagnostics, Zepter Slovenica d. o. o., Droga Kolinska, Vinogradnik in vinar Milan Markočič, Ledo d. o. o., Geaproduct d. o. o., Vigros d. o. o., Fructal živilska industrija d. o. o., Nektar – natura d. o. o., Vinakoper d.o.o.

»Rtiška srečanja« so se uveljavila, dobimo se ponovno zadnjo soboto v maju 2006, ko bomo praznovali peto obletnico. Pristrčno vabljeni!



Graf pokaže, da je zdraviliško zdravljenje odobreno vse manjšemu številu otrok. Leta 2005 je bilo do konca avgusta v našo ustanovo napotenih le 714 otrok. V osmih letih se je torej število prepolovilo.

Indeks izpolnitve NOD v primerjavi s pri-

se sprašujemo, če to pomeni ukinjanje zdraviliškega zdravljenja otrok.

Program zdraviliškega zdravljenja poteka skupinsko in individualno, odvisno od starosti otrok, zmogljivosti in teže bolezni in seveda

Število otrok in doseženih NOD (nemedicinskih oskrbnih dni) od leta 2001 do leta 2005

Leto	Število sprejetih otrok	Število doseženih nemedicinskih oskrbnih dni	Indeks izpolnitve/pogodba
2001	1360	19.287	96,1
2002	1160	16.095	80,2
2003	1247	16.827	83,8
2004	1067	14.659	73,0
do 31.8.2005	714	9.755	48,8



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

Svetovni kongres perinatalne medicine

Faris Mujezinović

Svetovno združenje perinatalne medicine je skupaj s hrvaškim združenjem za perinatalno medicino organiziralo 7. svetovni kongres perinatalne medicine.

Projekt so sestavljali štiri deli – dva predkongresna tečaja in kongres, dogajanje je potekalo od 21. do 24. septembra 2005 v Zagrebu, pokongresni tečaj v obliki šole za ultrazvok v porodništvu in ginekologiji Ian Donald Inter-University pa od 25. do 26. septembra v Dubrovniku.

Pri organizaciji kongresa so sodelovala tudi perinatološka združenja Madžarske, Slovenije, Bosne in Hercegovine ter Srbije in Črne gore.

Kongres je zajel najnovejša dogajanja na področju perinatalne medicine v obliki 160 predavanj in velikega števila plakatov.

Udeleženec je bil prisiljen ves čas izbirati, kar ni vedno enostavno uresničiti, zato je bil posameznik včasih razočaran nad lastnim izborom in jezen zaradi zamujene priložnosti, da bi slišal kaj drugega.

Od dveh predkongresnih tečajev, ki sta potekala hkrati, sem izbral prvega z naslovom Presejanje v prvem trimesečju nosečnosti prof. Nicolaidesa iz Londona. Drugi predkongresni tečaj Nadzor plodu je bil posvečen "očetu perinatologije" prof. Erichu Salingu.

Prof. Nicolaides je v štiriurnem predavanju poudaril, da kljub napredku pri zgodnjem odkrivanju Downovega sindroma, ostajajo srčne nepravilnosti ploda tisto področje, kjer je diagnostika še vedno nezadovoljiva – tudi najuspešnejši centri ugotovijo samo 25 odstotkov srčnih nepravilnosti pri diagnozah pred rojstvom otroka, čeprav je ta plodova nepravilnost neprimerljivo pogostejša kakor kromosomske nepravilnosti in je kar pri 50 odstotkih vzrok smrti ob rojstvu.

Danes je mogoče rezultate invazivne diagnostike pridobiti v enem dnevu s pomočjo tehnologije QF-PCR, kar postaja konkurenčno kariotipizaciji, pri kateri je na rezultate treba čakati od 14 do 21 dni. Pretoki skozi venski duktus in ocena regurgitacije trilitne zaklopke se raziskujejo kakor novi označevalci za zgodnje odkrivanje kromosomskih nepravilnosti.

Amniocenteza pred 16. tednom dokazano povzroča večje število splavov in se zaradi

tega odsvetuje v praksi. Biopsija korionskih resic (CVS) ima pred drugimi diagnostičnimi invazivnimi postopki vedno več prednosti, ker se opravlja prej v nosečnosti in predstavlja enako tveganje kakor amniocenteza. Pri CVS ugotavljamo večje število mozaicizmov, kar je po Nicolaidesu pozitivno in samo povečuje večjo diagnostično moč posega zaradi možnosti ugotavljanja uniparentalnih disomij.

Izračun individualnega tveganja za kromosomske nepravilnosti nadomešča poljubno razvrščanje nosečnic v skupine z nizkim ali visokim tveganjem.

Celocenteza ali transvaginalni vstop v zunajplodovo celosko votlino ter ugotavljanje nepravilnosti že v šestem do devetem tednu nosečnosti, je poseg, čigar vrednost in tveganje je treba opredeliti z raziskavami v prihodnosti.

W. Holzgreve iz Švice je dobitnik letošnje perinatološke nagrade Ericha Salinga.

A. Kurjak in njegova skupina raziskuje nevro-motorni razvoj plodu z opazovanjem njegovih gibov in obrazne mimike s pomočjo štiridimenzionalnega ultrazvoka.

Y. Ville je ugotovil, da je laser pri "twin-to-twin transfusion syndrome" (TTTS) bolj učinkovito zdravljenje kakor amnioredukcija.

E. V. Cosmy je predstavil raziskave, ki so govorile v prid enemu odmerku kortikosteroidov pri grozečem porodu, in nepotrebnosti ponavljanja terapije pozneje v nosečnosti. Kot dodatna metoda za zorenje pljuč pri nedonoščkih se ta čas preizkuša znotrajmaternična aplikacija surfaktanta pred nosnicami ploda.

Omenjena so tudi neraziskana področja antenatalne uporabe kortikosteroidov pri prezgodaj rojenih otrocih – učinkovitost pri plodih z zastojem rasti, višina optimalnega odmerka, prilagajanje odmerka na osnovi materine teže, odmerek v primeru večplodnih nosečnic ter učinkovitost pred 26. tednom nosečnosti.

I. Timor Tritsch je z vprašanjem, zakaj je 3D-ultrazvok najboljše orodje za oceno plodovih možganov, poskušal poslušalce navdušiti za 3D-ultrazvočni transvaginalni

pregled, pri katerem je ultrazvočni snop usmerjen skozi mečavo (fontanelo) ploda. Pristop omogoča jasnejši prikaz možganskih struktur podobno kakor pri ultrazvočnem pregledu novorojencev. Jasneje se prikažejo nepravilnosti ventrikulov ter odsotnost corpus callosa. V teh primerih pride prav uporaba metode, imenovane "thick slice", kjer je izbrana prostornina zajemanja tako tanka, da daje vtis dvodimenzionalnega ultrazvočnega prikaza, le da so opazovane strukture dosti jasnejše kakor pri dvodimenzionalnem ultrazvoku.

Y. Ville je menil, da ima na osnovi raziskav transvaginalna ultrazvočna ocena dolžine materničnega vratu bistveno boljše napovedno vrednost za prezgodnji porod kakor klinična ocena materničnega vratu. Zadržitev matrice (cerklaža) do sedaj ni izpolnila pričakovanj, znotrajnožnična aplikacija progesterona kot novi ukrep pa zahteva randomizirane raziskave.

Sledilo je zagovarjanje nasprotnih stališč pri vprašanjih, če je potrebno presejanje za Downov sindrom z oceno nihalne svetline ter kako rešiti dvom – enkrat carski rez – vedno carski rez. Vsi zagovorniki so predstavili svoje dokaze. Pričakoval sem ostro debato, v kateri bodo primerjali dokaze in njihovo vrednost. Debatu, v kateri bodo svetovni strokovnjaki predstavili svoje izkušnje, znanje in način razmišljanja, ki bi jih tudi sam uporabil pri ocenjevanju veljavnosti izjav v strokovni literaturi. V resnici pa sem bil priča naštevanju podatkov neodvisno od podatkov "nasprotnika". Splošni zaključek je, da so odločitve pri podobnih dvomih odvisne ne toliko od sprejete medicinske doktrine, kolikor od družbenih, gospodarskih, političnih ali drugih dejavnikov (na primer, koliko otrok si ženska želi imeti, kakšne ukrepe si država lahko privoščiti ...).

B. Sachs iz ZDA je z videoposnetkom prikazal, s kakšno lahkoto se zgodi medicinska napaka, ki stane življenje plodu in skoraj življenje matere. Napaka, kot posledica sistema, ki dopušča preobremenjenost medicinskega osebja, nejasno opredelitev odgovornosti in analog ter sistema, ki ni narejen tako, da pre-

prečuje in popravlja človeške napake, ki so neizogibni del delovnega procesa.

W. Holzgreve je obravnaval vprašanje nadzora kakovosti presejanja za kromosomske okvare v prvem trimesečju nosečnosti. Preiskovalci, ki se uvajajo v omenjene programe, potrebujejo različno število preiskav, da dosežejo potrebno spretnost. Rezultati nadzora njegove skupine kažejo, da nekateri potrebujejo od tri do pet pregledov za doseganje zahtevane spretnosti, večina potrebuje okoli 30 pregledov, nekateri pa tudi po 100 pregledih niso zadostno usposobljeni. V Švici trenutno poteka program, ki bo vse porodničarje pripravil za presejanje z oceno nuhalne svetline za ugotavljanje kromosomskih nepravilnosti v prvem trimesečju.

A. Grunebaum je postavil zanimivo vprašanje, če nosečnice potrebujejo svetovanje pred zanositvijo. Na primer, ali imajo tiste ženske, ki se vključujejo v program oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP), pravico pred tem vedeti, kakšnim tveganjem se izpostavljajo, če je znano, da gre za populacijo z visokim tveganjem za zaplete v nosečnosti. Zaradi te nepoučenosti v Ameriki, pa verjetno tudi marsikje drugje, prihaja do okoliščin, ko je nosečnica zelo hvaležna zdravnikom, ki so ji pomagali zanositi z OBMP, obtožuje pa tiste, ki so z njo v času zapletov pozneje v nosečnosti.

Pri zastoju v rasti ploda dosedanja ultrazvočni kazalniki stanja plodu niso izpolnili pričakovanj, zato še vedno ostajajo dvomi, kdaj dokončati nosečnost. Doplerske analize pretokov v popkovnični arteriji so manj zanesljive proti koncu nosečnosti, biofizikalni profil pa je časovno zahteven in ne kaže vzroka zastoja v rasti. Mogoče bojo raziskave na področju doplerskih analiz venskih pretokov ponudile ustrezne odgovore?

A. Milunsky je odlično predstavil napake v klinični in predrojstveni genski diagnostiki ter njihove posledice v pravni praksi ZDA.

M. Predanić je razpravjal o pomenu ultrazvoka v drugem trimesečju danes, v času zelo

učinkovitega presejanja v prvem trimesečju nosečnosti. Posledica tega napredka je znižanje pozitivne napovedne vrednosti ultrazvoka pri diagnostiki kromosomskih nepravilnosti v drugem trimesečju s 50 na 10 odstotkov.

V Katarju imajo tako dobro organizirano fetalno ehokardiografijo, da je pred rojstvom prezrtih samo 1,5 odstotka vseh srčnih nepravilnosti.

J. C. Shih iz Tajvana je na slikovit način predstavil STIC – *spatiotemporal image correlation* pri ugotavljanju srčnih anomalij. Novi računalniški program omogoča zelo podrobno in sistematično analizo srčnih nepravilnosti s pomočjo 4D-ultrazvoka. Odpira možnosti prikaza novih ravni, kot je prikaz fetalnega srca v kratki osi na ravni predvornoprekatnega stika in ugotavljanje patologije srčnih zaklopk. V prihodnosti se obetajo še boljši računalniški programi, ki sami prikažejo nujne prikaze za oceno morfološke srca, kot je prikaz štirih votlin, iztočnih traktov in treh žil.

Power doppler skupaj s 3D-ultrazvokom je koristen pripomoček za ugotavljanje vraščene placente pred rojstvom na osnovi prikaza specifičnih žilnih struktur in njihove klasifikacije.

V "IAN DONALD" inter-univerzitetni šoli medicinskega ultrazvoka v Dubrovniku so bile predstavljene aktualne teme na področju perinatalne sonografije.

I. Kawabata je predstavil prednosti in vlogo magnetne resonance v predrojstveni medicini.

Za oceno gestacijske starosti ostaja obseg glavnice najbolj zanesljivo merilo, je povedal prof. F. A. Chervenak. V. D'Addario je opisal prednosti multiravenskega prikaza malih možganov pri 3D-ultrazvoku za diagnozo kompleksa Dandy-Walker. S. Kupesic je predstavila tehniko histerosalpingografije in rezultate svoje skupine pri ugotavljanju patologije maternice in anatomskih vzrokov neplodnosti.

Naši prispevki ◆

Doc. dr. Ksenija Geršak je navdušila poslušalce s postopnim pristopom v genetskem svetovanju pri fetalnih nepravilnostih.

Prof. dr. Veljko Vlajsavljević je pokazal rezultate analize izidov nosečnosti pri 1500 novorojenčih, ki so začeti s tehnikami IVF in ICSI. V ultrazvočni šoli v Dubrovniku so udeleženci lahko poslušali o načinu določanja kritičnega premera folikla s pomočjo ultrazvoka v foliklih iz naravnih ciklusov, ki vsebujejo kakovostne oocite.

Prof. dr. Živa Antolić Novak je predstavila vprašanje napovedovanja tveganja pri zelo zgodnjih porodih.

Mag. Lilijana Kornhauser Cerar je poročala o uporabi eritropoetina pri preprečevanju in zdravljenju slabokrvnosti prezgodaj rojenih otrok.

Asist. mag. Janez Babnik je govoril o klinični obdelavi sindroma fetalnega vnetnega odgovora.

Organizatorji kongresa so sprejeli tudi plakate slovenskih avtorjev iz obrobni slovenskih bolnišnic.

Zaključek ◆

Kongres je bil idealna priložnost spoznati gibanja raziskav na področju perinatologije. Niti ena raziskava ni rezultat posameznikovega dela, ampak zelo sposobne skupine, ki stremi k skupnemu rezultatu, z ustreznim strokovno, računalniško, statistično in finančno podporo. Čas bo pokazal, če takšno stopnjo potrebne organiziranosti lahko naprej razvijamo na našem prostoru in s tem tudi vzdržujemo sloves kakovosti slovenske perinatologije v svetovnem merilu.

Srečanje so omogočili: podružnica Schering Plough CE in Oddelek za ginekologijo in perinatologijo Splošne bolnišnice Maribor. ■



Kognitivna rehabilitacija po poškodbi možganov

Feri Štivan

Od 23. do 24. septembra 2005 je na Inštitutu RS za rehabilitacijo potekala delavnica Cognitive Rehabilitation Workshop.

Delavnica je bila namenjena zdravnikom (fiziater, nevrologom, psihiater, osebnim zdravnikom), psihologom, delovnim fizioterapevtom in vsem drugim članom terapevtskega tima, ki se ukvarjajo z osebami s kognitivno prizadetostjo po poškodbi možganov. Cilj delavnice je bil razvoj veščin in poglobitev znanja o kognitivni terapiji, predstavitev gradiva, potrebnega za razvoj kognitivnih vzorcev in učenje praktičnega pristopa. Vodila sta jo Kit Malia in Anne Brennagen iz Velike Britanije. Treba je poudariti, da je prvi edini certificirani terapevt kognitivne rehabilitacije v Veliki Britaniji (preko združenja Society for Cognitive Rehabilitation, ZDA).

Delavnica se je začela z razlago osnov možganske anatomije, razlago različnih načinov možganskih poškodb in težav oziroma posledic po poškodbah. Omenjene so bile omejitve CRT. Poudarjeno je bilo, da je uspeh močno odvisen od volje in dejavnega sodelovanja vsakega posameznika. Sledila je razlaga osnov CRT, kjer so bili omenjeni zasnove in napotki za učinkovit CRT. Med temi je bilo lepo slišati nekaj pomembnih napotkov, ki jih ponavadi lahko preberemo v knjigah za starše majhnih otrok. Omenim naj nekatere, meni najljubše, pojme in nasvete, na katere pri delu z ljudmi pogosto pozabimo: potrpežljivost, spodbujanje in nagrajevanje. Pred tem je seveda treba z bolnikom vzpostaviti topel, zaupen in spoštljiv odnos, kar je osnova za doseg zastavljenih ciljev. Naloga CRT so oblikovane tako, da vzpodbujajo specifično področje kognitivnega primanjkljaja. Predavatelja sta preko kognitivnih simulacij lepo prikazala, kako vplivajo na bolnikove čustvene odzive in obnašanje.

Po krajšem odmoru je sledilo predavanje o pozornosti. Predstavljen je bil klinični model (Sohlberg in Mateer), ki razdeli pozornost na pet ravni: usmerjeno, vzdrževalno ali podporno (koncentracija), izbirno, menjajočo se in razdeljeno. Te ravni odražajo hierarhijo pozornosti. Na vsako raven lahko vpliva poškodba možganov. Motnje pozornosti so ena od najpogostejših težav, povezanih z možganskimi poškodbami. Prisotne so pri skoraj vsakem primeru, tudi pri blagih možganskih poškodbah. Čeprav mnogo ljudi poroča, da se težave s pozornostjo v treh mesecih zmanjšajo, jih veliko navaja težave še dve ali več let po poškodbi. Pozornost naj bi bila podlaga vsem drugim kognitivnim dejavnostim, zato je v času rehabilitacije pomembno zagotoviti povečanje pozornosti in koncentracije. Ocena pozornosti je po nevrološki poškodbi zelo pomembna. Pri tem uporabljamo kombinacijo različnih pristopov, med katere spadajo: vprašalniki, psihometrični testi in opazovanje. Poudarila sta, da

je pri zdravljenju treba pokriti tri področja, in sicer neposredno urjenje, nadomestne strategije ter urjenje funkcionalnih dejavnosti oziroma specifičnih vsakodnevnih opravil. Navedla sta tudi gradiva in pripomočke, ki lahko zelo pomagajo pri neposrednem treningu. V ta namen je bilo razvitih tudi več različnih računalniških programov.

Po kosilu smo se poučili o procesiranju vida. Vid je najpomembnejši čutni sistem, ki ga ljudje uporabljajo za pridobivanje informacij o neposrednem okolju. Procesiranje vida zajema pridobitev vidne informacije (preko očesnega zrkla in optičnega živca) ter na podlagi nalog ali zahtev okolja ustrezno uporabo ter ravnanje z vidom pridobljene informacije. Veliko terapevtov uporablja t. i. pristop *top-down*, ki se osredotoča na končni proizvod vidnega sistema – vidno zaznavo – ki pa je samo del celotnega vidnega procesa. Obstaja veliko število drugih spretnosti procesiranja vida. Tako uporablja Warren v nasprotju z omenjenim t. i. pristop *bottom-up*, ki, kakor kaže, zagotavlja uporabno ogrodje za oceno in zdravljenje z vidom povezanih sposobnosti po poškodbi možganov. Ta model predstavlja v piramido hierarhično razdeljene sposobnosti. Vsaka sposobnost je postavljena na določeno raven in je odvisna od spodnje sposobnosti. Možganska poškodba lahko povzroči motnjo na vsaki od ravni. Na dnu piramide so na isti ravni okulomotorika, vidno polje in ostrina vida. Do vrha piramide sledijo od spodaj navzgor vidna pozornost, skeniranje, prepoznavna vzorcev, vidni spomin in vidna zaznava. V vidno procesiranje je vključenih več možganskih področij. Sohlberg in Mateer sta predlagala model vizualnega procesiranja, ki vključuje funkcije vseh petih glavnih področij možganov. Več raziskav je pokazalo, da večina ljudi po travmatski možganski poškodbi trpi zaradi težav z vidnim procesiranjem. Pri rehabilitaciji se je s temi težavami treba spoprijeti, saj bolnik brez pravilne zaznave okolja ne more jasno in učinkovito osmisлити dogajanja. Pri večini so prizadeti ostrina vida, vidno polje in okulomotorika ter funkcije, ki so odvisne od teh zmožnosti: vidna pozornost in vidno skeniranje. Težave zato zajemajo: pomanjkanje informacije dela vidnega polja, počasnost skeniranja, dvojni



Kognitivna rehabilitacijska terapija (CRT) se osredotoča na ponovno pridobitev kognitivnih sposobnosti, ki so bile izgubljene ali spremenjene zaradi nevrološke poškodbe. Cilj zdravljenja je izboljšanje zmožnosti opravljanja vsakodnevnih opravil. Postopek zajema neposredno urjenje, uporabo nadomestnih strategij in uporabo zunanjih pripomočkov. Ugotovljeno je, da so po poškodbi možganov kognitivne težave ene od najbolj onesposablajočih dolgoročnih posledic. Vse več raziskav dokazuje učinkovitost kognitivnega rehabilitacijskega zdravljenja. Še vedno pa obstajajo debate, kateri postopki so najuspešnejši, pod katerimi pogoji in pri katerih bolnikih.

vid, težavo pri skeniranju v primeru zahtevnejše informacije, težave pri spremljanju najbolj kritičnih (odločilnih) značilnosti predmeta, težave pri vzdrževanju pogleda na specifične predmete ali značilnosti, nezmožnost organizacije nestrukturirane informacije, motnje pozornosti ali koncentracije in strmeče obnašanje. Poškodovanci se lahko težav z vidom ne zavedajo in lahko ostanejo neodkrite. Ocena vida mora zajemati vse v piramidi omenjene ravni vizualnega procesiranja. Priporočeni pristop k zdravljenju vizualnega procesiranja naj bi zajemal: začetno oceno, po potrebi zmanjšanje čutnega primanjkljaja – senzornega deficita (očala ali prizme), izobraževanje o naravi primanjkljaja, neposredno urjenje, seznanjanje z nadomestnimi strategijami ter funkcionalni trening (urjenje vsakodnevnih dejavnosti). Tudi pri tem zdravljenju nam lahko pomagajo številni pripomočki.

Po naslednjem odmoru je sledilo predavanje o spominu. Predstavljen je bil večini že poznan t. i. *time-based model*, ki deli spomin na takojšnji senzorični spomin, kratkoročni spomin ter dolgoročni spomin. Slabost tega modela je v nesoglasju o definiciji kratkoročnega in

dolgoročnega spomina. Tudi ocena po tem modelu klinikom ne omogoča izbire pravih ali razumnih terapevtskih tehnik. Baddeley in Hitch sta tako razvila t. i. *working memory model* ali model delovnega spomina. Delovni spomin je v osnovi enak kratkoročnemu spominu. Težave po poškodbi lahko teoretično nastopijo v vsaki od petih stopenj procesiranja informacije: pozornosti, kodiranju, skladiščenju, utrjevanju ali priklicu. Razložene so bile še različne težave s spominom, ki lahko nastanejo po možganski poškodbi, med katerimi sta večini najbolj poznani anterogradna in retrogradna amnezija. Tudi pri težavah s spominom so bile poleg ocene (psihometrični testi, vprašalniki) predstavljene še terapevtske možnosti. Kot posebnost velja poudariti delitev strateškega treninga na eksterne in interne strategije.

Drugi dan delavnice sta bili predavanji o procesiranju informacije ter izvršilnih funkcijah. Podrobnejša razlaga teh predavanj presega namen poročila in bi bila tudi za večino bralcev težko prebavljiva. Namen članka je predvsem predstaviti možnosti rehabilitacijskega zdravljenja, ki so mnogim neznane. Glede na število kolegov in kolegic, ki imajo opravka s pacienti po

možganski poškodbi, ima članek vsekakor svojo težo. Če sem uspel temu delu bralcev prikazati, da obstajajo učinkoviti rehabilitacijski pristopi tudi pri zdravljenju višjih možganskih funkcij, sem dosegel svoj namen. Postopoma je tudi pri nas pričakovati razvoj telerehabilitacije, ki se je pojavila kot alternativa klasični rehabilitaciji. Pri tem zdravljenju gre za uporabo računalnika in ustreznega računalniškega programa in ga zato lahko izvaja bolnik doma. Pri telerehabilitaciji kognitivnih motenj sodeluje terapevt, ki se nahaja v pisarni, opremljeni z računalnikom in specifičnim programom. Od takšne oblike rehabilitacije imajo največjo korist bolniki s kognitivnimi in sporazumevalnimi motnjami, a ohranjenim spominom. Osebe s kognitivnimi motnjami imajo velike težave pri prenosu naučenih funkcij iz navideznega v resnično okolje. Prednost telerehabilitacije je, da omogoča delovno okolje, ki je popolnoma prilagojeno bolnikovemu naravnemu okolju.

Prim. mag. Viktorija Košorok, ki ji je organizacija delavnice izredno uspela, je zaradi dobre udeležbe obljubila nadaljevanje. Vnaprej se opravičujem, če nisem navedel drugih, za organizacijo zelo zaslužnih kolegov. ■

Ali vemo, kaj je z zdravjem naših delavcev?

Tihomir Ratkajec

V norveškem Bergnu je od 12. do 14. septembra 2005 potekal 18. mednarodni posvet o epidemiologiji v medicini dela.

Na posvetu je bilo več kakor 250 udeležencev iz 72 držav. Največ je bilo zdravnikov iz ZDA, Nizozemske, Danske, Švedske in Združenega kraljestva, kar kaže na vplivnost te veje medicine v navedenih državah. Eden od sponzorjev je bila tudi Univerza v Bergnu. V njenem imenu je spregovoril profesor Irgens, in sicer o znanstveniku Armaueru Hansenu, ki je odkril bacil gobavosti ter postavil prve temelje preventivne dejavnosti proti tej bolezni. Naslednje leto je predviden posvet v Kanadi.

Na posvetu so se obravnavale naslednje teme: poklicni rak, bolečina v križu, raziskave o umrljivosti delavcev, medicina dela v ribištvu, raziskave o nezgodah pri delu, organizaciji dela in psihosocialni dejavniki pri delu, ocena izpostavljenosti, bolezni dihal v povezavi z delom, bolezni gibal in delo, reprodukcija in plodnost pri delavcih, bioaerosoli pri delu in bolezni dihal, zdravje delavk, biološki označevalci iz telesnih tekočin, uporaba vprašalnikov v epidemiologiji medicine dela in etika raziskovanja.

Glede na variabilnost izpostavljenosti škodljivostim pri delu so poudarili pomen Poissonove regresije in kategorizacijo primerov bolezni kot klasično analizo vitalnih podatkov. Da bi se izognili napačni razvrstitvi o zasnovi in izidu, je treba najprej izbrati ustrezno obliko raziskave in se hkrati zavedati, da za vzročno raziskovanje niso ustrezne vse študije. Izboljšati je treba tudi veljavnost vprašalnikov, z različnimi orodji zbirati podatke o zasnovi in izidu (npr. koronografija za ishemično bolezen, vprašalnik za psihični dejavnik) in narediti podskupino populacije, ki ima podobne lastnosti.

Poklicne rakave bolezni

V obdobju od 1953 do 2002 so na Norveškem pri medicinskih sestrah (51.849 oseb) ugotovili povečanje standardizirane pogostnosti raka dojke (SIR = 1,14), jajčnikov (SIR = 1,15) ter malignega melanoma (SIR = 1,18).

Tveganje povezujejo z izpostavljenostjo pri delu (sevanje, elektromagnetna polja, sterilizacijski plini, anestetiki, kemoterapevtiki).

Vpliv dela na reprodukcijo

Izpostavljenost pesticidom zmanjša plodnost pri obeh spolih delavcev (OR = 42 za ženske in OR = 1,21 za moške), zaposlenih v kmetijstvu (2112 oseb v Severni Karolini in Marylandu).

Pri zaposlenih v dentalni medicini, ki so izpostavljeni živemu srebru, akrilatom, dezinficiensu, topilom in NO, niso ugotovili vpliva teh snovi na plodnost.

V nizozemski raziskavi so primerjali 1578 moških, izpostavljenih morebitnim višjim dozam topil in 1537 gradbincev. Zanimalo jih, ali so se pri rojstvu njihovih potomcev pojavile malformacije. Izpostavljenost topilom so ocenili na podlagi opazovanja, partnerično prisotnost na delu tri mesece pred nosečnostjo in, malformacije z vprašalnikom. Več malformacij so imeli otroci delavcev, ki so bili izpostavljeni topilom (OR = 5,9). Niso ugotovili nižje telesne mase novorojencev, prezgodnjega poroda in povečanega števila spontananih splavov.

S spremembo zakonodaje leta 1998 in intenzivno kampanjo za uporabo rokavic s smukcem se je pomembno zmanjšalo število alergijskih reakcij in poklicnih kožnih bolezni, registriranih pod št. 5101, poklicnih obstruktivnih bolezni pljuč in nosu (št. 4301). Značilno več je bilo takšnih bolezni v obdobju od 1996 do 2002 zunaj zdravstva (4644 od skupno 5851 primerov).

O poklicnih bolezni

Iz Poljske so poročali o 3790 primerih poklicnih bolezni v letu 2004 ali 41/100000. Podatke zbira njihov Centralni register poklicnih bolezni Nofer inštituta za medicino dela iz Lodža. Zanimivo je, da so bolezni glasilk pri učiteljih opredeljene kot poklicne,

virusnega hepatitisa pa je bilo šestkrat manj kakor leta 1994.

Na Norveškem mora naftna industrija od leta 1992 redno sporočati bolezni, povezane z delom, krovni organizaciji za varno delo. Specialisti medicine dela morajo prijaviti vsak sum na bolezni, povezane z delom (tako nastane register), na podlagi tega posamezne družbe sistematično ukrepajo, da bi zmanjšale njihovo število. V obdobju od 1995 do 2003 je bilo 2875 primerov novih bolezni, povezanih z delom med 28.000 delavci.

Bolezni gibal

Da lahko dejavniki tveganja za srčne bolezni (kajenje, indeks telesne teže, povišan sistolni krvni tlak) napovedujejo pojav bolečin v križu (angl. LBP) so ugotovili v 28 let trajajoči raziskavi na 546 oseb. Vendar so v raziskavo vključili tudi naporno fizično delo.

Delo v predklonu in zasuk v križu so značilne v povezavi z LBP (razmerje obetov OR je bil 1,37); vlečenje in potiskanje je pokazalo tveganje za ishilagijo (OR = 2,23) (francoska raziskava GAZELA na 2601 delavcu).

Možnost vplivanja na delovni proces (OR = 0,33) in povečana redna telesna dejavnost (OR = 0,57) zmanjšujeta možnost pojavnosti LBP1, močno pa na pojav vplivajo premeščanje bremen OR = 7,20, zasuk in predklon OR = 2,81.

Nizozemski raziskovalci so preučevali, ali je neravnovesje med fizično zmogljivostjo delavca in obremenjenostjo pri delu dejavnik tveganja za pojav bolečine v vratu, ramenih in križu. Delavcem so izmerili izometrično moč skupin mišic (izraženo v njutnih), statično vzdržljivost v sekundah, mobilnost v kotih; obremenitev so ocenili z videoposnetki in opazovanjem. Kot tvegano neravnovesje so ocenili takšnega, ki je bil nad povprečjem za obremenitev in pod povprečjem za zmogljivost. Tako je "flaksija" trupa v križu več kakor 30° in slaba vzdržljivost spinalnih mišic tveganje za pojav bolečine v križu (razmerje obetov je 1,29), fleksija nad 90° ali več kot 30° s slabo mobilnostjo ima

2 – 3-krat tedensko, tri mesece vaje za krepitev srca in ožilja, vaje sproščanja, korekcije drže, vaje moči. Prvi rezultati na 52 osebah kažejo, da jih še vedno 55 odstotkov ne ve, kdaj se bodo vrnili na delo, 69 odstotkov jih ima bolečine, ki jih onesposablja za delo. Dokaj veliko število se jih ni udeležilo treninga.

Delavci, ki delajo z miško pred računalnikom več kakor 10 do 12 ur dnevno, bodo imeli več težav v rokah in ramenih v primerjavi s tistimi, ki delajo manj ur. Delo z miško ni bilo v povezavi s težavami v vratu.

Ali so vprašalniki optimalna metoda za raziskovanje boleznih gibal vratu, ramen in zgornjih okončin ali je to klinični pregled, so preučevali francoski znanstveniki v štiriletni študiji. Menili so, da so vprašalniki primerno orodje, če ga uporablja zdravnik specialist.

Kanadski zdravniki javnega zdravstva poročajo, da so tveganje za bolečine v vratu: ženski spol, ponavljajoče delo (razmerje obetov 1,53), sedenje (razmerje obetov 1,3), telesna dejavnost manj kakor enkrat tedensko (OR = 1,28).

Pri preučevanju težav v gibalnih je treba upoštevati psihosocialne dejavnike dela. Tako bodo delavci, ki pretirano predano delajo in za to ne dobijo ustrezne nagrade (plačo, spoštovanje, priznanje), imeli večje tveganje za pojav težav v vratu in zgornjih okončinah. Psihosocialne dejavnike se ocenjuje z vprašalniki, iz katerih se oblikujeta dva modela o psihosocialnih dejavnikih (ang. reward-imbalance in demand-control-support).

Socioekonomski status in psihosocialni dejavniki

Ali je sodelovanje (compliance) delavcev pri izvajanju varnega in zdravega delovnega okolja odvisno od organizacije dela in psihosocialnih dejavnikov na delu, so preučevali norveški zdravniki naftnih podjetij. Za dobro sodelovanje so bili neodvisni dejavniki zahteve na delu, obvladovanje zahtev, podpora sodelavcev in menedžerjev. Prevelike zahteve so ovirale sodelovanje, pozitivno pa je vplivala podpora menedžerjev.

Z nordijskim vprašalnikom so ovrednotili psihosocialne dejavnike dela, z drugim vprašalnikom (Work Ability Index) pa delovno zmoglost pri 591 delavcih z rakom dojke, testisa in prostate ter limfoma in jih primerjali s 757 kontrolami. Srednja vrednost indeksa delovne zmoglosti je bila pri obeh skupinah približno enak, tisti z višjo izobrazbo in boljšo pozicijo na delovnem mestu so imeli višji indeks delazmoglosti. Kemoterapija in druge spremljajoče bolezni so poslabšale ta indeks, delavci z boljšo podporo sodelavcev so imeli boljše rezultate na področju lestvice mentalnega počutja.

Psihosocialni dejavniki vplivajo tudi na pogostnost delovnih nezdod. Preučili so 834 nezdod pri 3100 delavcev v bolnišnicah, razdeljenih v pet družbenospodarskih položajev (izobrazba, odgovornost, mesto v hierarhiji bolnišnice). Na pojav nezdod so pomembno vplivali fizične obremenitve, psihosocialni

dejavniki (možnost odločanja in obvladovanja zahtev) in polkvalifikacija.

V Litvi so prevedli švedski vprašalnik o psihosocialnih dejavnikih dela (demand-control questionnaire) in ga uporabili za oceno tveganja za bolezni srca. Ženske, ki so poročale o pasivnem odnosu pri delu (nič niso mogle vplivati na delo, od njih niti niso veliko zahtevali) so imele razmerje obetov za srčni infarkt 1,8; poročene ženske pa 1,93, kar je pomembno za vlogo dvojne obremenitve pri ženskah.

Zaključek

V naši delovni populaciji ne spremljamo bolezni po dejavnostih; ne vemo, katere bolezni pestijo posamezne skupine delavcev, ker ne delamo takšnih študij in analiz. Delodajalce in ministrstva ne zanima, ali so bolezni, ki jih registriramo, povezane z delom.

V državi nimamo registra poklicnih bolezni, zdravniki specialisti medicine dela ne prijavljajo bolezni, povezanih z delom; delodajalcev ne zanima, ali so njihovi delavci v bolniškem staležu zaradi bolezni, povezanih z delom.

Psihosocialni dejavniki in družbenospodarski položaj imajo pomembno vlogo pri zbolevanju delavcev.

Rakave bolezni bi bilo treba preučevati in spremljati v luči izpostavitve snovem na delovnem mestu. ■

Obdržati zob ali vsaditi implantat?

Zapiski ob srečanju med privrženci vsadkov za vsako ceno in bolj zmernimi

Matjaž Rode

Vedno se veselim vožnje po avstrijskih avtocestah, kjer je promet bolj tekoč kakor pri nas, kakor v Italiji in predvsem kakor po Nemčiji. Zato sem se kar z veseljem odpravil proti enemu od znanih letoviških mest ob lepih avstrijskih jezerih, Fuschlu, ki leži med Salzburgom in Linzem. Ob prihodu v Avstrijo sem doživel prvo neljubo presenečenje, saj je avtocesta od Beljaka proti Salzburgu eno samo gradbišče in potovalna hitrost, ki se jo vsi tudi drže, je 60 kilometrov na uro.

Udeležil sem se strokovnega srečanja z naslovom Ohraniti zob ali vsaditi zobni vsadek, ki je potekalo od 20. do 22. oktobra 2005. Srečanje so organizirali Avstrijsko združenje za raziskave v parodontologiji, Avstrijsko združenje za oralno kirurgijo in implantologijo in Avstrijsko združenje za parodontologijo. Ob tem je sodelovala skupina strokovnjakov s področja parodontologije in dentalne implantologije, ki jih je priporočil Odbor za zobozdravstvo pri EU.

Slovenska stomatološka sekcija je bila vzpodbujena, naj mi omogoči udeležbo, saj sem bil povabljen kot poznavalec obeh področij.

Udeležencev je bilo veliko. Dvorana je bila povsem polna. Srečanje je bilo zasnovano zelo izvirno. Vsi udeleženci smo na začetku srečanja dobili obsežen vprašalnik, ki smo ga morali izpolniti. Nato so prvi dan potekala predavanja, kdaj naredimo vse, da bi pri bolniku

ohranili lasten zob in kdaj mu predlagamo, da zob odstranimo in ga nadomestimo z zobnim vsadkom.

Drugi dan je bil v celoti posvečen komentarju k odgovorom na vprašalnik. Organizatorji so primerjali odgovore naše "ekspertne skupine" (bilo nas je 25) z odgovori drugih udeležencev, ki jih je bilo okoli 150. S pomočjo sodobne tehnologije smo videli v tabele vnesene rezultate in nekatere primerjalne izračune.

Bilo je kaj videti in slišati. Klinični zobozdravniki so označili v 80 odstotkih, da vsadijo samo pri klinično zdravih tkivih v ustni votlini in zato najprej poskrbijo za zdravje obzobnih tkiv ali ustne sluznice pri brezzobih pacientih. Podobni so bili tudi odgovori izvedencev. Prva razhajanja so se pojavila že pri vprašanju, ali nameščamo vsadke pri agresivnih oblikah parodontalnih bolezni. Klinični zobozdravniki so v 70 odstotkih odgovorili, da si tega ne upajo, medtem ko so izvedenci v 90 odstotkih odgovorili pritrdilno. Pri tem je izvedenska skupina tudi pripravila seznam literature, kjer so avtorji dokazali, da ni večjih zapletov pri implantaciji tistih, ki so zobe izgubili zaradi agresivne oblike parodontalne bolezni. Kar malo presenetljivo pa je prihajalo do največjih razlik v odgovorih v "ekspertni skupini" in to med kirurgi in specialisti za bolezni obzobnih tkiv, parodontologi. Parodontološka skupina je zagovarjala stališče, da uspe sodobna parodontologija v večini primerov ohraniti lastno zobovje, oralni kirurgi pa so pokazali veliko

bolj radikalna stališča in so z odgovori nakazovali, da je le redko kdaj možno ohraniti parodontalno zbolel zob. Naša parodontološka skupina je izhajala iz definicije, da implantat ni zamenjava za zob, ampak za izgubljen zob in zato se velja za lastno zobovje še kako potruditi. Seveda smo eni in drugi na veliko veselje drugih udeležencev zelo "živahno" in trdovratno zagovarjali svoja stališča. Tudi odmor za kosilo ni povsem umiril strasti, večerno pivo pa je zaleglo!

Zadnji dan srečanja je nastopila skupina predavateljev, ki je še potrdila nekatere ugotovitve iz razprav prejšnjega dne.

Tak način organiziranja strokovnih srečanj je zanimiv in zahteva skoraj od vseh udeležencev dejavno sodelovanje. Prav to je njegova vrednost.

Srečanje se je odvijalo v grajskem hotelu, ki je že sam po sebi vreden obiska. Rahlo prikrita odličnost in ekskluzivnost veje iz vseh kotov čarobnih poslopij hotelskih poslopij in tega niti ne preveč primerna dvorana ni mogla zadušiti. Ko sem se peljal proti domu, sem se zopet moral zadrževati ob omejitvi hitrosti na 60 km po avtocesti, pa saj so se je držali tudi vsi Avstrijci, ki so se tisti hip vozili po njej. Ko pa sem se pripeljal skozi predor Karavanke, pa so me, ob moji že malo prekoračeni hitrosti, po naši avtocesti pričeli kar po vrsti prehitevali avtomobili z avstrijskimi registracijami, ki so bili doma pravi vzor. Pravi "Avstrijanceljni", me je prešinilo. ■



Kirurgija želodca – standardi in novosti

Rok Malavašič

Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo je lansko leto zaključil desetletno podiplomsko izobraževanje v okviru "Kirurške šole". V tem času smo na kirurških delavnicah in posvetih obravnavali vso najpomembnejšo abdominalno patologijo.

Z letošnjim letom začenja prof. dr. Stane Repše s sodelavci nov ciklus podiplomskih izobraževanj "Standardi in novosti" na posameznih področjih abdominalne kirurgije.

z omentektomijo in limfadenektomijo D2 pri bolniku s karcinomom antruma želodca, totalno gastrektomijo zaradi pogostih klinično pomembnih krvavitev iz krna želodca in anastomoze po B II resekciji želodca pred 23 leti ter dve laparoskopski operaciji bolezenske debelosti.

Po premoru za kosilo je bila, že po tradiciji, pred začetkom posveta, posneta skupinska fotografija udeležencev na ploščadi KC.

V popoldanskih predavanjih je asist. dr.

šo obremenitev za bolnika, hospitalizacija je krajša in so enako učinkovite kakor operacije z laparotomijo.

O laparoskopskih operacijah želodca je govoril asist. dr. Aleš Tomažič. Najbolj so se izkazale pri zdravljenju GIST-a in tudi zgodnjih stadijih karcinoma želodca. Vse več je tudi poročil o uspešnosti laparoskopskih operacij pilorostenoz pri novorojencih (Diana Gvardijančič).

V drugem delu popoldanskih predavanj je sledil sklop treh predavanj o gastrointestinalnih stromalnih tumorjih – GIST (doc. dr. Matej Bračko, doc. dr. Branko Zakotnik, Miha Lučovnik). To so najpogostejši mezenhimski tumorji prebavnega trakta, približno 2/3 se jih pojavi v želodcu. Do dveh centimetrov veliki tumorji in z mitotskim indeksom do 5 se vedejo benigno. Bistveno agresivnejši je potek pri tumorjih, večjih od petih centimetrov in visokim mitotskim indeksom. Novo zdravilo imatinib mezilat (Glivec), selektivni inhibitor tirozinkinaze, je učinkovito tudi za primere, ko je tumor razsejan in neresekabilen. Cena zdravljenja je približno 3000 evrov na mesec.

Primarni limfom želodca in kirurško zdravljenje sta predstavila Tanja Šetina Južnič in izr. prof. dr. Mirko Omejc. Najpogostejši so B-celični ne Hodgkinovi limfomi, ki so lahko nizko maligni (indolentni) ali agresivni. Približno 50 odstotkov vseh nizko malignih limfomov je tipa MALT (mucosa associated lymphoid tissue), ki so etiološko povezani s kroničnim gastritisom in okužbo s *Helicobacter pylori*. Odločitev o zdravljenju PLŽ je odvisna od histopatološkega tipa, razširjenosti bolezni in klinične slike. V zadnjem desetletju je prišlo do sprememb zdravljenja limfoma želodca s pomikom k nekirurškemu načinu zdravljenja.

Jernej Mekicar je pripravil predavanje o uporabi računalniškega programa WinEstimate pri načrtovanju kirurškega zdravljenja raka želodca, predvsem o obsežnosti limfadenektomije. Prvi dan posveta smo zaključili s predavanjem o prognostičnem pomenu zasevkov v bezgavkah pri raku želodca.

V petek, 14. oktobra 2005 smo si na učni delavnici ogledali totalno gastrektomijo zaradi karcinoma kardije želodca. Vabljeni kirurg prof. dr. Giusto Pignata iz Italije je začel lapa-



Skupinska fotografija

Po desetih letih smo tako letos ponovno obravnavali kirurgijo želodca. Organizator tokratne kirurške delavnice in posveta je bil izr. prof. dr. Mirko Omejc.

Delavnica se je začela v četrtek, 13. oktobra 2005, ob 9. uri v Ljubljani s sprejemom udeležencev in predstavitvijo operacijskega programa. Neposredni prenos operacij iz treh operacijskih dvoran v predavalnico KC omogoča dobro spremljanje operacij, možnost neposrednega sporazumevanja udeležencev z operaterji in sprotnega komentiranja voditelja. Prvi dan smo videli laparoskopsko fundoplikacijo pri bolniku z GERB, laparoskopsko hiatusplastiko s fundoplikacijo pri bolniku s paraezofagealno kilo, subtotalno gastrektomijo

Borut Kocijančič predstavil endoskopsko zdravljenje, doc. dr. Franc Jelenc pa kirurško zdravljenje krvavitev iz zgornjega dela prebavil. Bolnike, pri katerih endoskopsko zdravljenje ni uspelo, in tiste, ki ponovno zakrvavijo po endoskopskem zdravljenju, je treba čim prej operirati in narediti kirurško hemostazo. Prednost imajo minimalni neresekcijski posegi.

Doc. dr. Mihael Sok je predstavil smernice za kirurško zdravljenje GERB. Z natančno indikacijo, antirefluksnim posegom (plastika hiatusa in fundoplikacija) in laparoskopsko tehniko, dosežemo pri izbranih bolnikih v 90 odstotkih dolgotrajen uspeh.

Laparoskopske operacije velikih hiatusnih kil (asist. mag. Marko Bitenc) pomenijo manj-

roskopsko operacijo adenokarcinoma antruma želodca, vendar je moral zaradi lezije glavnega žolčnega voda spremeniti načrt in po reparaciji žolčevoda dokončati operacijo klasično. Prof. dr. Karl Müller iz Avstrije je prikazal dve različni laparoskopski operaciji bolezenske debelosti.

Popoldne je predaval najprej prof. dr. Johannes Zacherl z Dunaja o sodobnem kirurškem zdravljenju karcinoma želodca, predvsem o obsegu resekcije želodca, splenektomiji, limfadenektomiji, vrstah rekonstrukcije po gastrektomiji in dodatnem onkološkem zdravljenju.

Sledila so predavanja doc. dr. Marije Pfeifer o bolezenski debelosti, njeni opredelitvi, etiopatogenezi in indikacijah za bariatrično kirurgijo. Izr. prof. dr. Alojz Pleskovič je povedal, da se je z laparoskopskim načinom operiranja zelo povečalo zanimanje za bariatrično kirurgijo, potreben pa je kompleksni pristop bariatričnega tima in natančna ocena bolnika.

O vlogi psihologa pri kirurškem zdravljenju prekomerne debelosti nam je predavala psihologinja Bernarda Logar.

Odmor s kavo, osvežilno pijačo in svežim sadjem, ki naj bi zaščitno deloval proti nastanku karcinoma, se nam je zelo prilegel. Po odmoru so se nadaljevala predavanja o karcinomu želodca.

Prof. Giusto Pignata iz Italije je poudaril, da je endoskopska kirurgija karcinoma želodca pri izkušenem kirurgu enako kakovostna in varna kakor pri klasični tehniki s podobnimi zgodnjimi in poznimi rezultati.

Epidemiološke značilnosti želodčnega raka v Sloveniji so primerljive z evropskimi. S pogostnostjo 25/100.000 spadamo v sredino evropskih držav. Relativno petletno preživetje pa je 24-odstotno, kar je slabše od evropskega povprečja (asist. Vesna Zadnik).

Rezultate ankete "rak želodca v Sloveniji 2004" je predstavil izr. prof. dr. Mirko Omejc.

Vladimir Mlinarič je govoril o endoskopski mukozni resekciji kot najprimernejšem zdravljenju površinskih neoplastičnih lezij, vključno z zgodnjim rakom želodca, upoštevajoč sprejeta merila.

Asist. mag. Aljaž Repše je predstavil skupino 263 bolnikov, ki so bili operirani v KC v zadnjih 20-ih letih z diagnozo zgodnjega raka želodca. Delež bolnikov z zgodnjim rakom med reseciranimi bolniki se je v Kliničnem

centru v zadnjih petih letih dvignil na 26,8 odstotka. Metastaze v regionalnih bezgavkah je imelo 5,3 odstotka bolnikov z mukoznim in 22,3 odstotka s submukoznim EGC. Petletno preživetje je bilo 79,7 odstotka.

O doktrinarnih spremembah kirurškega zdravljenja raka želodca v zadnjih 20 letih in o sodobnem kirurškem zdravljenju raka ezofagogastričnega prehoda sta predavala prof. dr. Stane Repše in asist. mag. Janez Eržen.

Drugi dan posveta sta zaključili predavanji

asist. mag. Irene Biček Oblak o pooperacijskem onkološkem zdravljenju in dr. Janje Ocvirk o paliativni kemoterapiji napredovalega karcinoma želodca.

V soboto dopoldne, zadnji dan posveta, so najprej predavali kirurgi iz Maribora. Prim. asist. Stojan Potrč je poskušal odgovoriti na vprašanje, če so upravičene paliativne resekcije zaradi raka želodca. Meni, da je resekcija

želodca R2 smiselna pri bolnikih z obstrukcijo ali krvavitvijo s solidnim splošnim stanjem (ASA < 3) in brez difuzne karcinoze. Kirurško zdravljenje raka pri starostnikih mora biti individualno prilagojeno. Predstavil je tudi abdominalno transhiatusno resekcijo želodca in distalnega dela požiralnika pri raku v proksimalni tretjini želodca ter povzetek, kaj so se naučili pri kirurškem zdravljenju adenokarcinoma želodca v zadnjih desetih letih.

Prof. dr. Stane Repše je predstavil 20-letno serijo 79 multivisceralnih resekcij (MVR) pri raku želodca. 30-dnevna pooperacijska smrtnost je bila pri subtotalnih resekcijah MVR 9,1 odstotka in pri totalnih gastrektomijah MVR 14,0 odstotkov. Petletno preživetje vseh reseciranih je bilo 13,4 odstotka, reseciranih R0 pa 16,9 odstotka. Na osnovi lastnih izkušenj meni, da so multivisceralne resekcije pri napredovalem raku želodca v stadiju III in IV smiselne, če je moč doseči resekcijo R0. Zaradi številnih pooperacijskih zapletov, visoke pooperacijske smrtnosti in majhnega preživetja, se njihov

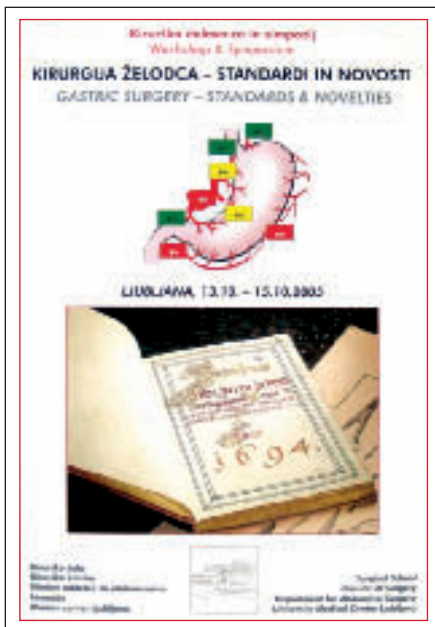
delež postopoma zmanjšuje in navdušenje kirurgov za tovrstne resekcije upada.

Asist. mag. Robert Juvan je predstavil rezultate operacijskega zdravljenja raka želodca 964 bolnikov v obdobju od 1993 do 2002. Dosegli so 81-odstotno resektabilnost, petletno preživetje po resekciji R0 pa je 50 odstotkov (49,8).

Po odmoru za kavo so bila na vrsti vabljeni predavanja. Prof. dr. Pompiliu Piso je kot sodelavec prof. Phillip von Breitenbucha – Univerzitetna kirurška klinika Regensburg – predstavil sodoben način kirurškega zdravljenja raka želodca. Prof. dr. I. Langer z Univerzitetne klinike Basel je predstavil prednosti zanimivega načina rekonstrukcije po totalni gastrektomiji z interpozicijo ileocekalnega segmenta.

Posvet smo zaključili z referati udeležencev: Marko Bricelj – operacijsko zdravljenje raka želodca v SB Ptuj, Jana Pečovnik – analiza 10-letnega obdobja operacij želodca v SB Celje, prim. Stanislav Mahne – trihobezoar želodca, Jurij Gorjanc – akutni nekrotizantni gastritis, prikaz primera, Dejan Janjič iz Leskovca pri Nišu – GIST, prikaz primera in I. Kocman iz Varaždina – njihove izkušnje s kirurškim zdravljenjem krvavečega peptičnega ulkusa.

Polna predavalnica udeležencev tudi v soboto je priznanje organizatorjem in odličnim predavateljem, saj jim je uspelo, da kirurgi iz Slovenije in tudi iz sosednjih držav sledimo novostim in dvigujemo standarde v kirurgiji. Tokrat nas je bilo v petek kar preko 100, ker je podjetje Johnson&Johnson pripeljalo kar 25 udeležencev, starejših in vodilnih kirurgov iz vseh držav bivše Jugoslavije, iz Bolgarije in Romunije. ■



Naslovnica programa



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

Radiološko srečanje

Jože Matela

Prijazno jesensko vreme je spremljalo druženje radiologov treh sosednjih dežel, ki je pod imenom Slovensko-madžarsko-hrvaški radiološki posvet potekalo v Kongresnem centru Habakuk v Mariboru od 13. do 15. oktobra letos.

Namen srečanja radiologov je druženje in obnavljanje starih prijateljstev kot medsebojno spoznavanje zdravnikov, ki v različnih državah opravljamo skoraj enako delo. Poudarek je na mladih kolegih radiologih, ki so v ospredju strokovnega dela posveta kot predavatelji, medtem ko starejši, izkušenejši kolegi nastopajo v vlogi mentorjev ter vodijo in oblikujejo posamezne sklope predavanj. Na tak način je mladim omogočeno, da si nabirajo potrebne izkušnje, obenem pa imajo možnost pred mednarodnim občinstvom predstaviti svoje delo ter spoznanja, ki so si jih nabrali pri vsakodnevem delu v svojih delovnih organizacijah ali v okviru različnih raziskovalnih projektov. Velika prednost teh srečanj je, da ne potekajo v vzdušju običajnih kongresov, ampak je celotno dogajanje izrazito nekonvencionalno s poudarkom na medsebojnem spoznavanju, druženju ter izmenjavi mnenj in osebnih izkušenj.

Začetek naših srečanj sega v devetdeseta leta prejšnjega stoletja, ko so se na pobudo posameznikov, kot so prof. Krešimir Glavina, prof. Ivan Lovasić ter prof. Slavko Šimunić na hrvaški strani ter prof. Lazslo Horvat na madžarski strani, prvič sestali radiologi obeh držav ter izmenjali svoje izkušnje in spoznanja. Pobuda je bila topla sprejeta in medsebojna srečanja so se nadaljevala. V letu 2000, ko je bila gostiteljica srečanja Hrvaška, je posvet potekal v Opatiji in na osebno vabilo predsednika organizacijskega odbora prof. Ive Lovasića, so se srečanja kot opazovalci udeležili tudi predstavniki Slovenije. Leto pozneje, ko je srečanje potekalo v Pecu na Madžarskem, so se slovenski predstavniki polnopravno pridružili svojim hrvaškim in madžarskim kolegom in druženje radiologov treh sosednjih držav je dobilo svoj uradni začetek. Srečanje organizira vsako leto druga država udeleženka v enem od večjih radioloških centrov ter obenem prevzame celotne stroške bivanja za najmanj 20 udeležencev iz posamezne države, pri čemer posamezna državna radiološka združenja izberejo svoje predstavnike. Polovico udeležencev predstavljajo mlajši kolegi, ki na srečanjih



dejavno sodelujejo s predavanji, medtem ko so druga polovica zaslužni in ugledni radiologi iz posamezne države.

Leta 2002 smo v Mariboru prvič priredili srečanje radiologov treh dežel, letos v oktobru, pa smo organizirali že peti Slovensko-madžarsko-hrvaški radiološki posvet in brez pretiravanja lahko trdimo, da so srečanja prerasla v tradicionalno druženje mladih radiologov treh sosednjih držav.

Organizacijo letošnjega srečanja so izpeljali delavci Radiološkega oddelka SBM in posamezni člani radiološkega društva »dr. Mile Kovač« v sodelovanju z Medicinsko fakulteto Univerze v Mariboru. Organizacijski odbor je v skladu z določili izbral prijavljena predavanja in na dvodnevni posvet uvrstil 38 predavanj ter sprejel 19 plakatov prijavljenih udeležencev iz treh držav. Poleg tega so bila na sporedu tudi tri vabljena predavanja uglednih strokovnjakov iz tujine, pri čemer bi posebej omenil Petra Bošnjakovića iz Srbije in Črne gore ter Michela Schaeferja iz Francije. Poleg mlajših kolegov so se posveta udeležili tudi nekateri najvidnejši predstavniki posameznih nacionalnih radioloških združenj. Iz Madžarske so prišli predsednik radiološkega združenja, prof. dr. Andras Palko, predstojnik Radiološke klinike iz Szege-da, njegova namestnica dr. Kinga Karlinger z Radiološke klinike na Semmelweisovi univerzi v Budimpešti, prejšnji predsednik združenja,

prof. dr. Gabor Vadon iz Budimpešte, ugledni nevroradiolog prof. dr. Jozsef Kenez ter tajnica združenja dr. Gyöngyi Nagy iz Zalaegerszega. Iz Hrvaške so bili navzoči dekan Medicinske fakultete Univerze v Osijeku prof. Krešimir Glavina, predsednica združenja radiologov Hrvaške prof. R. Klarić-Čustović, njen namestnik prof. Boris Brkljačić, prof. Slavko Šimunić, prof. Ivo Lovasić, dva izmed soustanoviteljev tega srečanja, iz Splita prof. dr. Zlata Herceg ter prof. dr. Josip Mašković, ki velja za vodilnega hrvaškega interventnega radiologa. Poleg domačih zdravnikov organizatorjev srečanja so iz Slovenije sodelovali še prof. dr. Miloš Šurlan iz Inštituta za radiologijo KC Ljubljana, doc. dr. Igor Kocijančič z ženo dr. Ksenijo Kocijančič, oba z Onkološkega inštituta v Ljubljani, prav tako je iz Inštituta za radiologijo KC Ljubljana prišla dr. Dubravka Vidmar. Iz Slovenj Gradca je prišel predstojnik Radiološkega oddelka Splošne bolnišnice dr. Sašo Rainer.

Neformalen pričetek posveta je bil v poznih popoldanskih urah 13. oktobra, ko se je del udeležencev zbral v kletni dvorani hotela Arena na »kozarčku za dobrodošlico« ter v prijetnem vzdušju obujal spomine na pretekla srečanja.

Uraden in svečan uvod v posvet se je začel v petek, 14. oktobra, z uvodnim nagovorom predsednika organizacijskega odbora, predstojnika radiološkega oddelka SBM prim. Jožeta Matele,

kateremu je sledil kratek pozdravni nagovor glavnega direktorja SBM prim. Gregorja Pivca. Za uvodnimi nagovori je bil kratek kulturni program, v katerem je z izvedbo Mozartovega godalnega kvarteta v Es-duru prisotne navdušil godalni kvartet bratov Feguš iz Maribora.

Po uvodni slovesnosti je delovno predsedstvo zasedlo svoje mesto in za govornico povabilo prvega predavatelja. Tako se je v dveh dneh za govorniškimi pultom zvrstilo 44 predavateljev, ki so udeležencem predstavili svoje raziskovalne projekte oziroma zanimive primere iz svojega vsakodnevnega dela. Hkrati je v posebnem prostoru predavateljica predavateljice potekala izredno zanimiva ultrazvočna delavnica, kjer so domači in tuji strokovnjaki zainteresiranim udeležencem na treh UZ-

aparatih prikazovali osnove ultrazvočnega pregleda žilja. Na razpolago so jim bili trije naj sodobnejši Toshiba in Philipsovi aparati ter izjemno zanimiv, kot prenosni računalnik velik aparat UZ.

V petek, 14. oktobra, so organizatorji ob pol osmih zvečer priredili slavnostno večerjo v kletnih prostorih hotela Arena, kjer so se vsi udeleženci poleg izvrstne hrane prijetno zabavali tudi ob zvokih hotelskega ansambla.

Posvet se je končal v soboto, 15. oktobra, v opoldanskih urah z zaključnim nagovorom in zahvalo predsednika organizacijskega odbora, za njim pa je v imenu naslednje prirediteljice besedo povzela predsednica združenja radiologov Hrvaške prof. Klarić, se zahvalila gostiteljem in zbrane obvestila, da bo naslednji

posvet treh dežel šele leta 2007, kajti v letu 2006 prireja Hrvaška v Zagrebu nacionalni kongres radiologov z mednarodno udeležbo, izvedba dveh kongresov v istem letu pa ne bi bila smiselna, še manj izvedljiva s finančne plati.

Na koncu lahko ponosno zapišem, da je Slovensko-madžarsko-hrvaški radiološki posvet 2005 v celoti izredno uspel, vsaj sodeč po izjavah prisotnih in sodelujočih, ki so soglasno pohvalili trud in napore domačih organizatorjev. Poleg vseh izrečenih pohval so me osebno najbolj presenetili in navdušili moji mlajši kolegi, ki so svoja predavanja pripravili in predstavili na način, ki zasluži vse priznanje in pohvalo ter je porok za izpolnitev naših želja, da bi Radiološki oddelek Splošne bolnišnice Maribor že v kratkem času prerasel v klinični oddelek. ■

Operativne tehnike dimeljskih kil

Jurij Gorjanc

Če vemo, da v Srbiji in Črni gori v zadnjih letih zaradi vojne in gospodarskih sankcij skoraj ni bilo sodobnega materiala za popravilo trebušnih kil, je bilo treba razloge za obisk prvega kongresa herniologov Srbije in Črne gore z mednarodno udeležbo o operacijah kil, ki je potekal od 29. septembra do 1. oktobra 2005 v Niški Banji, dobro pretehtati. A že bežen pogled na program z mednarodno udeležbo priča o velikopoteznosti organizatorjev, ki so želeli tudi širšo okolico obvestiti, da je preteklost mimo. Kongres je bil torej priložnost, da o priznanih dimeljskih operativnih tehnikah slišimo iz ust samih avtorjev in njihovih naslednikov. Tako je prišel prof. Amid iz Los Angelesa in v treh dneh kongresa dodobra razložil pravilno tehniko, prednosti, pomanjkljivosti in možne zaplete Liechtensteinove tehnike (mimogrede – večina Slovencev in Slovenk ima danes dimeljsko kilo operirano na tak način). Prišel je tudi prof. Bendavid iz Tel Aviva, ki je zagovarjal Shouldiceovo tehniko istoimenske klinike iz Toronta (cenena metoda brez mrežice z odličnimi dolgoročnimi rezultati). Omeniti velja še Italijana dr. Abonnanteja, ki operira po uveljavljeni metodi Trabucco (različne oblike mrežice brez pritrjevanja s šivi) ter vse bolj pogosto laparoskopsko tehniko (TEP), ki jo je predstavil dr. Miserez iz Belgije. Vsak od naštetih je v okviru delavnice operiral po enega bolnika, ob neposrednem prenosu operacij v

predavalnico se je razvila živahna razprava. Posebno poglavje so bile pooperativne kile, kjer novi materiali obljublajo boljše pooperativne rezultate, a zaenkrat ostaja pri obljubah. Še največ obetajo posegi, kjer je mrežica nameščena z notranje strani (zadnji pristop).

Po svetu večino kil operirajo v regionalnih bolnišnicah, zato so se v nadaljevanju zvrstili referati iz številnih srbskih bolnišnic, z analizo rezultatov preteklega leta smo se jim pridružili tudi zdravniki iz slovenjgraške bolnišnice. Tudi gostje iz tujine so potrdili, da so dobri rezultati lahko le posledica dobrega poznavanja posameznih tehnik, podatki o njih pa morajo biti pridobljeni z ustrezno analizo in sledenjem, kar ni vedno lahko.

Vsak kongres pusti pečat tudi zaradi svoje lokacije. Le na kratko naj omenim obkongsnesne

vtise Srbije in tamkajšnjega življenja. Vožnja z avtomobilom po Cesti bratstva in enotnosti, skozi glavno mesto ter po ulicah Niša s še vedno razrušenimi poslopji odpira veliko tem za razmišljanje. Cene, razen osnovnih živil, so za Srbe visoke, plače nizke. Povprečna znaša 40.000 tolarjev. Še najzanimiveje pa je občutiti, kaj je pretekla in polpretekla zgodovina zapustila prebivalcem Srbije. Pozornost zbudijo tradicionalno gostoljubni ljudje, od katerih se revnejši skozi življenje komaj prebijajo, a niso zato nič manj odprti. Nova in zelo pozitivna izkušnja slovanskih sosedov, ki je mlajši pač kdaj prej nismo doživeli. Ob koncu se je zdelo, da je vsa barvitost Balkana podoživeta v glasnih, žalostnih, pa tudi veselih melodijah nezamenljivih trubačev iz bližine Niša, ki so nastopili na slavnostni večerji. ■



Udeleženci kongresa

Mednarodni kongres ortodontov Srbije in Črne gore

Tanja Lah Kržin

V času od 25. do 27. septembra je v Beogradu potekal 2. mednarodni kongres ortodontov Srbije in Črne gore.

Kongres je organiziralo tamkajšnje združenje ortodontov. Predsednici organizacijskega odbora kongresa, prof. dr. Mirjani Šašić, ki je hkrati predsednica Združenja ortodontov Srbije in Črne gore in generalna sekretarka FEO (Federacije evropskih ortodontov) je uspelo v Beograd privabiti resnično veliko število zvenečih imen svetovno uveljavljenih ortodontov. To je bil tudi razlog, da je bil kongres dobro obiskan, udeležili pa so se ga ortodonti tako iz države organizatorice kakor tudi iz Hrvaške, Makedonije, BiH, Bolgarije, Grčije in seveda tudi Slovenije.

Program kongresa je potekal v hotelu Jugoslavija in je bil razdeljen na:

- Predkongresni tečaj, ki ga je vodil prof. dr. M. Kuftinec.
- Kongres – predavanja o različnih temah.
- Pokongresni tečaj, vodil ga je prof. dr. V. Kokich.

Tema predkongresnega tečaja, ki je potekal 25.9.2005 od 9. do 17. ure, je bila Biomehanika v ortodontiji ob uporabi fiksnih aparatov. Tečaj je vodil prof. dr. Mladen Kuftinec, ki je redni profesor na Clinic for Scientific Research of Growth and Development of the Dental College, University of New York.

Poudarek je bil na prikazu koncepta delovanja nove generacije interaktivnih samoligirajočih sistemov (ISLS) nesnemnih aparatov, ki so jih tudi sicer na kongresu večkrat predstavili različni predavatelji. Gre za samoligirajoči sistem, ki je v začetku delovanja loka pasiven, ob doseženi določeni stopnji nivelacije pa postane aktiven – kombinacija aktivnega in pasivnega samoligirajočega sistema torej.

Ob sedmih zvečer je bilo svečano odprtje kongresa s predstavitevjo mesta in govori glavnih organizatorjev ter sponzorjev.

Sledil je pozdravni koktajl, kjer je bilo dovolj priložnosti za sproščen pogovor in izmenjavo strokovnih izkušenj med kolegi s področja bivše države in drugimi.

Hkrati je potekalo odprtje razstave plakatov s prikazanimi različnimi temami, ki so se potoevali za tri glavne nagrade.

V ponedeljek, 26. septembra, so se v sklopu kongresa vrstila predavanja različnih avtorjev, ki so bila razdeljena v štiri tematske okvire:

- Ortodontsko-kirurška terapija malokluzij
- Klinično zdravljenje najpogostejših ortodontskih anomalij
- Ortodontsko zdravljenje pri bolnikih s parodontopatijami
- Estetika v povezavi z ortodontskim zdravljenjem

Prof. dr. Birte Melsen (Danska) je predstavila uporabo skeletnega sidranja z vsadki pri obravnavi asimetrij. Pri ortodontskem zdravljenju še vedno predstavljajo velik izziv za terapevta, saj se pri uporabi sil običajno ne moremo izogniti njihovim recipročnim učinkom. Z uporabo vsadka kot sidrišča lahko izvajamo premike zob, ki so bili do nedavnega nemogoči ali težko izvedljivi.

Prof. dr. Hans Peter Bantleon (Avstrija) je predaval o uporabi biomehanike pri praktičnem reševanju ortodontskih težav. Spet so bili pozitivno omenjeni sistemi nesnemnih aparatov, kjer je močno zmanjšano trenje (samoligirajoči sistemi).

Prof. dr. Mirjana Šašić (SČG) je govorila o vplivu ortodontskega zdravljenja na izgled profila mehkih delov obraza pri bolnikih z razcepi (shizami). Predstavljeni so bili izsledki raziskave, kjer so bili merjeni ustrezni parametri profila pri bolnikih s shizami in pri otrocih kontrolne skupine, enake povprečne starosti, brez razcepov.

Drugi sklop predavanj je začel prof. dr. Jury Kuroi (Švedska). Šlo je za zelo zanimivo predavanje, kjer je predstavil nekoliko drugačen pogled na zgodnjo ortodontsko obravnavo nepravilnosti v razvoju okluzije, ki se pojavijo ob menjavi zobovja. Poudaril je, da mora naša odločitev o zdravljenju posameznih anomalij temeljiti na odličnem poznavanju težave, natančno bi tudi morali vedeti, kaj se zgodi, če ne

zdravimo anomalije. Vsak terapevt bi moral znati natančno odgovoriti, in to prof. Kuroi tudi zahteva od svojih študentov, kdaj pričeti zdravljenje, zakaj zdraviti določeno nepravilnost in na kakšen način. To pa ni vedno lahko, sploh če moramo svoje odgovore podkrepiti z natančnimi odstotki. Zavzel se je za večji pomen raziskav in njihovih izsledkov (evidence base) pri uporabi v klinični praksi. Navedel je tudi nekaj podatkov, ki so bili za večino udeležencev presenetljivi. Sam prof. Kuroi se pri večini diagnoz nepravilnosti (npr. ektopična erupcija, EFKG, meziodens) nagiba k odloženemu zdravljenju in opazovanju razvoja – redni pregledi, rentgensko spremljanje. Opozoril pa je tudi na nekaj izjem, na primer zlom kondila, kjer je zdravljenje treba začeti takoj.

Predavanje prof. dr. Rainharda Reginalda Miethkeja je govorilo o neuspehu, ponovitvi bolezni, retenciji – glavobolu vseh ortodontov. Njegovo glavno misel lahko povzamemo kot: v retencijskem obdobju ne popravljajmo nekorrektne izida ortodontskega zdravljenja. Če pa je bilo zdravljenje povsem korektno izvedeno, se s pojavom recidiva ne obremenjujmo preveč. Bistvo dobrega zdravljenja je vzpostavitev in vzdrževanje normalne funkcije. Prof. Miethke ne priporoča uporabe nesnemnih žičnih retinerjev (izjemoma pri diastemi med veri in pri pacientih s parodontalno boleznijo), pač pa ploščo, ki ne moti okluzije in positioner.

Dr. Maija Eltz (Avstrija) je govorila o izkušnjah na njihovem inštitutu pri zdravljenju z interaktivnim samoligirajočim sistemom nesnemnih aparatov. Zanimivo je predvsem to, da pojav stranskega in anteriornega odprtega griza med zdravljenjem rešujejo z logopedskimi vajami za jezik in so pri tem, po prikazanih primerih sodeč, tudi zelo uspešni.

Prvo predavanje tretjega sklopa je govorilo o konceptih in strategijah zdravljenja odraslih. Prof. dr. Frans van der Linden (Nizozemska) je prikazal nekaj primerov zdravljenja odraslih bolnikov, kjer ni bila dosežena optimalna okluzija, pač pa je bilo doseženo izboljšanje

malokluzije, s čimer so bili pacienti zadovoljni. Zdravljenje je potekalo s snemnimi ortodontskimi aparati.

Prof. dr. Yehoshua Shapira (Izrael): Pogoste dentalne anomalije pri odraslih. Predavanje je bilo namenjeno pozni obravnavi zagozdenih podočnikov, kongenitalno manjkajočih, nadštevilčnih zob, transpozicij. Poudarek je bil na preprečevanju motenj okluzije, ki jih izzovemo z zdravljenjem.

Dr. Derek Mahony (Avstralija) je v svojem predavanju govoril o ortodontskem zdravljenju odraslih bolnikov s parodontalno boleznijo. Ortodontsko zdravljenje teh bolnikov je možno po predhodni uspešni sanaciji parodontalne bolezni, mora pa biti ves čas zdravljenja zagotovljeno brezhibno vzdrževanje kontrole plaka. Zopet je bila poudarjena uporaba sistemov s silami, katerih vrednosti so znotraj bioloških – g. o. funkcionalni fiksni ortodontiji samoligirajočih sistemov.

V četrtem sklopu predavanj je prof. dr. Mladen Kuftinec (ZDA) govoril o bioloških in mehanskih prednostih interaktivnih samoligirajočih sistemov (ISLS). Biološke prednosti so zlasti uporaba kontinuiranih lahkih, bioloških sil, ki izzovejo optimalni tkivni odgovor in zagotavljajo maksimalno udobje pacienta. Od mehanskih prednosti lahko omenimo enostavno uporabo in kontinuirano sproščanje sil.

Kongres se je zaključil z zelo zanimivim predavanjem prof. dr. Vincenta Kokicha (ZDA) o kirurško ortodontskem pristopu pri obravnavi zagozdenih podočnikov zgornje čeljusti. Poudarjeno je bilo, da je potrebno za optimalen estetski rezultat vključenega zagozdenega podočnika izvesti pravičen kirurški pristop in tudi pravičen ortodontski vlek. Oba postopka je treba tudi pravilno časovno načrtovati in medsebojno uskladiti. Možni kirurški pristopi k zagozdenemu podočniku so trije:

- Enostavna ekscizijska fenestracija
- Apikalno pomaknjen reženj
- Tehnika zaprtega vleka

Od pravilne izbire kirurškega postopka je v veliki meri odvisen potek zdravljenja, pojav zapletov in tudi končni estetski učinek. Merila za izbiro pravilnega kirurškega pristopa so:

- Položaj zagozdenega podočnika v vestibulo-oralni smeri.
- Položaj v mezio-distalni smeri.
- Položaj glede na muko-gingivalno linijo.
- Širina pasu priraščene dlesne.

Na veliko presenečenje prisotnih ortodontov je prof. Kokich pri palatinalno impaktiranih podočnikih priporočil enostavno ekscizijsko fenestracijo in to še pred namestitvijo nesnemnega ortodontskega aparata. Takšen kirurški pristop in časovno zaporedje se v praksi največ uporablja tudi pri nas, je pa do nedavnega

veljalo za ne povsem korektno.

Zvečer smo bili udeleženci kongresa objavljene na svečano večerjo. Ob tradicionalno dobri hrani je bila to priložnost za neuraden klepet in navezovanje stikov.

Podeljene so bile tudi nagrade za tri najboljše plakate, razstavljene v predverju kongresne dvorane.

Pokongresni tečaj, ki ga je v celoti vodil prof. dr. Kokich, je obsegal zanimiv sklop predavanj o interdisciplinarni obravnavi pacienta. Predavatelj je natančno in nazorno razložil, na katere dejavnike moramo biti pozorni in kako jih preverimo pri obravnavi odraslega bolnika, ko se zdravljenje bliža koncu. To so dejavniki okluzije, parodontalni dejavniki in estetski dejavniki. Poudarjeno je bilo tesno sodelovanje strokovnjakov z več področij zobozdravstva: protetik, kirurg, parodontolog, ortodont, pedontolog. Le s sodelovanjem dosežemo optimalen rezultat zdravljenja.

Kolegi iz Srbije in Črne gore so se spet enkrat izkazali kot tradicionalno gostoljubni gostitelji, ki jim je v ne ravno rožnatih razmerah uspelo organizirati zelo kakovosten kongres s priznano mednarodno udeležbo.

Zaradi delovnih obveznosti naslednjega dne smo kolegi iz Slovenije dogajanje zapustili nekoliko predčasno. Žal tudi za ogled mesta na sotočju Save in Donave tokrat ni bilo časa. ■

TAKO MISLIMO

NEKOČ iz mojega dnevnika

Gospod Dušan in njegovi avtomehaniki

Zapisano v Wordu 2000

Uroš Ahčan

Gospod Dušan je bil odličen avtomehanic. Že po zvoku pokvarjenega motorja je našel pravo rešitev. Pravilno je izbral izvajalca, zamenjal svečke in avto je bil hitro na novi službeni poti.

Razmišljal je tudi o zgradbi uplinjača, hidravličnem dvigu avtomobila, pomagal je vajencem in včasih popravil slabo opravljeno delo mojstrov.

Nadrejeni so hitro prepoznali njegovo znanje in sposobnosti. Dušan je imel še eno pomembno vrlino. Spretno je znal obračati besede in lastniki avtomobilov so včasih dobili občutek, da so se odpeljali z novim in ne le popravljenim avtomobilom.

Postal je vodja izmene. Poslali so ga na dodatno šolanje v tujino – Francijo, ZDA, Nemčijo, Anglijo ... K pridnosti, samodisciplini in pameti je dodal razgledanost, videl je novosti, organiza-

cijo in urejenost avtomobilskih delavnic širom po svetu. Postal je šef oddelka ... in nazadnje vodja velike delavnice, kjer so popravljali vse avtomobilске znamke, tudi traktorje in delovne stroje. Bil je strog in pošten šef. Zaupal je svojemu znanju in samozavestno vodil kolektiv. Izračunaval je količnike, racionaliziral porabo dolgih in kratkih vijakov ... Iz vsake, še tako zapletene zgodbe je prišel kot zmagovalec. Česar ni uredil v delavnicah, so naredile njegove besede, vedno sestavljene v odlično pripoved, brez mašil, s končno mislijo, ki je prepričala vsakogar. Bil je res ugleden mož. Avtomobilov pa že dolgo ni več popravljal, še vozil se je redko z njimi. Mikale so ga podrobnosti, nove pnevmatike, ki bi preprečile zdrs na klancu, varnostni pasovi, ki bi se zategovali ravno prav ...

Kljub temu so bili servisi polni pokvarjenih avtomobilov. Popravljali smo jih vsak dan: zjutraj, dopoldan, popoldan, zvečer, ponoči. Vsak pokvarjen avtomobil smo brezplačno odpeljali iz še tako odmaknjene makadamske gorske

stezice, naravnost v delavnico in ga popravili. Pregledali smo tudi več kakor 100 pokvarjenih avtomobilov na dan. Na preventivne preglede so jih nekateri pripeljali kar ponoči. Bili smo utrujeni, ker nas je bilo malo, stranke zahtevne, izvijači pomanjkljivi ali celo pokvarjeni.

Gospod Dušan je v kopici dela pozabil, da svečke niso več enake, da so menjalniki avtomatski in ABS zavore serijsko. Jakob, Silvo in Štefan, ki je bil strokovnjak za sklopko, pa so z veseljem razdajali svoje znanje in izkušnje, predavali o vlečni službi ... Vedno sem občudoval njihovo energijo, voljo, željo in pridnost po tolikih letih dela. A razmišljali so tudi o pokoju, vinogradu v goricah, vnukih ... Kolegi iz tujine, ki so popravljali enake avtomobile, so imeli nove izvijače, celo inštrumente za odkrivanje različnih napak, računalnike, sisteme za nadzor svojih storitev, cene storitve so oblikovali glede na porabljen material in ure opravljenega dela. Polni so bili znanja, samozavesti, pohval in hvaležnih misli, celo denarnice so imeli debelejšje.

V podjetje je prišlo nekaj novih, svežih (največkrat sinov, ki so gledali, kako očetje doma popravljajo avtomobile svojcev in prijateljev

v ponos in ugled družini). A mladi vajenci so ustroj in delovanje avtomobila poznali večino ma le iz učbenikov in katalogov, poznali so različne modele in serijske številke nadomestnih delov. Zaradi geografske majhnosti države so bili nekateri modeli redki, drugih je bilo preveč, rezervni deli so postali kakovostnejši ...

In gospod Dušan je pozabil na svojo pot, nabiranje znanja in izkušenj v tujini. Res smo se lahko veliko naučili od njega in njegovih prijateljev, ki so bili kar nekaj mesecev v različnih servisih sveta, a to je bilo kljub vsemu znanje iz druge roke. Znanje iz obdobja Bojanovih zmag.

Za delavnico je kupil le dva nova izvijača in železnega »francoza«. Bil je polno zaposlen in srečali smo ga že ob začetku prve izmene ob šestih zjutraj in tudi ob devetih zvečer. A kljub temu je imel dovolj časa. Pisanje v avtomobilistične revije, kjer so pomembne številke, zaključki in novosti, odkrivanje in popravljanje novih napak motorjev in šasije, je zamenjal za kakovostne pripovedi, dobro berljive zgodbe in prigode iz delavnice, katere direktor je bil. Tudi sam sem prikimal lepim besedam in pametnim zaključkom. Smeh in veselje pa je

hitro zamenjala žalost.

Naš direktor piše o težavah v naši delavnici, glasno se smeje in opozarja lastnike avtomobilov, da je kakovost servisov slaba, da pregledamo premalo avtomobilov, da s strankami nismo prijazni ..., a ob tem je on določil število mojstrov in kakovost orodja, on naj bi skrbel za dodatno usposabljanje, on naj bi včasih celo pohvalil dobro opravljeno delo.

Predpisal nam je, koliko avtomobilov letno lahko pregledamo in koliko dni so lahko na servisu, jezo vseh, ki niso bili na seznamu, pa je prepustil v reševanje serviserjem (tudi Janu in Galu, ki delata le nekaj let). No, za izjeme je že zavrtil telefon in se prijazno zahvalil.

Naš direktor je postal minister, minister vseh slovenskih avtomehanikov.

Zgodbe o Suzy, Koristnem in jalovem delu ... so s svojo težo zvezane v svežnje, šolarjem pomagale zbrati denar za šolski izlet. Gospod Dušan pa se je preselil pred kamere in pri javnem čiščenju delavnic je namesto učinkovitega sesalca uporabljal staro metlo, ki je vse vprek dvigovala prah.

Mehaniki, ličarji, avtoelektrikarji smo začeli gledati drug na drugega in se obtoževati za

slabo opravljeno delo, bili smo celo žalostni in ponižani, vzal nam je pogum, omajal ugled. Še Jože, ki je reševal najbolj tvegana popravila in se ni bal priviti vijaka preko meje, popravljati avtomobila pri motorju v teku, je postal zmeden in prestrašen. Le kdo bo sedaj popravljati te motorje? Vsi so se pričeli izogibati našega servisa. Stranke nam povedo, da so se v našem servisu oglasili, ker so se morali, ker sodijo v naš delokrog, a ko bi mogli, bi šli v kakovostnejšo ustanovo. Še prijatelji, ki jim popravljamo zastoj, v prostem času in svetujemo po telefonu, na nas gledajo z nezaupanjem in strahom. Naši najboljši prijatelji in sovražniki hkrati so postali advokati. Strašijo nas s tujimi mehaniki, ki bodo prišli prek meja in so sposobni popravljati avtomobile 24 ur dnevno na najvišji kakovostni ravni brez napak v blaginjo vsem nam.

A tudi gospod Dušan je bil razočaran in žalosten, ker mu ni uspelo ustanoviti servisa za zagon motorja s tujim 98-oktanskim gorivom. Saj veste, kdaj odloča tudi volja ljudstva. Uspešen pa je bil pri postavitvi temeljnega kamna za servis avtomobilov znamke »newborn«, ki jih je v tem koncu Slovenije malo, servisov v Sloveniji pa preveč.

Verjamem, da bo gospod Dušan zmogel

pospraviti vse slovenske delavnice brez odvečnega prahu, mastnih naslovov in ozko usmerjenih žarometov. Verjamem, da je njegova največja želja, da bodo servisi dobro opremljeni, servisieri pa odlično usposobljeni, prijazni, učinkoviti, zadovoljni in spoštovani. Verjamem vsem mojstrom, ki so me in me še učijo, da je popraviljanje avtomobilov najbolj koristno početje in verjamem vajencem, ki s široko odprtimi očmi sedijo v šolskih klopeh.

Morda je moja zgodba o slovenskih avtomehanikih preveč čustvena, pretirana in krivična, z nekaterimi izmišljenimi imeni in dogodki. Priznati moram, da je gospod Dušan zelo inteligenčen, razgledan, delaven in pameten, njegove odločitve modre in preudarne, naravnane v prihodnost, da je njegova prehojena pot res strma in mestoma prvenstvena smer, zato mu ne želim, da bi namesto kralja naših src (p)ostal Sam. Sam na vrhu. Naši sinovi in vnuki pa spoštovani in cenjeni piloti, pravniki in ekonomisti.

Nato se je začelo novo obdobje. Obdobje velike reforme servisov. Reforme, kjer je črno na belem zapisano, da bomo za manj denarja dobili boljši avtomobil, z več serijske opreme, zračnimi blazinami, klimatsko napravo, avto

bo imel mnogo manjšo potrošnjo za mestno vožnjo in na dolgih relacijah.

Globoko se strinjam z gospodom Dušanom, da so spremembe potrebne, strinjam se tudi, da je treba začeti pri pridobivanju denarja. Pozdravljam tudi predvidene ukrepe, ki bodo namenska sredstva brez večjih odlivov in stranskih poti pripeljala k izvajalcem.

O izvajalcih, tistih, ki naj bi vse obljubljeno pripeljali v življenje, pa niti besede, ne dobre in ne slabe. Imam občutek, da bomo v igri prevar in obljub zopet potegnili krajšo paličico. Saj bodo tisti, ki bodo plačevali več, vse, največ ... prav od nas zahtevali posebno sobo, barvni TV, najboljši material, takojšnjo operacijo. Enako število izvajalcev z enako opremo ob največji volji lahko ponudi kvečjemu dosežanjo raven oskrbe. Prav vsa osnovna načela reforme pa so se v mojih očeh sesula v prah, ko so se za zdravljenje slavnega posameznika vključili prav vsi mediji, cel politični vrh in ugledni posamezniki (tudi minister), ki so pozabili, da so bili, so in bodo v enakem položaju mnogi, ki pa so in bodo ostali sami, v tišini in v dolgi vrsti ambulant. Enakost, poštenost, humanost ... brez primere.

DANES iz mojega dnevnika

(napisano v nedeljo 16. 10. 2005)

Dušan po Dušanu

... in Dušan je res ostal sam, sam brez vrha. Najprej je imel prvo in zadnje mnenje, danes ureja in piše le drugo mnenje. Postal je poznavalec nogometa in organizacije klubov, govori o igralcih, prestopih ... in med drugim profesor Keber tudi zapiše:

»Nogometni klub, ki mu gre slabo in ne more **plačevati** svojih zvezdnikov, jih vsaj **proda najboljšemu ponudniku**. Skuša **iztržiti** nekaj ali celo več od tistega, kar je sam **vložil** vanje.« ... »Ampak namenoma in po lastni volji se klub le ne mara odpovedati svojemu položaju na vrhu.« ... »Odhod enega ali dveh nogometašev lahko povzroči, da je prihodnje leto na vrhu lestvice nek drugi klub ...« ... »Tudi v nogometnem klubu se želijo znebiti slabega igralca, vendar tudi v tem primeru želijo zanj nekaj **iztržiti**, kar jim praviloma uspe, ker odhaja ovenčan s **slovesom** dobrega kluba. **Denar**, ki ga dobijo zanj, lahko **vložijo v nakup** mladega obetavnega igralca ali pa za

delo z lastnim podmladkom.«

Kdor se z izvajalci zdravstvenih storitev obnaša kakor z blagom, ki vanj vlaga, ga prodaja in kupuje, lahko pričakuje, da bodo tudi izvajalci pričeli uporabljati enak besednjak in se tudi do svojih navijačev (bolnikov) obnašati enako. In (pred) med pregledom bodo uporabili tudi vaše besede: **plačevati, prodati najboljšemu ponudniku, iztržiti nekaj ali celo več, denar vložiti v nakup ...**

Skratka igralci se bodo posvečali denarju in poslovanju in bodo pozabili na igranje, dolge podaje, kratke pasove, prodore in gole. Igralci potrebujejo mir, urejene razmere, dobre pogoje za trening, urejeno slačilnico ...

Vaši igralci so postali pomembni šele, ko zapuščajo klub. Še vedno jih nihče ne vpraša, kaj je vzrok odhoda, pač pa se vsi posvečajo zgolj misli, kako jih zadržati ali od njih kar se da največ iztržiti. Nikoli jih ni nihče vprašal, kako se počutijo na levem bočnem položaju, vezni vrsti ali špici napada, tiste v rezervi ...

Nihče se ni nikoli vprašal, zakaj so igralci v največjem, najuglednejšem in najbogatejšem klubu plačani za efektivno in neefektivno igro. Ali je efektivna igra le dajanje golov ali sem štejejo tudi podaje, morda tek in »klizeči štart« in kaj je pasivno delo: pobiranje žoge iz avta in za golovo črto, hoja proti slačilnici...???

In če vaši igralci v največjem, najuglednejšem in najbogatejšem klubu izračunajo, koliko je vreden njihov gol (operacija), so zgroženi, saj je vreden manj kakor cena vstopnice enega gledalca med večdesettisočglavo množico. Število doseženih zadetkov sploh nikoli ni bilo pomembno, še več, vedno ste jih omejevali, češ za zadetke nimamo več denarja.

In kdo je odgovoren za slab rezultat? V nogometu gotovo trenerji. Ti so tisti, ki morajo prvi oditi zaradi slabih predstav varovancev. In dobre trenerje, ki jim je spodletelo pri enem klubu, takoj vzamejo (kupijo) v drugem. V nogometu ne poznam skoraj nikogar, ki bi kar leto dni iskal službo, nato pa se vrnil v matični klub kot svetovalec ekonomista ali kondicijskega trenerja.

In dobri trenerji v klubu morajo najprej poznati pravila nogometne igre, osnovno postavitev, taktiko branjenja in napadanja. Ekipo morajo telesno in psihično dobro pripraviti za najpomembnejše nastope, vsakega postaviti na

tisti položaj, ki mu najbolj ustreza, kjer da lahko klubu največ. Igralce morajo stalno spodbujati, jih motivirati, jim čestitati, zaploskati.

Znati morajo tudi zvezdniki. Vedeti morajo, kaj povedati v stlačilnici in kaj na novinarski konferenci. Ne poznam uspešnega trenerja, ki bi dosegel dobre rezultate le s stalno kritiko igralcev, moledovanjem in zgražanjem ob zapravljeni enajstmetrovki, priložnosti, slabi podaji, prepovedanem položaju ...

Brez motivacije se tudi slabi igralci ne bodo borili, »ne bodo pustili srca na igrišču«, ne mladi igralci in še manj zvezdniki, ki bodo igrali le za ohranitev svojega imena in slovesa, brez volje. Sprehajali se bodo po igrišču in čakali na priložnosti in konec tekme (delavnika). Nekateri sploh ne bodo želeli igrati, odšli bodo domov. In tisti zvezdniki v nogometu ob odhodu sredi tekmovanja (operacije) lahko kupijo Šmarno goro, zdravniki – zvezdniki morda šmarnico.

In ob slabih rezultatih in dogovorih za bolj učinkovito igro se je treba dogovoriti v domačem klubu in domačem okolju in ne klicati pregrešno dragih avstralskih strokovnjakov, kjer imajo igrišča drugačnih razsežnosti, večji kazenski prostor, težjo žogo in naših igralcev ter načina igre sploh ne poznajo.

Res je, da klub klubu plačuje odškodnine, igralci plačujejo bolj malo, skladno s pogodbo, ki jo imajo. Pogodbo na kateri glede na stopnjo izobrazbe igralca nekateri komaj znajo prešteti število vseh ničel na njej. Šest let študija, dve leti sekundarijata, šest let specializacije ... ure in ure, dneve in noči ... Kaj pa pogodba?

Vaši največji zvezdniki dobijo v Kliničnem centru, ko ponoči vstanejo iz tople postelje in z lastnim avtomobilom oddrvijo v operacij-

sko dvorano, sedejo za mikroskop in več ur opravljajo drobnožilne povezave (replantirajo prst, roko, opravijo prost prenos tkiv pri kompliciranih zlomih ... in drugo družbeno koristno delo), plačano 2300 tolarjev neto ali 9 evrov na uro (preverjeno danes v finančni službi)!! Zvezdniki!? Zvezdniki, primerljivi z nogometiši!?

Ponovno se strinjam z Vami, da »vrhunska bolnišnica potrebuje znanje in izkušnje vseh zaposlenih, potrebuje opremo, potrebuje miselnost, ki ni zavezana zgolj vsakdanji rutini, temveč tudi odkrivanju in uvajanju novega.« Strinjam se z Vami, da »usoda bolnika ni odvisna zgolj od dobrega kirurga, pač pa na končni izid zdravljenja vplivajo tudi druge okoliščine, na primer znanje in izurjenost preostale ekipe, kakovost kooperativnega zdravljenja in sposobnost prepoznavanja zapletov in ustreznega ukrepanja.« A pomembni so tudi volja, srčnost, nalezljivi navdih, ki ga ni moč ukazati, odrediti, uzakoniti, temveč ustvariti in krepiti.

Najverjetneje žal ne spremljate Lige prvakov, drugače bi gotovo ugotovili, da vaša trditev »Kliničnega centra ni mogoče prestaviti v Grosuplje,« ne velja. Prav z lahkoto! Povprašajte gospoda Romana Abramovicha in poglejte rezultate nogometnega kluba Chelsea. Z izbrano, dobro motivirano in nagrajeno ekipo, dobrim trenerjem in vodstvom, ki ve, kaj hoče, je možno v kratkem času postaviti nov Klinični center svetovnega slovesa tudi v Grosupljem (s pripadajočimi parkirišči). Važni so igralci in ne ime kraja. Tudi Galjevica in Celje imata evropskega prvaka. In ko se sprašujete, komu zvoni, vsi že dolgo vemo, da zvoni Kliničnemu centru in slovenskemu zdravstvu. To zvonjenje zaposleni poslušamo že vrsto let in je za delo

nadvse moteče.

Tudi sam imam pomisleke nad privatizacijo zdravstva brez jasnih pravil, bojim se za razvoj znanstvenoraziskovalnega in pedagoškega dela, slovenskega medicinskega objavljanja ...

Morda se ne zavedate, toda s svojim delom in javnimi nastopi, pisanjem in posledično množico nezadovoljnih in z javnostjo skreganih zdravstvenih delavcev, ste postavili odlično izhodišče za spremembe sistema in privatizacijo prav vi. Nihalo ste dvignili visoko na eno stran.

Ker je najlažje napisati kritiko in veliko težje oceno in predloge, Vas vabim, da si preberete tudi moja razmišljanja v Zdravniškem vestniku (*Zdrav Vestn 2005; 74: 3 - 4 in Zdrav Vestn 2005; 74: 389 - 392* ali na spletni strani www.vestnik.sz.d.si). Spoznali boste, da moje pisanje nikakor ni osebni napad, pač pa razočaranje igralca, ki ima raje dober prodor, natančno podajo in lep zadetek, veliko teka in tudi nekaj zapravljenih priložnosti, kakor pa sedenje na rezervni klopi z bogato pogodbo v žepu. Igralca, ki je nekoč na levem bočnem branil svoj gol, znal podati in mu je morda danes žal, da ni ostal kar tam na zelenici, kjer je moštveni duh pomembnejši od teoretičnega razpravljanja.

Ne verjamem, da ste bili kdaj član športne ekipe, bolj me spominjate na Tomaža Humarja. Vzpon v soju žarometov, sprotno obveščanje o razmerah na poti, bivakiranje na brezpotju, klic na pomoč in glasna vrnitev v dolino. Le pakistanskih rešiteljev ni od nikoder.

P.S. Vedno sem verjel v Vaš dober in iskren namen, ki mu žal ni sledila izvedba. ■

Bolniška odsotnost pod drobnogledom

Nina Mazi

Zapletena, večplastna, zahtevna in občutljiva kategorija, ki zbuja pozornost in skrbi tako zdravstva in sociale kakor tudi gospodarstva, politike in družbe nasploh. Poleg medsektorske, interdisciplinarnosti in večcentričnosti jo zaznamujeta tudi kulturna posebnost in izrazita individualnost. Zato se splošna, približna načela in posplošeni recepti za reševanje prepogostih in predolgih bolniških odsotnosti v praksi praviloma ne obnesejo – ne dajo pričakovanih in zelenih rezultatov. Tako morajo vlade, nacionalne ekonomije, panoge, pooli in celo posamezna podjetja vedno znova iskati nove, izvirne možnosti, domiselne in inovativne, pa tudi pristope z občutkom, ki so pisani na kožo poslovnemu, strokovnemu, gospodarskemu in družbenemu okolju, v katerem se soočajo s problematiko bolniške odsotnosti.

Zato jo Nemci (zaenkrat še oziroma vedno bolj neuspešno) skušajo reševati po svoje, Skandinavci (zlasti Švedi in Danci) po svoje, Avstrijci, Italijani in Španci pa spet na svoj, poseben način. Vse to bolj ali manj zavzeto in uspešno počnejo tudi Japonci, Avstralci in Američani. Najbolj uspešni pri zniževanju in obvladovanju bolniških izostankov v EU so nedvomno Luksemburžani, njim ob bok pa stopajo Danci. Pri tem bi jih številne države na stari celini sicer rade posnemale, vendar zato nimajo pogojev, možnosti, znanja, izkušnje, sredstev in sposobnosti. Pa tudi ne odločnosti in poguma ter pravih ljudi – za obvladovanje bolniških odsotnosti je namreč treba imeti prave, ustrezno motivirane in nad spremembami navdušene ljudi na vseh koncih zdravstvene, zaposlitvene in socialne verige. Posameznike in skupine, ki so pripravljeni in sposobni za brezkompromisno, iskreno in plodno – dolgoročno prostovoljno partnerstvo (brez fige v žepu). Omejitve in pritiski se (če sploh) navidezno obnesejo le za kratek čas in z negativnim predznakom zaznamujejo celotna prizadevanja, kar pomeni, da je sistem, ki ga skuša posameznik ali skupina uvesti s pomočjo prisile, pri tem pa v isti sapi obljudlja, da bodo pritiski veljali le krajši čas, na začetku, dokler stvari ne stečejo (potem pa naj bi jih odpravili), običajno obsojen na neuspeh. O tem pričajo številni dosedanja poskusi urejanja zadev na

silu, ad hoc in na horuk, ex cathedra, stihijsko in za vsako ceno – brez resnične želje in volje za sodelovanje z vsemi prizadetimi – od bolnikov (drugih koristnikov bolniških odsotnosti) oziroma zaposlenih nasploh, zdravnikov in terapevtov (vključno s pristojnim ministrstvom), do delodajalcev, lastnikov, gospodarstvenikov (vključno s pristojnim ministrstvom), finančnikov (vključno s pristojnim ministrstvom), strokovnjakov za socialo (vključno s pristojnim ministrstvom), strokovnjakov za delo, zaposlovanje in upokojevanje (vključno z ZPIZ in pristojnim ministrstvom), strokovnjakov za vzgojo in izobraževanje (vključno s pristojnim ministrstvom), nevladne organizacije in drugi. Zmanjševanje bolniških odsotnosti je neposredno povezano, pogojeno in odvisno od odnosa do učenja, študija, vzgoje in izobraževanja – znanja in izkušnje (intelektualnega kapitala), od odnosa do dela in ustvarjanja dodane vrednosti na eni ter za piko na i še od odnosa do blaginje na drugi strani. Najnižji delež bolniških odsotnosti beležijo v državah, kjer sodijo delo, znanje, materialno, psihofizično in socialno blagostanje med temeljne, tradicionalno spoštovane in upoštevane vrednote.

Prvi korak zaznamuje celoten potek dogajanja, zato je toliko bolj pomembno, da se ga lotimo oboroženi z znanjem, podatki in informacijami – tudi o vrsti patologije, ki največ prispeva k bolezenskim odsotnostim in preveriti, kakšno je dejansko zdravstveno stanje populacije na tem področju – v razvitem svetu v zadnjem času pospešeno narašča duševna patologija, ki vedno bolj vpliva na bolniški stalež. Herbert Rebscher, generalni direktor zdravstvene zavarovalnice DAK, ki skrbi predvsem za poklicno aktivno populacijo v Nemčiji in ima več kakor 7000 zavarovancev, poudarja, da lahko vlada veliko pripomore k varčevanju. Pa ne tako, da se vmešava in predpisuje delovanje strokovnjakom, marveč da poskrbi za ustrezne zakonske, ekonomske in druge okvire, obenem pa si prizadeva za spodbudne razmere in pozitivno naravnost v državi.

Kaj lahko majhna država, ki si še ni povsem opomogla od zahtevnega procesa tranzicije oziroma ga sploh še ni uspela zaključiti, naredi, da bi zmanjšala svojo enajstmilijarno pezo bolniških odsotnosti? Marsikaj, če se je pri-

pravljena in sposobna zadev lotiti premišljeno in preudarno, z zvrhano mero modrosti in strpnosti, brez prevelikih političnih ambicij, zato pa s toliko več modrosti, zrelosti in optimizma. Bolniška odsotnost kot zapletena, mnogostrianska kategorija, s svojo večplastnostjo namreč daleč presega reševanje na hitro in nabiranje političnih točk. Pri čemer je temeljna ugotovitev skupine danskih strokovnjakov, z nekdanjim predsednikom vlade Rasmussenom na čelu, ki so od vsega začetka opozarjali in upoštevali, da se je urejanja in obvladovanja bolniških odsotnosti treba lotiti pri samem viru – v točkah ekonomskega »koordinatnega sistema«, kjer nastaja (se poraja in razvija) – v podjetjih, organizacijah in ustanovah. Mnogi (vključno z bolj ali manj glasnimi in odločnimi tako imenovanimi strokovnjaki) so sicer napačno prepričani, da se bolniška odsotnost začne in konča v ambulantah, zdravstvenih domovih, klinikah, bolnišnicah, zdraviliščih in podobnih ustanovah, zato pritiskajo nanje in skušajo s pritiski na tam zaposlene strokovnjake zmanjšati število in trajanje bolniških odsotnosti. Luksemburžani so že v prejšnjem stoletju dokazali, da je s tovrstnimi administrativnimi ukrepi mogoče doseči le začasen »papirnat« upad, ki prej ali slej privede do ponovnega (nemalokrat še večjega) porasta, pravega buma obravnavane kategorije odsotnosti z dela zaradi bolezni, motenj, poškodb in drugih stanj. Pri čemer strokovnjaki in poznavalci (zdravniki, psihologi, terapevti, sociologi, kulturologi, ekonomisti, pravniki in drugi) ugotavljajo, da je na pragu 21. stoletja v kategoriji bolniških odsotnosti vse več tistih, ki so posredno ali celo neposredno povezani z »nebolezenskimi«, nemedicinskimi razlogi, povodi in vzroki.

Vir pričujočega dejstva je mogoče izluščiti celo iz Hipokratove zaprisege, ki s svojim *primum nihil nocere* daje zdravniku možnost, da vsakomur, ki je na delovnem mestu (objektivno) ogrožen, odobri bolniški stalež in ga s tem vsaj začasno umakne iz nevarnega ali celo škodljivega delovnega (strokovnega in poslovnega) okolja, zaznamovanega z nestrpnostjo, diskriminacijo, avtoritarnostjo, nasiljem, strahom, nevednostjo, neizkušenostjo in neznanjem. Pri čemer britanski zdravniki in psihologi poudarjajo, da posameznik, ki v

stiski potrka na vrata ordinacije, od zdravnika (terapevta) pogosto želi in potrebuje le pozornost, razumevanje in naklonjenost. Pričakuje, da ga bo zdravnik poslušal in slišal, razumel njegove težave in si vzel čas zanj, mu razložil, kar ga bega in ga opogumil, da se bo brez strahu lahko spet vrnil nazaj na delo in tudi nemudoma zavihal rokave. Pri čemer so pri obeh odločilne osebnostne lastnosti, motivacija in odgovornost.

Ameriški strokovnjaki, vključeni v reformo zdravstvenega sistema glede bolniških odsotnosti poudarjajo, da je preobremenjenemu zdravniku večinoma lažje odpreti karton in vanj zabeležiti datum nastopa bolniškega dopusta, kot se pogovoriti s prizadetim, mu pojasniti, mu svetovati, ga poučiti in opogumiti – ga motivirati za delo in ustvarjanje dodane vrednosti ter mu pomagati, da si izoblikuje dobro samopodobo in pozitiven odnos do dela in življenja nasploh. Po ugotovitvah zdravnikov in psihologov je za večino posameznikov, ki vztrajajo v bolniškem staležu, značilna slaba samopodoba – ki označuje celostno mnenje in odnos, ki ga imamo do samega sebe, vrednost, ki si jo pripisujemo, pozornost, ki si jo posvečamo, naklonjenost, s katero se obravnavamo in pomen, ki ga pripisujemo svojemu delovanju in bivanju. Ljudje, ki bežijo od dela in se zatekajo v bolniško odsotnost, potrebujejo pomoč in oporo, zdravniki pa smo (z drugimi strokovnjaki vred) poklicani, da jim pomagamo. Pri čemer je treba upoštevati, da je delovni kolektiv (podjetje, organizacija, ustanova) občutljiva strokovna, ekonomska in psihosocialna enota. V težavah, boleznih, stiskah in nasilju (bolnih odnosov) mora vodstvo (uprava in lastniki) presoditi, kje in do kdaj lahko ukrepajo sami in obvladujejo stanje, kdaj in kje pa morajo poiskati pomoč strokovnjakov in širše družbene skupnosti. Lastniki in delodajalci lahko namreč veliko storijo za izboljšanje psihičnega, fizičnega in psihofizičnega zdravja ter psihosocialne integritete svojih sodelavcev (zaposlenih), ki jim skrb in naklonjenost hvaležno povrnejo z večjo motivacijo, zvestobo in storilnostjo.

Dolgoročno je mogoče učinkovito znižati delež bolniških odsotnosti in zmanjšati z njimi povezane stroške na različne načine, katerih skupni imenovalec pa se v vseh primerih kaže z zadovoljnimi zaposlenimi, motiviranimi za delo in pripravljenimi skrbeti za lastno fizično, psihično in psihosocialno integriteto.

Države, ki jim je doslej uspelo (vsaj v določeni meri) učinkovito zmanjšati breme bolezenskih odsotnosti, so pri svojem ravnanju in ukrepanju upoštevale vrsto načel, med katere sodi tudi nepogrešljiva trojica: strokovno preverjena preventivna naravnost, prostovoljno sodelovanje vseh prizadetih in zainteresiranih partnerjev (njihova soodvisnost in vzajemnost) ter svojevrsten pristop in obravnava, prilagojena konkretnim razmeram. Pomemben pa je tudi načrten, premišljen in pragmatičen pristop, pri čemer je treba najprej dovolj jasno, poglobljeno in večplastno zaznati, opredeliti in razčleniti vprašanje. Danci na podlagi svojih bogatih izkušenj poudarjajo, da se zahvaljujoč tovrstnemu ravnanju pogosto odkrije, kako je težava dejansko globlja, obsežnejša in bolj zapletena od tiste, ki so si jo predstavljali, ko so se soočali z vrhom ledene gore. Drugi nepogrešljivi korak je usmerjen v osvetljevanje vzrokov, pri čemer je osnovno iskanje povodov in vzrokov za nastalo stanje. Problematika bolniškega staleža, ki je odraz razmer v podjetju in gospodarstvu države, pa tudi v družini, državi in družbi, terja obravnavo z različnih zornih kotov, upoštevanje različnih pogledov in pristopov. Sledi iskanje možnih rešitev – nujno je zagotoviti več možnih rešitev, brez časovnega pritiska in nespodbudne stihije, ki pa morajo biti dovolj kakovosti in premišljene. Nujno potrebno je tudi objektivno preveriti in dovolj natančno izračunati (predvideti) kako, kje in koliko bodo načrtovani ukrepi koristili poklicno aktivni populaciji in vsem drugim, ki prispevajo v zdravstveno blagajno in v davčni mošnjiček – kdor prispeva, ima pravico tudi črpati in koristiti ugodnosti. Hkrati pa je treba strokovno in objektivno preveriti, kako, kje in koliko lahko načrtovane spremembe ogrozijo ali celo škodijo prebivalstvu. In vse to pred

začetkom akcije (uvajanja sprememb) tudi odkrito in jasno, na razumljiv in sprejemljiv način tudi predstaviti najširši javnosti – posnemanja in spoštovanja vredna praksa iz Luksemburga in Skandinavije, kjer reforme potem dejansko tudi uresničijo, uveljavijo in ohranijo pri življenju. Sledi praktično ukrepanje, pri čemer je treba takoj na začetku uporabljati najboljšo možno strategijo in si prizadevati za optimalno rešitev – začasne, polovične in hitre rešitve lahko povzročijo več škode kakor koristi. Zato je treba oblikovati uporabno strategijo obravnave vprašanja bolniške odsotnosti, izdelati njene temelje in nanje postaviti uresničljive oziroma sprejemljive koncepte ter natančno opredeliti in določiti način izvajanja sprejete strategije v vsakdanji praksi. Pri tem pa zagotoviti postopnost, nenehno spremljanje (monitoring) in vrednotenje, hkrati pa se učiti in razmišljati, kaj bo v prihodnosti treba še storiti in kaj opustiti oziroma česa se lotiti drugače, da se vprašanja ne bodo znova pojavila oziroma ponavljala ali celo poglobila in da bodo nove rešitve postale sestavni del dolgoročnega življenjskega utripa v podjetjih, državi in družbi. In ker je dobre zamisli treba čim bolj spretno unovčiti, se lahko njihovi avtorji z njimi uvrstijo tudi med svetovalce tistim, ki, podobno kakor naše gospodarstvo, ječijo pod bremenom bolniških izostankov.

Ne glede na način in metode, ki si jih v določenem ekonomskem okolju izberejo za reševanje problematike visokega deleža bolniških odsotnosti in obvladovanje dejavnikov obravnavane kategorije, je v demokratični državi oziroma družbi na pragu tretjega tisočletja nesprejemljivo in nedopustno, da bi posamezniki oziroma skupine izkoriščale »bolne odnose« v podjetjih, organizacijah in ustanovah, sektorjih, panogah, gospodarstvu, državi in družbi nasploh, za nadzor, omejevanje, ustrahovanje in prisilo. Zmanjševanje števila, trajanja in stroškov bolniškega staleža na račun zniževanja demokratičnih standardov in omejevanja osebne svobode, je v demokratičnih ureditvah razvite zahodne poloble povsem neprimerno in nesprejemljivo. ■



Epidemija smernic – kaj je treba narediti?

Stanislav Šuško

V zadnji številki Izide kolega Peter Gradišnik negoduje zaradi epidemije pisanja slovenskih smernic za različne zdravstvene težave.

Pisanje smernic je v resnici celo pandemičen pojav.

Za astmo so bile v zadnjih nekaj letih napisane ameriške (ZDA – z blagoslovom SZO), kanadske, britanske, nemške, nordijske, japonske in še kakšne. Podobno velja za smernice za obravnavo bolnika s KOPB.

Po logiki kolega Gradišnika so lahko samo ene izmed njih strokovne, druge pa so bodisi prepisane ali pa nestrokovne.

Navedene smernice za astmo in KOPB dokaj dobro poznam. Medsebojno se v marsičem opazno ločijo. Torej niso prepisane.

Vendar so po sklepanju kolega Gradišnika le ene smernice izmed navedenih lahko pravilne, druge pa so nestrokovne, napačne in morda celo škodljive.

Seveda je resnica drugačna. Medicina ne ponuja le črno-belih rešitev, mnogo je sivih področij. Te se da razumeti tako ali drugače, pogosto v luči nacionalnih medicinskih, socialnih, psiholoških in seveda ekonomskih značilnosti posamezne države ali naroda.

To pa je tisto, v čemer se ločijo posamezne nacionalne smernice za obravnavo bolnika z astmo ali s KOPB. Torej so vse smernice načeloma pravilne.

Zdi pa se, da kolega Gradišnika žuli čevlji nekje drugje. In tu ga razumem in podpiram.

Slovenske smernice – za karkoli so že namenjene – morajo napisati le pomembni strokovnjaki, kjerkoli že so v državi. Biti v centru države še ne

pomeni, da si zato ugleden in priznan strokovnjak. Vendar tudi: ne biti v centru države še ne pomeni, da si nujno neupoštevani strokovnjak. Toda to so težko rešljive težave. Mnogo je odvisno od življenjske modrosti tistih, ki sprožijo oblikovanje smernic – torej, da so sposobni preseči posamezne egoistične silnice v svojem okolju.

Smernice morajo biti sprejete, brane in upoštevane. Nobenega zakona ni, ki bi smernicam dajal pravico biti edina možna resnica. Smernice so pač le to, kakor so poimenovane – smernice. Ki ponujajo in ne vsiljujejo rešitve.

Kako oblikovati in ponuditi smernice, da bodo v očeh kolegov verodostojne in sprejemljive?

Prvi pogoj je nedvomno, da so avtorji med zdravniki priznani kot najboljši strokovnjaki za obravnavano področje.

So še mnogi drugi dejavniki, ki smernicam omogočijo zaželeno odmevnost.

Smernice ne smejo biti napisane enkrat za vselej, kajti medicina hitro napreduje. Zato je treba smernice obnavljati na redne razmake.

Težave uveljavljanja smernic so prisotne po vsem svetu in rešitve še zdaleč niso dorečene.

Na koncu še nekaj bogokletnega. Kronične bolezni zahtevajo trajno jemanje ustreznih zdravil, kar prinaša fantastične zasluge izbranim farmacevtskim podjetjem. Ali smo kdaj pomislili, da so smernice morda tudi usmerjene v prid izbranim proizvajalcem zdravil? Da niso povsem strokovne? Na koncu koncev ima kolega Gradišnik morda celo prav. ■

Evropsko primerljivo zdravstvo je dosegljivo le z jasno smerjo razvoja!

Davorin Dajčman

Sprehod Janija Dernača po zdravstvenih sistemih evropskih držav, objavljen v uvodniku prejšnje številke Izide, me je navdušil vsaj zaradi dveh pristopov. Nominalni prikaz razmerij v nekaterih državah Evrope, ki je edini merodajen način razumnega in objektivnega razmišljanja o posameznih razmerjih v zdravstvu prikazanih držav ter logične primerjave z novo evropsko državo Slovenijo. Ker se sam trenutno tudi ukvarjam z vprašanjem evropske zdravstvene politike na Slovenskem, bi ob tem rad dodal še nekaj zanimivih splošnih značilnosti slovenstva v novem evropskem okolju.

Socialna država kot ustavna kategorija in mešanica želenega ali zavrnjenega državnega posredovanja na trgu sta v Sloveniji neizpodbitni družbeni vrednoti, kar se kaže tudi na področju reformnih predlogov zdravstva, ki so žal prevečkrat razumljeni z mehanizmi preživete logike in pomanjkanja sodobnega duha. Izhodišče sprememb mora seveda sloneti na zamenjavi vrednot in poslovni kulturi, s čimer ne mislim klasičnih dobičkonosnih mehanizmov, temveč zaupanje v spremembe v zdravstvu, ki prinašajo boljše poslovanje znotraj zdravstva kot globalnega sistema sodobne družbe. Za radikalne "kirurške" posege v zdravstvu sta zanesljivo potrebna znanje in izkušnje reformistov na eni strani in splošno zaupanje v reformo kot obliko modernizacije družbe in ne spopada na političnem polju. Le tako je možno doseči minimalno politično soglasje, ki pa je krvavo potrebno, če v zdravstvu v bližnji prihodnosti sploh lahko pričakujemo korenite spremembe. Pri doseganju takšnega evropskega duha nas ovirajo nekatere lastnosti naše družbe, največkrat posledica tranzicijskih razmer v političnem prostoru in na področju lastninjenja. Zato imamo le teoretično soglasje, da potrebujemo reforme v zdravstvu, medtem ko je politična volja relativna in še vedno zelo deljena na vladno in opozicijsko.

Med glavnimi ovirami za učinkovit evropski razvoj zdravstva so značilne tri slovenske travme. Prva je relativno stabilno doživljanje zadovoljstva z

zaslužkom in kakovostjo življenja, zato ljudje trenutno ne želijo korenitih socialnih sprememb in povečanja vloge posameznika, ki vključujejo tudi zdravstvo, kar potrjuje tudi stalno nasprotovanje sindikatov vsem reformam, pri katerih se povečujejo obveznosti posameznika in njegove odgovornosti do življenja v širši družbeni skupnosti. Druga je ekonomska sebičnost, pri kateri gre v bistvu za razvoj finančnih interesnih skupnosti, znotraj katerih se nihče noče odreči privilegijem (tudi znotraj zdravstva, šolstva in kulture), ki jih seveda nekoč nikoli nismo mogli biti deležni. Zadnja pa je pomanjkanje družbenega soglasja o razvoju zdravstva na Slovenskem. Politična razcepljenost, ekonomske razlike in socialna sprtnost nas silijo, da nenehno razpravljamo o istih temah in se še vedno obračamo v preteklost, na osnovi katere si očitamo napake ter se obsojamo. Tako se postavljamo s tehnikami reform in njihovimi konkretnimi, včasih pa zelo zapletenimi vsebinami, namesto da bi gradili zaupanje, sodobne vrednote ter posledično zmanjšali odpore med posameznimi družbenimi skupinami.

Razvoj zdravstvenih sistemov v zadnjem obdobju govori v prid gospodarskim temeljem in globalizaciji strokovnosti, kar zahteva korenitejšo spremembo. Politični in ekonomski tokovi znotraj zdravstva postajajo vse bolj nepregledni, spreminjajo pa se tudi merila pravičnosti, učinkovitosti in odgovornosti. Ekonomska stabilnost in učinkovitost evropskega zdravstva postajata vse bolj pogoj za večjo blaginjo oziroma zdravje v družbi, pri čemer se izpostavlja zdravstvena samoodgovornost in investicijska potrošnja zdravstvenih storitev. Socializem je mrtev, toda brez ustreznega političnega soglasja, kultiviranja parlamentarizma ter povečanja poznavanja in zaupanja v evropske oblike življenja, sodobnega razvoja zdravstva še dolgo ne bomo dočakali. Ker je odpor do korenitih sprememb velik, razvojno soglasje še daleč in politična moč glavna vrednota, lahko še zmeraj od države pričakujemo upravljanje kriznih stanj namesto dolgoročnega vodenja korenite preobrazbe zdravstva. ■

Nova raven sobivanja poklicev v zdravstvu

Odmev na sestavek Davida Voduška

Darinka Klemenc

V prispevku z zgornjim naslovom je v glasilu Zdravniške zbornice Slovenije Isis v novembrski številki objavljeno prijetno razmišljanje prof. dr. Davida Voduška o vlogi medicinske sestre, ki deluje v timu strokovnjakov pri obravnavi nevrološkega bolnika in je posebej specializirana za to področje. Navaja, da je področje parkinsonizma prvo v nevrologiji, kjer so sistematično opredelili vlogo medicinske sestre, in začeli z izobraževanjem profila »usmerjene medicinske sestre«. Model, povzet po angleškem »Parkinson's Disease Nurse Specialist – PDNS«, je upošteval tudi specifične slovenske razmere in nekaj let je bila Slovenija edina država v srednji in jugovzhodni Evropi, ki je imela »PDNS«, pozneje se je ta profil uvedel tudi v Italiji in Avstriji. Vloga usmerjene »ekstrapiramidalne« medicinske sestre opredeljuje tako strokovni kakor organizacijski vidik s specifičnimi nalogami, od vzpostavitve dialoga z bolnikom in njegovimi bližnjimi, preverjanja odziva na zdravljenje, do zdravstvene vzgoje, ocenjevanja napredovanja bolezni, aktivnega sodelovanja z nevrologom, koordinacije delovanja multidisciplinarnega tima, ki je sestavljen iz najmanj desetih strokovnjakov (od nevrologa, psihologa, fizioterapevta, delovnega terapevta, logopeda, socialnega delavca) in drugega.

Pomen vloge medicinske sestre je po oceni avtorja velik, saj prav »usmerjeno izobražena medicinska sestra lahko pripomore k obogatitvi svetovalne službe, za kar zdravnikom med drugim zmanjkuje časa, prinaša k delu veliko posebnega znanja, empatije in sposobnosti. Za tradicionalno zdravniško srenjo je sicer takšno vključevanje medicinskih sester lahko že kar »škandalozno« in posamezni kolegi so bili ogorčeni nad tovrstnim razvojem in »emancipacijo« medicinskih sester, z njihovo izobrazbo vred«, navaja avtor. Ocenjuje, da »sam tega seveda ne vidi tako«, tudi zagovarja »ohranjevanje etosa dela v okviru svojih delovnih mest,« da pa je treba delo racionalno razporediti glede na zahtevnost, sposobnosti in izobrazbo posameznih poklicev v zdravstvu«; tudi racionalizacija stroškov dela ni zanemarljiva. Sodelovanje z medicinskimi sestrami vidi kot dobro izkušnjo in iztočnico za vpeljevanje timske obravnave bolnika tudi z drugimi profili.

Zanimiv sestavek. Zelo dobro, prof. dr. Vodušek, in hvala. Za pogum in vzpodbudo. Gotovo jih je še nekaj, naših sodelavcev zdravnikov in drugih, ki podobno ocenjujejo naše delo in zaznavajo naše sposobnosti, strokovnost, izkušnje, izobrazbo, širino, pa se jim ne zdi vredno, ne želijo, se ne spomnijo javno priznati, kako se dopolnjujemo, smo si v nekem smislu enakopravni – vsak na svojem področju strokovnjaki, sodelavci – in ljudje. Hvala in samo potrdilo, da se v praksi v timu lahko dela dobro in kakovostno. Ne z besedami, ko imamo polna usta timskega dela, v resnici pa hierarhični pristop, ki je že preživel. Z dokazi podprto sodelovanje torej.

Pred dvema letoma smo v okviru raziskovalne skupine, ki deluje pri Društvu medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana (trenutno skupaj s Slovenskim zdravniškim društvom in Visoko šolo za

zdravstvo Univerze v Ljubljani raziskujemo medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki), omenjali primer dobrega tima, ki deluje v praksi. Verjeli ali ne: informacijo, da je tak primer ravno KO za nevrofiziologijo v KC Ljubljana, so prinesli študenti, ki so tam na obveznih praktičnih vajah.

Izkušnje z medicinskimi sestrami, ki odlično delujejo, usmerjene v specialna strokovna področja, so v razvitem svetu poznane in cenjene. Tudi samostojne »sestrske ambulante/posvetovalnice«, ki jih omenja avtor, da »za vsako malenkost ljudje ne iščejo zdravniške pomoči«, so ponekod razvite že več kakor desetletje. Gre za tista področja, kjer medicinske sestre z ustreznimi specialnimi znanji tudi predpisujejo določeno terapijo. A pristojnosti so dorečene in sodelovanje zgledno. Med drugim gre za strokovna področja, ki so pogosti »del življenja«, za potrebo vsaj omiliti simptome neke bolezni, povezane s starajočo se populacijo, s posebnimi skupinami prebivalstva (npr. oskrba inkontinentnih bolnikov), tudi za številne kronične bolezni, obvladovanje bolečine in številna druga področja, zato velja razmisliti, kako, kje in kdaj še posebej lahko sodelujejo ali vodijo bolnike posebej usposobljene medicinske sestre. Ponovna težnja vzpostavitve »transmuralne« (preko zidov ustanove) zdravstvene nege in oskrbe, kjer medicinske sestre spremljajo bolnika po odpustu iz bolnišnice v domače okolje, nam ni nepoznana. Njihovo delovno področje je znano, dokazano učinkovito, ne le strokovno, tudi ekonomsko, socialno, psihološko. Kot pomoč in kot podpora tako bolniku kakor zdravniku in drugemu zdravstvenemu delavcu, tudi bolnikovi družini in okolici.

Ob tem se potrjuje pravilnost odločitve Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, da na poskusno testiranje zapisa zdravil na kartici zdravstvenega zavarovanja, izrazimo svoje pomisleke. ZZZS, kakor je znano, uvaja poskusni model, kjer naj bi imeli dostop do podatkov o bolnikovi terapiji le zdravniki in farmacevti, se pa ravno medicinske sestre (v času šolanja smo pridobile določena znanja tudi s tega področja in k varovanju podatkov smo zavezani enako kakor drugi zdravstveni delavci) dnevno srečujemo s potrebo po informaciji o bolnikovem zdravljenju. Če drugega ne, moramo spremljati učinke zdravil, ki jih dajemo, in bolnikovo počutje, poznati stranske učinke, pravilno in pravočasno ukrepati, ukvarjamo se s preskrbo zdravil, v mnogih zavodih zdravniki niti nimajo računalnikov v ambulantah. Po eni strani stran od bolnika, po drugi strani pa izjemno cenjene sodelavke v zdravstvenem timu. Prava nedorečenost pogledov na našo poklicno skupino v lastnih vrstah in slabo poznavanje medicinskih sester v timih. A takšni sestavki in ocene so dokaz, da se izplača potruditi na obeh straneh.

Ali z besedami avtorja: »Morda nam pri tem (zdravnikom – op. avtorice) ne bo padla krona z glave, vendar nam bodo bolniki nedvomno hvaležni.« In z mojimi: morda tudi medicinskimi sestram ne bo padla krona z glave, moramo tudi me še kaj postoriti, da bo timsko delo zaživelo v praksi. Tudi nam bodo bolniki hvaležni. In hvala še enkrat tudi vam. ■

Sv. Kolumba, Fingalova jama, Loch Ness, Balmoral ... Seveda, Škotska!

Tomaž Rott

Zapis ni poročilo o strokovnem sestanku, že tradicionalni bienalni banfski konferenci o presaditvah organov in njihovih zapletih, ki je bila leta 2003 v Aberdeenu, ampak drobci vtisov o Škotski.

Kaj ima pravzaprav opraviti banfska konferenca s sedanjim središčem naftne industrije na Škotskem? Na severu Aberdeenshira je manjša priobalna naselbina Banff. V njeno približno 100-kilometrsko »bližino«, v Aberdeenu, so prizadevni kanadski organizatorji preselili sestanek iz turističnega Banffa v kanadskem Skalnem gorovju. In zakaj so se odločili prav za Aberdeenu? Kraj je eden večjih na Škotskem z bogato zgodovino in potrebno infrastrukturo za organizacijo sestanka. Mimogrede, na svetu je sicer kar 36 krajev z imenom Aberdeen, verjetno sledi odkrivanj, osvajanj novih krajev ali kolonializma, kakor že hočete. Takih podvajanj imen, kot sta Banff in Aberdeen, je še

mного, pa naj gre npr. za Cambridge (ki je tudi v ZDA), London (ob jezeru Ontario v Kanadi) itd.

Predstavniki mestnega sveta, sicer strokovnjak za medicinsko fiziko, je na sprejemu ob konferenci v duhovitem govoru poudaril prednosti Aberdeena pred škotskim Banffom.

Prvi je ob ustju dveh rek, Dee in Don, drugi pa ob ustju ene same, kar do neke mere že kaže na velikost mesta.

Banff ima uspešen nogometni klub, no ja, Aberdeen pa ga je imel!

Banff ima na starem letališču dirkališče, kjer se je podil prvoformulaš David Coulthard in drugi Škoti s tipično škotskimi imeni, kot sta brata Mario in Dario Franchitti, ki sta zmagovala v Ameriki. V Aberdeenu dirkališča ni.

Banff je na vinski, oprostite, whisky cesti, žal pa te cenjene pijače v Aberdeenu ne destilirajo. Vendar pa poseben sklad (Common Good Fund) iz dohodkov najemnin za zemljišča omogoča razkošno uživanje te pijače na sprejemih, kakor smo ga imeli v novi mestni hiši tudi mi. Zemljišča je mestu podaril kralj Robert the Bruce (de Brus) kot nagrado za vojaško pomoč v boju in odločilni zmagi proti Angležem. Škotska zgodovina je žal popisana s krvjo in dolgim bojem z južnimi sosedi, kjer ni pomagal niti še vedno ohranjeni Hadrijanov zid. Ta naj bi varoval rimsko cesarstvo, in sicer v obratni smeri, pred severnimi sosedi.

Banff ima sicer odlično igrišče za golf, vendar jih je v Aberdeenu več. Ali je to res prednost, se lahko sprašujem ob vročih raz-



Iona



Ko nebo naguba čelo.



Cvetlična uta kraljice Viktorije



Princ Charles

pravah o morebitnem sečoveljskem igrišču za golf: na razmeroma sušnem področju naj bi za njegovo zmerno zalivanje porabili toliko vode kakor za mesto z 10.000 hišami!? Nasprotniki ureditve golfišča navajajo tudi izzivalni odgovor sicer svetovno uglednega športnega trenerja na vprašanje, kam bi golf uvrstil na lestvici aerobnih športov: »Golf? Takoj za kajenjem cigar.« Če so to res verodostojni podatki, so vredni kritičnega premisleka. In še mimogrede, današnji golf se je razvil iz škotske igre gowf, kjer so v začetku s palico zamahovali po kamnu.

Aberdeen je imel pred skoraj 500 leti dve univerzi, v tem času jih je bilo prav toliko v celotni Angliji. Prvo univerzo, katoliški King's College, je ustanovil leta 1495 škof Elpinstone, grof Marischal pa kot protiutež leta 1593 protestantski Marischal College. Oba kolidža od leta 1860 predstavljata Univerzo v Aberdeenu.

Leta 1497 je bila v Aberdeenu za angleško govoreči svet ustanovljena prva katedra za medicino. Študentje in profesorji aberdinskih univerz so mnogo prispevali k pedagoškemu in znanstveno-raziskovalnem delu. Bili so pobudniki za ustanovitev druge najstarejše univerze v Ameriki (1693) in v Hongkongu (1883). Profesor McLeod si je leta 1923 delil Nobelovo nagrado za delo na inzulinu. Pred približno 20 leti so v Aberdeenu preučevali delovanje ciklosporina, v približno istem času so tudi patentirali slikanje z magnetno resonanco. Prva slika je prikazala jetrne spremembe zaradi alkohola (verjetno ne zaradi

viskija iz Banffa, kjer so ga včasih nezakonito destilirali?!). Strokovnjaki delajo tudi z edinim skenerjem za pozitronsko emisijsko tomografijo na Škotskem. In sedaj že zgodovinsko dejstvo – v enem od najstarejših delov univerze, King's College, je bila torej 7. banfska konferenca o transplantacijski patologiji leta 2003.

Aberdeen ima preko 210.000 prebivalcev,

velja za najbolj severno mesto Združenega kraljestva. Kljub urejenosti pa kar ubija težka arhitektura svetlečega srebrno-sivkastega granita (za razliko od mehkejšega peščenjaka, ki se lažje oblikuje in ga najdemo v Edinburgu in Glasgowu), iz katerega sta tudi Marischalov muzej, za španskim Escorialom druga največja granitna stavba na svetu, in katedrala sv. Maka-



Taffa – Fingalova jama



Grad Drum

rija. Temu svetniku je sv. Kolumba (o njem še nekaj besed kasneje) naročil, naj zgradi cerkev na mestu, kjer se nešolohovska reka Don zviija simbolično v obliki kljuke pastirske palice.

Vendar bi namesto Aberdeenu, ki je name deloval kar turbno, še posebno, kadar so se nenadoma z morja priplazile megle, raje namenil nekaj besed nekaterim drugim ciljem slikovite Škotske.

Po poletu v London sem si zaželel udobnega prevoza z vlakom. Hitra vožnja nas je v dobrih petih urah pripeljala v več kakor 500 km oddaljeni Edinburg. V glavnem smo opazovali skorajda ravninsko prijetno ozelenelo pokrajino Anglije, ki se je nekoliko razgibala okrog Newcastla in pozneje proti Edinburgu. Morda je praktično zanimivo, da železniška vozovnica omogoča popust pri najemu avtomobila.

Za celotno Škotsko velja, to je dežela številnih gradov, mnogi so v slikovitem okolju in usodno povezani z zgodovino. Včasih si v srce-stisljivem vremenu lahko hitro izrišemo v mislih tudi njihove praprebivalce – strahove, ki bi verjetno vedeli povedati o romantičnem in srhljivem dogajanju v njihovem drobovju mnogo več kakor suhoparni tiskani vodiči. Na naši poti (nekaj časa tudi z mlajšo hčerko) smo si ogledali nekaj zgodovinsko pomembnejših in/ali slikovitih, v Edinburgu, Stirlingu, romantični grad Eilean Donan ob morju na zahodu Visokogorja, ostanke gradu Urquhart ob jezeru (Loch) Nessu, na vzhodu pa ob reki

Dee grad Balmoral, poletno rezidenco kraljevske družine, in grad Drum. To je pravzaprav le peščica številnih bolj ali manj ohranjenih gradov, mejnikov zgodovine.

Škoti so potomci Kelto, ki so v 6. stoletju

prišli iz Severne Irske in se pomešali z Britoni in Pikti in enim izmed germanskih plemen. Tudi Britoni so keltskega izvora, živeli pa so na jugu Škotske. Pikti so dobili ime od Rimljanov zaradi svojih poslikav. Živeli so na severu in vzhodu Škotske, kamor so morda prišli preko Orkneya. Ker niso zapustili nobenih pisnih dokumentov, se o njih malo ve. Zapustili so edino kamnite stebre, porisane in popisane s simboli. Združeni s Škoti so oblikovali prvo škotsko kraljestvo z imenom Alba oziroma Albion.

S prihodom Škotov se je pričelo širiti tudi krščanstvo. Potem, ko je postalo v začetku 4. stoletja krščanstvo državna vera, je konec istega stoletja sv. Ninian ustanovil prvi krščanski center. Začetke krščanstva smo lahko zaslutili v obnovljeni opatiji na otoku Iona, kjer je v 6. stoletju irski misijonar, sv. Kolumba, ustanovil drugi zgodnji krščanski center, ki so ga pozneje večkrat oplenili Vikingi.

Iz Ione se je mogoče po odprtem morju, Atlantiku, odpeljati do majhnega otočka Staffa v sklopu Notranjih Hebridov. Tu je votlina iz šesterokotnih kristalov lave, ki jo v svoji skladbi Fingalova jama opeva Mendelssohn. Če je morje bolj živahno, kar je pogosto na Atlantiku, vožnja do te jame lahko spremeni vsebino glasbe in bolj spominja na kakšno Verdijevo opero.

Glas dud je lahko ob vse mogočih prireditvah in slovesnostih zelo zanimiv, lahko pa tudi srhljiv, tako se v različnih vojnah nasprotniki niso radi srečali s hrabrimi škotskimi bojvnikmi,



Kraljica Viktorija in podaniki čakajo na vlak Ballater

ki so si bojevitost pridobili, da ne rečem nestrokovno, tudi podedovali v večstoletni zgodovini miru in vojn za obstanek in neodvisnost. To so dosegli v času pretendenta za prestol in kasnejšega kralja Roberta de Brusa, tudi s pomočjo narodnega junaka Williama Wallacea z vzdevkom Pogumno srce (Braveheart), ki je Angležem prizadejal enega hujših porazov 1297 pri Stirlingu. Žal Wallace ni doživel dokončne zmage l. 1314 pri Bannockburnu blizu Stirlinga in priznanja neodvisnosti Škotske 1328. Angleži so ga zaradi izdaje prej ujeli in kruto umorili. Gospodarske razmere pa so 400-letno tudi nemirno neodvisnost končale l. 1707 s pogodbo o zvezi z Anglijo. Vendar se je želja po neodvisnosti nadaljevala, tako je leta 1999 ponovno začel delovati samostojni škotski parlament.

Dude so zvenele slovesno, ko nam je ob našem prihodu na edinburški grad četica kadetinj izstrelila častne topovske salve. Pa nič zato, če v resnici niso bile namenjene nam, ampak je to vsakodnevni običaj. Zato pa smo se malo pozneje srečali s princem Charlesom, ki je za nami priletel iz Londona. Žal ni imel časa za pogovor, ker je v kultu z barvami kraljevske družine tekkel za svojim bentleyjem, ki mu ga je izpred hotela odpeljal sofer.

Kaj je resnica o kultu ali bolje, kaj je pod kiltom, so standardna vprašanja radovednih turistov. Še več kot strogi vojaški pravilnik nam lahko povedo anekdotične zgodbe o finih-mičnih-dičnih dekletih, ki se še posebej

primerno oblečejo in napravijo za slovesne priložnosti, na katere pridejo pomembni in postavni in mikavni Škoti v kiltih. Dekleta si na čevlje navežejo majhna ogledalca, da si lahko ogledajo premoženjski status vsčnega posameznika. Res je, mošnja na kiltu varuje in skriva dvojno bogastvo. In velikost mošnje naj bi tudi imela dvojni pomen ...

Ko sem domačine spraševal, kako je kaj z njihovim jezikom, Gaelic, so dejali, da je sicer uradno priznan, vendar premalo uveljavljen, »ker jih je premalo«. Ko sem odvrnil, da je Slovencev še mnogo manj in uporabljamo na vseh področjih svoj jezik, so mi z neprikrito otožnostjo dejali, da smo pač svobodni. Presenetilo me je njihovo poznavanje situacije pri nas, kot so me tudi v nekaterih zgodovinsko pomembnih cerkvah v Edinburgu in Stirlingu vodiči, napisani v slovenščini.

Očitno je destilacija viskija še vedno zelo donosen posel in tako lahko z zastojkarskim dobro vodenim ogledom spoznaš tehnologijo pridobivanja in okusiš končne izdelke. Škoti pijejo viski predvsem iz posebej pripravljene ječmenovega slada (single malt whisky) in ne mešanega (blended) iz slada in različnih žitnih zrn. Mešanega prodajo v tujino za več milijard funtov! V pokrajini Moray, skozi katero teče reka Spey, je nakopičenih največ destilarn, preko 40. Ogledali smo si tisto v Glenfiddichu. Čeprav imajo baje Škoti bolj liberalen zakon o alkoholu kakor Angleži, pa so strogi pri preprečevanju pitja mladoletnikov. Videli smo lahko,



Edinburgh v službi

kako so jim policaji izlili žlahtno tekočino, pa čeprav le razmeroma nedolžno pivo, in jim vrnilo izpraznjene steklenice.

Ob jezeru Ness (Loch Ness) so ostanki mogočnega gradu Urquhart, ki je bil včasih največji na Škotskem, s katerega lahko v jezerski vodi iščemo skrivnostno pošast. Ali je to bežanje pred našo vsakdanjostjo, ko hočemo svoje slabosti, krute in ubijajoče bolesta prizadevanja in brezobzirna hotenja naprtiti neobstoječi pošasti. Verjetno je več pošasti na bregu kakor v vodnih globinah. In verjetno to ne velja le za Loch Ness.

O kraljici Viktoriji so nam vcepili njeno konzervativnost, starokopitnost in še kaj slabega. Vendar jo imajo Škoti radi iz več razlogov. Po dolgih letih jim je znova dovolila organizirati njihove tradicionalne značilne igre, med drugim dvigovanje in metanje velikih kamnov ali skal. Rada je prihajala na Škotsko v svoj počitniški dvorec.

In ob koncu še nekaj pasjega. V Edinburgu smo videli dve pristrčni zanimivosti o pasjem življenju. Na eni izmed glavnih ulic je postavljen spomenik psu, ki je dolga leta, vse do svojega pogina, hodil na gospodarjev grob. Ljudem se je zasmilil in ga niso preganjali s pokopališča, celo nasprotno, nosili so mu hrano, da je preživel. Pozneje so mu za dolgoletno zvestobo postavili spomenik. Videli pa smo tudi uradnega pasjega kolporterja, ki je prodajal časopis. Morda so se kakšni pretirani ljubitelji živali nad tem zgražali. Vendar je moral pes, če je hotel dostojanstveno opravljati in ohraniti svoje delo, dobesedno »držati zaprt gobec«.

Zaradi slabih izkušenj bom to storil tudi sam. ■



Fort George iz l. 1769

Štirje samogovori

Zlata Remškar

Je samota biti s teboj,
ki ne govoriš mojega jezika? ...
Je samota v gluhosti, ki ne odmeva? ...
Je samota držati mrtvo roko in
iskati oči, ki ne iščejo? ...
Je samota v brezcilnosti dni, ki prihajajo? ...
Je v sanjah, ki ne sanjajo? ...
V petju ptičev, ki ga slišiš le ti? ...
V osamljenem srkanju kave pod plinsko svetilko? ...
V ugasnjenju poljubov?
Je samota v samotni s teboj,
v strahu, ki prihaja s teboj ...
v tavanju tebe
po sebi ...
in odlaganju jutri,
samotnega jutri ...
jutri s teboj,
do kdaj?,
zakaj?
...
glej!
...
a samote ni v njenih šapah, ki hočejo v naročje,
v njenem predenu v naročju,
v njeni samoumevni sprejetosti,
ki je neobremenjena s pričakovanji,
samozadostnosti
v dan, kakršen bo!
bo njen,
in ne bo razdeljen v kar je in bi lahko bil.
...
glej!
...
bodi predica,
predica dneva še ti.

Midva nisva več midva.
Vsak sva eden,
vsak drugačen,
vsak bolj sam,
vsak bolj usmerjen vase,
vsak bolj prestrašen,
vsak bliže sivini
nezadržno izginevajočega časa,
vsak raziskujoč svoje poslanstvo,
ker ne moreš biti
le naključje,
si bil izbran
v bivanje,
si zato prišel ...
s pričakujočimi očmi in begajočo dušo,
in potoval po poteh,
ki so ti bile določene,
da boš izpolnil,
kar ti je bilo usojeno,
in zato nisi, kar si bil včeraj,
in nisi, kar boš jutri,

in iznenada
potujeva vsak svoje poti
k sebi ...
vsak drugačen, vsak bolj sam.

Že predolgo si žalostna,
že predolgo razpolovljena,
že predolgo čakaš,
da bi stegnil roko,
te objel
in počasi začne ugašati upanje,
razrašča se žalost
v majski dan,
v njegovo razkošje,
in ni tolažnika,
ki bi te potolažil
ki si žalostna,
že predolgo žalostna!
Le beli oblaki
se neopazno zgostijo,
ulije se,
kot bi tudi nebo
zajokalo s tabo,
ki ne nehaš žalovati
za včerajšnjimi sanjami,
ki jih že dolgo ni,
ker se včeraj ne prikljče nazaj,
saj dobro veš, predica!
da čas uhaja le naprej
v nedoumljivost končnega!

Ko jih imaš šestdeset,
sem odkrila,
si lahko zdravnica,
si lahko babica,
in mačja predica,
ne moreš pa sanjati,
ker zdravnice, babice in mačje predice
že vse vedo,
in ne sanjajo.
Se jim tudi ne spodobi.
Kaj bi s sanjajočimi zdravnicami,
babicami in mačjimi predicami ?
...

A ko jih imaš šestdeset
in si zdravnica, babica, mačja predica
vseeno včasih zasanjaš
svoje sanje,
se osvobodiš let,
se vrnejo vsa hrepenenja,
vse žalosti
in nisi nič bolj trdna v sebi,
kot si bila pri dvajsetih
in ti ni nič lažje,
pa čeprav si zdravnica, babica, mačja predica
pri šestdesetih ...
ki že vse veš.

Septembrskega dne

Zlata Remškar

Prvič me je pogledal v oči
in se skoraj nežno nasmehnil.
Opazovala sem razredčene bele lase in brado.
Ves čas ga je sililo na kašelj, ki ga je poskušal
zadrževati.
»Strah me je!« mi je priznal ...
Pomislila sem, da se od marca videvava in sedaj
je september.
»Veste obupno me je strah!«
je ponovil.
»Vem!« sem rekla!
Kaj naj mu vendar rečem?
Vsak ima svoj čas
in njegov je prišel ...
Oba čutiva,
kako se naju dotika,
oblasten,
z vsakim izdihom bolj duši,
veval!
oba vse veva
in nama je žal, da veva ...
Sedaj ko sva se srečala,
ko me je začutil,
se odprl v stiski
svoji usojeni svečenici,
ki sem ga poskušala varovati neobvladljivega,
ki sem tolikokrat opazovala zaskrbljen otroški
obraz nje,
ki ga je vedno spremljala ...
ki sem slišala njuno šepenje predanosti drug
drugemu
in njuno molitev življenju,
ki sem si želela, da bi bila uslišana,
sem jima priznala v tistem trenutku svojo
nemoč,
njima, ki sta potrebovala pomoč
in sta ravnokar zvedela za mojo nemoč ...
Prvič mi je res pogledal v oči
in se skoraj nežno nasmehnil.
Pripovedovale so mi,
da bolj ko uhaja,
bolj si ga željan,
življenja!
Srečevala sva se
in srečala šele tistega septembrskega dne
in nisva imela več časa,
da bi najino srečanje poglobila.

Mojster

Dr. Eck

"Kar Vinko zna, znam tudi jaz!"
 pribil je, rahlo rdeč v obraz,
 naš Stari znanec.
 In ko to dé,
 čez strmi klanec,
 ki predavatelja od horde loči
 in ki v besedah teh pozvanja,
 zavel srhljivi piš
 je strahospoštovanja.
 Kaj dela On,
 o tem navadnim smrtnikom
 se komaj sanja ...
 Ko drzno Mož
 rezilo bridko vzame,
 pada v bitko se ...
 Kar brez omame,
 ne, le s kančkom zdravila
 vzame trpečemu
 vsa čutila!
 Zareže (hrabro) v dlesen rdečo,
 preskuša vsakič svojo srečo,
 ker vsakdo ve, no:
 Saj nismo od lani!
 Le majhen zdrs in –
 že so tu možgani!!!
 Skromno prizna: "Veste,
 če časa imel bi zase ...
 A skrb za vas, tako pač je –
 ne mislim sploh več nase ...
 Šel bi, kar zdaj, ta hip! takoj!
 na nevrokirurgijo.
 Nikogar ne bi vzal s seboj.

Od mene naj se učijo.
 In veste, zase vem, sem tak,
 jaz ne bi zgubljal časa.
 Vpjal bi vsak gib, vsak korak,
 kaj kmalu bi bil klasa.
 Pobiram stave!
 V tednu, dveh,
 odpiral sam bi glave.
 A ne za slavo svojo, ne!
 Za blagor očetnjave.
 Čez mesec, morda dva,
 ne več,
 učenje bi bilo odveč.
 Priznali bi mi, kimajočo,
 to mojo nadnaravno moč,
 spoznanja, vedenja, dognanja,
 učenja in obvladovanja.
 Jaz skromno bi požel priznanje
 in brž razširil delovanje.
 Zdravil bi zobne mane
 s pristopom čez možgane!"
 ...
 Kaj je že rekel naš poet?
 Komú se je zagnusil svet
 kjer domišljavci, dan za dnem
 se napihujejo kot žabe,
 čeprav od njih, priznajmo si,
 nikoli ni prav dosti rabe?
 Je bil pisatelj? Res ne vem ...
 Morda Župančič, morda Stritar?
 Pozabil sem. A verz še znam:
 "Le čevlje sodi naj kopitar!"

Sivi pinot

Dr. Eck

Kdo je ta sivi gospod,
 kdo je ta sivi pinot?
 Blagohotno, častljivo,
 preudarno, prav ganljivo,
 mimo stopa Veličina.
 In ob tem prijazno kima,
 levo, desno, saj zaveda
 skromno se,
 da vsak ga gleda.
 Ve, da cela hiša ta,
 je vsa le njegov état.
 In kdor v glavi kaj ima,
 vsak pozna:
 "L'état, c'est moi!"
 Nič ne zmoti mu koraka,
 tudi če že kdo ga čaka,
 ure dolgo pred pisarno.
 Misli si: "Bilo bi kvarno,
 nepremišljeno, nemarno,
 po hodniku pohiteti.
 Kakor Sonce,
 ki pozimi in poleti,
 gre počasi prek nebes,
 jaz grem veličastno mimo –
 brez napenjanja bedres."
 In prav res, kot Sonce pravo,
 kot bi lastno imel državo,
 milostno kroji zakone,
 poskrbi, da kdo potone,
 in pa spet, da kdo izplava.
 Oj, kako ga to zabava!
 Saj – če dela se boji malo,
 pa še tisto bolj za šalo,
 če ob vsakem drobnem delu,
 znoj kar lije ti po čelu,
 če nasmeh prikriva bes,
 in si v duši morski pes –
 hitro dolgčas bi postalo,
 če se ne bi malo klalo.
 Kdo je torej gnada ta,
 ta naš hišni Sončni kralj?
 Kdo je žlahtni ta gospod,
 kdo je ta sivi pinot?

Ivan Hribovšek: Himna večeru, izbrane pesmi

Marjan Kordaš

Ivan Hribovšek: Himna večeru, izbrane pesmi. Pesmi izbral in spremno študijo napisal France Pibernik. Mohorjeva, Celje, 1993, 272 str.

Otem zamolčanem slovenskem pesniku sem že mnogo slišal, do knjige sem pa po lastni zanikrnosti prišel sramotno pozno. A bolje pozno kakor nikoli! Knjiga ima dva dela: Izbor pesmi (str. 7 – 70) ter študijo Vrtnitev iz tišine. Dokumenti, pričevanja in zapisi o pesniku Ivanu Hribovšku (napisal F. Pibernik, str. 73 - 272).

Prvič sem jo prebral že lani. Potem pa se je sprožilo zaporedje dogodkov, zaradi katerih sem pesem Himna večeru prepisal. Tako sem lahko o pesmi razmišljal. Prepis sem potem poslal kolegici, ki se ukvarja z najbolj žalostno vrsto patološke morfologije.

In tako sem knjigo prebral še enkrat. Menim, da bi jo moral poznati vsak slovenski intelektualec. Ko prebira pesmi, lahko uživa v lepoti slovenščine ter njeni izrazni moči. Ko pa prebira Pibernikovo študijo, se lahko pouči o nekem vidiku kulture v Sloveniji pred drugo svetovno vojno ter na Gorenjskem med nemško okupacijo. Menim, da vsakega bralca pretrese dopisovanje med Janezom Remicem in Ivanom Hribovškom. Lahko se vpraša, kako se je mogoče v ubogih življenjskih in kulturnih razmerah pogovarjati o prevajanju Antigone in Agamemnona, pesniti in celo pripraviti ilegalno slovensko literarno glasilo!

Pesmi in dodana študija (v kateri se pisec zelo trudi biti objektivni) se mi zdita pomemben prispevek k slovenski kulturni identiteti.

Jaz pa, ki seveda nisem strokovnjak, se kot ob vsaki knjigi sprašujem, kaj je tokratno, nekakšno moje intimno sporočilo. Izhodišče je mnogo dejavnikov, a zapisal bom samo tri:

- 1) Winston Churchill je približno leta 1940 izjavil, da je za zmago nad Hitlerjem pripravljen za zaveznika sprejeti tudi samega hudiča. Pomembno pa se je spomniti, da sta takrat živela dva hudiča, rjavi in rdeči, ki sta bila nekaj časa celo zaveznika. Ko pa je 22. junija 1941 rjavi hudič napadel rdečega, je slednjega, kljub njegovi dotedanji verolomnosti, Churchill vzel za zaveznika.
- 2) Drugi pa so, žal, menili prav nasprotno: da je za zmago nad rdečim hudičem nujno za zaveznika sprejeti celo samega rjavega hudiča.
- 3) Prednosti in pomanjkljivosti (tragične napake ter zločini) zavezništva ZDA in Velike Britanije z rdečim hudičem so znane. Vendar: kakšna bi bila kultura človeštva danes, leta 2005, če med drugo svetovno vojno tega zavezništva ne bi bilo?

Knjiga Himna večeru ima zame dve sporočili:

Sporočilo pesmi je njihov velikanski erotični naboj (prim. str. 218). Eros daleč presega tisto, kar v vsakdanjem življenju pojmuje kot ljubezen. Naboj se izraža kot govor moškega, enkrat, morda celo dvakrat pa kot govor ženske (npr. Samogovor deklice, Pomladna pesem). Menim, da gre za eno temeljnih spoznanj bivanja:

Da se pomemben (ali celo najpomembnejši) del človekove identitete lahko zgradi le prek stika s sočlovekom, ki je drugega spola; da je telesni stik pogoj za graditev duhovnega stika. Če za to težko življenjsko pot obstoji vsaj najmanjša možnost, je vreden vsak napor (trpljenje) in življenje ima svoj smisel. Ta pot nikakor ne more temeljiti na prepovedih in zapovedih. Ta pot lahko temelji le na človekovi svobodi ter iz nje izhajajoče odgovornosti.

V nasprotnem primeru pa je življenje – ker nima smisla – istovetno s trpljenjem in za pesnika obstoja en sam izhod (npr. Žalost, Pesem o deklicah, pesmi in smrti).

Hribovškova tragika, bil je – kakor sam pravi – obsojen na svobodo, nikakor ni spoznanje o nedosegljivosti ljubezni prek ljubljene ženske. Tragika je v tem, da je bila (takrat) takšna ljubezen prepovedana.

Sporočilo Pibernikove študije je opis (težkega) življenje mladega slovenskega intelektualca v letih pred drugo svetovno vojno in med nemško okupacijo ter odločitev na pot brez konca (prim. str. 227). To življenje posameznika je umeščeno v splet intelektualnih dogajanj v Sloveniji. Spet lahko vidim, da je do slovenske ločitve duhov prišlo že zdavnaj. Da je t. i. slovenska katastrofa med vojno in neposredno po njenem koncu bila le logično, a tragično nadaljevanje. To se nekako simbolično zrcali na sliki na str. 125, kjer je v središču Kocbek, na njegovi skrajni desni pa Hribovšek.

Vredno je citirati Pibernika (str. 110):

... Tudi v Škofovih zavodih je začela odmevati diferenciacija znotraj katoliškega tabora. V zavodih se je močno okrepil Kocbekov vpliv, ki ga je med dijaki podpiral profesor Jakob Šolar. Naglo je rastlo število naročnikov na Dejanje, čeravno je bila revija v zavodih skoraj prepovedana. Vodstvo je stalo na strani škofije, ki je podpirala Tomčev mladčevsko gibanje. Nazorska navzkrižja in različna opredeljevanja so prinašala v zavod marsikatero zadrego, toda vodstvo je ravnalo načelno: pri dijakih, ki so se dejavno zblížali s Kocbekovim gibanjem, je uporabilo consilium abeundi, kar je pomenilo, da so jim odsvetovali ponovni vpis in jim dali vedeti, da prihodnje leto ne bodo sprejeti ...

Domnevam, da je mišljen Ernest Tomec in njegovi Mladci (Kristusa Kralja). Vloga teh dveh dejavnikov je znana.

Ko sem knjigo odložil, je bil sklep preprost: Hribovšek se je med nemško okupacijo znašel med dvema – žal – slovenskima mlinskima kamnoma. Recimo, da je bil eden rdeče, drugi pa črne barve. Za obračun sta se začela že zdavnaj pripravljati oba. A ko je zavladal nacifašizem, je s svojim nasiljem med drugim poskrbel tudi, da sta se kamna zavrta, vrta vse bolj hitro in mlela vse bolj na drobno.

Ko tako berem Hribovškove pesmi in o njih razmišljam, puščam vprašanje o odgovornosti za slovensko katastrofo vse bolj ob strani. Je preveč težko. Več pa razmišljam o mehanizmih nestrpnosti, ki zavrača svobodo razmišljanja, postavlja zapovedi in prepovedi ter v ta namen institucionalizira vsa sredstva, tudi umor. ■

Podelitev sklepov o opravljenih specialističnih izpitih in licenčnih izpitih ob zaključku programa sekundarijata



Prof. dr. Vladislav Pegan in akad. prof. dr. Matija Horvat (z leve).

Predsednik Zdravniške zbornice Slovenije prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., in predsednik sveta za izobraževanje akad. prof. dr. Matija Horvat, dr. med., sta 17. oktobra 2005 slovesno podelila sklepe o opravljenih specialističnih izpitih in licenčnih izpitih ob zaključku programa sekundarijata, ki so jih prejeli: Nataša Brglez Jurečič, dr. med., Igor

Čuček, dr. med., Janko Dolinar, dr. med., Ana Marija Golja, dr. dent. med., Ladislav Goluh, dr. med., Tomislav Hečimović, dr. med., Barbara Hrovatin, Hatije Ismaili, dr. med., asist. Anton Jošt, dr. med., Boris Kopilović, dr. med., Rok Lokar, dr. med., Dušanka Meglič, dr. med., Ana Mikuž, dr. dent. med., Martina Mlaker, dr. med., Anita Mrvar Brečko, dr. med., Tadeja Nagode, dr. med., Marko Novak, dr.

med., mag. Brigita Novak Šarotar, dr. med., Dejan Ognjenovik, dr. med., Stanislav Ovnič, dr. med., Momčilo Popovič, dr. med., Katarina Rednak Paradiž, dr. med., Boris Rijavec, dr. med., Nejc Šavs, dr. med., Maja Šubelj, dr. med., Peter Zajc, dr. med., asist. Mihaela Zidarn, dr. med., mag. Barbara Helena Zobec Logar, dr. med., Darja Zupančič, dr. med.

Čestitamo. ■



Foto: Amadej Lah, Brin Najžer

Zdravniška zbornica Slovenije objavlja seznam zdravnikov, ki so opravili specialistični izpit

Martin Glogovšek, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil 10. 10. 2005

Klavdija Kobal, dr. dent. med., specialistka zobne in čeljustne ortopedije, izpit opravila 13. 10. 2005 s pohvalo

Janja Kos Kržan, dr. med., specialistka medicine dela, prometa in športa, izpit opravila 15. 9. 2005

Aleš Logar, dr. med., specialist psihiatrije, izpit opravil 28. 9. 2005

Nastja Lazar, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila 30. 9. 2005

Ana Mikuš, dr. dent. med., specialistka parodontologije, izpit opravila 26. 9. 2005

Momčilo Popovič, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 26. 9. 2005

Ida Rus, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 29. 9. 2005

Gorazd Povšič, dr. med., specialist medicine dela, prometa in športa, izpit opravil 20. 9. 2005

Katarina Rednak Paradiž, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 28. 9. 2005

Jana Rejc Marko, dr. med., specialistka infektologije, izpit opravila 8. 9. 2005 s pohvalo

Zdravniška zbornica Slovenije objavlja seznam zdravnikov, ki so opravili program sekundarijata

Zoran Bolta, dr. med., izpit opravil 30. 9. 2005 s pohvalo

Mihaela Car, dr. med., izpit opravila 28. 2. 2005

Alenka Klemenčič, dr. med., izpit opravila 30. 9. 2005 s pohvalo

Alja Klešnik, dr. med., izpit opravila 31. 8. 2005 s pohvalo

Boris Rijavec, dr. med., izpit opravil 30. 9. 2005 s pohvalo

Ana Slana, dr. med., izpit opravila 30. 9. 2005 s pohvalo



S I S I

Tičja gripa grozi!

Senzacionalno!

Dr. Čenaunič Špeglič iz Kriznega upravnega republiškega centra pravi: „JE! Slovencev in Slovenk tičja gripa ne bo ujela nepripravljenih. Ustanovljen je bil Krizni upravni republiški center (KURC), v katerem so številni strokovnjaki, ki so vrhunsko usposobljeni za boj proti tičji gripi. Center vodi strokovnjak iz tujine, dr. Wunderkind iz Švice, ki je samo v tednu dni, odkar je bil postavljen na čelo KURC-a, postavil stvari na pravo mesto.”

Tičja gripa je nevarna zoonoza, ki se prenaša kapljično. Za okužbo so najbolj dovzetni tiči selivci, manj je bolezen nevarna domačim tičem. Za prenos okužbe je pomemben dokaj tesen in dalj časa trajajoč stik z zbolelim tičem.

Je Slovenija pripravljena na pandemijo tretjega tisočletja?

Klinična slika tičje gripe je dokaj značilna, prisotni so onemoglost, izcedek, izpuščaj ter neprijeten zadah, ki veje od gripoznega tiča. Dr. Čenaunič Špeglič opozarja, da učinkovitega zdravila proti tičji gripi še ne poznamo (ne pomaga Zavamivir in Zanjimivir, tudi Taniflu ne), »smo ga pa že naročili oziroma smo se že postavili v vrsto za nabavo zdravila, ko ga bodo izumili«.

Osnovni ukrep za preprečevanje širjenja tičje gripe je pravočasna prepoznavna ter izolacija zbolelih tičev. Če torej naletite na onemoglega ali pozakopljite ali sežigajte, ampak pokličite KURC na brezplačno številko 080-69. Odzivni čas strokovnjakov iz KURC-a je 45 minut, trdi dr. Čenaunič Špeglič. Za lažjo prepoznavo na osnovi kliničnih znakov, so v KURC-u razvili poseben protokol, s katerim je moč sumljivega tiča oceniti na

osnovi organoleptičnih ter vitalnih znakov (tabela 1). Pri tem je treba biti pozoren na začetniško napako, da mrliško okorelega tiča zamenjamo za trdega (kamen kost) in mu pomotoma prisodimo 4 točke. Glede na doseženo število točk nato tiča ocenimo kot okuženega, sumljivega ali neokuženega (tabela 2) in se na osnovi te ocene odločimo glede nadaljnjega ukrepanja.

Vsem lastnikom in ljubiteljem tičev pa iz KURC-a sporočajo, da morajo svoje tiče imeti pod ključem, v pokritem, zamrženem prostoru, da ne pride do okužbe s tako nevarnim virusom. V primeru okužbe bodo seveda potrebni drastični ukrepi, med drugim tudi evtanazija zbolelih tičev.

Dr. Čenaunič Špeglič ob koncu pogovora poudarja: odkar je dr. Wunderkind v KURC-u, je Slovenija na tičjo gripo pripravljena. Stvari so pod nadzorom! Ni razloga za paniko! (Še za tele klicajte ne!)

Dr. Čenaunič Špeglič ob koncu pogovora poudarja: odkar je dr. Wunderkind v KURC-u, je Slovenija na tičjo gripo pripravljena. Stvari so pod nadzorom! Ni razloga za paniko! (Še za tele klicajte ne!)

Tabela 1: Protokol za klinično oceno sumljivega tiča (max. 20 točk)

Organoleptična ocena	Diši	4
	Malce smrdi	3
	Precej smrdi	2
	Zaudarja kot kadaver	1
Splošni vtis	Bi	5
	Bi pred 10 leti ali na faksu	4
	Če bi res zelo prosil	3
	Če se le da, ne bi	2
	Ni u snu	1
Izcedek	Odsoten	4
	Bister	3
	Zelen	2
	Črn	1
Vitalnost	Tonus	4
	Kamen kost	4
	Poli salama	3
	Mlahav	2
	Atoničen	1
Odzivni čas	Do 10 sekund	3
	Več kot 10 sekund	2
	Mine potrpljenje	1

Tabela 2: Kategorije tičev – interpretacija rezultatov

Doseženo število točk	Interpretacija
1-5 točk ali 1 točka v katerikoli kategoriji	Ni drugega kot tičja gripa – evtanazija
6-10 točk	Sumljivo, da gre za tičjo gripo – ponovi test čez 3 dni (do takrat karantena)
11-15 točk	Tičja gripa malo verjetna – možno, da gre za spolno prenosljivo borelioza
16 ali več točk	Neokužen tič, lahko se prosto giblje



Glasilno Zdravniške zbornice Slovenije
Strokovna revija Isis

Impressum

LETO XIV, ŠT. 12, 1. december 2005
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 72 109

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. Anton Grad, dr. med.

izr. prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.

prof. dr. Boris Klun, dr. med.

prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.

prof. dr. Črt Marinček, dr. med.

asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.

asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med.

prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.

prof. dr. David B. Vodusek, dr. med.

prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med.

izr. prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

TAJNICA UREDNIŠTVA • SECRETARY

Marija Cimperman

LEKTORICA • REVISION

Mateja Jemec, prof. slov. in nem.

OBLIKOVANJE • DESIGN

za ATELIER IM • Katja Zlajpah, u. d. i. a.

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV

IN PRIPRAVA ZA TISK • **DTP**

Camera d. o. o.

Knezov stradan 94, Ljubljana

tel.: 01/420 12 00

TRŽENJE • MARKETING

Atelier IM d. o. o.,

Breg 22, Ljubljana

tel.: 01/24 11 930

faks: 01/24 11 939

E-pošta: atelier-im@siol.net

TISK • PRINTED BY

Tiskarna Povše,

Povšetova 36 a, Ljubljana

tel.: 01/230 15 42

Isis

Glasilno Zdravniške zbornice Slovenije

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

Sodelovali

Doc. dr. Uroš Ahčan, dr. med., KO za plastično kirurgijo in opeklino, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Dragan Arrigler, Klick Ljubljana • Elizabeta Bobnar Najžer, prof., Zdravniška zbornica Slovenije • Izr. prof. dr. Aleš Blinc, dr. med., KO za žilne bolezni, SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Mag. Andrej Bručan, dr. med., minister, Ministrstvo za zdravje • Rok Cesar, dr. med., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Tatjana Cvetko, dr. med., ZD Koper • Asist. Davorin Dajčman, dr. med., SB Maribor • Marko Drešček, dr. med., predsednik Sekcije mladih zdravnikov družinske medicine, ZD Šentjur pri Celju • Dr. Eck • Jerneja Fišer, dr. med., Mikrobiološki laboratorij, Splošna bolnišnica "Dr. Franca Derganca" Nova Gorica • Doc. dr. Matjaž Fležar, dr. med., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., višji svetnik, Zdravniška zbornica Slovenije • Jurij Gorjanc, dr. med., SB Slovenj Gradec • Doc. dr. Štefek Grmec, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Mag. Irena Grmek Košnik, dr. med., Oddelek za mikrobiologijo, Zavod za zdravstveno varstvo Kranj • Prof. dr. Marija Gubina, dr. med., Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, MF Ljubljana • Tatjana Harlander, dr. med., Mikrobiološki laboratorij, Zavod za zdravstveno varstvo Novo mesto • Asist. mag. Simon Herman, dr. med., KO za travmatologijo, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Jiří Hollan, dr. med., KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Asist. Rade Iljaž, dr. med., ZD Brežice • Senta Jaunig, Inštitut za zgodovino medicine, MF Ljubljana • Mag. Saša Kadivec, prof. zdr. vzg., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Martina Kavčič, dr. med., Mikrobiološki laboratorij, Zavod za zdravstveno varstvo Koper • Asist. Izidor Kern, dr. med., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Doc. dr. Janko Kersnik, dr. med., ZP Kranjska Gora, OZG OE ZD Jesenice • Darinka Klemenc, predsednica Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, koordinatorica regijskih društev pri Zbornici - Zvezi • Franc Klemenčič, specialist protibombne zaščite, Generalna policijska uprava Ljubljana • Jana Kolman, dr. med., Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, KC Ljubljana • Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Ladislav Kovačič, dr. med., KO za travmatologijo, SPS Ki-

ruška klinika, KC Ljubljana • Tanja Lah Kržin, dr. dent. med., ZD dr. Julija Polca Kamnik • Slavica Lorenčič Robnik, dr. med., Center za mikrobiologijo, Zavod za zdravstveno varstvo Maribor • Rok Marlašič, dr. med., SB Novo mesto • Katja Martinc, Zdravniška zbornica Slovenije • Jože Matela, dr. med., SB Maribor • Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana • Asist. mag. Faris Mujezinović, dr. med., SB Maribor • Doc. dr. Manica Müller Premru, dr. med., Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, MF Ljubljana • Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Irena Piltaver Valjavec, dr. med., Mikrobiološki laboratorij, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec • Asist. mag. Marko Pokorn, dr. med., Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana • Breda Prunk Franetič, dr. med., Mladinsko zdravilišče in okrevališče Debeli rtič • Mag. Tihomir Ratkajec, dr. med., Medicina dela Rogaška, d. o. o., Rogaška Slatina • Viktorija Rehar, Društvo za promocijo in vzgojo za zdravje Slovenije, Žalec • Dr. Zlata Remškar, dr. med., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Dr. Andrej Robida, dr. med., Ministrstvo za zdravje, Ljubljana • Prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., višji svetnik, ZD Ljubljana Enota Moste Polje • Asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., ZD Ljubljana Enota ZD Vič Rudnik • Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., Inštitut za patologijo, MF Ljubljana • Ljudmila Sarjanović, dr. med., Mikrobiološki laboratorij, Zavod za zdravstveno varstvo Nova Gorica • Katja Šoštarčič Likar, dr. med., ZD Ajdovščina • Feri Štivan, dr. med., sekundarij v ljubljanski regiji • Mag. Iztok Štrumbelj, dr. med., Mikrobiološki laboratorij, Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota • Primož Štular, dr. med., ZD Ljubljana Enota ZD Center • Izr. prof. dr. Stanislav Šuškočič, dr. med., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Asist. dr. Dušan Šušterčič, dr. dent. med., Stomatološki odsek, MF Ljubljana • Viktorija Tomič, dr. med., Laboratorij za respiratorno mikrobiologijo, Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Prim. Nadja Triller, dr. med., Bolnišnica Golnik – KO za pljučne bolezni in alergijo • Breda Troha, univ. dipl. biol., Oddelek za medicinsko mikrobiologijo, Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana • Prof. dr. Aleš Žemva, dr. med., svetnik, KO za hipertenzijo, SPS Interna klinika, Bolnišnica dr. Petra Držaja, Ljubljana • Asist. Suzana Židanik, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Mag. Tjaša Žohar Čretnik, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Celje

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 povajanju dela, predlagamo, da članke oddajate v elektronski obliki (disketa, CD, e-pošta). Dolžina člankov je omejena na največ 30.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Lahko priložite fotografije, diapozitive ali digitalne fotografije (velikost najmanj 300 dpi).

Prispevku priložite svoj polni naslov, davčno številko, davčno izpustavo, popolno številko tekočega ali ziro računa, naziv banke.

Navodila o navajanju pokroviteljev

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 pridruže pravico, da bo imena objavljalo v enotni obliki.

Navodila za objavljane prispevke v rubriki "strokovna srečanja"

Dolžina prispevka je omejena na največ dve strani v reviji Isis, objavljena je lahko le ena fotografija, ki se vsteva v skupno dolžino. To pomeni, da ima prispevek brez slike lahko največ 10.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 11.500 znakov - štetje s presledki. Prispevek s sliko ima lahko največ 9.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman), oziroma 10.500 znakov - štetje s presledki. Vsako poročilo iz tujine mora obvezno vsebovati kratek zaključek, kaj pomeni srečanje za stroko v Sloveniji: ali in kje oziroma kako je mogoče izsledke prenesti v slovenski prostor. V primeru, da je slovenska stroka v svetovnem vrhu, je treba 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 7950 izvodov. Poština 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 7950 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.



The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber
 Prof. **Vladislav Pegan**, M.D., Ph.D.
 E-mail: vladislav.pegan@zzs-mcs.si
 The vice-presidents of the Medical Chamber

Prof. Andreja Kocijančič,
 M.D., Ph. D.
 Prof. **Nenad Funduk**, S.D., Ph.D.
 The President of the Assembly
Vojko Kanič, M.D.
 The vice-president of the Assembly
Sabina Markoli, S.D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council
 Prof. **Matija Horvat**, M.D., Ph. D.
 The president of the Professional medical committee
Prof. Andreja Kocijančič,
 M.D., Ph. D.
 The president of the Primary health care committee
 Prim. **Mateja Bulc**, M. D.
 The president of the Hospital health care committee
 Prim. **Jožef Ferk**, M.D.
 The president of the Dentistry health care committee
 Prof. **Nenad Funduk**, S.D., 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
Tatjana Puc Kous, 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. B. Sc. Econ.



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.

Peljal sem se malo tja proti Krumperku ...



Peljal sem se malo tja proti Krumperku, ko zagledam kasaško vprego, kakor da brzi po travniku. Zavijem na ozko cesto v tisti smeri in na levi strani zagledam kasaško progo, posuto z lešem in na njej konja v elegantnem kasu, vpreženega v tekmovalni voz. Vsakokrat, ko prideta konj in njegov vodnik mimo, me pogledata. Dalje po cesti je kmetija in od tam pride starejši možak s konjem, pa vprašam, če kaj motim, ko gledam, kako vadijo. »Ne, ne, če želite lahko pogledate še druge konje gori pri kmetiji.« Na dvorišču sta dve mladenki pripravljali vsaka svojega konja za ježo in prijazno odgovarjali na moja vprašanja. Potem se je vrnil še možak s konjem in začel konja z nečim mazati nad kopiti. Povprašal sem ga, s čim maže, in mi je povedal, da z ribjo mastjo. Ob pogovoru o mažah sem mu povedal, da sem zdravnik, da pa silno cenim veterinarje, ki so sposobni ugotoviti, kaj živali je, pri tem pa žival ne more povedati, kaj jo boli in kako se počuti. »Ja, oprostite, če ste zdravnik,« je rekel možak, »ampak jaz tudi svoje težave kar bolj zaupam našemu veterinarju. Veste, v svojem življenju sem le nekajkrat šel k zdravniku in vsakič sem bil razočaran. Enkrat me je na izletu v gorah zabolelo desno koleno in mi oteklo, pa sem šel k našemu zdravniku. Ker naj bi imel praktično prazno zdravstveno knjižico, je moj zdravnik menil, da si zaslužim specialista. Res me je poslal k specialistu v Ljubljano, ko sem mu povedal, kaj mi je, pa me ni niti pregledal, kaj šele slikal na rentgenu, ampak je rekel, da so moje težave zaradi EMŠO in sva opravila. Moj zdravnik je bil razočaran in me je poslal na vse razne aparature v zdravstvenem domu, vendar mi fizioterapija ni dosti pomagala. Potem pa sem se potožil našemu veterinarju, ki mi je dal neko mazilo in po nekaj mesecih je bilo dobro. Drugič sem pred novim letom dobil hude bolečine v trebuhu, take, da sem zdržal le, če sem potegnil kolena k sebi in bil pri miru. »Moj« zdravnik mi je, ne da bi me pregledal ali vsaj potipal, napisal neke tablete in dejal, da bo po novem letu že bolje. Pa ni bilo in sem po novem letu zopet prišel na pregled. Takrat pa mi je rekel, naj manj kadim in pijem. To je rekel meni, ki sem edino »cigareto« in to iz koruznih laskov pokadil pri desetih letih starosti in pijem le včasih kozarec rdečega pri hrani. No, potem me je vendarle poslal na slikanje želodca in ugotovili so mi razjedo.«

Rekel sem mu, da mi je kar nerodno in žal, da je imel take izkušnje z zdravniki, da pa sem prepričan, da je dandanes le drugače.

»Ja, veste, pa še vedno raje zaupam veterinarju,« je bil



njegov zaključek.

Na poti domov sem o tem razmišljal. Da, da, mnogo smo se pogovarjali in pisali, predavali in razpravljali o sporazumevanju zdravnikov, o odnosu do bolnikov in tudi do sodelavcev. Pa smo napisali obrazce ozaveščene privolitve in pripravili cele gore papirnatih pojasnil o boleznih in posegih za bolnike. Prepričan sem, da se večina zdravnikov primerno pogovarja z bolniki, je pa vendarle večinoma naše zdravniško sporazumevanje »asimetrično« in ne zajame bolnika tako, da bi bil bolj vključen pri odločanju o svoji bolezni. In v medijih ter med ljudmi hitro zakroži in se razpravlja predvsem o takih negativnih primerih, ki se

potem pogosto posplošujejo na ves zdravniški stan. Vprašanje je, koliko kot zdravniški stan lahko neposredno vplivamo na takšno stanje. Prepričan sem tudi, da se bo vedno našel kdo od kolegov, ki se bo zaradi takega ali drugačnega razloga odzval do bolnika morda neprimerno, in vedno se bo našel kdo, ki bo to razglašal naokrog ali prek medijev. Za primernejšo in resničnejšo podobo zdravništva tako v medijih kakor sicer med ljudmi se moramo še vedno vsi truditi z boljšim sporazumevanjem, pa vendar lahko poskušamo doseči tudi to, da se bo več slišalo in bralo o našem delu, skrbi za bolnike in trudu za njihovo zdravje. Pri tem pa pisanje in razglašanje o posebnih podvigih zdravnikov, o uspešnih operativnih posegih ali uporabi novih dragih zdravil zadovoljuje predvsem novinarsko srenjo, za našo podobo v družbi pa je morda bolj pomembno, potrebno in koristno prikazovanje dela in skrbi našega vsakdana. Naše napake in težave moramo obravnavati med seboj predvsem z namenom, da se ob tem nekaj naučimo. O našem delu z vsem dobrim in težkim, napornim in takim, ki nas izpolni z zadovoljstvom, bolniku pa pomaga pri težavah, pa moramo spregovoriti ljudem. Dnevniki pomembnih zdravnikov, predvsem tistih na pomembnih položajih, niso to, kar je v takem smislu »ta pravo«, pač pa bi bile to izpovedi, pričevanja in občutenja »navadnih« zdravnikov in tudi njihovih bolnikov.

Tokrat na koncu pa vendar ne nazadnje želim ob prihajajočem novem letu v imenu uredništva, uredniškega odbora Izide in v svojem imenu vsem stanovskim kolegom in bralcem naše revije, da bi bili srečni, zdravi, zadovoljni in uspešni.

Vsi si tudi želimo, da bi še naprej z zanimanjem prebirali Izido in s svojim delom pa tudi pisanjem soustvarjali lepšo podobo zdravništva v naši družbi.

Eldar M. Gadžijev